Inhoudsopgave

**1 Inleiding** 3

1.2 Context 4

1.2.1 Het Ziekenhuis 4

1.2.2 De aanleiding en uitvoering van de herstructurering 5

**2 Methodologische verantwoording** 6

2.1 Wetenschapsfilosofische verantwoording 6

2.2 Observaties 7

2.3 Interviews 8

2.4 Documentenanalyse 10

2.5 Analyse van resultaten 10

2.6 Kwaliteit van onderzoek 11

**3 Literatuurreview** 12

3.1 Inleiding 12

3.2 Maatschappelijke tendensen 12

3.3 ‘Klantgericht werken’ in een dienstverlenende organisatie 13

3.4 Implicaties bij het nastreven van ‘klantgericht werken’; spagaat van de professional 14

3.5 Inachtneming van cultuur bij streven naar ‘klantgericht werken’ 15

3.6 Implicaties van literatuur voor mijn onderzoek 16

**4 Resultaten** 18

4.1 Inleiding 18

4.2 Een korte kennismaking 18

4.3 Hart voor de zaak 21

4.4 Het belang van geschiedenis en onzekerheid van de toekomst 22

4.5 Verscherpende tegenstellingen op de afdeling 24

4.6 ‘Klantgericht werken’ op ‘interne 1’: visie op zorg 26

4.7 Afronding 28

**5 Analyse** 30

5.1 Inleiding 30

5.2 Op weg naar ‘klantgericht werken’ 30

5.3 Perspectieven en de organisatie 32

**6 Conclusie** 33

**7 Literatuur** 35

**8 Bijlage** 36

1. **Inleiding**

*“een groot algemeen ziekenhuis met de christelijke traditie als grondslag. Met ruim 600 erkende bedden, alle medische specialismen en moderne voorzieningen vervullen wij een (boven)regionale functie in de ziekenhuiszorg. Kwaliteit en patiëntveiligheid staan hoog in het vaandel. Ziekenhuis Gelderse Vallei streeft naar een warme, patiëntvriendelijke sfeer waarin iedereen vanuit elke geloofs- en levensovertuiging respectvol en solidair met elkaar omgaat*. *De patiënt staat centraal. Vanuit onze betrokkenheid, professionaliteit en de christelijke waarden, geven wij de best mogelijke zorg*.*” [[1]](#footnote-1)*

Zo schrijft ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’ op haar website over zichzelf. Deze omschrijving is algemeen van aard en had net zo goed voor een groot ziekenhuis elders in Nederland kunnen gelden. Welk ziekenhuis heeft immers niet kwaliteit en patiëntveiligheid hoog in het vaandel staan? Het streven naar een patiëntvriendelijke sfeer lijkt in deze tijd de norm te zijn. Deze ambities zijn, terecht, breed aanvaard binnen ziekenhuizen in Nederland. Zo ook bij de ‘Gelderse Vallei’. Achter deze algemeen aanvaarde, en op het oog heldere, ambities gaat een complexiteit schuil waar de gemiddelde patiënt waarschijnlijk niet bij stil staat. Toenemende individualisering en marktwerking in de zorg hebben als gevolg dat de patiënt als individu centraal komt te staan. Deze tendensen hebben ervoor gezorgd dat ziekenhuizen zichzelf anders moeten gaan inrichten en opstellen. Er moeten immers “klanten” worden geworven en/of behouden. Het is niet meer vanzelfsprekend dat mensen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaan om behandeld te worden. Jaarlijks worden vele ranglijsten gepubliceerd welke inzicht geven in de kwaliteit die Nederlandse ziekenhuizen bieden. De “klant” kan op basis van die ranglijsten kijken welk ziekenhuis bij zijn of haar behoeften op dat moment aansluit. Voor ziekenhuizen brengt dit een geheel nieuwe manier van werken met zich mee. Het zogenaamde klantgericht werken neemt daarbij een centrale plaats in. Maar wat is klantgericht werken? Wat betekent dit voor personeel dat in direct contact met de klant staat? Welke factoren beïnvloeden ontwikkeling van klantgericht werken? Essentiële vragen om jezelf te stellen als professional en leidinggevende in de zorg. Ook afdeling 1 van interne geneeskunde van ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’ krijgt te maken met dit soort vragen.

De afdeling ‘interne 1’ van ziekenhuis de ‘Gelderse Vallei’, met als specialisatie Maag-, darm- en leverziekte, heeft een roerige tijd achter de rug na een doorgevoerde herstructurering. Het unithoofd van de afdeling streeft naar ontwikkeling van klantgericht werken, maar zaken lopen niet zoals gepland. Er is een situatie ontstaan waarin scherpe tegenstellingen tussen unithoofd en verpleegkundigen gevolgen hebben voor klantgericht werken en de ontwikkeling daarvan. Wat is de basis van deze scherpe tegenstelling? Ligt het in een fundamenteel andere kijk op klantgericht werken? Immers, een tegengestelde visie op klantgericht werken tussen unithoofd en werkvloer zal verder ontwikkeling van klantgericht werken hinderen. Betekenis van klantgericht werken van de werkvloer speelt daarom een centrale rol in mijn onderzoek. De betekenis van klantgericht werken krijgt gestalte door tal van factoren die ik in dit onderzoek zal duiden. Gezien de scherpe tegenstelling tussen unithoofd en werkvloer besteed ik specifiek aandacht aan culturele factoren. Dit heeft mij geleid tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat betekent klantgericht werken voor professionals van afdeling ‘interne 1’ van ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’ en welke culturele en leidinggevende factoren beïnvloeden verdere ontwikkeling van klantgericht werken?

Het aanbod literatuur over klantgericht werken in de zorg neemt dagelijks in volume toe. Ondanks boeken van managementgoeroes ten spijt, blijken ziekenhuizen te worstelen met de uitvoering en ontwikkeling van klantgericht werken[[2]](#footnote-2). Ook op afdeling ‘interne 1’ van ‘de Gelderse vallei’ worstelt hiermee. Een concrete handleiding tot klantgericht werken en ontwikkeling daarvan is er niet. Vraagstukken die omtrent klantgericht werken ontstaan komen bij managers in het middenkader terecht. In dit geval het unithoofd van ‘interne 1’. Deze managers werken in veelal in het krachtenveld tussen specialisten, ziekenhuisbestuur en personeel dat ze aan moeten sturen. Niet altijd de meest gunstige positie om ingrijpende veranderingen door te voeren in de ‘bedrijfsvoering’. Toch is dit dagelijkse realiteit voor managers in het middenkader.

Mijn onderzoek richt zich op een specifiek vraagstuk dat speelt in het ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’. Een korte beschrijving van het vraagstuk is hierboven gegeven. Ik hoop met mijn onderzoek inzichtelijk te maken wat de gronden zijn van de scherpe tegenstellingen tussen werkvloer en unithoofd omtrent klantgericht werken. Waarom deze scherpen tegenstellingen zijn ontstaan. Daarbij wil ik graag kijken hoe die scherpe tegenstellingen een belemmering vormen voor de ontwikkeling van klantgericht werken en wat kan bijdragen aan het wegnemen van die belemmering. Naast het belang van dit specifieke doel, hoop ik dat mijn onderzoek een wetenschappelijke bijdrage kan leveren aan het veld van veranderende werkprocessen in de zorg. Dit onderzoek laat zien hoe een afdeling omgaat met veranderingen die gedreven worden door maatschappelijke tendensen en een veranderende werkomgeving.

Omdat een specifiek vraagstuk onderwerp van onderzoek is, zal in het volgende hoofdstuk de context kort uiteen worden gezet. In deze context komt de geschiedenis van het ziekenhuis, aanleiding van de herstructurering en vorming van ‘interne 1’ kort aan bod. Hierna volgt de methodologische verantwoording van dit onderzoek. Het volgende hoofdstuk betreft mijn literatuurreview. Daarin geef ik een uiteenzetting van literatuur die de basis vormt voor de analyse van mijn resultaten. Na de literatuurreview bespreek ik het kloppend hart van dit onderzoek; de resultaten. Deze resultaten worden opgevolgd door mijn analyse, waar dieper op de resultaten wordt ingegaan en een koppeling met mijn literatuurreview gemaakt zal worden. Ik rond af met een korte conclusie. In de conclusie geef ik antwoord op mijn eerder gestelde onderzoeksvraag. Achter in dit rapport wordt een overzicht gegeven van gebruikte literatuur en van mijn ‘tools’die ik als onderzoeker heb gebruikt bij mijn dataverzameling.

**1.2 Context**

**1.2.1 Het ziekenhuis**

Ziekenhuis De ‘Gelderse Vallei’ is een groot ziekenhuis dat een roerige tijd achter de rug heeft. Uit financiële noodzaak is de ‘Gelderse Vallei’ ontstaan uit een aantal bestaande ziekenhuizen voort gekomen. Het Julianaziekenhuis in Ede, het Protestants-Christelijk Streekziekenhuis in Bennekom, het Pieter Pauwziekenhuis in Wageningen en het Julianaziekenhuis in Veenendaal zijn in een tijdsbestek van een aantal jaren gefuseerd. In 1992 werd, door de gemeente Ede, toestemming gegeven voor de bouw van een groot ziekenhuis in Ede. Dat nieuwe ziekenhuis is de ‘Gelderse Vallei’ geworden zoals die er vandaag te dag staat. Na deze periode van verandering werd het tijd om met nieuwe moed de toekomst in te gaan. Een faillissement leek, een jaar na opening, echter roet in het eten te gooien. Alleen door forse bezuinigingen zou het ziekenhuis weten voort te bestaan. Ondanks de, nog steeds, zwakke financiële positie zit de ‘Gelderse Vallei’ tegenwoordig weer vol ambitie zit[[3]](#footnote-3). Een plaats in de top 25 van beste werkgevers in 2008 getuigt van deze hervonden ambitie[[4]](#footnote-4).

# 1.2.2 De aanleiding en uitvoering van de herstructurering

Vanuit de specialisten van de afdeling interne geneeskunde van de ‘Gelderse Vallei’ in Ede ontstond de vraag om een nieuwe afdeling voor acute opname van patiënten te scheppen. Deze afdeling zou een effectievere en efficiëntere doorstroming van patiënten naar andere afdelingen moeten bevorderen. Omdat er behoefte was aan een afdeling ‘acute opname’ (AOA) bij de interne geneeskunde, is een projectteam aan de slag gegaan om een dergelijke afdeling op poten te zetten. De afdeling acute opname zou ervoor moeten zorgen dat alle spoedgevallen op die afdeling worden ondergebracht. Het is de bedoeling dat patiënten die op de acute opname terechtkomen binnen 48 uur ofwel op een van de andere afdelingen worden ondergebracht, of worden ontslagen en door worden gestuurd naar andere locaties van de ‘Gelderse Vallei’ in de regio.

Aan het hoofd van het team dat de AOA op poten zou gaan zetten stond het unithoofd van zorgafdeling ‘interne 2’. Personeel dat op de AOA zou komen te werken zou deels van de overige afdelingen moeten komen en deels van buiten worden aangetrokken. Het personeel is de mogelijkheid geboden voorkeuren op te geven voor de toekomstige werkplek. Hieraan kon in de meeste gevallen gehoor worden gegeven. Het projectteam had zichzelf als doel gesteld de AOA aan het begin van de zomer (’09) gerealiseerd te hebben. Dit vanwege de vraag vanuit de specialisten en ziekenhuisbestuur. Het begin van de zomer is traditioneel een drukke periode voor het personeel van de afdelingen van de interne geneeskunde. Omdat mensen met vakantie gaan is er een beperkte capaciteit. Toch heeft de projectgroep ervoor gekozen de herstructurering in die periode tot uitvoering te brengen.

De herstructurering heeft verschillende gevolgen gehad die voor onrust hebben gezorgd. Door de timing van de herstructurering is er direct na de realisering van de AOA een gebrek aan personeel ontstaan vanwege de vakantieperiodes van divers personeel. Personeel was genoodzaakt op andere afdelingen mee te draaien dan waar zij voor gekozen hadden. Dit werd niet door iedereen goed ontvangen. Het projectteam heeft erkend dat de timing ongelukkig was en achteraf gezien een foute keuze is geweest.

In dezelfde periode als de herstructurering vond er een wissel plaats in de leiding van afdeling ‘interne 1’. Het voormalig unithoofd was met ziekte uit de roulatie en het was duidelijk dat dit unithoofd niet terug zou komen. Als oplossing voor dit probleem zou het unithoofd van ‘interne 2’ optreden als waarnemend unithoofd van ‘interne 1’. Dit unithoofd stond ook aan het roer bij de doorvoering van de herstructurering. Het was de bedoeling was dit een tijdelijke, volledige functie betrof.

1. **Methodologische verantwoording.**

# 2.1 Wetenschapsfilosofische verantwoording

Als studentonderzoeker wordt van mij gevraagd gedegen onderzoek af te leveren. Dit is immers een voorwaarde waaraan je moet voldoen als student van wetenschappelijk onderwijs. Maar wat houdt gedegen onderzoek doen in? Deze vraag is, naar mijn mening, niet eenduidig te beantwoorden. Er zullen vele opvattingen zijn over wat gedegen onderzoek daadwerkelijk is. De vraag over wat gedegen onderzoek is, hangt samen met de vraag wat wetenschap is. Mijn visie op wetenschap bepaalt de manier waarop ik onderzoek heb verricht. Hoe heb ik mijn onderzoek ingericht? Wat is de basis van mijn bevindingen? Welke waarde geef ik aan mijn bevindingen? Dit zijn vragen die belangrijk zijn jezelf als onderzoeker te stellen. Maar het stellen van vragen ten aanzien van jezelf, als onderzoeker, is niet voldoende. Het is immers de bedoeling dat je iets, in een bepaalde omgeving, gaat onderzoeken. In mijn geval is dat afdeling interne geneeskunde in de ‘Gelderse Vallei’ in Ede zijn. Hoe zie ik deze organisatie? Zie ik het als een losstaand object dat ik kan volledig kan begrijpen en leren kennen? Het zijn deze basale vragen die de fundamenten leggen voor, in mijn geval, mijn invulling aan gedegen onderzoek.

In mijn rol als onderzoeker ben ik erop uit kennis te creëren over het onderwerp dat ik ga onderzoeken. Mijn onderzoeksonderwerp bevindt zich in de sociale wereld, namelijk: een afdeling van een ziekenhuis. Binnen deze afdeling interacteren mensen met elkaar en geven zij betekenis aan de wereld om hen heen. In deze sociale wereld waar betekenissen worden gecreëerd zijn grenzen, zoals we deze uit de natuurwetenschappelijke wereld kennen, niet strak omlijnd. Om deze reden ligt het niet voor de hand de sociale wereld te benaderen op een natuurwetenschappelijke manier. Immers, atomen en moleculen geven geen betekenis aan de wereld, mensen doen dat[[5]](#footnote-5). Maar wat houdt dat concreet in voor de manier waarop ik onderzoek heb gedaan? Allereerst heb ik de illusie losgelaten dat mijn onderzoek tot de ‘extractie’ van kennis uit een sociale wereld op een objectieve manier plaats zal gaan vinden. Mijn beweringen zullen voortkomen uit de interpretatie van mijn percepties. Deze percepties komen voort uit kennis die ik eerder heb opgedaan. Zogenaamde a priori kennis[[6]](#footnote-6). Maar waarop baseer ik mijn interpretaties? Met andere woorden: wat ligt ten grondslag aan mijn proces van interpreteren? Aan mijn proces van interpreteren ligt menselijk handelen ten grondslag. Dit menselijk handelen geeft, zoals eerder benoemd, betekenis aan de wereld. Deze betekenissen liggen verscholen in artefacten. Deze artefacten omvatten alle tastbare en niet-tastbare zaken die een rol hebben in de werkwereld van mijn onderzoeksomgeving. Iedere keer als artefacten worden aangesproken of gebruikt worden, wordt de onderliggende betekenis behouden, versterkt, gewijzigd of herzien[[7]](#footnote-7). Betekenissen kunnen niet direct worden verkregen, maar alleen door hun representatie via de artefacten waarin de betekenissen liggen bloot gelegd worden. Als onderzoeker ben je een reiziger die reist door de wereld die je bestudeert. Niet het type reiziger die nog thuis al weet wat hij gaat zien, wanneer en op welke manier. Eerder een reiziger die zich laat leiden door omstandigheden die op zijn pas komen. Dat wil niet zeggen dat deze reiziger onvoorbereid op pad gaat en alles zomaar mag en kan. Het wil wel zeggen dat de wereld waarin hij stapt leidend is voor de manier waarop hij zijn volgende stap zal zetten. Door middel van observaties, conversaties, interviews en het lezen van documenten worden betekenissen duidelijk en kom je als onderzoeker tot inzichten die waardevol voor het onderzoek kunnen zijn. Artefacten vertellen verhalen over de wereld die je wilt onderzoeken[[8]](#footnote-8).

Deze interpretatieve manier van onderzoeken richt zich op het ‘begreifen’ van de leefwereld van het object dat onderzocht wordt. In het geval van mijn onderzoek heb ik betekenissen, gelegen in artefacten, bestudeert om zo toegang te krijgen tot de betekenissen van klantgericht werken van mensen die op de afdeling van de interne geneeskunde werkzaam zijn te achterhalen. Dit geeft een kijk in de leefwereld van die betreffende mensen. Dit betekent ook dat er niet één waarheid te vinden zal zijn. Slechts een interpretatie van die leefwereld is mogelijk. Dat wil niet zeggen dat mijn uitkomsten geen wetenschappelijk waarde of wetenschappelijke relevantie hebben. Wetenschappelijk waarde en wetenschappelijke relevantie moet in dit onderzoek echter op een andere manier worden gezien dan bij positivistisch onderzoek het geval is. De waarde is in dit onderzoek specifiek van aard en niet generiek of herhaalbaar. Hoewel positivisten dit als een groot gebrek zullen bestempelen, ligt naar mijn idee juist de kracht in dit aspect. Zeker voor de organisatie waar ik onderzoek ga doen kan dit een groot voordeel zijn. Context specifieke kennis zal hen beter helpen begrijpen wat er op de afdeling speelt. Echter betekent dit niet dat dit onderzoek automatisch bij zal dragen aan de oplossing van de problematiek op de afdeling.[[9]](#footnote-9)

Deze visie op wetenschap en wetenschappelijk onderzoek heeft een aantal implicaties voor mijn onderzoek. Omdat ik als onderzoeker geïnteresseerd ben in betekenissen die professionals geven aan klantgericht werken moest ik nadar tot hen en hun omgeving komen. Ik heb moeten nadenken over mijn rol als onderzoeker en positionering binnen ‘de groep’. Een zekere mate van vertrouwen was voor mij noodzakelijk om inzicht te krijgen in de problematiek die speelde op de afdeling. Dit vertrouwen zou ik niet krijgen als ik “toeschouwer’ langs de zijlijn meekeek naar de manier waarop zij hun werk deden. Ik heb geprobeerd dit vertrouwen te creëren door mijn rol en positie duidelijk aan te geven, anonimiteit waar te borgen en mij binnen ‘sociale normen’ van ‘de groep’ te bewegen. Daarbij speelde niet alleen conversaties een belangrijke rol. Observaties speelden minstens een zo belangrijke rol. Observaties stelden mij instaat informatie uit de conversaties te ‘begreifen’. Naast deze twee interactieve methoden heb ik mij bezig gehouden met analyse van enkele documenten. Sommige van deze documenten waren in mijn bezit, de meeste echter niet. Het gros van de, door mij geanalyseerde, documenten bestond uit documenten dit van algemeen belang waren en hingen in de teampost van de afdeling. Ik had geen toegang tot e-mail en andere privacygevoelige documentatie. Gebruik van de drie bovengenoemde methoden, zogenaamde triangulatie, hebben gezorgd voor een hogere mate van validiteit binnen mijn onderzoek. Omdat ik de methoden wisselend van elkaar continu door het onderzoek heb gebruikt was ik in staat deze steeds effectiever in te zetten naar mate het onderzoek vorderde. In de volgende paragrafen geef ik een korte toelichting op de, in mijn onderzoek, gebruikte methoden.

### 2.2 Observaties

Observaties starten vanaf het moment dat je een organisatie binnenkomt en gaan onafgebroken door totdat je de organisatie voor de laatste keer hebt bezocht. Ik heb tijdens mijn onderzoek heel wat uren in ‘de Gelderse Vallei’ doorgebracht. Mijn idee was om een groot deel van mijn transscripties en schrijfwerk op de afdeling zelf te doen. Dit bleek al bij de eerste ontmoeting lastig te worden. De aard van het werk op de afdeling en beschikbare faciliteiten boden hiervoor helaas geen ruimte. Ik was genoodzaakt mijn werk deels in de medische bibliotheek en het restaurant te doen. Helaas niet de omgevingen waarin je de afdeling kan observeren. Ondanks deze tegenslag zijn er momenten geweest waarin ik observaties in de teampost van verpleegkundigen en de artsenkamer kon uitvoeren. Mijn eerste contact met het team (verpleegkundigen, leerlingen, zorgassistent(en)) had plaats in de teampost van ‘interne 1’. Deze teampost is het hart van de afdeling en vormt het thuishonk voor verpleegkundigen, leerlingen en zorgassistenten op de afdeling. Mijn eerste contact verliep wat stroef. Gezien de verhouding met het unithoofd werd mijn komst met enige scepsis bekeken. Het bleek lastig deze scepsis in de eerste ontmoeting weg te nemen en verpleegkundigen te motiveren voor een interview. Deze scepsis begon te verdwijnen nadat ik enkele interviews had gehouden. Ook een introductie van mezelf en mijn onderzoek in de nieuwsbrief aan het personeel leek daaraan bijgedragen te hebben. Ik heb een aantal keer in de teampost gezeten om te wachten op respondenten waarmee ik een interview zou hebben. In een van die gevallen bleek na langdurig wachten de respondent toch de tijd niet had voor een interview. Deze momenten gaven mij een uitgelezen kans om ‘de gang van zaken’ te observeren. Observaties op de betreffende momenten hebben mij inzicht gegeven in de algemene sfeer en sociale omgangsnormen. Mijn aanwezigheid riep in het begin wat vragen op, maar na enkele bezoeken kreeg ik vaker te horen: *“hee, de onderzoeker ”*. Mijn naam was nog net een stapje te ver weg. Daarmee was wel zoveel duidelijk dat ik nog steeds als observator werd bekeken. De rol van ‘participatieve observant’ heb ik niet kunnen aannemen[[10]](#footnote-10). Gezien de korte tijd van het onderzoek lijkt mij dit onoverkomelijk. Er is simpelweg niet de tijd om je te positioneren als echte insider. Ik heb dit dan ook bewust niet nagestreefd. Toch kon ik vaststellen dat mijn vertrouwdheid in de organisatie toenam naarmate het onderzoek volgde. Observaties bleken een welkome input voor mijn af te nemen interviews. Het was nuttig om te kunnen refereren aan specifieke gebeurtenissen of eigen waarnemingen die voort kwamen uit de observaties. Respondenten konden hier ook makkelijker relateren aan de vragen die ik ze stelde. Ik was immers een beetje bekend met de structuur, hun taken en de algehele manier waarop men op de afdeling met elkaar om gaat. Ik had graag het contact tussen verpleegkundigen en patiënt geobserveerd. Dit had van grote waarde kunnen zijn voor mijn onderzoek. Echter was dit om redenen van privacy niet mogelijk.

**2.3 Interviews**

Bij de planning van mijn interviews heb ik allereerst gekeken naar de selectie van respondenten in mijn onderzoeksopzet. Ik had mijn selectie gemaakt op basis van functie en leeftijd en aantal jaren werkzaam op de afdeling. Een zogenaamde ‘purposive sampling’[[11]](#footnote-11). In mijn eerste contacten met het unithoofd, tevens mijn aanspreekpunt, bleek dat mijn focus meer kwam te liggen op het ‘team’. Dit team bestond uit (Maag, darm, lever)verpleegkundigen, leerlingen, stagiaires en zorgassistenten. Daarnaast stonden artsen en arts-assistenten. Het unithoofd gaf aan dat arts-assistenten een rol van betekenis konden spelen in mijn onderzoek. Daarom heb ik ook twee arts-assistenten geïnterviewd. Achteraf bleek de toevoegende waarde aangaande betekenisgeving ten aanzien van klantgericht werken van de twee arts-assistenten die ik heb geïnterviewd vrij gering. Dit vanwege het feit dat zij los stonden van het ‘team’ en daardoor op zichzelf een te kleine populatie vormen om uitspraken over te kunnen doen. Wel waren hun ervaringen bruikbaar ten aanzien van informatie over het ‘team’. Mijn respondenten bestonden dus voornamelijk uit verpleegkundigen, leerlingen en stagiaires (die ik duid als verpleegkundigen in opleiding). Het unithoofd van de afdeling is de enige die ik van het ‘management’ heb geïnterviewd.

Uiteindelijk heb ik gekozen me vast te houden aan de criteria functie en jaren werkzaam op de afdeling. Omdat leerlingen veelal in de lagere leeftijdscategorie vielen heb ik niet direct op het criterium ‘leeftijd’ aangestuurd. Reden voor de bovengenoemde criteria was om een representatief beeld te krijgen van betekenisgeving die het ‘team’ geeft aan klantgericht werken. Ik wilde voorkomen dat functies, die bijvoorbeeld in meer of mindere mate met de patiënt zelf in aanraking komen in hun dagelijks werk, werden bovengerepresenteerd. Ook hield ik rekening met een verschillende opvattingen ten aanzien van klantgericht werken op basis van leeftijd. Dit omdat tijdens huidige opleidingen van verpleegkundigen hier meer aandacht aan wordt besteed. Hieronder een korte weergave van mijn populatie:

* Unithoofd van ‘interne’ 1 (waarvan twee keer het interview opgenomen)
* 6 gediplomeerde verpleegkundigen (waarvan 2 in opleiding tot MDL-verpleegkundige)
* 3 verpleegkundigen in opleiding
* 1 zorgassistent
* 2 arts-assistenten

Het unithoofd heeft me vervolgens geholpen bij het regelen van de daadwerkelijke interviews. Daarnaast heb ik tijdens mijn introductie op de afdeling een aantal respondenten weten te regelen die op dat moment aanwezig waren. Hoewel de eerste ‘aanmeldingen’ lastig verliepen kwam er nadat de eerste interviews waren gedaan wat meer vaart in. Verdere planning van interviews in zonder problemen verlopen.

Ik heb gebruik gemaakt van halfgestructureerde interviews bij verpleegkundigen, leerlingen, zorgassistenten en arts-assistenten[[12]](#footnote-12). Bij interviews met het unithoofd heb ik veelal geen gebruik gemaakt van dit hulpmiddel. Omdat ik meerdere keren met het unithoofd heb gesproken heb ik ervoor gekozen mijn vragen te baseren op informatie uit interviews met de werkvloer. Dit zonder te refereren aan uitingen of meningen van de werkvloer. Bij het laatste interview met het unithoofd heb ik wel gebruik gemaakt van de topics zoals ik die in de overige interviews ook heb gebruikt. Dit om lijn te krijgen in betekenissen aangaande mijn focuspunten van mijn onderzoek. Met een aantal vaste topics ben ik de interviews met de werkvloer ingegaan. De topiclijst heb ik gecreëerd rond de belangrijkste thema’s van mijn onderzoek; klantgericht werken en leidinggeven. In het licht van de herstructurering van de afdeling heb ik dit ook als topic meegenomen. Mijn topiclijst, met enkele bijbehorende interviewvragen, zijn in de bijlage van dit rapport te vinden.

De interviews heb ik, met toestemming van de respondent, op band opgenomen. Ik vond het belangrijk te achterhalen wat de mening van de betreffende respondent was aangaande het voorgedragen topic. Hoewel betekenisgeving centraal stond in alle interviews waren de eerste interviews voor mij ook een middel om meer over de dagelijkse gang van zaken op de afdeling te weten te komen. Een voorwaarde voor mijn interviews was om een omgeving te vinden waarin de respondent de mogelijkheid had om vrij te praten zonder gestoord te worden of op de hoede te moeten hoeven zijn. Een omgeving vinden als deze bleek soms een hele uitdaging te zijn in een drukbezet ziekenhuis. Mijn eerste interview vond plaats in het restaurant. Achteraf gezien niet de beste plaats voor een interview. Het is mogelijk dat de aanstroom van mensen voor afleiding en ruis hebben gezorgd bij respondent en bij mijzelf. Daarop volgende interviews hebben allen plaatsgevonden in een ruimte waarin we zelden of nooit gestoord werden. Mijns inziens is dit bevorderlijk geweest voor de bereidwilligheid om een mening te delen. Voordat deze mening ter sprake kwam heb ik geprobeerd een band van vertrouwen te creëren. Ik gaf een korte introductie en enkele voorwaarden van het interview om onduidelijkheden te voorkomen. Nadat ik merkte dat de basis van wederzijds vertrouwen was gelegd heb ik geprobeerd de respondent zoveel mogelijk te laten vertellen over een bepaalde topic. ‘Probing’ was mijn voornaamste stuurmiddel om relevante onderwerpen binnen topics naar de voorgrond te trekken[[13]](#footnote-13). In sommige gevallen kon ‘probing’ daarin niet volstaan en moest ik actief het onderwerp van gesprek verleggen. Dit had als gevolg dat het enthousiasme omtrent dat volgende onderwerp niet altijd even hoog was. Vooral in mijn eerste interviews was ik onder de indruk van de kracht waarmee sommige respondenten zich uitte. Hierdoor was het lastig tot de kern te komen omdat informatie over bepaalde gebeurtenissen en situaties bij mij nog ontbrak. Veruit de meeste respondenten waren meer dan bereid om open over hun mening uit te weiden. Het ‘graven’ naar meningen was om die reden dan ook nauwelijks van toepassing.

Zoals eerder aangegeven heb ik al mijn interviews opgenomen op band. Dit is mijn enige referentie aan mijn interviews. Ik heb ervoor gekozen geen aantekeningen te maken tijdens de interviews om mijn volledige aandacht te kunnen richten op de respondent en ook om visueel contact te kunnen blijven houden. Ook heb ik daardoor geen selectie van data hoeven te maken tijden het interview zelf. Hierdoor heb ik de kwaliteit van mijn data zo hoog mogelijk proberen te houden. Deze interviews heb ik vervolgens in zijn totaliteit getranscribeerd. In deze transcripties heb ik opmerkelijke momenten tussen brackets gezet. Informatie tussen deze brackets kan variëren van lach tot langdurige stilte. Dit om tijdens codering te kunnen zien welke emotie was verbonden aan de betreffende uitspraak.

**2.4 Documentenanalyse**

Documenten hebben een beperkt aandeel gehad in mijn onderzoek. Een groot deel van de documentatie was vertrouwelijk en daarom niet voor mij opvraagbaar. Documentatie die ik heb gebruikt had voornamelijk betrekking op algemene meldingen en communicatie tussen het ‘team’ en unithoofd. Deze documentatie was regelmatig te vinden op het prikbord in de teampost. Er was geen documentatie aanwezig aangaande klantgericht werken. Hiertoe waren geen handleidingen of strikte protocollen die waren gericht aan het unithoofd of het ‘team’. Enige vorm van documentatie aangaande klantgericht werken bestond uit een boek. *‘Als Disney de baas van het ziekenhuis was’* van auteur Fred Lee. Dit boek is door het unithoofd uitgereikt aan alle teamleden met het oog op een ontwikkeling van klantgericht werken. Weinig teamleden bleken echter dit boek te hebben gelezen. Het uitdelen van het boek als documentatie ten aanzien van klantgericht werken is daarmee het belangrijkste feit.

**2.5 Analyse van resultaten**

Verzamelde data op zichzelf is weinigzeggend zonder analyse. De grote hoeveelheid data in de vorm van transcripties en aantekeningen deed mij bij de start van het coderen het hoofd duizelen. Omdat deze codering direct na het uitwerken van mijn laatste transcripties plaatsvond leek de klus extra groot. De vooraf gelegde focus van mijn onderzoek bleek zich later uit te betalen bij het coderen. Hoewel het aantal coderingen in volume erg groot was, bleken verbanden relatief makkelijk te leggen. Dit onder andere vanwege uniform gebruik van begrippen in de interviews. Bij mijn eerste onderzoeksopzet ben ik op het belang hiervan geattendeerd. Achteraf is dat zeer waardevol gebleken. Wat mij aanzienlijk meer moeite heeft gekost is keuze voor bespreken en analyseren van bepaalde onderwerpen. De complexiteit van de problematiek zette de deur open voor verbanden die ver reiken. Het was doel mezelf te beperken tot de exacte focuspunten die ik, samen met mijn begeleidster, had gelegd. Het is soms lastig afstand te doen van informatie verworven uit interviews en observaties, echter absoluut noodzakelijk om te kunnen komen tot een kern. Enerzijds wil je respondenten niet te kort doen door sommige onderwerpen niet aan te snijden, anderzijds is het belang van een coherent stuk belangrijker. Het was soms lastig schipperen tussen deze twee afwegingen.

### 2.6 Kwaliteit van onderzoek

In mijn wetenschapsfilosofische verantwoording heb ik aangegeven wat mijn visie op wetenschap is. Ten aanzien van de betreffende visie zal ik nu kort uiteenzetten wat dit voor gevolgen voor de kwaliteit van dit onderzoek betekent. Ik ga daarbij in op de kwaliteitscriteria betrouwbaarheid en validiteit die een belangrijke rol spelen in ieder wetenschappelijk onderzoek.

Uit de keuze voor mijn methoden voor dataverzameling blijkt dat ik gebruik maak van triangulatie. Het verkrijgen van data door middel van observaties, interviews en analyse van documenten werkt een verhoogde betrouwbaarheid in de hand. Afwisseling van de verschillende methoden dragen bij aan dat waarnemingen, verworven door een bepaalde methode, door een andere methode kunnen worden gerepliceerd. Hoewel ik me er bewust van ben dat betrouwbaarheid van dit onderzoek onderwerp van discussie kan zijn, heb ik door middel van deze triangulatie beïnvloeding van waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten proberen te beperken. Het gebruik van mijn topiclijst in interviews is daar een voorbeeld van. Met behulp van de betreffende topiclijst heb ik voldoende waarnemingen kunnen doen die mij instaat stelden invloed van te negatieve of te positieve reacties te reduceren.

Naast deze methodische triangulatie heb ik in het proces naar dit rapport verschillende trede ingebouwd die validiteit ten goede moet komen. Veelvuldig overleg met mijn onderzoeksbegeleider en medestudenten ten aanzien van het onderzoeksproces, gebruikte methoden, literatuur en interpretaties hebben voor waarborg van kwaliteit gezorgd. Mijn onderzoeksopzet heeft mij bepaalde kaders gegeven waarbinnen ik antwoord zou geven op mijn onderzoeksvraag. Deze opzet zelf is samen met begeleider en medestudenten ook onderwerp van beoordeling geweest. Samen met mijn gebruikte onderzoeksmethoden en vastlegging daarvan zorgt dit voor een basis die de kwaliteit van dit onderzoek waarborgd.

1. **Literatuurreview**

**3.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk zal licht schijnen op bestaande literatuur die van relevantie is voor de centrale thema’s in mijn onderzoek. Allereerst zal ik gevolgen van maatschappelijke tendensen die een rol van betekenis spelen in de gezondheidszorg kort uiteenzetten. Hiermee tracht ik een kader te schetsen voor de setting waarbinnen mijn onderzoek heeft plaatsgevonden. Hoewel ik in dit onderzoek niet wil ingaan op algemene discussies rond de heersende discoursen in de gezondheidssector, is het onmogelijk het specifieke vraagstuk van mijn onderzoek los te zien van de betreffende discoursen. De actualiteit van die discoursen hebben nu eenmaal, een al dan niet bewuste, invloed op betekenisgeving aan werk van professionals binnen de gezondheidszorg. Na een korte uiteenzetting van maatschappelijke tendensen die een rol spelen in de gezondheidszorg kan ik specifieker ingaan op het begrip ‘klantgericht’ werken in dienstverlenende organisaties. Daarbij zal toelichten onder welke typering dienstverlening ik ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’ en afdeling ‘interne 1’ schaar. Ik zal daarna duidelijk maken met welke veranderingen een dienstverlenende organisatie te maken krijgt als deze ‘klantgericht’ wil werken. Hierop volgend geef ik weer wat voor gevolgen die veranderingen hebben voor de organisatie. Hierbij wil ik specifiek ingaan op de setting van mijn onderzoek met specifieke aandacht voor culturele factoren. Wat zijn de gevolgen van deze nieuwe manier van werken voor professionals op de werkvloer, en wat zijn de gevolgen voor de leidinggevende?

**3.2 Maatschappelijke tendensen**

Het discours rond individualisering heeft een vlucht genomen en heeft zijn uitwerking gehad op dienstverlenende organisaties. Toenemende individualisering in combinatie met het marktdenken heeft de positie van de burger in het proces van dienstverlening flink veranderd. Marktwerking heeft in de jaren ’80 zijn intrede in de publieke sector gedaan, met als gevolg dat binnen veel dienstverlenende organisaties de ontvanger van een dienst centraal kwam te staan. Deze ontvanger werd, net zoals binnen commerciële organisaties het geval is, als klant bestempeld. In vele publieke dienstverlenende organisaties werd de markt in de zorg node gemist, aldus beleidsmakers in begin jaren ‘90[[14]](#footnote-14). De aanname was dat marktwerking in publieke dienstverlenende organisaties zou zorgen klantvriendelijkheid, efficiëntie, keuzevrijheid, transparantie en een algehele verhoging van de kwaliteit in dienstverlening[[15]](#footnote-15). Dit had als gevolg dat dienstverleners duidelijk rekening moeten houden met verwachtingen van buitenaf. Om de bovenstaande redenen werd er dan ook steeds meer aangedrongen op zogenaamde rationalisering van processen[[16]](#footnote-16). Het proces van rationalisering is nog steeds een onderwerp van discussie met duidelijke voor- en tegenstanders binnen de sector van publieke dienstverlening. Maar houdt deze rationalisering in? Rationalisering wordt door velen gezien als een van de fundamentele aspecten van de Westerse cultuur. De term heeft betrekking op de toepassing van de principes van doel-middelrationaliteit op tal van maatschappelijke activiteiten[[17]](#footnote-17). Ook de gezondheidszorg ontkomt hier niet aan. Processen van rationalisering zijn vaak moeiteloos te herkennen aan allerlei ‘innoverende’ activiteiten: het ontwerp (en herstructureren) van primaire processen, het ontwerp van ‘protocollen’ voor de werkvloer en ‘kwaliteitsmaatstaven’ die gehanteerd moeten worden bij ‘accountability’ naar buiten[[18]](#footnote-18). Hierop zal ik nader ingaan in de paragraaf over de gevolgen van ‘klantgericht’ werken.

**3.3 Klantgericht werken in een dienstverlenende organisatie**

Het thema ‘klantgericht werken’ heeft een centrale plaats in mijn onderzoek. Ik heb bij het begrip ‘klantgericht werken’ met opzet niet gekozen om een strakke definiëring te hanteren. Immers, ik ben opzoek naar betekenisgeving aan ‘klantgericht werken’ door het personeel en het unithoofd van ‘interne 1’ van ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’. In plaats van een strakke definiëring te hanteren probeer ik een kader te creëren dat ‘klantgericht werken’ omlijnd als aspect van veranderingen in de gezondheidszorg waar afdeling ‘interne 1’ mee te maken heeft. ‘Klantgericht werken’ lijkt op het oog als één aspect waar ‘interne 1’ mee te maken krijgt. Achter dit ‘label’ gaan echter minstens zes veranderingen schuil waar dienstverlenende organisaties mee te maken krijgen[[19]](#footnote-19). Deze zes veranderingen, ontleend aan Gastelaars, zal ik hieronder puntsgewijs duiden en toelichten.

1. Ruimte maken voor verschillen. Ieder dienstverlenende organisatie streeft, onder welke term dan ook, naar een vorm van ‘klantgericht werken’. Dit is niet uniek voor een specifieke organisatie. Slechts de prikkel van dit streven verschilt per organisatie. Gemeenschappelijke deler is dat elk van deze organisaties moet omgaan met een grotere interne en externe flexibiliteit.
2. Ontwerp en stroomlijning van het primaire proces. Belangrijk is dat de klant de juiste keuze maakt en op de juiste plek zal arriveren binnen de organisatie. Dit heeft gevolgen voor de inrichting van primaire processen binnen organisaties. Met name fasen waarbij het eerste contact met de klant plaatsvindt is in organisaties is het onderwerp van verandering. Gastelaars duidt dit aan als de ‘voorkant’ van de organisatie. Veranderingen in de rest van het primaire proces lijken in veel gevallen ook onontkoombaar.
3. Herijking van de uitvoerende repertoires. Dit brengt met zich mee dat gevolgen van veranderingen veelal op het bord van uitvoerenden komen. Niet zelden moeten uitvoerenden nieuwe vaardigheden aanleren om na verandering in het primaire proces te kunnen functioneren. Bovendien brengen veranderingen in het primaire proces vaak arbeidsdeling met zich mee. Uitvoerenden moet leren samenwerken met allerlei anderen. Tegelijkertijd proberen ze zich vast te houden aan hun ‘eigenheid’. Daarnaast willen organisaties de inzetbaarheid van uitvoerenden op allerlei manieren flexibiliseren. Dit alles binnen gestelde budgettaire kaders. Deze ontwikkelingen tezamen zorgen ervoor dat uitvoerenden in de praktijk nogal eens spreken over ‘grote werkdruk’.
4. De opmars van het operationele management. Tijdens veranderingen in het primaire proces is het soms lastig de dagelijkse gang van zaken goed in zicht te blijven houden. Naast taken aangaande het primaire proces zullen aspecten die met de veranderingen gemoeid zijn niet uit het oog verloren mogen worden. Het is een behoorlijke taak voor degene die dit ‘operationeel management’ voor zijn rekening neemt. Vaak worden uitvoerenden met deze nieuwe taak geconfronteerd.
5. Actieve legitimering naar buiten. Door middel van ‘mission statements’ en PR probeert de strategische top een bepaalde profilering van de organisatie neer te zetten. Dit om de relatie tussen organisatie en buitenwereld zo goed mogelijk te kunnen reguleren. Vandaag te dag is het van groot belang iedere stap die je als organisatie neemt naar buiten te kunnen legitimeren. Dit brengt met zich mee dat de organisatie en alle medewerkers een zeker mate van openheid moeten hebben richting stakeholders.
6. De klantrelatie niet de klant. Veranderingen in het primaire proces brengen met zich mee dat de klantrelatie verandert. De klant zelf blijft immers dezelfde persoon. Kijkend naar de gezondheidszorg kan dit soms lastige situaties opleveren voor de klant zelf. Actieve betrekking in het besluitvormingsproces rond een medische ingreep is niet altijd even gemakkelijk voor de klant.

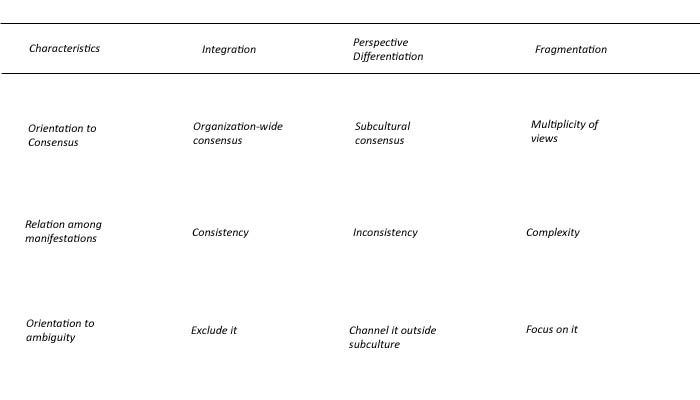
De bovenstaande veranderingen gelden voor vrijwel alle dienstverlenende organisaties. Tot deze dienstverlenende organisaties behoort uiteraard ook ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’. De professionele dienstverlener om precies te zijn volgens Gastelaars. Het gaat bij een dergelijke dienstverlener om een organisatie waarin relatief veel hoogopgeleiden werken die zelf de doorslaggevende kwaliteitsnormen bij de inrichting van het primaire proces en het alledaags handelen op de werkvloer bepalen. Zij worden hier door de buitenwereld op afgerekend. Ook klanten zullen deze kwaliteitsnormen onderschrijven[[20]](#footnote-20). Hoewel het ziekenhuis in zijn totaliteit duidelijk te scharen is onder Gastelaars’ typering van professionele dienstverleners, is het lastiger om afdeling ‘interne 1’ in zijn geheel direct onder deze typering te scharen. Het betreft hier immers een verpleegafdeling waar zorg voor patiënten een kerntaak is. Hoewel er een aantal artsen, die ontegenzeggelijk onder ‘professionals’ kunnen worden geschaard, op de afdeling werkt, wil dit niet zeggen dat iedereen op de afdeling als ‘professional’ aangeduid kan worden. Ondanks dat de term ‘professional’, volgens Gastelaars, aan erosie onderhevig is. Uitvoerenden in de functie van verpleegkundigen, leerling verpleegkundige en zorgassistenten voldoen niet direct aan de eisen die aan een ‘professional’ worden gesteld. Kunnen we de bovengenoemde groep dan eigenlijk wel tot ‘professionals’ rekenen in dit onderzoek? Gastelaars schaart deze groep onder de typering zorgarrangementen. Uitvoerenden die werkzaam zijn binnen zorgarrangementen hoeven niet perse hoogprofessioneel te zijn, maar staan wel garant voor een 24 – 7 uurs beschikbaarheid van een vorm van zorg. Net zoals bij ‘professionals’ wordt de dienstverlenende kern van zorgarrangementen, alsmede hun verantwoordelijkheid naar buiten, uiteindelijke door de fundamentele afhankelijkheid van de voor dit soort dienstverleners relevante klantengroepen bepaald, of in elk geval door hun ‘aangewezenheid’ op deze dienstverlenende activiteiten[[21]](#footnote-21). Hoewel niet iedere respondent in mijn onderzoek onder de strikte definiëring van Gastelaars’ ‘professional’ valt heb ik ervoor gekozen toch over ‘professionals’ te spreken in mijn onderzoek. Hieronder schaar ik dan alle respondenten met de functies van arts-assistent, verpleegkundige, leerling verpleegkundige en zorgassistent. Dit omdat allen op dezelfde wijze verantwoordelijk aan de klant afleggen ten aanzien van ‘klantgericht werken’. Geschillen over kwaliteitsmaatstaven veroorzaakt door verschillen in discretionaire ruimte tussen uitvoerenden onderling, spelen een minder groot belang als de klant graatmeter is voor kwaliteit van geleverde diensten. Alleen verschillen omtrent ‘accountability’ blijven dan een factor.

**3.4 Implicaties bij het nastreven van ‘klantgericht werken’; de spagaat van de professional**

In de vorige paragraaf is toegelicht met welke veranderingen dienstverlenende organisaties te maken krijgen bij het streven naar ‘klantgericht werken’. Vanuit het discours rond rationalisering wordt tegenwoordig aan de hand van de parameters effectiviteit en efficiëntie gekeken naar hoe het primaire proces ingericht kan worden. Wat kan er gestandaardiseerd worden? Volgens Mintzberg zouden standaardisering van product, proces en vaardigheden moeten leiden tot verhoogde doel-middelen ratio[[22]](#footnote-22). Hoewel dienstverleners zelden een gestandaardiseerd product leveren, omdat er immers geen sprake is van tastbaarheid van producten in tegenstelling tot materiele producten, lijken dienstverleners dit nogal eens te vertalen in de hoeveelheid tijd die uitvoerenden voor een bepaalde handeling hebben[[23]](#footnote-23). Dit is een tekende manier waarop verschuivingen in de maatschappij organisaties vorm hebben gegeven. Volgens Giddens ontleent bijvoorbeeld de moderne staat aan deze grotere efficiëntie zijn legitimiteit[[24]](#footnote-24). Voor dienstverlenende organisaties lijkt hetzelfde op te gaan. Brede invoering van ‘accountability’ in de gezondheidszorg is hier ook een duidelijk voorbeeld van[[25]](#footnote-25). Het unithoofd van afdeling ‘interne 1’ wordt bijvoorbeeld afgerekend op het halen van heldere en meetbare doelstellingen. De afdeling draaiende houden met een bepaald aantal FTE’s vormt hier een voorbeeld van. Bij onvoldoende prestaties of overschrijving van het aantal FTE’s kloppen superieuren op de deur. ‘Accountability’ werkt volgens Hirschman louter instrumenteel handelen van mensen in de hand waarbij een heldere inspanning tot een eveneens helder resultaat leidt[[26]](#footnote-26). Volgens Tonkens is deze veronderstelling problematisch. Zij redeneert dat vanuit het oogpunt van de werknemer het werk er vaak anders uitziet. Dat omdat er vanuit de werknemer naast instrumentele activiteiten, niet-instrumentele activiteiten bestaan. Er is vaak geen duidelijke relatie tussen inspanning en resultaat[[27]](#footnote-27). Dit brengt haar tot de constatering van een ‘performance paradox’. Wie op papier misschien fantastische prestaties levert is misschien een prima boekhouder, maar niet noodzakelijk een goede hulpverlener. ‘Accountability’ beoogt opportunistisch gedrag te verminderen, maar tegelijkertijd stimuleert het dergelijk gedrag doordat registratie nauwer luistert dan het echte werk [[28]](#footnote-28). Tegenstrijdige eisen van management enerzijds en patiënten (ofwel klanten) anderzijds is dat professionals het voortduren fout doen, hetzij linksom, hetzij rechtsom. Linksom als ze de managementlogica volgen. Ze voelen zich dan tekort schieten jegens de patiënt, wiens lot voor hen meer is dan een bijdrage aan een statistiek. Maar ook rechtsom doen ze het fout, als ze de individuele patiënt centraal stellen, omdat ze daarmee niet professioneel en zakelijk zijn in de ogen van het management[[29]](#footnote-29). Die hebben immers te maken met ‘accountability’.

**3.5 Inachtneming van cultuur bij streven naar ‘klantgericht werken’**

Een leidinggevende die streeft naar ‘klantgericht werken’ komt onvermijdelijk aan de ‘werkwereld’ van uitvoerenden. Uitvoerenden betreffen in het geval van mijn onderzoek het ‘team’ van afdeling ‘interne 1’. Deze ‘werkwereld’ duidt Martin als organisatiecultuur. Deze organisatiecultuur ligt volgens haar ingebed in het dagelijkse werkleven van allen die tot deze ‘werkwereld’ behoren. Manifestaties van cultuur in organisaties liggen in formele zaken (zoals salariëring, hiërarchie, functieomschrijvingen en ander geschreven beleid); informele zaken (zoals sociale gedragsnormen); verhalen die werknemers vertellen om uit te leggen “hoe we hier dingen doen”; rituelen (zoals feestjes en etentjes); humor (grappen over werk en collega’s); jargon (speciaal taalgebruik dat verbonden is aan het werk); fysieke omgeving (de letterlijke inrichting en het ontwerp van de werkomgeving, kledingsvoorschriften). Al deze manifestaties worden geïnterpreteerd, geëvalueerd en komen samen op verschillende manieren omdat leden van de cultuur verschillende interesses, ervaringen, verantwoordelijkheden en waarden hebben[[30]](#footnote-30). De bovengenoemde manifestaties duid ik in mijn onderzoek aan als factoren van cultuur. Om beter inzicht in te krijgen in een cultuur van een organisatie heeft Martin een kader ontworpen waarbinnen via drie verschillende perspectieven naar de organisatie wordt gekeken. Het gaat daarbij om het integratie- differentiatie- en fragmentatieperspectief. De onderstaande tabel geeft de karakteristieken van de verschillende perspectieven kort weer.



Harris en Ogbonna onderschrijven de waarde van dit kader. Zij beargumenteren dat hantering van één perspectief op cultuur voorbij gaat aan de complexiteit van organisatie cultuur. Hoewel het hanteren van één perspectief bepaalde aspecten van een organisatiecultuur kan benoemen, gaat dat enkele perspectief voorbij aan fenomenen binnen de organisatie die zich niet conformeren naar de dominante verwachtingen[[31]](#footnote-31). Het kader van Martin biedt volgens hen dus mogelijkheden om gedetailleerder in te gaan op organisatiecultuur. Volgens Martin is het van belang niet één van de bovenstaande perspectieven toe te passen op een organisatie, maar alle drie tegelijk. Dit omdat iedere organisatie elementen bevat die overeenkomen met de drie perspectieven[[32]](#footnote-32)

**3.6 Implicaties van literatuur voor mijn onderzoek**

De bovenstaande uiteenzettingen van relevante literatuur voor mijn onderzoek brengen me op het punt om toe te lichten wat voor rol deze literatuur in mijn onderzoek speelt. Gasterlaars’ visie op veranderingen die gepaard gaan met het streven naar ‘klantgericht werken’ stellen mij instaat in mijn analyse de complexiteit te doorgronden van wat het oog lijkt om één verandering te gaan. Haar punten geven mij handvatten om licht te schijnen op betekenisgeving aan ‘klantgericht werken’ door professionals van ‘interne 1’. Om deze reden heb ik ook geen gebruik gemaakt van een strakke definiëring van ‘klantgericht werken’. De complexiteit van betekenisgeving die meekomt met het streven naar ‘klantgericht werken’ laat zich immers niet vatten in een strakke definitie. Tonkens laat zien wat dit voor gevolgen heeft voor de situatie van de ‘professional’. Daarnaast kom ik op het punt dat Martin maakt ten aanzien van organisatiecultuur. Het is volgens haar een misverstand dat een organisatiecultuur zich laat omschrijven door één bepaalde perspectief. Hoewel deze perspectieven empirische worden ontleend aan perspectieven van leden van een organisatiecultuur, zijn ze geen objectieve representatie van het perspectief van de betreffende leden. Hier sluit ik mij bij aan. In mijn methodologisch hoofdstuk heb ik aangegeven waarom. Dit heeft als reden dat ik in mijn onderzoek drie verschillende perspectieven zal hanteren als het gaat om mijn blik op culturele factoren die van belang zijn bij de ontwikkeling van ‘klantgericht werken’. Hoewel ik me ervan bewust ben dat ik niet de gehele organisatie onderzoek en niet per definitie alle drie de perspectieven even sterk naar voren zullen komen, acht ik hantering van één perspectief onvoldoende om tot een conclusie te komen die recht doet aan de complexiteit van organisatiecultuur.

1. **Resultaten**

**4.1 Inleiding**

Mijn interviews, observaties en (beperkte) analyse van documentatie stellen mij in staat een beeld te schetsen van afdeling ‘interne 1’. Hoewel ik me er terdege van bewust ben dat dit beeld niet compleet zal zijn en eenieder wellicht een ander beeld zal schetsen van dezelfde afdeling, ben ik van mening mijn beeld waardevol is. Waardevol voor personeel op de afdeling, waardevol voor (toekomstige) leidinggevenden en waardevol voor eenieder die zich bezig houdt met veranderende werkprocessen in de zorg. Mijn beeld geeft een inzicht in de dynamiek waar professionals in de zorg dagelijks mee te maken hebben. In tijden waarin veranderende werkprocessen in de zorg aan de orde van de dag zijn, blijft de kerntaak onveranderd; mensen beter maken en verzorgen. Dit kan soms verwarrend zijn. Dit kan soms lastig zijn. Hoe blijf ik kwalitatief goede zorg verlenen terwijl mijn werkdruk stijgt?

Is mijn persoonlijke visie op het verlenen van zorg nog wel van deze tijd? Niet alleen voor verpleegkundigen gaat dit op, ook leidinggevenden krijgen te maken met dilemma’s. Als verlenging van de technische infrastructuur ligt je handelen grotendeels vast. Werken binnen budget en daar stelselmatig verantwoording over afleggen is de norm. Dit alles terwijl “klanten” van je afdeling een verhoging in kwaliteit van zorg moeten ervaren en verpleging niet plat moet gaan onder de werkdruk. Ga er maar aan staan.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de dagelijkse praktijk van ‘interne 1’. Het vertelt een verhaal over een afdeling die een turbulente tijd doormaakt. Een verhaal over wat belangrijk is op de afdeling en welke betekenis zij geven aan klantgericht werken. laat een praktijk zien waarin spanningen hoog op kunnen lopen en oplossingen op bestaande problemen soms ver weg lijken. Het verhaal krijgt gestalte door een viertal pijlers die uit mijn data zijn gerezen. Deze pijlers vormen de fundering van mijn beeld van ‘interne 1’. Die fundering is, net als bij een gebouw, niet direct zichtbaar. De fundering bevindt zich onder de oppervlakte. Alleen door gericht graafwerk kan deze worden blootgelegd en bestudeerd worden. Zo ook bij dit onderzoek. Door middel van interviews en observaties heb ik onder de oppervlakte kunnen kijken van de afdeling. Op wat voor fundering is de afdeling gebouwd.

**4.2 Een korte kennismaking**

Net voor de zomer van 2009 werd door ‘het management’ bekend gemaakt dat er een herstructurering op de afdeling van de interne geneeskunde plaats zou gaan vinden. Met deze herstructurering zou een verschuiving in afdelingstaken gemoeid zijn. Een nieuwe afdeling zou zorg dragen voor acute gevallen. De zogenaamde AOA (acute opnameafdeling). Binnen 48 uur zou een patiënt die acuut was opgenomen gericht door een van de afdelingen van de interne geneeskunde overgenomen moeten worden als verdere zorg noodzakelijk zou zijn. Een logisch gevolg van deze herstructurering was een verschuiving van personeel. Immers, de AOA moest bezet worden met personeel. Dit zou deels met nieuw aangetrokken personeel zijn en deels met personeel dat werkzaam was op een van de afdelingen van de interne geneeskunde. Het personeel van de bestaande afdelingen op interne geneeskunde werd gevraagd hun voorkeur op te geven op welke afdeling zij graag zouden komen te werken. Aan deze voorkeur werd zoveel mogelijk tegemoet gekomen. Via e-mail berichten kon men aan het unithoofd hun persoonlijke voorkeur doorgeven gerangschikt naar afdeling. Daarbij was de eerste positie uiteraard voor de afdeling waar zij het liefst zouden komen te werken. In het geval van afdeling ‘interne 1’, met als specialisatie MDL (maag, darm en lever), had het overgrote deel van het personeel de voorkeur om op de afdeling te blijven. Dit vanwege het bestaande team en voorkeur voor de specialisatie MDL.

“*Er was eigenlijk niet iemand die echt weg wilde*”. *“qua afdeling en sfeer binnen het team vind ik het ook erg leuk. Ik heb ook deels voor deze afdeling gekozen omdat ik het team erg leuk vond. De open sfeer die er heerst vind ik erg leuk.”*

Dit had als gevolg dat het team, zoals dat bestond, nagenoeg ongewijzigd bleef na de herstructurering.

Terwijl ‘interne 1’ nagenoeg hetzelfde bleef, leek dat op sommige andere afdelingen anders te gaan. “*Intern 2 is voor de helft een nieuw team geworden”*. Dit geeft aan dat het niet de norm is om de ‘status quo’ binnen de eigen afdeling te behouden. Het is een bewuste keuze om er al dan niet voor te kiezen van afdeling te wisselen. Het gevolg hiervan is dat de afdelingscultuur, zoals deze over tijd gevormd is op ‘interne 1’, behouden is gebleven na de herstructurering. Maar wat typeert de cultuur van ‘interne 1’? Het is lastig daar een eenduidig antwoord op te geven en daarop te reflecteren als je onderdeel van de groep uitmaakt. Desalniettemin geven respondenten vrijwel allemaal aan dat zij hun afdeling als team zien met een sterke sociale cohesie. Dit team bestaat uit verpleegkundigen, leerlinge verpleegkundigen en stagiaires. Formeel gezien staat aan het hoofd van de afdeling het unithoofd. Het is mij echter duidelijk geworden dat het unithoofd in deze niet tot de *ingroup* behoort. Hierover zal ik later uitweiden. Het mag inmiddels duidelijk zijn dat de ‘werkvloer’ van ‘interne 1’ zichzelf als team ziet. Maar wat houdt dat volgens hen in? Wat typeert hen als team volgens henzelf? De sociale cohesie en arbeidsrelaties worden duidelijk als typering aangedragen:

*“ik denk dat wij heel erg betrokken zijn bij elkaar. Iedereen weet eigenlijk wel wat er speelt bij collega’s (..) er wordt wel veel met elkaar gedeeld. Ik denk wel dat we een heel betrokken team zijn.”*

*“Ik denk dat we als groep goed met elkaar over weg kunnen en goed met elkaar kunnen werken”*

Het gevoel van het werken als team is voor ‘interne 1’ erg belangrijk. Collegialiteit wordt als een van de belangrijkste typeringen genoemd van het team. Nieuwkomers voelen zich over het algemeen welkom en aansluiting met het team is snel gevonden als men binnen de grenzen beweegt van wat binnen het team wordt gezien als belangrijk. Deze grenzen hebben betrekking op de mate van inzet, betrokkenheid bij het werk van collega’s en persoonlijke ‘fit’ binnen het team op basis van persoonlijkheid. De grenzen worden door nieuwkomers gezien als *“vanzelfsprekend”.* Deze sterke sociale cohesie brengt met zich mee dat vrijwel iedereen bij de groep wordt betrokken. De verpleegkundigen staan op goede voet met elkaar en delen persoonlijke gebeurtenissen met elkaar die zij in het dagelijks leven meemaken. Ook de relatie met artsen en arts-assistenten wordt als prettig en *“informeel”* ervaren. Outsiders in het team lijken er niet meer te zijn. De afdeling heeft echter te maken gehad met een groot verloop van personeel en een aantal personeelsleden is vrijwillig vertrokken. Aangegeven wordt dat dit komt door ziekte en zwangerschapsverlof of *“organisatorische kwaliteiten van het unithoofd”*. Dit brengt met zich mee dat de afdeling deels draait op zogenaamd flexpersoneel. Door het team aangeduid als ‘flexers’. Deze ‘flexers’ springen tijdelijk in waar dat nodig is en zijn derhalve niet gebonden aan een bepaalde afdeling. Het regelen van deze ‘flexers’ is taak voor het unithoofd. Dit is een doorn in het oog van vele respondenten. Hoewel over een gebrek aan persoonlijke ‘fit’ niet wordt gesproken wordt er wel ingegaan op functionele tekortkomingen van deze ‘flexers’. Dit zou zelf zo erg zijn dat *“sommige flexers niet meer bij ons op de afdelingen willen werken”.* Weer wordt hierbij aangegeven dat dit is vanwege *“organisatorische kwaliteiten van het unithoofd”*. Er is dus een duidelijke scheidslijn waar te nemen tussen het team, bestaande uit vast personeel, enerzijds en ‘flexers’ anderzijds. Hoewel ‘flexers’ formeel op dezelfde hiërarchische hoogte staan als teamleden, blijkt in de praktijk dat teamleden zichzelf hoger op de informele hiërarchische schaal zetten dan ‘flexers’. Kennis vormt daarbij een legitieme grond voor het verschil in informele hiërarchie. De eerder genoemde collegialiteit lijkt zich dus te beperken tot het team van vaste personeelsleden. Gevolg hiervan is dat deze sociale structuur weinig ruimte laat voor reflectie op eigen persoon of kritiek op collega’s binnen het team zelf. Immers, iedereen wil de sfeer en persoonlijke betrekkingen op de afdeling goed houden. Dit wil niet zeggen dat er nooit kritiek wordt gegeven, maar de kritiek die wordt gegeven beperkt zich tot kritiek ten aanzien van concrete taken *“zonder aanzien des persoons”.* Dit gaat ook op voor de relatie met het unithoofd. Hoewel meermaals wordt aangegeven op persoonlijk vlak *“niets met het unithoofd te hebben”*, beperkt kritiek zich op uitvoering van taken. Afdelingsafspraken willen nog wel eens onderwerp van discussie zijn.Ethiek en gedrag vormen echter geen punt van kritiek.

*“Nou het is soms moeilijk (…) wij zijn verpleegkundigen en wij vinden elkaar allemaal aardig. We vinden dat iedereen leuk is en leuk werkt en het is niet zo leuk om mensen aan te spreken op hun gedrag. Dus als iemand een fout maakt met medicijnen delen dan zeggen we het wel, maar als iemand niet zo een prettig houding ofzo heeft… dan denk ik wel eens oh laat maar. Het is gewoon moeilijk om iemand daar op aan te spreken.”*

Het bovenstaande citaat geeft aan dat sociale normen in het team zorgen voor een omgeving waarin het moeilijk is om op gedrag van elkaar te reflecteren. Omdat nieuwkomers in een werkomgeving stappen waarbij elkaar aanspreken op gedrag en ethiek niet de norm is, ontstaan soms irritaties die niet worden uitgesproken. Hoewel verschillende respondenten aangeven dat er voldoende ruimte is om elkaar aan te spreken in situaties van conflict, blijkt dat er een duidelijke grens ligt bij het aanspreken op persoonlijk gedrag. Volgens het unithoofd van de afdeling is dit een barrière die vooruitgang blokkeert ten aanzien van haar visie op ‘klantgericht werken’. Ze geeft aan initiatieven te hebben genomen deze barrière te doorbreken. Als voorbeeld daarvan worden de teambuildingmiddagen aangedragen waarbij onder andere het geven van feedback op de agenda staat. Hoewel niet expliciet uitgesproken refereren teamleden aan een zelfde soort barrière. Deze barrière zorgt volgens sommige dat irritaties langer hangen, zich regelmatig herhalen en een algemeen overheersend negatieve weerslag op het gehele team hebben. Hoewel er consensus lijkt te zijn over het mogelijk nut van deze middagen, blijkt dat de middagen niet zijn wat het team ervan had verwacht:

*“Ik vind niet dat de teambuilding zoals wij die gehad hebben ook echt teambuildend is. Bij een teambuilding stel ik mezelf voor dat je elkaar beter leert kennen. Elkaars sterke en zwakke punten leert”*

Uit het bovenstaande citaat blijkt dat de respondent zichzelf een voorstelling heeft gemaakt van hoe zo een teambuildingsmiddag eruit zou zien. De verwachting was dat sterke en zwakke punten onderwerp van elkaar in een teambuilding onderwerp van gesprek zouden kunnen zijn. Zo hadden verschillende respondenten verschillende verwachtingen van de teambuildingsmiddag. Het is natuurlijk lastig aan deze verwachtingen te voldoen als de intentie van de teambuildingsmiddag niet duidelijk is. *“Ik weet tenminste niet het nut nog precies wat ze daar nou uiteindelijk mee willen”.* Wat een waardevolle bijeenkomst had kunnen zijn wordt achteraf niet als meer ervaren dan een *“gimmick”.* De alledaagse hectiek op de afdeling laat volgens respondenten weinig ruimte voor het ontwikkelen van reflectieve competenties. Het is makkelijker om de situatie te behouden zoals hij is.

**4.3 Hart voor de zaak**

Het eerste wat ik merkte toen ik op de afdeling kwam was de geur. Natuurlijk niet verbazingwekkend gezien de specialisatie van de afdeling, maar als leek in het vakgebied had ik hierop niet geanticipeerd en trof de geur me off guard. Mij werd verteld dat dit snel zou wennen. En inderdaad, na een minuut of 20 had ik er geen erg meer in. Bij binnenkomst lijkt aantrekkelijkheid van het specialisme, voor een leek als ik ben, ver te zoeken. Volgens het personeel op de afdeling sta ik daar niet alleen in. Keer op keer horen zij dezelfde vooroordelen over het vakgebied aan. Echter met de vooroordelen van de specialisatie werd al snel afgerekend. Het werd mij snel duidelijk gemaakt dat MDL buitengewoon interessant was als specialisatie. Er werd enthousiast verteld over verschillende ziektebeelden en de interessante categorie patiënten. Het is een gemeenschappelijke deler op de afdeling; hart voor MDL.

De categorie patiënten behelst voor velen op de afdeling de aantrekkelijkheid van het werk. Op de afdeling is grote diversiteit aan patiënten te vinden. Niet alleen zieke oude bejaarden of alleen mensen met een ongezonde levensstijl, ook jongeren die met acute problemen krijgen te maken liggen op de afdeling. Met deze jongeren is het volgens velen toch wat fijner in de omgang en er valt makkelijker mee te praten. Het gevarieerde ziektebeeld past ook in dat straatje. Maag, darm en lever. De breedte van de specialisatie brengt met zich mee dat kennis van zaken onontbeerlijk is. Het gebrek aan vakspecifieke kennis vormt dan ook grond van kritiek bij ‘flexers’. Uiteraard is kennis bij iedere specialisatie onontbeerlijk, maar bij afdeling ‘interne 1’ is de wil op te excelleren op het gebied van MDL van groot belang en sterk aanwezig.

*“Ik denk dat we als team allemaal erg gemotiveerd zijn en staan voor mdl als discipline om te streven naar kwaliteit van zorg en ook kwaliteitsverbetering op het gebied van mdl.”*

Kwaliteitsverbetering, een mooi streven. Volgens een aantal respondenten is dit direct verbonden met de kennis die in huis is op de afdeling. Ieder jaar laten twee verpleegkundigen van de afdeling zich bijscholen tot specialistisch MDL-verpleegkundige. Deze negen maanden durende bijscholing moet ervoor zorgen dat het kennispeil stijgt en verpleegkundigen zich *“adequater”* op de afdeling kunnen bewegen. De wil om te leren is aanwezig. Dit lijkt echter alleen betrekking hebben tot competenties ten aanzien van taak. Er wordt door geen van de respondenten gesproken over ontwikkeling van competenties die betrekking hebben op de manier van werken zelf. Feedback geven is, zoals eerder aangegeven, een punt van aandacht volgens zoals het unithoofd als verschillende respondenten. Naast het huidig personeel moeten ook sollicitanten beschikken over kennis van MDL. Dit is, naast de voorwaarde om binnen het team te passen, een cruciaal punt om een sollicitant dan wel niet aan te nemen.

*“Ik denk dat er veel kennis op de afdeling zit. Er zijn toch wel wat mensen die al heel lang op de afdeling werken. Ook bij het aannemen. Er is veel verloop geweest. Je zag de kennis toch wel een beetje naar beneden dalen. En nu zijn er mensen aangenomen die echt ervaring hebben op een mdl afdeling.”*

Het aannemen van sollicitanten is een gebeurtenis waar personeel van de afdeling zich graag in wil mengen. Middels een sollicitatiecommissie, die bestaat uit enkele verpleegkundigen van de afdeling, kan inspraak gemaakt worden op het al dan niet aannemen van een nieuwe kracht. Aan deze inspraak wordt veel waarde gehecht. Een zekere *“kwaliteitscontrole”* is belangrijk om expertise te behouden en rust in het team te bewaren. Respondenten geven aan deze kwaliteitscontrole bij ‘flexers’ te missen.

**4.4 Het belang van geschiedenis en de onzekerheid van de toekomst**

Ziekenhuis de Gelderse Vallei kent een rijk verleden van verandering. Fusies, een faillissement en uiteraard veranderende werkprocessen in de zorg hebben gezorgd voor een perioden van verandering. Van die veranderingen ligt de herstructurering op de interne geneeskunde voor veel respondenten nog vers in het geheugen. Met deze herstructurering vond er ook een wisseling van de wacht in de leiding plaats. Vanwege ziekte van het oorspronkelijke unithoofd van ‘interne 1’ moest er worden gekeken naar iemand die tijdelijk de honneurs kon waarnemen. Vanaf de periode van de herstructurering heeft het unithoofd van ‘interne 2’ de functie van waarnemend unithoofd van ‘interne 1’ aangenomen naar vraag van de clustermanager. Het unithoofd van ‘interne 2’ was tevens belast met de leiding van de herstructurering en in die tijd een half jaar in dienst bij ziekenhuis de Gelderse Vallei. Gevolgen van deze verandering hebben een grote impact gehad op de werkbeleving van verpleegkundigen. Hoewel de afdelingen van de interne geneeskunde in het heden zich weer kunnen bezighouden met het primaire proces; het verplegen en verzorgen van patiënten, is de kater van de verandering op afdeling ‘interne 1’ groot. Volgens respondenten bestaat deze kater voornamelijk uit problemen in de organisatie welke te wijten zijn aan het functioneren van het unithoofd. Onderbezetting en daardoor stijgende werkdruk, fouten in roosters en een onbetrokken unithoofd. De kater is zo groot dat voor een groot deel van de respondenten, die de verandering in zijn volledigheid hebben meegemaakt, het plezier in het werk een flinke deuk heeft opgelopen. Hieronder volgt een korte chronologische uiteenzetting van de beleving van verpleegkundigen met betrekking tot de herstructurering en gelijktijdige veranderingen die daarmee gemoeid waren.

*“ik denk dat vanaf het moment van communiceren en het ontstaan van de AOA er een week of 4 tussen zat. Dus het is heel vlot gegaan”*

Dit was voor de afdeling het eerste teken dat zaken zouden gaan veranderen op de afdeling. Op ‘interne 1’ kon de verpleging het nut van een dergelijke herstructurering wel inzien. Het zou een hoop rust kunnen brengen op de afdeling. De algemene opvatting over de praktische kant van de herstructurering is mooi te vatten in het volgende citaat:

*“Het brengt wel meer rust zeg maar op de afdeling. Aan het eind van de dag en de nacht kon je altijd opnames krijgen van spoedeisende hulp. Vrijdagavond was altijd een ramp want dan gaan heel veel mensen naar huis, dan heb je 8 lege bedden en die kunnen allemaal volgelegd worden. Je hebt daar vaak niet genoeg personeel voor. Dus de AOA is voor ons wat dat betreft heel goed want je kan daar gewoon mensen neerzetten die al die opnames aankunnen. Daardoor ook wel sneller patiënten op de goede afdeling zeg maar.”*

Met de aankondiging van de komst van de AOA begon het proces van verandering te leven onder verpleegkundigen. De keuzemogelijkheden om op een bepaalde afdeling te werken werden goed ontvangen. Dit mede omdat vrijwel iedereen de plaats van zijn of haar voorkeur kreeg toegewezen. Slechts aan een enkeling kon niet tegemoet worden gekomen. Al snel nam de positieve houding ten opzichte van de herstructurering een andere wending. Er werd door ‘het management’ de keuze gemaakt de herstructurering voor de zomer plaats te laten vinden.Het tijdstip van de doorvoering had volgens het unithoofd te maken met de wensen van het bestuur en specialisten. De zomerperiode is traditioneel gezien een drukke periode voor de verpleging. Dit vanwege de sluiting van het aantal bedden en beperkte capaciteit in bezetting in personeel. De positieve houding ging over in verontwaardiging. Het besluit de herstructurering voor de zomerperiode plaats te laten vinden wekte verbazing op op de afdelingen.

*“ik snap dat als iets op touw is gezet dat je dan meteen wilt doorpakken, maar naar mijn idee waren de problemen te voorzien”*

*“ik weet dat het voor ons allemaal erg vlug kwam. Iedereen had eigenlijk verwacht dat de AOA na de zomer opgestart zou worden dat je die zomerperiode met weinig personeel en zieke patienten overbrugd zou worden en in september die AOA opgestart zou worden.”*

De bovenstaande citaten laten zien dat de implementatie niet vlekkeloos is verlopen. Hoewel kritiek op de grondslag van de herstructurering niet aanwezig is, is het team over de uitvoering van de herstructurering duidelijk. De problemen in de zomer worden beschreven als *“een ramp”, “verschrikkelijk”* en de situaties die daaruit volgden worden als *“onverantwoord”* bestempeld. Er wordt niet licht over gesproken en superlatieven schieten welhaast te kort. Het probleem zat volgens de respondenten in de mix van verschillende specialismen die op dat moment de handen ineen moesten slaan en een forse onderbezetting wat verpleegkundig personeel betreft. Door gebrekkige, of zelfs non-existente, kennis over het specialisme van medeverpleegafdelingen was het lastig werken.

*“Je moet mij niet op dialyse patiënten gaan zetten, daar weet ik helemaal niet van. Dan ben ik de hele dag onthand. Dan weet ik niet wat ik moet doen en dan moet ik alles vragen en worden andere gek. Soms lagen er allemaal dialyse patiënten en waren er alleen mdl verpleegkundigen.”*

De algemene consensus onder respondenten was dat het gewoon niet *“liep”* in die periode. *“Roostertechnische problemen”, “geen expertise van flexmedewerkers die tijdelijk inspringen”* leidde tot grote frustraties. Bijkomende frustratie was hoe de relatie met het waarnemend unithoofd zich vormde. De werkvloer was van mening dat verantwoordelijkheden ten aanzien van de personeelsbezetting niet door het waarnemend unithoofd werden genomen. De hoop bestond dat na deze periode van onrust zaken terug naar het oude zouden gaan. Helaas bleek dat niet het geval te zijn. Er was een nieuw lijn ingezet. Veranderingen in het werkproces en een nieuw unithoofd. De exponentieel stijgende werkdruk ten tijde van de herstructurering en alle veranderingen tezamen hebben gezorgd van een ‘shaky start’. Het is dan roeien met de riemen die je hebt. Tijdens de herstructurering is er hard geroeid, heel hard zelfs. Door iedereen. In ‘hindsight’ was het misschien niet de goede keuze geweest de herstructurering plaats te laten vinden voor de zomerperiode. Dat is ruiterlijk erkend door het unithoofd. Maar hoe pak je de draad weer op? Een goede start is het halve werk. Maar betekent dat ook dat een slechte start het fors kan bemoeilijken?

**4.5 Verscherpende tegenstellingen op de afdeling**

Nieuwe ronde, nieuw kansen. Een welbekende uitspraak van een welbekende quizmaster. Echter, de sociale wereld is geen quiz. Een schone start, ceteris paribus, komt daar niet in voor. Zeker niet als je een groep binnenstapt waarin zich al een cultuur heeft ontwikkeld. Het vergt tijd om een organisatie te leren kennen, het vergt tijd om een groep te leren kennen. Echter is tijd schaars in de zorg blijkt uit mijn gesprekken. Het moet het liefst gisteren, en dan zo snel en goed mogelijk. Als middenmanager bevind je jezelf in een krachtenveld waar soms lastig mee om is te gaan. Je lijkt soms wel een trekpop. Onder, boven, links en rechts. *“Iedereen wil en moet wat van je”* zegt het unithoofd.

Het waarnemend unithoofd van ‘interne 1’ had een moeilijke start. Doorgevoerde veranderingen hebben wat uitvoering betreft flink wat stof doen opwaaien. Nadat de stof is verdwenen is het zaak de draad weer op te pakken en met nieuwe uitdagingen te gaan stoeien. Het waarnemend unithoofd streefde naar een coördinerende stijl van leiderschap met als ideaal een zelfstandig functionerend team met een hoge mate van ‘klantgericht werken’. Tegelijkertijd bestempelen teamleden de afdeling als stuurloos en missen ze ondersteuning van het unithoofd. De afgelopen ¾ jaar leert dat de visie van het unithoofd en de visie van de werkvloer op dat gebied ver uit elkaar liggen. Het was duidelijk merkbaar dat bij veel respondenten de zaak hoog zat. Hun mening over het functioneren van het unithoofd was ongenuanceerd en hard. Dit in negatieve zin. Met name respondenten die de overgang van herstructurering en nieuwe leiding volledig bewust hebben meegemaakt spraken zich hier fel over uit. Respondenten die na de herstructurering op de afdeling zijn gekomen zijn milder in hun kritiek, maar zijn desalniettemin ook niet te spreken over het functioneren van het unithoofd. Klaarblijkelijk zat hier erg veel zeer. Maar professioneel gezien moest het allemaal gewoon doorgaan. *“Er is geen tijd om je met zijn allen terug te trekken en eens een goed gesprek met elkaar aan te gaan”*. De mogelijkheden waarbij er een kans was te reflecteren op elkaar worden daarbij ook niet aangegrepen. Wederzijdse kritiek bleef bestaan en de afstand tussen de groepen nam toe. Ook tijdens teambuildingsmiddagen bleef de spanning overheersen. Deze momenten waren blijkbaar niet geschikt om dit soort gevoeligheden constructief te bespreken:

*“Ja…mijn gevoel was heel sterk bij die dagen.. van wij tegen zij.. en dat was het unithoofd en de clustermanager. Mijn gevoel was dat wij van boven niet genoeg support kregen om een team te vormen om…. Om lekker te kunnen draaien”*

Niet genoeg support krijgen om lekker te kunnen draaien zegt een respondent. Een gevoel dat een respondent heeft als gevraagd wordt naar de relatie tussen het team en unithoofd. Dit geeft aan de het om praktische zaken gaat waarin het team zich benadeeld voelt. Persoonlijkheid werd niet over uitgeweid. Eerder gaf ik aan dat het team hart voor de zaak heeft. Het nieuwe unithoofd voorziet volgens respondenten alleen niet de middelen zoals zij dat willen. Zoals zij dat gewend zijn. Geen van de respondenten geeft echter aan waarom dit niet gebeurt. Ze zeggen allemaal het niet te weten. Een treffend voorbeeld is het verhaal rond de functie van seniorverpleegkundige. ‘Interne 1’ heeft ervoor gekozen te werken met een seniorverpleegkundige. Deze functie vervult een belangrijke rol op de afdeling. Nadat de afdeling na de herstructurering zonder seniorverpleegkundige kwam te zitten moest er worden gezocht naar iemand die functie zou willen vervullen. Door de herstructurering was de situatie ontstaan dat op ‘interne 2’ twee seniorverpleegkundigen kwamen te staan. *“van bovenaf was het een logisch gevolg dat die senior bij ons zou komen”* geeft een respondent aan. De senior maakt, op eigen keuze in het kader van de keuzemogelijkheden tijdens de herstructurering, vervolgens de overstap. Bij het team is dit niet in goede aarde gevallen.

*“Ze is min of meer bij ons…ja… op de afdeling geplaatst. Of ze heeft er zelf voor gekozen dat is niet helemaal duidelijk.”*

Dat is niet de manier waarop team graag een belangrijke functie als senior vervuld zien worden. Dit ondanks dat er geen uitsluitsel is over de basis van haar komst. Daarnaast paste ze niet binnen het team volgens een respondent. *“Ik denk dat de meeste van ons ook niet het idee hadden dat zij een goede senior was.”* Als reden werd hierover opgegeven dat de betreffende senior geen specifieke kennis van MDL had. Het uiteindelijke gevolg is dat de seniorverpleegkundige niet door de groep is geaccepteerd waardoor zij op vrijwillige basis is vertrokken:

*“Binnen het team heb ik het idee dat zij het slachtoffer is geweest van de herstructurering… personeelstekort.. Werkdruk en uhmm… slecht contact met het unithoofd. Al die onvrede is volgens mij op haar geprojecteerd waardoor zij zich niet meer welkom voelde op de afdeling. Zij heeft toen de eer aan zichzelf gehouden en ontslag genomen.”*

Deze casus schetst de steeds verscherpende tegenstellingen tussen het team enerzijds en het unithoofd anderzijds. Een sterk neerwaartse spiraal waarbij wederzijds begrip niet aanwezig is. Opmerkelijk is daarbij het feit dat zowel de afdeling als het unithoofd bewondering voor elkaar uitspreken ten aanzien van loyaliteit aan hun functies. Verschillende respondenten geven aan dat ze het bewonderenswaardig vinden dat het unithoofd zich staand weet te houden. Ook het unithoofd spreekt bewondering uit over het team. Er wordt hard gewerkt en ze doen ondanks moeilijke omstandigheden hun werk goed.

Veelvuldig is er gespuid over onderbezetting, roostertechnische blunders en een algeheel onbetrokken houding ten opzichte van het team. Het is een voortzetting van de onrustige zomerperiode volgens velen. Oplossingen bleven uit volgens respondenten. Het gevolg hiervan was dat plezier in het werk drastisch was gedaald. Het unithoofd geeft echter aan dat haar handen op sommige momenten gebonden zijn en dat zij ook haar taken en eisen heeft. Achteraf krijgt zij dan vanuit het team het bericht dat er wat betreft bezetting weer op de rand is gelopen. Haar indruk is dat het met die bezetting echter *“moet kunnen”.* Het feit dat het unithoofd tijdelijk deze functie zou vervullen was voor zowel het team als het unithoofd de hoofdreden dat het de moeite van confrontatie niet waard was. Het unithoofd geeft aan te zou zijn vertrokken als deze functie permanent was geweest. Maar wat verwacht de werkvloer eigenlijk van een unithoofd? In de nieuwe situatie was hier niet over gesproken. De aanname dat het waarnemend unithoofd op dezelfde voet door zou gaan als het oude unithoofd bleek geen juiste te zijn. Zoveel was duidelijk geworden. Ook bleken respondenten in het duister te tasten over een verklaring waarom de situatie zo is zoals hij is. Aangenomen werd dat de werkdruk voor haar te hoog was en daardoor te veel steken liet vallen:

*“Mijn indruk was dat het waarnemend unithoofd niet capabel was om twee afdelingen te leiden waardoor het gewoon niet lekker liep. Toen ze waar moest nemen voor onze afdeling was ze maar net een paar maanden in dienst, dus voor haar was de situatie nog nieuw. Voor een afdeling laat staan voor twee afdelingen”*

Volledige toewijding stond hoog op de wensenlijst van het team. Samen met betrokkenheid bij het team en een sterk faciliterende functie vormde dit de steekwoorden voor eisen aan een unithoofd. De wens om een unithoofd te hebben die binnen de groep stond was zeer groot. Hoe deze rol zou kunnen worden aangenomen waren respondenten minder duidelijk over. Het was meer een *“gevoelskwestie”.* Duidelijk was alleen dat een nieuw unithoofd op goede voet moest staan met het team.

“Kijk je kunt ieder unithoofd op onze afdeling zetten, maar als je geen goede communicatie hebt en geen draagvlak dan zal het nooit gaan werken. Dan blijft iedereen op zijn eigen manier werken en dan gebeurt er gewoon helemaal niks. Daar zijn wij misschien ook gewoon een beetje stug in. Maar ja dan denk ik dan is het 1 tegen 22… nou ja je kunt niet een heel team in je eentje gaan veranderen wat al jaren functioneert. Het functioneerde gewoon heel goed alleen zij communiceert gewoon helemaal niet met ons. Via de mail.. en verder sta je gewoon tegen een muur aan te praten”

Als unithoofd sta je aan het hoofd van een afdeling, dat is per definitie een andere rol en functie dan die directe collega’s vervullen. Mijn indruk was dat het oude unithoofd, welke met ziekte was vertrokken, aan hun wensen voldeed wat betreft betrokkenheid en sociaal wenselijkheid. Hoewel dit niet direct uit de gesprekken naar voren kwam werd meermaals gerefereerd aan de situatie zoals deze was onder leiding van het oude unithoofd. Het bovenstaande citaat geeft ook tevredenheid aan over de manier waarop het team toen functioneerde. Maar betekent dit dat een nieuw unithoofd zich moet conformeren naar de groep? Meespelen met de regels van de groep om geaccepteerd te worden? De rol van vriend/baas lijkt mij in ieder geval een erg lastige. Bovendien hoeft iemand die zich conformeert naar de groep niet per definitie een goede baas te zijn. Zeker met het oog op veranderende werkprocessen in de zorg kan dit een lastig dilemma zijn. De afrekening komt uiteindelijk toch op het bordje van de baas. De gekozen stijl van leiderschap van unithoofd wekt de indruk van onbetrokkenheid bij het team. *“het afschuiven van verantwoordelijkheden”* versus *“ze zijn soms niet vooruit te branden”* . De visie op leiderschap van unithoofd enerzijds en de visie het team op leiderschap anderzijds staan haaks op elkaar.

**4.6 Klantgericht werken op ‘interne 1’: visie op zorg**

Zorg dragen voor de patiënt. Onmiskenbaar het verbindende element tussen iedereen werkzaam op ‘interne 1’. Dit gemeenschappelijke doel wordt unaniem genoemd als kern van het werk door verpleegkundigen, leerlingen, zorgassistenten, arts-assistenten en unithoofd. Echter, heeft iedereen een andere visie op hoe dat doel tot stand komt of zou moeten komen. In de loop der jaren is deze visie aan maatschappelijke verandering onderhevig geweest zoals ik eerder betoogde. Hoe geef je daar in de dagelijkse praktijk invulling aan? Antwoord op deze vraag zal in grote mate afhangen van de context waarin iemand zich bevindt. Een manager in de zorg zal anders redeneren dan een verpleegkundige. Een arts anders dan een lid van de raad van bestuur. Aangezien mijn gesprekken plaatsvonden met de ‘werkvloer’ was ik benieuwd wat veranderende werkprocessen in het kader van ‘klantgericht werken’ betekenen voor ‘interne 1’. ‘Klantgericht werken’ is echter niet een manier van werken die helder ingekaderd, verpakt tot strakke definitie geplastificeerd in de teampost van de afdeling hing. De grote verschillen in leeftijd binnen de afdeling zouden ook kunnen zorgen voor een sterk gevarieerde definitie van klantgericht werken van de respondenten. Ik heb er daarom gekozen respondenten naar gevraagd hun idee van klantgericht werken te uiten. Ondanks dat sommige respondenten net van de opleiding kwamen en andere respondenten al voor een lange tijd werkzaam waren als verpleegkundige bleek hun idee van klantgericht werken sterk overeen te komen. Hieronder een kleine greep uit ideeën over klantgericht werken:

*“Ik zou optimale zorg voor de patiënt eronder verstaan. Dat er optimaal op de behoefte van de patiënt ingegaan wordt.”*

*“Dat wij echt wel zorgen dat het voor de patiënt zo comfortabel mogelijk is. Dat onderzoeken snel moeten verlopen en dat je echt tijd voor ze hebt, mensen terecht kunnen met vragen. Alles draait toch zeg maar op een dag om de patiënt.”*

*“Contact maken….luisteren. Dienstbaar opstellen. Bejegening vind ik belangrijk.”*

*“Heel klantgericht vind ik een open communicatie naar patiënten toe. Dus proberen duidelijk het beginpunt en het eindpunt aan te geven. U heeft deze klachten en daarvoor gaan we deze, deze en deze onderzoeken doen en hopelijk dan hebben we het compleet en een uitslag.”*

*“Klantgericht werken is ook hier echt communicatie dat je goed vertelt wat je gaat doen en of iemand ermee eens is. Goh kan ik wat voor u doen. Dat wel. Niet dat je zo wegloopt en dat je het bekijkt.”*

Duidelijk is dat een strak omlijnde uniforme definitie van klantgericht werken niet aan bod is gekomen. Door jongere respondenten wordt aangegeven dat ze op hun opleiding hiermee in aanraking komen of zijn gekomen, maar dat dit niet hun visie op zorg heeft doen veranderen. Ze vinden niet dat hun idee van klantgericht werken afwijkt dan het idee van hun oudere collega’s met jaren praktijkervaring. Opvattingen over klantgericht werken hebben op de afdeling betrekking op het contact met de patiënt en het leveren van kwalitatief goede zorg. Deze opvattingen komen voort uit *“hart voor het vak en de patiënt”*, niet uit opleidingen, cursussen of richtlijnen. Op de afdeling heerst een algemene opvatting over hoe je met een patiënt omgaat. Klantgericht werken staat synoniem voor je werk goed doen als verpleegkundige. Hoewel volgens respondenten het belang van klantgericht werken door het unithoofd wordt aangegeven, blijkt het voor de respondenten niet duidelijk wat haar visie op klantgericht werken is. Het unithoofd heeft, tijdens een van de teambuildingsmiddagen, een boek uitgereikt wat betrekking heeft op klantgericht werken. Dat boek, genaamd als Disney de baas was van het ziekenhuis, herbergt een duidelijk visie op klantgericht werken. De visie van dit boek sluit aan bij de visie van het unithoofd geeft ze aan. Animo om het boek te lezen was er onder de respondenten weinig. Een enkeling vond het interessant en *“[zou] er wat mee gaan doen.”.* De slechte verstandhouding met het unithoofd gaf voor de meeste respondenten aanleiding het boek links te laten liggen. *“O, leuk, maar wat moet ik ermee?”*

Dus hoe komt het idee ten aanzien van klantgericht werken tot uiting in de dagelijkse taken? Het zou natuurlijk ideaal zijn als de gedeelde visie op zorg zonder probleem in praktijk kan worden gebracht. Uit de gesprekken kwam naar voren dat dit helaas niet het geval bleek te zijn. Bij geen van de respondenten konden de eisen die zij stelden ten aanzien van klantgericht werken worden gehaald. Noch zagen ze dat collega’s konden voldoen aan hun opvatting van klantgericht werken. Unaniem werd als oorzaak werkdruk genoemd. Leerlingen en zorgassistenten gaven aan dat verpleegkundigen enorm druk waren en nauwelijks aandacht aan de patiënt konden besteden.

*“Ik zou soms wel meer tijd en aandacht aan de patiënt willen besteden dan de tijd die ik nu beschikbaar heb. Ik heb de werkdruk in die tijd wel zien toenemen…. beddenreductie in het verleden (…) er moet efficiënter gewerkt worden. Het is een landelijk trend. Een groter verloop. Soms heb ik het idee dat alleen het hoognodige alleen nog gedaan wordt. Alleen in de avonden het gebit of tanden nog poetsen, maar dat je dat begint over te slaan daar heb je eigenlijk geen tijd over.”*

In het citaat hierboven wordt een maatschappelijke trend in de zorg aan een van de oorzaken benoemd van de hoge werkdruk. Een grote mate van rationalisering in de zorg zorgt ervoor dat gediplomeerde verpleegkundigen vinden dat ze te ver van hun kerntaak komen te staan. Het zorgen voor patiënten schiet er vaker bij in. Contact met de patiënt maakt plaats voor het invullen van formulieren, het regelen van thuiszorg voor patiënten die ontslagen worden en het begeleiden van leerlingen geven verpleegkundigen aan. Maar ook voor die taken is tijd te kort is de algemene opvatting. Het neemt volgens enkele respondenten aantrekkelijkheid van het werk weg:

*“Anders was ik wel secretaresse geworden. Leerlingen merken vaak pas als ze evv-er (eerst verantwoordelijke verpleegkundige) zijn wat er allemaal bij komt. Dat je echt je best moet doen om bij de patiënt te komen”*

Het loslaten van hun ideeën over klantgericht werken is een noodzakelijkheid om het op de afdeling bol te kunnen werken. Met de komst van zorgassistenten op de afdeling die zich bezighouden met puur verzorgende taken zou werkdruk minder moeten worden. Aangegeven wordt dat dit in de praktijk niet altijd zo werkt.

“We gaan ook steeds meer met zorgassistenten werken, die dus meer de zorg van de patiënt doet dan zouden wij dat eigenlijk niet moeten doen. Wij zijn eigenlijk te duur om te wassen onderhand. Dus we zijn wel steeds meer met functiedifferentiatie bezig om te kijken wie doet wat. Daardoor zou je meer tijd moeten hebben, maar in werkelijkheid is er vaak zoveel zorg dat je daar nu eigenlijk altijd nog wel aan vast zit. Wij zijn denk ik niet zo heel goed in het loslaten daarvan. Dat we dat allemaal ook wel graag zelf willen blijven doen. Dus dat is het denk ik ook wel een beetje. Maar ik denk dat wij meer ondersteuning zouden moeten hebben van ondersteunende diensten zoals fysiotherapie diëtisten. Die zijn er nu allemaal wel bij betrokken, maar zijn nu ook wel heel snel weer weg.”

Pogingen van ‘het management’ om werkdruk te verlagen zijn volgens respondenten in de praktijk niet afdoende om te kunnen voldoen aan hun eigen idee over klantgericht werken. Het management staat daarbij tussen aanhalingstekens gezien respondenten niet weten waar verantwoordelijkheden liggen ten aanzien van het verlagen van de werkdruk. Het menselijke aspect waarvoor velen voor een beroep in de zorg hebben gekozen verdwijnt als sneeuw voor de zon. De vraag om extra krachten lijkt *“ongehoord”* te worden. Het was voor respondenten soms lastig om uit te weiden over dit onderwerp zonder de verstoorde relatie met het unithoofd erbij te betrekken. De afhankelijkheid van unithoofd wat betreft de roep om extra bezetting is velen op de afdeling een doorn in het oog. Echter heeft een verhaal vaak meerdere zijden.

**4.7 Afronding**

Een gemeenschappelijk doel betekent niet per definitie dat aan dat doel op dezelfde manier invulling wordt gegeven. Het is voor mij lastig een probleem op de werkvloer te onderzoeken zonder daarbij te kijken naar het systeem waarin die werkvloer zich bevindt. Sommige onderdelen van het systeem staan verder van de core business af dan andere onderdelen. De werkvloer staat natuurlijk het dichtst bij het vuur. In mijn gesprekken met het unithoofd van ‘interne 1’ was het evident dat zij op een andere manier om moest gaan met de core business. Als middenmanager in het krachtenveld tussen werkvloer, superieure managers en specialisten kun je niet iedereen naar de pijpen dansen. Soms moet er worden gezocht naar oplossingen die niet overeen komen met de visie op zorg van de werkvloer. De eis om ‘te stroomlijnen’ is niet een unieke eis voor de zorgsector. Maar wat als deze stroomlijning niet overeen komt met de visie op zorg van de werkvloer? Dan ontstaat er waarschijnlijk een fundamenteel probleem. Het unithoofd van ‘interne 1’ schetst een keten van afhankelijkheidsrelaties. De werkvloer is afhankelijk van het unithoofd. Het unithoofd is afhankelijk van de clustermanager. De clustermanager is afhankelijk van de raad van bestuur. De enige die onafhankelijk lijken te zijn, zijn de specialisten. Om te kunnen voldoen aan de vraag specialisten, raad van bestuur en clustermanager zijn veranderingen in het werkproces noodzakelijk. De ‘traditionele manier’ van zorg verlenen, waarbij verpleegkundigen tijd een aandacht voor de patiënt hebben, lijkt een anachronisme. Alleen veranderingen in werkprocessen kunnen nog voor de nodige ademruimte zorgen. Het unithoofd geeft aan dat *“als er een beter manier is om iets doen dan moeten ze dat gewoon doen!”*. Extra geld voor personeel is er immers niet. Het unithoofd geeft duidelijk aan dat ze midden in dat spanningsveld zit en is van mening dat de werkvloer zeer zeker een punt heeft wat betreft werkdruk. Ze beschrijft het als *“niet juist”* dat het superieure management hier weinig oog voor heeft. De manier waarop de werkvloer daar echter mee omgaat vindt ze ook niet de juist. Als afdeling moet je de regie in eigen handen nemen en reflecteren op je eigen manier van werken en zonodig slimmer werken waar dat kan.

1. **Analyse**

**5.1 Inleiding**

Nu de fundamenten van de problematiek op afdeling ‘interne 1’ deels zijn blootgelegd zal ik deze fundamenten verder onder de loep nemen. Relevante literatuur die mijn onderzoek omkadert, zijn mijn ‘tools’. Deze literatuur, eerder beschreven in dit rapport, geeft mij handvatten om centrale thema’s binnen mijn onderzoek te duiden en analyseren. Mijn eerste thema heeft betrekking op ‘klantgericht werken’ op afdeling ‘interne 1’. Maatschappelijke trends hebben ziekenhuizen kennis laten maken met marktwerking. ‘Klantgericht werken’ neemt hierbij een centrale rol in. Dit is echter niet één verandering zoals op het eerste oog lijkt. Hieraan besteed ik in mijn analyse aandacht. Daarnaast besteed ik aandacht aan culturele factoren die een rol spelen bij het streven naar ‘klantgericht werken’. De drie perspectieven op organisatiecultuur van Martin zijn hierbij mijn leidraad.

**5.2 Op weg naar ‘klantgericht werken’:**

Als ziekenhuis geven maatschappelijke trends de noodzaak om processen ten aanzien van dienstverlening te rationaliseren. Bezuinigingen zijn hieraan vaak het deficit. Gastelaars beschrijft dit mooi als ‘koken binnen het budget’[[33]](#footnote-33). In mijn resultaten zijn de zes veranderingen die dienstverleners doormaken in het streven naar ‘klantgericht werken’ duidelijk waarneembaar. Gezien ik geen strakke definitie van ‘klantgericht werken’ heb gehanteerd laat ik de invulling daarvan over aan personeel van ‘interne 1’. Hoe gaat het personeel van ‘interne 1’ op de zes veranderingen die Gastelaars schetst? Welke betekenis kennen zij toe aan deze veranderingen?

1: *ruimte maken voor verschillen*. Individualiseringseffecten spelen een grote rol van betekenis op afdeling ‘interne 1’. Aandacht voor het individu staat centraal. Uit mijn resultaten blijkt dat ideeën over ‘klantgericht werken’ hier vooral betrekking op hebben. Het voldoen aan wensen van de patiënt en aandacht voor bejegening laat zien dat ‘interne 1’ ruimte voor verschillen omarmt als verandering bij het streven naar ‘klantgericht werken. Omdat de groep patiënten waar zij mee te maken hebben als groot punt van aantrekkelijkheid in het werk worden gezien kan aan veranderende tendensen, zoals individualisering, tegemoet worden gekomen. Naar hun mening is de interne flexibiliteit daarvoor aanwezig.

2: *ontwerp en stroomlijning van het primaire proces*. De herstructurering op de afdeling interne geneeskunde is bij uitstek een voorbeeld van herontwerp en stroomlijning van het primaire proces. Hoewel de herstructurering voornamelijk betrekking heeft op de ‘voorkant’ om zo patiënten sneller en efficiënter op de juiste plek te krijgen, heeft de herstructurering ingrijpende gevolgen voor het primaire proces op de nieuw ontstane afdelingen. Uitvoerenden krijgen te maken met nieuwe taken en zien hun functie met de verandering van het primaire proces mee veranderen. Ondanks tekortkomingen in de uitvoeringen van de herstructurering, zien personeelsleden van ‘interne 1’ de voordelen van een dergelijke herstructurering. Veranderingen in het primaire proces worden hier gezien als *“ontlastend”.*

3: *een herijking van de uitvoerende repertoires*. Deze specifieke verandering is onderdeel van een grotere verandering in de zorg; rationalisering. Verpleegkundigen geven aan “de patiënt nauwelijks meer te zien” en zijn veelal bezig met *“het invullen van formulieren, het aansturen van leerlingen en het regelen van opvang voor de patiënt na ontslag”.* Dit druist in tegen hún idee van klantgericht werken. Het idee waarbij zij zélf tijd en aandacht voor de patiënt hebben. Door weerstand te bieden aan doorvoering van veranderingen in hun manier van werken proberen zij grenzen te verdedigen. *“zonder onze steun gebeurt er gewoon… niets”.* Arbeidsdeling en functiedifferentiatie zorgen er echter voor dat deze tijd en aandacht in hun ogen tot het minimum gereduceerd wordt en dat ‘vast’ personeel steeds verder van patiënten komen te staan om de afdeling draaiende te houden.

4: *een opmars van operationeel management* is daarom noodzakelijk om de afdeling draaiende te houden. ‘Interne 1’ worstelt zonder meer met nieuwe uitdagingen aangaande hun veranderende werkproces. Hoewel het unithoofd formeel belast is met het operationeel management geeft de werkvloer aan dit management in de praktijk op zich te nemen. Een gebrek aan *“facilitering”,* *“het afschuiven van verantwoordelijkheden”* en *“niet weten wat er speelt”* zijn hier debet aan volgens verpleegkundigen. Hier tegenover staat dat het unithoofd streeft naar een onafhankelijk team dat instaat is zelf problemen op te lossen. Deze tegenstelling schetst een treffend beeld van de relatie tussen unithoofd en werkvloer.

5: *actieve legitimering naar buiten*. Deze legitimering is noodzakelijk om steun te behouden van het ‘hogere management’. Mijn resultaten laten zien dat ‘accountability’ een rol speelt bij de functie van unithoofd. Hoewel deze legitimering naar buiten wordt gegeven, ontbreekt legitimering naar bínnen. De legitimering mag dan niet op dezelfde wijze vorm krijgen als legitimering naar buiten, resultaten geven wel een belangrijk van een dergelijk soort legitimering aan. Een mate van openheid richting de werkvloer ontbreekt. Dit blijkt uit vele onduidelijkheden omtrent toewijzing van extra personeel en aanvoer van nieuw personeel. De legitimering naar binnen is juist zo belangrijk om steun van werkvloer te behouden. Steun die de werkvloer niet meer geeft.

6: *de klantrelatie, niet de klant*. De bovenstaande veranderingen staan natuurlijk allemaal in het teken van verbetering van de klantrelatie. Op ‘interne 1’ wordt die mening echter niet volledig onderschreven. Mijn resultaten geven weer dat deze veranderingen naar hun mening het omgekeerde bewerkstelligen. Een groter wordende afstand tot de klant door uitbreiding van taken van verpleegkundigen en minder tijd zorgt ervoor dat de klantrelatie aan erosie onderhevig is.

In mijn gesprek met het unithoofd kwam ter sprake dat er een discrepantie bestaat tussen wat zij verstaat onder klantgericht werken en wat de afdeling doet ten aanzien van klantgericht werken. De afdeling hecht aan uitvoering van het werk zoals zij dat gewend zijn. De discussie tussen werk met de ‘hand’ of ‘machinaal’ lijkt stilzwijgend gevoerd te worden tussen uitvoerend personeel en unithoofd. Visie op het belang efficiëntie en rendement liggen ver uit elkaar. Dit brengt ons op het volgende punt. Het discours rond professionaliteit. Eerder in dit rapport heb ik aangegeven verpleegkundigen onder professionals te scharen. Gastelaars stelt dat uitvoerenden op werkvloeren worstelen met de geldende visie van professionaliteit, omdat ze die als zodanig waarnemen bij anderen, of omdat ze haar, integendeel, zien als ambitie voor zichzelf. Immers waren tot voor kort professionaliteit en maatschappelijk aanzien synoniem[[34]](#footnote-34). Verandering in werkprocessen op ‘interne 1’ doen hier echter afbreuk aan is de mening van uitvoerenden. De herijking van uitvoerende repertoires is hier een voorbeeld van. Respondenten geven aan zich te herkennen in de spagaat van de professional zoals Tonkens deze betoogt. Hiermee vinden ze echter geen gehoor bij het unithoofd. Een fundamenteel verschil in visie op hoe het proces moet worden ingericht zorgt ervoor dat er steeds weer met de vinger naar elkaar wordt gewezen als de zaken ‘niet lopen’.

**5.3 Perspectieven en de organisatie**

Als ik met behulp van Martin’s drie perspectieven naar de cultuur kijk zijn een aantal interessante constateringen te doen over culturele factoren die invloed hebben op de ontwikkeling van ‘klantgericht werken’. Hoewel het centrale vraagstuk in dit onderzoek niet toepassing is op de gehele organisatie, spelen alle drie de perspectieven een rol van betekenis.

Uit gesprekken met het unithoofd valt af te leiden dat superieure managers verwachten dat er op verschillende afdelingen consensus bestaat ten aanzien van doelenstellingen van de organisatie. ‘Klantgericht werken’ is daar een van. Hoewel het unithoofd van ‘interne 1’ aangeeft deze visie van superieure managers niet altijd te delen, geeft ze aan dat zij wel wordt afgerekend op de implementatie van de betreffende visie. Het gebruik van de term ‘herstructurering’ als het gaat om verandering van de afdeling interne geneeskunde spreekt boekdelen. Het is alsof er een knop kan worden omgezet van de ene situatie, naar de andere situatie. Deze ‘kijk’ sluit aan bij het integratieperspectief. Hierboven gaf ik aan de het unithoofd van ‘interne 1’ niet altijd de visie deelt van superieure managers. Het unithoofd ziet zichzelf als een schakel tussen superieure managers en de werkvloer om de balans te bewaren. Dit betekent dat het unithoofd het bestaan van verschillende subculturen erkent. In dit geval de cultuur van de werkvloer en de cultuur van het superieure management. Daarbij constateert ze dat de cultuur van het superieure management de cultuur van de werkvloer domineert. Het streven naar een kwaliteitsverbetering ten van ‘klantgericht werken’ komt niet overeen met de bezuinigingen die superieure managers doorvoeren. Martin bestempelt dit als “action inconsistency”. Deze ‘kijk’ komt overeen met het differentiatieperspectief. Opmerkelijk daarbij is dat hoewel het unithoofd het bestaan van verschillende subculturen erkent, het unithoofd zelf ook streeft naar een verandering in cultuur van de werkvloer waarin zij consensus rond haar eigen doelstellingen in de hand probeert te werken. Dit probeert zij echter op een andere manier te realiseren dan superieure managers. Zij ziet verandering meer als geleidelijk proces. Organisatie van teambuildingsmiddagen is hier een uitingsvorm van. Voor de werkvloer blijken deze teambuildingsmiddagen echter voor onduidelijk te zorgen. Meermaals is aangegeven dat de *“bedoeling”* en *“het nut”* daarvan niet ingezien wordt. Hun beperkte inzicht op de gehele organisatie heeft als gevolg dat de werkvloer van ‘interne 1’ de organisatie als complex ziet en moeilijk te doorgronden vindt. Waar gaat het eigenlijk om? Efficiënt werken of goede zorgen leveren? Veranderingen in het primaire proces zorgen voor een continu veranderende omgeving op de werkvloer. Een mix van personeel tijdens de herstructurering, aanwezigheid van ‘flexers’ zorgen voor ambiguïteit ten aanzien van het werkproces en hun cultuur. Deze ‘kijk’ sluit aan bij het fragmentatieperspectief.

Vanuit drie perspectieven is gekeken naar organisatiecultuur. Bij ontwikkeling van ‘klantgericht werken’ is het van belang dat ook het perspectief op cultuur van de werkvloer in acht wordt genomen. Een ‘herstructurering’ opgelegd vanuit het superieure management lijkt door zijn simpelheid tekort te doen aan de complexiteit van cultuur. Er is immers geen consensus over wat ‘klantgericht werken’ is tussen alle betrokken partijen. Het tegenovergestelde lijkt zelfs waar. Fragmentatie ten aanzien van ‘klantgericht werken’ zorgt ervoor dat het niet van de grond komt. Dit lijkt bij ‘interne 1’ het geval te zijn geweest. Factoren van cultuur op ‘interne 1’ hadden bij hanteren van meerdere perspectieven meer kunnen vertellen over gevolgen van mogelijk veranderingen ten aanzien van het primaire proces op de afdeling. Informele hiërarchie, gedragsnormen, waarden ten aanzien van het werk hebben een grote rol gespeeld in de problematische ontwikkelingen tussen unithoofd en uitvoerenden op de afdeling en blijken een belemmering om ‘klantgericht werken’ op de afdeling te ontwikkelen.

1. **Conclusie**

In deze afronding zal ik mijn hoofdvraag, zoals in de inleiding gesteld, trachten te beantwoorden. Hieronder voor het gemak een herhaling van de vraag:

*Wat betekent klantgericht werken voor professionals van afdeling ‘interne 1’ van ziekenhuis ‘de Gelderse Vallei’ en welke culturele en leidinggevende factoren beïnvloeden verdere ontwikkeling van klantgericht werken?*

De betekenis van ‘klantgericht werken’ van professionals en het unithoofd op ‘interne 1’ is niet in één woord te vatten. De betekenis valt slechts te zien in de context waarin de afdeling zich bevindt en ik mijn onderzoek heb gedaan. Eerder beschreven maatschappelijk tendensen spelen hierbij een rol. Deze tendensen geven aanleiding voor alle betrokken partijen zichzelf de vraag te stellen hoe deze veranderingen vorm geven aan het primaire proces. Vanuit het differentiatieperspectief is te zien dat alle betrokken partijen op hun manier betekenis geven aan ‘klantgericht werken’. Vanuit die betekenis geven zij vorm aan het primaire proces en proberen zij dat te beïnvloeden. Omdat deze betekenissen niet in consensus berusten, zal daarover met alle partijen moeten worden onderhandeld. Wat is de dominante betekenis die wordt gegeven aan ‘klantgericht werken’? Op ‘interne 1’ lijkt deze onderhandeling in volle gang. De scherpe tegenstellingen tussen professionals en unithoofd onderschrijven dat. De formele hiërarchische macht van het unithoofd legt het af tegen de informele macht van de professionals. Immers, de professionals bepalen nog steeds hoe zij hun werk doen en wat belangrijk is op de afdeling. Zij geven daarbij aan dat tijd en persoonlijke voor de aandacht voor de patiënt voor hen ‘klantgericht werken’ behelst. Tijd die ze niet hebben volgens hen. Doorgevoerde veranderingen en geplande veranderingen doen afbreuk aan de eigenheid van de afdeling.

De scherpe tegenstellingen geven aanleiding om tot consensus te komen over ‘klantgericht werken’ en de daarmee gepaard gaande veranderingen die in de analyse zijn geschetst. Een machtsstrijd op de afdeling zelf leidt alleen maar tot verliezers. Er moet door zowel professionals en manager(s) gezamenlijk vorm worden gegeven aan ‘klantgericht werken’ om deze te kunnen te ontwikkelen. Dat hoeft niet te betekenen dat zij op dezelfde manier invulling geven aan het primaire proces. Wel betekent het dat zij open moeten staan voor ieders professionele verantwoordelijkheden. Verantwoordelijkheden ten opzichte van de patiënt, verantwoordelijkheden ten opzichte van superieure managers en verantwoordelijkheden ten opzichte van elkaar. Interactie is een voorwaarde waarop de gezamenlijke vormgeving tot stand moet komen. Zonder deze interactie kan er niets gedeeld worden. Er wordt dan slechts gedeeld binnen bestaande groepen. Ieder van deze groepen kent zijn eigen waarheid. Elke van deze waarheden vormt zijn belang in de ontwikkeling van ‘klantgericht werken’.

1. **Literatuur:**

Boeije, H. (2005) Analyseren in kwalitatief onderzoek – denken en doen, Amsterdam: Boom Onderwijs Muynck, B. de. (2008) Een goddelijk beroep – spiritualiteit in de beroepspraktijk van leraren in het orthodox-protestantse basisonderwijs. Groen, Heerenveen.

Driskill, G. en Brenton, A. (2005) *Organizational culture in action. A cultural*

*analysis workbook*. SagePublications, Thousand Oaks.

Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak: de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam

Harris, Lloyd C. & E. Ogbonna (1998) *“A three-perspective approach to*

*understanding organizational culture in retail organizations”,* Personnel Review 27 (2),

pp. 104-123.

Hirschman, O. (1986), *Rival views of market society and other recent essays*. Viking, New York

Legard, R., Keegan, J. and Ward, K. In-depth interviews. In: Ritchie, J. and Lewis, J. (eds.) (2003) *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. Sage, London.

Martin, J. (2004) *“Organizational culture”,* ongepubliceerd manuscript, Stanford

University.

Martin, J. (2002) *Organizational culture: mapping the terrain*, Sage Publications Ltd, Londen

Mintzberg H. (1983) *Structures in Fives*, Prentice Hall, New Jersey

Tonkens, E.H. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*, NHZ, Den Haag

Tsoukas, H en Knudsen, C. (eds) (2003) *The Oxford Handbook of Organization*

*Theory. Meta-theoretical perspectives*. OxfordUniversity press, Oxford.

Overige Documentatie:

Website ziekenhuis de Gelderse vallei & beste werkgever:

<http://www.geldersevallei.nl>

Elsevier uitgave 4 2009 – Ranglijst ziekenhuizen

NRC artikel – vijf ziekenhuizen in gevaar door forse schulden:

<http://www.nrc.nl/binnenland/article2150358.ece/Vijf_ziekenhuizen_zijn_in_gevaar_door_forse_schulden_>

1. **Bijlage**

**Topiclijst bij interviews**

### Introductie

* Uitleg onderzoek en bedoeling interview
* Anonimiteit, opnameapparatuur
* Vragen naar functie, jaren werkzaam
* Hoe is het om hier te werken? Hoe bevalt het om hier te werken

Cultuur

* Hoe zou U uw afdeling typeren? Wat is belangrijk op de afdeling?
* Wat zou U als sterke punten van uw afdeling omschrijven? Minder sterke
* Wie is er belangrijk op de afdeling? Bepaalde personen
* Hoe gaan jullie op de afdeling met elkaar om?
* Zijn er subculturen binnen de afdeling waarneembaar?
* Hoe en of worden meningsverschillen op de afdelingen opgelost? Tevreden?

Herstructurering

* wat was de aanleiding voor een herstructurering?
* Wat hield de herstructurering in (doel)?
* Wie was belast met de uitvoering van de herstructurering?
* Hoe is de herstructurering verlopen? Weerstand, betrokkenheid
* Hoe is de herstructurering gecommuniceerd met het personeel? Welke manier, aan wie
* Wat zijn (uw) algemene indrukken op dit moment ten aanzien van de herstructurering? Gevolgen, resultaten, verbeteringen, problemen

Klantgerichtheid werken

* Bent U bekend met klantgericht werken? Hoe opleiding bv
* Wat betekent klantgericht werken voor U? inhoud, omlijning, taken, professionaliteit
* Speelt het een actieve rol in uw dagelijkse taken? Wat vind U belangrijk?
* Welke invulling geeft U aan klantgericht werken? Voorbeelden, ontwikkeling
* Is klantgericht werken iets dat vanuit de leiding wordt gestimuleerd? Hoe?
* Bent U tevreden met de manier waarop patiënten op de afdeling behandeld worden? Zelf/collega
* Wat gaat goed/wat gaat minder goed

Leidinggeven

* Op wat voor manier wordt U graag aangestuurd?
* Komt dit overeen met de manier waarop U nu wordt aangestuurd? Hoe is de situatie nu?
* Aan wie legt U verantwoordelijkheid af? Hoe?

Afsluiting

1. Website: Ziekenhuis de Gelderse Vallei [↑](#footnote-ref-1)
2. Elsevier ziekenhuisranglijst 2009 [↑](#footnote-ref-2)
3. Website: NRC artikel [↑](#footnote-ref-3)
4. Website: Beste werkgevers [↑](#footnote-ref-4)
5. Tsoukas, H en Knudsen, C. (eds) (2003) *The Oxford Handbook of Organization*

   *Theory. Meta-theoretical perspectives.* OxfordUniversity press, Oxford. P. 65 [↑](#footnote-ref-5)
6. Tsoukas, H en Knudsen, C. (eds) (2003) *The Oxford Handbook of Organization*

   *Theory. Meta-theoretical perspectives.* OxfordUniversity press, Oxford. P. 66 [↑](#footnote-ref-6)
7. Tsoukas, H en Knudsen, C. (eds) (2003) *The Oxford Handbook of Organization*

   *Theory. Meta-theoretical perspectives.* OxfordUniversity press, Oxford. P. 68 [↑](#footnote-ref-7)
8. Hoofdstuk 6 van: Legard, R., Keegan, J. and Ward, K. *In-depth interviews.*

   In: Ritchie, J. and Lewis, J. (eds.) (2003) *Qualitative research practice. A guide for*

   *social science students and researchers.* Sage, London*.* [↑](#footnote-ref-8)
9. Boeije, Hennie (2005), *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*.

   Boomonderwijs. P 45 [↑](#footnote-ref-9)
10. Boeije, Hennie (2005), *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*.

    Boomonderwijs. P 55 [↑](#footnote-ref-10)
11. Boeije, Hennie (2005), *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*.

    Boomonderwijs. P 50 [↑](#footnote-ref-11)
12. Boeije, Hennie (2005), *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*.

    Boomonderwijs. P 58 [↑](#footnote-ref-12)
13. Boeije, Hennie (2005), *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*.

    Boomonderwijs. P 58 [↑](#footnote-ref-13)
14. Tonkens, E. (2009), *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Van Gennep, Amsterdam. P. 54 [↑](#footnote-ref-14)
15. Tonkens, E. (2009), *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Van Gennep, Amsterdam.p. 56 [↑](#footnote-ref-15)
16. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam. P. 10 [↑](#footnote-ref-16)
17. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam. P. 33 [↑](#footnote-ref-17)
18. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam. P. 33 [↑](#footnote-ref-18)
19. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam. P. 13 [↑](#footnote-ref-19)
20. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam. P. 18 [↑](#footnote-ref-20)
21. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam. P. 21 [↑](#footnote-ref-21)
22. Mintzberg H. (1983) *Structures in Fives*, Prentice Hall, New Jersey p. 211 [↑](#footnote-ref-22)
23. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam. P. 166 [↑](#footnote-ref-23)
24. Giddens, A. (1971) *Capitalism and Modern Social Theory. An Analysis of the writings of Marx, Durkheim and Max Weber*. Cambridge University Press, Cambridge [↑](#footnote-ref-24)
25. Tonkens, E. (2009), *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Van Gennep, Amsterdam. P. 41 [↑](#footnote-ref-25)
26. Hirschman, O. (1986), *Rival views of market society and other recent essays*. Viking, New York [↑](#footnote-ref-26)
27. Tonkens, E. (2009), *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Van Gennep, Amsterdam. P. 48 [↑](#footnote-ref-27)
28. Tonkens, E. (2009), *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Van Gennep, Amsterdam. P. 49 [↑](#footnote-ref-28)
29. Tonkens, E. (2009), *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Van Gennep, Amsterdam. P. 140 [↑](#footnote-ref-29)
30. Martin, J. (2004) *“Organizational culture”,* ongepubliceerd manuscript, Stanford University. P. 2 [↑](#footnote-ref-30)
31. Harris, Lloyd C. & E. Ogbonna (1998) “*A three-perspective approach to*

    *understanding organizational culture in retail organizations”*, Personnel Review 27 (2),

    pp. 104-123. p. 106 [↑](#footnote-ref-31)
32. Martin, J. (2004) *“Organizational culture”,* ongepubliceerd manuscript, Stanford University. P. 12 [↑](#footnote-ref-32)
33. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam p. 7 [↑](#footnote-ref-33)
34. Gastelaars, M. (2006) *Excuses voor het ongemak – de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, SWP, Amsterdam p. 40 [↑](#footnote-ref-34)