

Masterthesis

Efficiëntie van de organisatiestructuur

Een kwalitatief onderzoek naar de efficiëntie van de organisatiestructuur van de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC te Veldhoven

Student:	Y.B. van Geffen
Studentnummer:	S1027144
Datum:	30 augustus 2020
Faculteit:	Faculteit der Managementwetenschappen
Opleiding:	Bestuurskunde
Masterspecialisatie:	Publiek Management
Eerste Lezer:	MSc S. Keulemans
Tweede Lezer:	
Organisatie:	Máxima MC Veldhoven
Zorggroep:	Snijdend
Begeleider:	MSc L. van Leeuwen

“Efficiency, that is, doing better what is already being done”

(Drucker, 1995, p. 32)

Dankwoord

Voor u ligt de masterthesis ‘efficiëntie van de organisatiestructuur’, een verklarend onderzoek dat is uitgevoerd binnen het Máxima MC te Veldhoven bij de Zelfstandig Behandelkamers. Dit onderzoek is geschreven ter afronding van de Master Bestuurskunde, specialisatie Publiek Management, aan de Radboud Universiteit. Het onderzoek richt zich op de efficiëntie van de organisatiestructuur en welke factoren hier volgens de theorie een verklaring voor kunnen geven. Vervolgens is door middel van interviews getoetst of de factoren daadwerkelijk een verklaring geven voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur van de Zelfstandig Behandelkamers. Het onderwerp van het onderzoek is in overleg met Lianne van Leeuwen, de manager van Zorggroep Snijndend, tot stand gekomen. Naast het schrijven van mijn masterthesis heb ik tevens een geweldige stage mogen lopen bij Zorggroep Snijndend.

Graag wil ik een aantal personen bedanken die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze masterthesis. Allereerst wil mijn scriptiebegeleider vanuit de Radboud MSc. Shelena Keulemans, bedanken voor haar feedback op mijn masterthesis. De feedback heeft mijn scriptie naar een hoger niveau getild. Daarnaast wil ik Lianne van Leeuwen bedanken voor de gelegenheid stage te mogen lopen binnen het Máxima MC en daar mijn scriptie te mogen schrijven. Maar ook voor het brainstormen en de feedback die zij op mijn scriptie heeft gegeven, ik ben haar hier erg dankbaar voor. Verder wil ik alle respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek bedanken. Zonder de respondenten had dit onderzoek niet uitgevoerd kunnen worden. Tot slot wil ik mijn vriend Paul Clerkx, mijn moeder Els Verheul en mijn broertje Sem van Geffen bedanken voor de motivatie en steun tijdens mijn studie en het schrijven van mijn scriptie.

Ik wens u veel leesplezier toe!

Yasmin Britt van Geffen

Nijmegen, augustus 2020

Samenvatting

In dit onderzoek is gekeken naar de efficiëntie van de organisatiestructuur binnen de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC te Veldhoven. Het aspect dat vaak verwaarloosd wordt, is de efficiëntie van de organisatiestructuur. Inefficiëntie van de organisatiestructuur is een probleem binnen de zorg, omdat inefficiëntie leidt tot verspillingen. Voorkomen van duurdere zorg en het goed benutten van middelen en personeel in de zorg zijn hierbij belangrijke speerpunten, hetgeen aansluit bij het reduceren van inefficiëntie. Ziekenhuizen worden door het regeerakkoord in grotere mate uitgedaagd om de organisatiestructuur efficiënter in te richten. Op verschillende manieren kan er winst behaald worden, aansluitend bij de beleidsdoelen van de overheid. Dit is noodzakelijk om onbetaalbare zorg in de toekomst te voorkomen (De Taskforce, 2018). Hier ziet ook het Máxima MC de noodzaak van in. Het onderzoek heeft als doel de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden: *Welke factoren verklaren de efficiëntie van de organisatiestructuur waarop de Zelfstandig Behandelkamers nu worden benut en indien er sprake is van inefficiëntie op welke wijze kan het Máxima MC dit verbeteren?*

Aan de hand van de literatuur is het begrip efficiëntie van de organisatiestructuur verklaard. De zeven factoren die een reducerend of bevorderend effect hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur zijn: prestatiegerichte werkcultuur, geschikte communicatie, strategisch plannen, flexibiliteit, inrichting werkproces, automatisering en borgen van de kwaliteit.

Achttien respondenten, die verschillende functies vervullen binnen het Máxima MC, hebben deelgenomen aan een halfgestructureerd interview over de efficiëntie van de organisatiestructuur en de zeven factoren. Hiervoor is een interviewgide opgesteld. De respondenten kregen vragen over de indicatoren, welke zijn opgesteld op basis van de theorie. De antwoorden van de respondenten hebben geleid tot een rijkheid aan data, waarmee de hoofdvraag van het onderzoek kon worden beantwoord en aanbevelingen konden worden gedaan aan het Máxima MC. Aan de antwoorden van de respondenten werden waarden toegekend om per indicator algemene uitspraken te kunnen geven.

Momenteel kan nog niet worden gesproken over efficiëntie van de organisatiestructuur binnen de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC. Aangezien verbetering mogelijk was, zijn er per factor aanbevelingen gegeven. In de samenvatting worden alleen de belangrijkste aanbevelingen, per factor, uitgelicht. De factor prestatiegerichte werkcultuur biedt momenteel een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Het is van belang dat de verpleegkundigen van de Zelfstandig Behandelkamers een andere werkwijze aanhouden, wat tevens hun verantwoordelijkheid vergroot. De tweede factor, geschikte communicatie, geeft deels een verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur. Toch is het van belang dat er een regelmatige overlegstructuur wordt ingevoerd. Strategisch plannen, de derde factor, geeft ook deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Zo zou gebruik kunnen worden gemaakt van brainstormsessies met de verpleegkundigen en specialisten. De flexibiliteit geeft gedeeltelijk een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Van belang voor de verbetering is dat de verpleegkundigen een meer centrale rol innemen binnen het proces. Daarnaast mag ‘teruggeefgedrag’ niet worden geaccepteerd. Om ‘teruggeefgedrag’ (deels) te voorkomen zal in de reductieperiode gewerkt moeten worden met een reductie-rooster. Factor vijf, inrichting van het werkproces, geeft deels een verklaring voor

de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Een aanbeveling is dat de artsen in grotere mate gebruik maken van de protocollen die gelden, waardoor zich minder verschillen voordoen tussen de behandelingen van de artsen. Automatisering geeft tevens deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur, alleen zijn hier weinig verbeteringsmogelijkheden voor. Wel is het verstandig om te achterhalen welke mogelijkheden HIX biedt voor het eenvoudiger inrichten van de omgeving voor de artsen en verpleegkundigen. Tot slot factor zeven, het borgen van de kwaliteit, welke deels een verklaring biedt voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Samenwerking is van belang voor het optimaal borgen van de kwaliteit, echter dient dit, om te leiden tot een goed resultaat, wel frequent en structureel plaats te vinden.

Dankwoord.....	2
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1: Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Doel- en vraagstelling.....	9
1.3 Voorbeschouwing theoretisch kader	9
1.5 Maatschappelijke relevantie	10
1.6 Wetenschappelijke relevantie.....	10
1.7 Leeswijzer.....	11
Hoofdstuk 2: Beleidskader	12
2.1 Máxima MC.....	12
2.2 Werkwijze Zelfstandig Behandelkamers.....	12
Hoofdstuk 3: Theoretisch kader	15
3.1 Efficiëntie van de organisatiestructuur	15
3.1.1 Efficiëntie van de organisatiestructuur in Bestuurskundig perspectief.....	15
3.1.2 Visies op efficiëntie van de organisatiestructuur	16
3.2 Context ziekenhuis.....	18
3.2.1 Professionalisme vs. Street-level bureaucrat.....	18
3.2.2 Sturing	19
3.3 Factoren efficiëntie van de organisatiestructuur	20
3.3.1 Prestatiegerichte werkcultuur.....	21
3.3.2 Geschikte communicatie	23
3.3.3 Strategische plannen.....	24
3.3.4 Flexibiliteit	25
3.3.5 Inrichting werkproces.....	26
3.3.6 Automatisering	27
3.3.7 Borgen van de kwaliteit.....	29
3.4 Samenvatting & conceptueel model	30
Hoofdstuk 4: Methodologisch kader	32
4.1 Onderzoeksstrategieën	32
4.1.1 Kwalitatief onderzoek	32
4.1.2 Casestudy	33
4.2 Methoden van dataverzameling	34
4.2.1 Halfgestructureerde interviews	34
4.2.2 Methoden voor de context.....	35
4.3 Onderzoekseenheden.....	35
4.4 Operationalisatie.....	37

4.5 Data-analyse	43
4.6 Methodologische kwaliteit.....	45
4.6.1 Betrouwbaarheid	45
4.6.2 Validiteit.....	46
4.6.3 Bruikbaarheid	47
4.7 Samenvatting	47
Hoofdstuk 5: Resultaten & analyse	49
5.1 Efficiëntie van de organisatiestructuur	49
5.1.1 Bereiken productiegrens.....	49
5.1.2 Noodzakelijke inzet personeel	50
5.1.3 Evenwicht patiëntenzorg	52
5.2 Factoren	53
5.2.1 Prestatiegerichte werkcultuur.....	53
5.2.2 Geschikte communicatie	56
5.2.3 Strategisch plannen	58
5.2.4 Flexibiliteit	61
5.2.5 Inrichting werkprocessen	62
5.2.6 Automatisering	65
5.2.7 Borgen van de kwaliteit.....	67
5.3 Samenvatting	70
Hoofdstuk 6: Discussie, conclusie en aanbevelingen	72
6.1 Discussie.....	72
6.1.1 Theoretisch reflectie	72
6.1.2 Methodologische reflectie	72
6.1.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek.....	74
6.2 Conclusie.....	75
6.3 Aanbevelingen Máxima MC.....	76
Literatuurlijst	80
Bijlage 1: Interviewguide.....	89

Figuren

1	Organogram zorggroep Snijdend, na de reorganisatie	14
2	Conceptueel model efficiëntie van de organisatiestructuur	31

Tabellen

1	Planning van de Zelfstandig Behandelkamers	13
2	Het begrijpen van efficiëntie binnen de Bestuurskundige traditie	16
3	Onderzoekseenheden	38
4	Operationalisatie efficiëntie van de organisatiestructuur	39
5	Operationalisatie van de factoren	42
6	Illustratie open en axiaal coderen	44
7	Illustratie waarde toekennen	45
8	Gemiddeld toegekende waarde efficiëntie van de organisatiestructuur	52
9	Gemiddeld toegekende waarde prestatiegerichte werkcultuur	54
10	Gemiddeld toegekende waarde geschikte communicatie	56
11	Gemiddeld toegekende waarde strategisch plannen	58
12	Gemiddeld toegekende waarde flexibiliteit	59
13	Gemiddeld toegekende waarde inrichting werkprocessen	61
14	Gemiddeld toegekende waarde automatisering	63
15	Gemiddeld toegekende waarde borgen van de kwaliteit	64
16	Schematische weergave bijdrage factor aan de (in)efficiëntie van de organisatiestructuur	66

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Aanleiding

“Elke inefficiëntie – hoe klein ook – leidt tot verspilling” (Zetes, 2019). “Zowel nationale als internationale instellingen wijzen ons op de noodzaak van efficiëntiewinsten binnen de overheid” (De Witte, 2015, p.2). Efficiëntie is een spraakmakend onderzoeksthema, zowel binnen publieke als private organisaties. In het rapport ‘De juiste zorg op de Juist Plek’ staat uiteengezet dat de Nederlandse overheid streeft naar een efficiëntere en kwalitatief hoogstaandere zorg (De Taskforce, 2018, p. 5). Voorkomen van duurdere zorg en het goed benutten van middelen en personeel in de zorg zijn hierbij belangrijke speerpunten, hetgeen aansluit bij het reduceren van inefficiëntie. De kosten in ziekenhuizen stijgen zo snel dat verhoogde efficiëntie noodzakelijk is om onbetaalbare zorg te voorkomen (De Taskforce, 2018). “Ziekenhuizen, die efficiënt werken en scherp in de prijs zitten, zijn in de regel kwalitatief de beste” (Wansink, 2012, p. 22).

Het aspect dat vaak verwaarloosd wordt, is de efficiëntie van de organisatiestructuur. Op verschillende manieren kan er winst behaald worden, aansluitend bij de beleidsdoelen van de overheid. Een inefficiënte organisatiestructuur is een groot probleem in de zorg, aangezien hierdoor veel geld wordt verloren (Broekhuizen, 2013, p. 198). Zo blijkt ook dat een inefficiënte organisatiestructuur een negatief effect heeft op de werkdruk van een ‘professional’ (Noens, 2019, p. 17 & 26). Het is in de zorg belangrijk dat de kwaliteit toeneemt terwijl de kosten reduceren (Doe, 2008, p. 132). Vaak zijn ziekenhuizen geprikkeld om efficiënter te werken door de afoming van budgetten. Dit blijkt echter niet de meest effectieve manier aangezien hiermee het probleem van de organisatiestructuur niet wordt aangepakt (Adang, 2005, p. 40). Ziekenhuizen werden niet tot nauwelijks uitgedaagd om een efficiënte organisatiestructuur te bereiken, dit gebeurt steeds meer door het regeerakkoord (Kloeze, 2019, p.59; Den Hartog & Janssen, 2014, p. 336).

Het Máxima MC ziet de noodzaak van een efficiënte organisatiestructuur en wil hierop inspelen door middel van dit onderzoek naar de Zelfstandig Behandelkamers in Veldhoven. Op de Zelfstandig Behandelkamers worden operaties uitgevoerd waarbij alleen plaatselijke verdoving nodig is. Achterhaald moet worden hoe efficiënt de organisatiestructuur bij de Zelfstandig Behandelkamers is, om - indien sprake is van inefficiëntie - aanbevelingen te kunnen geven omtrent het verbeteren van deze organisatiestructuur.

Het optimaal gebruik van de Zelfstandig Behandelkamers is van groot belang, hier kunnen in korte tijd veel kleine operatieve ingrepen worden uitgevoerd. Daarnaast zijn de kosten van de Zelfstandig Behandelkamers aanzienlijk lager dan de kosten van het reguliere operatiekamer complex (hierna: OK). Hierdoor is het efficiënt om zoveel mogelijk operaties op de Zelfstandig Behandelkamers uit te voeren. Ook is de beleving van de patiënt beter aangezien de Zelfstandig Behandelkamers zich op een aparte afdeling bevinden en niet bij het reguliere OK complex.

1.2 Doel- en vraagstelling

Doelstelling:

Het verklaren van de huidige mate van de efficiëntie van de organisatiestructuur ten einde aanbevelingen te formuleren.

Vraagstelling:

Welke factoren verklaren de efficiëntie van de organisatiestructuur waarop de Zelfstandig Behandelkamers nu worden benut en indien er sprake is van inefficiëntie op welke wijze kan het Máxima MC dit verbeteren?

Deelvragen:

1. Wat wordt er verstaan onder een efficiënte organisatiestructuur?
2. Welke factoren van de organisatiestructuur zouden volgens de academische literatuur kunnen bijdragen aan efficiëntie?
3. Hoe is de huidige stand van zaken van efficiëntie rondom de organisatiestructuur in de Zelfstandig Behandelkamers?
4. Dragen de factoren bij aan efficiëntie van de organisatiestructuur?

1.3 Voorbeschouwing theoretisch kader

Het onderzoek is gebaseerd op organisatorische theorieën waaruit efficiëntie van de organisatiestructuur is herleid. Het theoretisch kader gaat van start met het begrip efficiëntie van de organisatiestructuur. Efficiëntie van de organisatiestructuur wordt eerst binnen de verschillende Bestuurskundige perspectieven geplaatst, omdat efficiëntie een begrip is dat door de jaren heen veranderd (Osborne et al., 2013; Brandsen & Honigh, 2013). Vervolgens worden de verschillende visies van efficiëntie van de organisatiestructuur uiteengezet, om zo tot het centrale begrip van het onderzoek te komen. Om de factoren te bepalen wordt de context van het onderzoek in kaart gebracht. Vervolgens worden de factoren van efficiënte organisatiestructuur uiteengezet.

1.4 Voorbeschouwing methodologisch kader

Het onderzoek dat wordt uitgevoerd is kwalitatief en verklarend van aard. De onderzoeksstrategie die wordt toegepast is een enkelvoudige casestudy (Bleijenberg, 2016, p. 43). Het onderzoek wordt verricht binnen Máxima MC, de organisatie heeft twee locaties, de Zelfstandig Behandelkamers, zijn gestationeerd in Veldhoven.

Om de empirische vragen te beantwoorden zijn verschillende methoden gebruikt. De halfgestructureerde interviews zijn uitgevoerd met de Managers, Plastisch Chirurgen, Algemene Chirurgen, Oogartsen en Verpleegkundigen die voor de Zelfstandig Behandelkamers in Veldhoven werkzaam zijn. Daarnaast worden er interne documenten geraadpleegd om de context van de halfgestructureerde interviews beter te bevatten.

1.5 Maatschappelijke relevantie

Gebrek aan efficiëntie van de organisatiestructuur is een groot probleem; het kan leiden tot onnodige gebruik van middelen en hiermee tot hoge kosten. Daarnaast is mogelijk de kwaliteit minder hoog wanneer de efficiëntie niet goed is ingericht (De la Rambelje, 2017, p.10; De Taskforce, 2018, p. 5). Ziekenhuizen zijn een essentieel onderdeel van de maatschappij en het openbaar bestuur, daarom is het van belang dat juist zij efficiënt ingericht zijn. Wel hebben ziekenhuizen te maken met beperkingen die de politiek met zich meebrengt, zoals meer of minder aandacht voor de zorg in ambtsperioden (Tompkins, 2005, p. 16).

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is te linken aan de kosten die het mogelijk niet efficiënt gebruik van de Zelfstandig Behandelkamers met zich meebrengen. Dit onderzoek sluit daarnaast aan bij het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord: “Juiste Zorg op de Juiste Plek” (Taskforce, 2018). Dit akkoord is opgesteld om het maatschappelijke probleem van de sterk toenemende zorgkosten te kunnen reduceren. Men wil dit onder andere doen door de organisatiestructuur te optimaliseren. Door te onderzoeken hoe de organisatiestructuur binnen het Máxima MC operationeel kan worden ingericht, bouwt het onderzoek hierop voort. Veel actoren hebben hiermee te maken, zo is er een driehoeksverhouding tussen de overheid, zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Binnen deze driehoek bevindt de patiënt zich aangezien zij met alle actoren te maken krijgt (Centraal Planbureau, 2015, p. 6).

Het Máxima MC streeft ernaar “Brabant gezonder te maken door het aanbieden van hoogwaardig medische specialistische kennis en vaardigheden” (MMC, 2020). Het Máxima MC wil een hoogwaardige kwaliteit van zorg tegen zo min mogelijk input bewerkstelligen. Hiertoe behoort ook het optimaal gebruik van de Zelfstandig Behandelkamers. Een inefficiënte organisatiestructuur heeft ook interne negatieve gevolgen, het kan bijdragen aan een toenemende werkdruk bij professionals (Noens, 2019, p. 17 & 26).

Dit onderzoek draagt bij aan het inzichtelijk maken van de efficiëntie binnen de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC in Veldhoven. Aan de hand van de deze informatie wordt bepaald hoe het momenteel gesteld is met de efficiëntie van de organisatiestructuur. Daarnaast wordt er ook bekeken waar er, met betrekking tot efficiëntie, nog winst te behalen valt. Hiervoor worden aanbevelingen gedaan. Het Máxima MC kan hiermee mogelijk de organisatiestructuur efficiënter inrichten.

1.6 Wetenschappelijke relevantie

Efficiëntie is een begrip waar al jaren onderzoek naar wordt verricht. De Bestuurskundige stroming die heerst, heeft invloed op wat men verstaat onder efficiëntie (Thuis, 2014, p. 50). De overheid wil dat ziekenhuizen streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit en efficiëntie (Bos, 2010, p. 5). De nieuwe Zorgverzekeringswet van 1 januari 2006 heeft eraan bijgedragen dat efficiëntie voor ziekenhuizen belangrijker wordt, om zo meer patiënten te kunnen helpen met dezelfde middelen (Pool, 2003, p. 39). Efficiëntie van de organisatiestructuur is onderbelicht gebleven. Op verschillende manieren kan er winst worden behaald, die ook voldoet aan de beleidsdoelen van de overheid. Er is behoefte aan wetenschappelijk onderzoek naar de efficiëntie van de organisatiestructuur binnen het ziekenhuis. Door gebruik te maken van de context van het onderzoek zijn zorgvuldig factoren geselecteerd. Daarnaast worden er

aanbevelingen gedaan indien er sprake is van inefficiëntie van de organisatiestructuur. De kennis van de factoren en de mogelijke aanbevelingen kunnen andere afdelingen en ziekenhuizen, die een onderzoek willen verrichten naar efficiëntie van de organisatiestructuur en het mogelijk verbeteren ervan, helpen.

1.7 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken volgt de uitwerking van het onderzoek. Hoofdstuk twee bestaat uit het beleidskader. Hierin wordt de werking van de Zelfstandig Behandelkamer en de overgang van de Zelfstandig Behandelkamers van Zorggroep Beschouwend naar Zorggroep Snijddend toegelicht. In het derde hoofdstuk wordt efficiëntie van de organisatiestructuur toegelicht en komen de factoren aan bod die een verklaring kunnen bieden voor een efficiënte organisatiestructuur. In hoofdstuk vier worden de methoden van het onderzoek uiteengezet, de onderzoekseenheden onderbouwd en wordt er aangegeven waarom de kwaliteit van het onderzoek van goed niveau is. Het vijfde hoofdstuk zal de resultaten van het onderzoek bevatten. De discussie, conclusie en de aanbevelingen worden in het zesde hoofdstuk behandeld. Hierin wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord, het onderzoek wordt gereflecteerd en er worden aanbevelingen aan het Máxima MC gedaan.

Hoofdstuk 2: Beleidskader

2.1 Máxima MC

Het Máxima MC is een topklinisch ziekenhuis, verdeeld over twee vestigingen, te weten Eindhoven en Veldhoven. Topklinisch houdt in dat het Máxima MC een aantal specialisaties heeft op het niveau van academische ziekenhuizen (MMC, 2020). Topklinische ziekenhuizen bevinden zich tussen een regulier en academisch ziekenhuis in en werken onderling samen (STZ, 2020).

Eindhoven en Veldhoven hebben nagenoeg alle specialismen en poliklinieken. Wel hebben beide locaties hun eigen specialiteit en functie (MMC, 2020). In Eindhoven vinden veel dagbehandelingen plaats, ofwel de laagcomplexere zorg. In Veldhoven is er naast de laagcomplexere zorg ook ruimte voor complexe zorg zoals complexe operaties, intensieve en acute zorg en eerste harthulp. In Veldhoven is de spoedeisende hulp en intensive care gestationeerd (MMC, 2020). Tevens bevindt het Vrouw Moeder Kind- centrum zich in Veldhoven.

Bij het Máxima MC zijn ongeveer 3000 medewerkers en 208 specialisten werkzaam. Zij vervullen gezamenlijk 24 specialismen. De twee locaties van het Máxima MC bezitten samen in totaal 614 bedden (MMC, 2020).

2.2 Werkwijze Zelfstandig Behandelkamers

Het onderzoek richt zich op de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC op locatie Veldhoven, waar zij beschikt over drie Zelfstandig Behandelkamers. De specialismen Algemene Chirurgie, Plastische Chirurgie en Oogheelkunde maken gebruik van deze Zelfstandig Behandelkamers. De Zelfstandig Behandelkamers worden gebruikt voor kleine operatieve ingrepen. Dit zijn operaties waarbij gewerkt wordt met een plaatselijke verdoving. De meerderheid van de patiënten kan na de behandeling gelijk weer naar huis, er is dan geen ziekenhuisopname nodig. De plaatsing van de PICC lijn is hier een uitzonderling op. Afhankelijk van de ingreep komt de patiënt na een bepaald tijdsbestek terug op de polikliniek om de hechtingen te laten verwijderen of een controle te ondergaan. Een aantal voorbeelden van deze kleine operatieve ingrepen zijn:

- Verwijderen van moedervlekken;
- Verwijderen van een melanoom;
- Verhelpen van het carpaal tunnel syndroom;
- Verhelpen van staar;
- Aanleggen van een PICC lijn;
- Het verhelpen van een triggerfinger.

Het gebruik van de Zelfstandig Behandelkamers heeft een aantal voordelen ten opzichte van een reguliere OK. Het gebruik van de Zelfstandig Behandelkamers zorgt ervoor dat artsen op een laagdrempelige manier gemakkelijk kleine ingrepen bij patiënten kunnen uitvoeren. De Zelfstandig Behandelkamers zijn minder imponerend dan het OK complex. Zo is het bij kinderen mogelijk dat een ouder meegaat tijdens de behandeling. Daarnaast is het gebruik van een Zelfstandig Behandelkamer goedkoper omdat er minder ondersteunend personeel nodig is,

zoals bijvoorbeeld een anesthesiemedewerker. Ook is het mogelijk om in een korter tijdsbestek meer patiënten te opereren. Tevens is de ruimte van de Zelfstandig Behandelkamers goedkoper dan van een reguliere OK, omdat de apparatuur die op een reguliere OK aanwezig is niet noodzakelijk is voor het type ingrepen dat wordt uitgevoerd op de Zelfstandig Behandelkamers. Zo is het voor een behandelkamer in tegenstelling tot een reguliere OK niet noodzakelijk dat er lood in de muren aanwezig is. Daarnaast hoeven deze behandelingen niet in een klasse 1 of 2 OK uitgevoerd te worden.

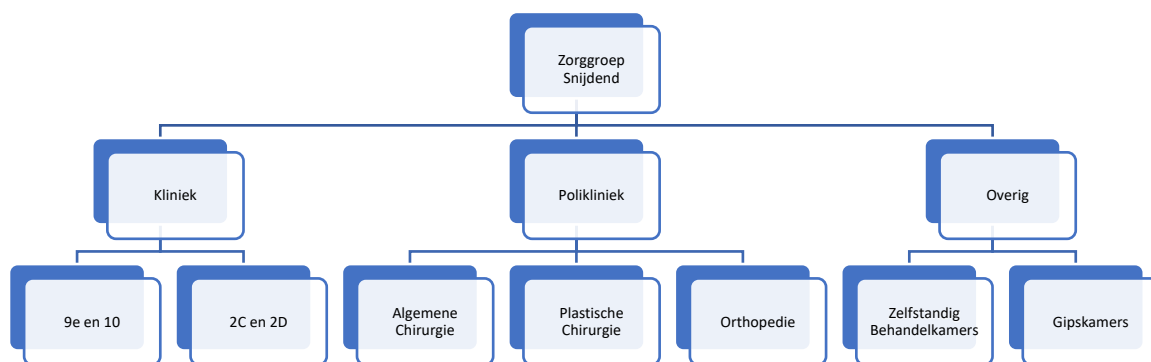
Plastische Chirurgie, Algemene Chirurgie en Oogheelkunde maken gebruik van de Zelfstandig Behandelkamers. Momenteel heeft ieder specialisme eigen dagdelen zoals in tabel 1 weergegeven. In deze planning is te zien dat er onderscheid wordt gemaakt tussen even en oneven weken. Dit onderscheid is te verklaren door het aantal uren dat een specialisme de Zelfstandig Behandelkamers nodig heeft en het aantal uren dat het ondersteunend personeel kan werken (MMC, 2020B).

	Even week	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Ochtend	ZBK 1	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Algemene Chirurgie
	ZBK 2	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Algemene Chirurgie
	ZBK 3	Algemene Chirurgie			Oogheelkunde	
Middag	ZBK 1		Plastische Chirurgie		Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie
	ZBK 2		Plastische Chirurgie		Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie
	ZBK 3					
	Oneven week	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Ochtend	ZBK 1	Plastische Chirurgie	Algemene Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Algemene Chirurgie
	ZBK 2	Plastische Chirurgie	Algemene Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Algemene Chirurgie
	ZBK 3				Oogheelkunde	
Middag	ZBK 1		Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie
	ZBK 2		Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie
	ZBK 3					

Tabel 1: *Planning van de zelfstandig behandelkamers (eigen illustratie)*

De organisatiestructuur van het Máxima MC is opgebouwd uit zorggroepen. Elke zorggroep heeft zijn eigen specialismen. Zorggroep Snijdend bestaat uit Algemene Chirurgie, Plastisch Chirurgie en Orthopedie als specialismen. Oogheelkunde valt onder zorggroep M-KORD+¹. Dit betekent dat de drie specialismen die gebruik maken van de Zelfstandig Behandelkamers onder twee zorggroepen vallen.

Sinds de reorganisatie die heeft plaatsgevonden in januari 2020 vallen de Zelfstandig Behandelkamers onder zorggroep Snijdend, wat geïllustreerd is in figuur 1. Ten gevolge van de reorganisatie is de manager van zorggroep Snijdend verantwoordelijk geworden voor de Zelfstandig Behandelkamers. Algemene Chirurgie, Plastisch Chirurgie en Oogheelkunde maken gebruik van de Zelfstandig Behandelkamers. De specialismen vallen niet onder een zorggroep, zij zijn niet in loondienst van het ziekenhuis maar vallen onder het Medisch Specialistisch Bedrijf. De fysieke locatie van de Zelfstandig Behandelkamers is op de MDL/endoscopie afdeling. Het ondersteunend personeel dat werkzaam is bij de Zelfstandig Behandelkamers is door de reorganisatie organisatorisch verplaatst van Zorggroep Beschouwend naar zorggroep Snijdend. In het type behandeling en de uitvoering daarvan heeft geen verandering plaatsgevonden.



Figuur 1: Organogram zorggroep Snijdend, na de reorganisatie (eigen illustratie)

¹ M-KORD+ is een afkorting van de volgende specialismen: Mondheelkunde, KNO, Oogheelkunde, Reumatologie, Dermatologie, Psychiatrie, Psychologie en Geestelijke Verzorging.

Hoofdstuk 3: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt een beschouwing gegeven. Aan de hand van academische literatuur worden potentieel verklarende factoren voor de efficiëntie van de organisatiestructuur afgeleid. De geselecteerde factoren zijn: prestatiegerichte werkcultuur, geschikte communicatie, strategisch plannen, flexibiliteit, inrichting werkproces, automatisering en borgen van de kwaliteit.

3.1 Efficiëntie van de organisatiestructuur

In de eerste sub paragraaf wordt efficiënte organisatiestructuur geplaatst binnen de verschillende Bestuurskundige perspectieven. Tevens worden de verschillende visies van efficiëntie behandeld.

3.1.1 Efficiëntie van de organisatiestructuur in Bestuurskundig perspectief

In de Bestuurskunde was efficiëntie van de organisatiestructuur in elke perspectief, zij het op een andere manier, zichtbaar. Voor dit onderzoek is het van belang om deze perspectieven uiteen te zetten. Het begrip efficiëntie verandert door de jaren heen waardoor het noodzakelijk is om de visie van de onderzoeker omtrent dit begrip te visualiseren. De dominantie is deels afhankelijk van het Bestuurskundige perspectief waarin wij ons bevinden. Per tijdperk is er een andere opvatting van wat een efficiëntere organisatiestructuur inhoudt. Het Bestuurskundig perspectief, dat overheersend is, heeft effect op de positie van medewerkers in de publieke diensten (Brandsen & Honigh, 2013, p. 876). De drie verschillende perspectieven, 'Public Administration', 'New Public Management' en 'New Public Governance' zijn essentieel voor het kernbegrip efficiëntie van de organisatiestructuur.

Public Administration speelde tot eind jaren '80, ook wel het klassieke Bestuurskundig perspectief of stroming genoemd. De nadruk ligt in tijden van Public Administration op het beleidstheoretisch en juridisch perspectief. De overheid had een centrale rol en was vaak de uitvoerder. De visie van Weber is in dit perspectief erg belangrijk, in dit tijdperk was de bureaucratie dé organisatievorm (Weber, 1947 in; Thuis, 2014, p. 58 & 59). Het doel van deze bureaucratie was zorgen voor een efficiënte organisatievorm. Beslissingen worden formeel en rationeel genomen, dit staat vast in de regels en voorschriften (Albrow, 1970, p. 85; Kalberg 1980, p. 1148). Weber beargumenteert dat formele regels en het handelen naar de regels kan bijdragen aan het bevorderen van de efficiëntie van de organisatiestructuur (Albrow, 1970, p. 57).

New Public Management was een van de grootste trends binnen de Bestuurskunde (Hood, 1991, p. 3). Efficiëntie van de organisatiestructuur komt in deze stroming terug in de bedrijfsmatigheid. New Public Management kijkt meer vanuit een bedrijfsmatige visie naar de Bestuurskunde, hierdoor wordt er veel gebruik gemaakt van prestatie gerichte indicatoren (Gruening, 2001, p. 10). New Public Management heeft een grote invloed gehad op de inrichting van organisaties (Osborne et al., 2013, p. 137). New Public Management werd als oplossing gezien voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur, er wordt een competitief element toegevoegd (Koppenjan, 2012, p. 9; Gruening, 2001, p. 10). In de zorgsector is een

belangrijk doel dat kosten zo ver als mogelijk worden teruggebracht, om onbetaalbare zorg te voorkomen (Cogin, Ng & Lee, 2016, p. 2). Echter heeft dit niet altijd goed uitpakkt in de zorg, door de druk op efficiëntie kwam de kwaliteit van de zorg in het gedrang. In sommige gevallen leidt de focus op efficiëntie van de organisatiestructuur tot een gebrek aan kwaliteit, dit wil de onderzoeker voorkomen (Van Loghum, 2011, p. 34).

Het New Public Governance perspectief is ontstaan rond 2000 en heeft te maken met efficiëntie van de organisatiestructuur alleen op een andere manier dan de vorige twee stromingen. Samenwerken is het belangrijkste element in deze stroming (Brandsen & Honingh, 2013, p. 882). New Public Governance zorgt voor meer betrokkenheid, zonder betrokkenheid kun je geen goed beleid uitvoeren (Osborne et al., 2013, p. 145). Samenwerken kan er volgens dit perspectief aan bijdragen dat zaken beter en sneller worden uitgevoerd. New Public Governance vindt samenwerken belangrijker, efficiëntie van de organisatiestructuur wordt gezien als een neveneffect dat hierdoor bereikt kan worden (Torfing & Triantafillou, 2013, p. 20).

Conceptualisering van efficiëntie in Bestuurskundig perspectief is visueel weergegeven in tabel 2. Het is zichtbaar dat in elke Bestuurskundig perspectief efficiëntie van de organisatiestructuur tot uiting komt, de elementen zijn alleen verschillend van aard. Uit het Public Administration perspectief komt het rationele element van vaste formele regels terug. Het New Public Management richt meer op het bedrijfsmatig element zoals competitie. Tot slot New Public Governance, uit dit perspectief leidt het element samenwerking een bevorderend (neven)effect heeft op de efficiëntie. De visie die aansluit bij deze scriptie is hoofdzakelijk gericht op de formele regels en samenwerking. Volgens de onderzoeker kunnen deze twee elementen in dit onderzoek niet los van elkaar worden gezien. Binnen het ziekenhuis heeft men veel te maken met regels en protocollen; (semi-) overheidsinstanties hebben met meer regels te maken door het maatschappelijke doel dat zij dienen. Echter is samenwerking van belang, dit heeft effect op de betrokkenheid van de actoren bij de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Public Administration	New Public Management	New Public Governance
Rationaliteit	Bedrijfsmatig	Samenwerking
Formele regels	Competitie	

Tabel 2: Het begrip van efficiëntie binnen de Bestuurskundige traditie

3.1.2 Visies op efficiëntie van de organisatiestructuur

Efficiëntie van de organisatiestructuur is een steeds belangrijker begrip in de gezondheidssector. Om te kunnen bepalen welke factoren invloed hebben op efficiëntie van de organisatiestructuur is in eerste instantie van belang om de definitie van efficiëntie van de organisatiestructuur te achterhalen. Efficiëntie van de organisatiestructuur kent verschillende visies. Er is sprake van inefficiëntie wanneer het herverdelen van middelen en het ontwikkelen van het proces zorgt voor een verbetering in de gezondheidszorg (Palmer & Torgerson, 1999, p. 1136). Efficiëntie van de organisatiestructuur kan in ziekenhuizen onderverdeeld worden in twee hoofdvisies (Hollingsworth et al., 1999, p. 161). De eerste visie is technische efficiëntie, de tweede allocatieve efficiëntie.

De eerste visie van efficiëntie binnen de organisatiestructuur is efficiëntie gericht op de verhouding tussen middelen en de uitkomst, ook wel technische efficiëntie genoemd (Hollingsworth et al., 1999, p. 161). De organisatiestructuur wordt dan gezien als de inrichting van een proces binnen een organisatie. Bij deze visie staat de relatie tussen middelen, zoals personeel en materiaal en de behandeling als resultaat centraal (Palmer & Torgerson, 1999, p. 1136). Hiermee wordt bedoeld dat de productiegrens van de organisatie wordt opgezocht. Het is belangrijk dat de organisatie veerkrachtig is om te anticiperen of reageren op deze productiegrens (Volberda, 1990, p. 217). Er vindt een verhouding plaats tussen de middelen die worden ingezet en de output die wordt gerealiseerd. Het is hierbij belangrijk dat er vooraf wordt nagedacht over de invloed van de input. “Het halen van de maximale productie met zo min mogelijk middelen. Met middelen wordt bedoeld tijd, geld en resources zoals mensen” (Robbins, 2007, p. 5). Dit houdt in dat de organisatiestructuur van een ziekenhuis wordt aangepast waardoor het mogelijk is dat je meer patiënten behandelt met dezelfde kosten (Verlet & Devos, 2010, p. 6). Maar ook met minder middelen, zoals personeel en ruimten, hetzelfde aantal patiënten behandelen (Vos, Dückers & Wagner, 2008, p. 11; De Regge, 2015, p. 24 & 25). Het doel hiermee is om met minder middelen een kwalitatief betere dienstverlening te organiseren (Verlet & Devos, 2010, p. 1 & 2; De Kam, 2007, p. 4). Bij kwaliteit is er een extra toevoeging van de verhouding van middelen en de uitkomst. “Betere zorg tegen lagere kosten” sluit hierbij aan (Van der Heijden, De Keizer & Phyllis, 2012, p. 1). Beter richt zich hier op een hogere mate van kwaliteit.

Allocatieve efficiëntie daartegen richt zich erop dat middelen schaars zijn waardoor men keuzes moet maken, die effect hebben op de inrichting van het proces. Wanneer men zich richt op het een, heeft dit veelal gevolgen op een ander deel van de keten. Hierbij gaat het over het zo optimaal mogelijk toewijzen van middelen. Dit wordt in de zorg veelal nagestreefd (Palmer & Torgerson, 1999, p. 1136). Allocatieve efficiëntie houdt in dat een positie van iemand niet verder verbeterd kan worden zonder dat het ten koste gaat van iemand of iets anders (Van Damme, Teulings & Theeuwes, 2006, p. 2). Allocatieve efficiëntie is een manier waarop in maatschappelijke velden middelen te verdelen zijn, dit is ook de aanpak die aansluit bij de normen en waarden die heersen in ziekenhuizen (Hennekes, 2017, p. 9-10). De verdeling van middelen is essentieel voor een efficiëntere inrichting van de organisatiestructuur. De reden daartoe in de ziekenhuisbranche is als volgt: als ziekenhuis wil je, met de middelen die je bezit zo veel mogelijk patiënten helpen, dit sluit aan bij de allocatieve efficiënte gedachte. Rechtvaardigheid wordt vergroot wanneer een systeem de keuzes zo optimaal mogelijk afweegt (Van Everdingen, 2013, p. 4). Bij andere verdeling of inzet van middelen zal de patiëntenzorg er niet op vooruit gaan (Polder, 2008, p. 9). Met een andere verdeling worden er minder mensen geholpen. Het voordeel van het een gaat ten koste van anderen wanneer allocatieve efficiëntie niet wordt nageleefd.

Technische en allocatieve efficiëntie hebben zowel verschillen als overeenkomsten. De twee visies hebben het over optimalisatie van verhoudingen. Allocatieve efficiëntie voegt hier aan toe dat de zorg te maken heeft met schaarste waardoor het van belang is om een zo optimaal mogelijke positie te bereiken. Dit gaat om zo veel mogelijk mensen helpen zonder dat dit ten koste gaat van iemand.

Wanneer de verschillende elementen gecombineerd worden tot een nieuwe visie kan een efficiënte organisatiestructuur gezien worden als:

De verhouding van hoge output, in deze casus het zo veel mogelijk behandelen van patiënten, tegen zo min mogelijk input zoals geld, ruimten en personeel, zonder dat dit ten koste gaat van een andere patiënt.

3.2 Context ziekenhuis

De context van een ziekenhuis is erg specifiek. Het is van belang dat de factoren kunnen werken binnen de context van het ziekenhuis. Op deze manier heeft de context bijgedragen aan het selecteren van de factoren van efficiëntie van de organisatiestructuur. Het is van belang om hier aandacht aan te besteden om indien noodzakelijk beter aanbevelingen te kunnen geven die passen bij de omgeving waarin de casus van het onderzoek zich bevindt. De wijze van sturing bij een mogelijke aanbeveling is afhankelijk van de mate van autonomie van de artsen en verpleegkundigen (Van de Werfhorst, 2015, p. 288; Van Dijk, 2006, p. 46). Als eerst worden twee theorieën van autonomie uiteengezet. Vervolgens wordt er gekeken tot welke groep artsen en/of verpleegkundigen behoren. Tot slot wordt de wijze van sturing die hierbij aansluit weergegeven.

3.2.1 Professionalisme vs. Street-level bureaucrat

In de literatuur zijn twee theorieën voorhand die veel worden gebruikt wanneer het gaat over autonomie van medewerkers. Dit is de professional- en de Street-level bureaucrat theorie. Deze twee theorieën zullen toegelicht worden. Dit is nodig om uiteindelijk te kunnen bepalen tot welke groep (professional of Street-level bureaucrat) artsen en verpleegkundige behoren.

In de literatuur over professionals hebben we het over professionals in brede en smalle zin. Professionals in brede zin “Iedereen die bepaalde vaardigheden heeft en daarvoor meestal ook een opleiding heeft genoten” (Mackor, 2011, p. 4). Voorbeelden hiervan zijn: timmerman, kapper en tegelzetter. Een professional in smalle zin komt grotendeels overeen met een professional in brede zin, echter bezitten zij specifieke kenmerken en vaardigheden (Mackor, 2011, p. 4). Voorbeelden hiervan zijn: tandartsen, rechters en notarissen. Brandsen & Honingh (2013, p. 878) geven aan dat professionals vanuit vroeger ‘tamelijk vrije’ beroepen hebben, wat hen onderscheidt van andere beroepen. Ondanks dat er verschillende definities zijn van professionals, komen er vier componenten overeen (Brandsen & Honingh, 2013, p. 877). Er moet sprake zijn van specifieke kennis en expertise welke zijn gebaseerd op theoretische principes. Hier betreft het met name wetenschappelijke kennis (Freidson, 2001 in; Brandsen & Honingh, 2013, p. 877; Sennett, 2008 in; Brandsen & Honing, 2013 p. 877). De tweede component is dat de professional behoort tot een gemeenschap die besloten is. Kenmerk van deze besloten gemeenschap is dat deze zelfregulerend is. Zij ontwikkelen zelf ethische gedragscodes en professionele normen. Als derde wordt er rekening gehouden met het gesloten karakter van de gemeenschap, dit wordt tevens geaccepteerd binnen de samenleving. Hierdoor blijft de gemeenschap gesloten omdat zij zelf de toegang kunnen blijven reguleren. Tot slot is er zowel op individueel als op gemeenschapsniveau een grote mate van autonomie. Dit komt omdat de aard van het werk het grotendeels onmogelijk maakt om het werk te standaardiseren. In de samenleving wordt de discretionaire autonomie van de professional gezien als iets wat hoort bij vrije beroepen van professionals.

In de literatuur wordt er naast professionals ook gesproken over Street-level bureaucrats. De Street-level bureaucrat heeft direct contact met de burgers en heeft bij de uitvoering van zijn werkzaamheden te maken met het coping mechanisme en discretie (Weatherley & Lipsky, 1977, p. 172). Dit zijn ook wel de twee cruciale kenmerken van Street-level bureaucrats. Coping mechanisme houdt in dat er een discrepantie is tussen de middelen die de Street-level bureaucrats beschikbaar hebben en de eisen van de klant. Discretie houdt in dat Street-level bureaucrats eigen invulling moeten geven aan en afwegingen mogen maken op operationeel niveau bij het implementeren van het beleid, ook wel handelingsvrijheid (Tummers & Bekkers, 2014, p. 529). Deze discretie ontstaat omdat de Street-level bureaucrats algemene regels en procedures toepassen binnen individuele kwesties (Lipsky, 1980, p. 13). Een street-level bureaucrat heeft een bepaalde mate van autonomie omdat vaak geen sprake is van direct toezicht door de leidinggevende (Hupe & Hill, 2007, p.280; Tummers & Bekkers, 2013, p. 528). De Street-level bureaucrats ontwikkelen manieren om het werk binnen de beschikbare kaders uit te voeren, hiermee is het werk van een Street-level bureaucrat discretionair. De visie van Weatherley & Lipsky (1977, p. 173) is dat de uitvoerders van het beleid als beleidsmakers worden gezien. Volgens Lipsky (1980, p. 147) zien Street-level bureaucrats zichzelf als professionals. Wanneer Street-level bureaucrats handelingsvrijheid ontvangen, hebben zij het gevoel dat zij cliënten beter kunnen helpen, wat tevens het draagvlak vergroot (Tummers & Bekkers, 2014, p. 529).

Artsen worden gezien als een van de eerste professionals. Wilensky (1964, p. 138) gebruikt in zijn artikel geneeskunde en artsen als voorbeeld voor professionalisme. De geneeskunde kan worden gezien als een ‘vrij’ beroep. Waardoor zij de mogelijkheid tot een zelfregulerend vermogen hebben. Artsen hebben te maken met een verscheidenheid aan taken welke zij uitvoeren in een professionele cultuur die diepgeworteld is (Krogstad, Hofoss & Hjortdahl, 2004, p. 494). Daarnaast is er tussen artsen en hun patiënten een grote mate van asymmetrie omdat deze kennis zeer specialistisch is (Batenburg & Groenewegen, 2001 p. 17 & 32). Ten tweede de verpleegkundigen. Hoyle (2014, p. 189) beschrijft in zijn artikel dat verpleegkundigen kunnen worden gezien als Street-level bureaucrats. “Verpleegkundigen kunnen vanwege hun rol worden gezien als street-level bureaucrat, hun rol omvat zowel professionele als administratieve functies [...] de discretie op operationeel niveau van verpleegkundigen zijn vergelijkbaar met andere professionele arena’s zoals maatschappelijk werk, werkgelegenheid en welzijn” (Hoyle, 2014, p. 191). Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor hun handelingen, daarnaast hebben ze veelal te maken met het maken van afwegingen (Hoyle, 2014, p. 191). Bij de uitvoering van het beleid, zijn verpleegkundigen erg invloedrijk. Zij hebben de mogelijkheid om hun handelingsruimte in te zetten en op deze manier invloed op het beleid uit te voeren, ondanks het feit dat ze zich op het operationeel niveau bevinden (Hoyle, 2014, p. 192). Het artikel van Reynolds & Timmons (2005, p. 112 & 113) voegt hieraan toe dat de autonomie van de verpleegkundigen is minder groot dan die van een arts.

3.2.2 Sturing

Welke wijze van sturing past het beste bij kenmerken die artsen en verpleegkundigen bezitten.

Eerst wordt er een toelichting gegeven van sturing in de zorg. Daarop volgt sturing van een arts. Daarna wordt de beste wijze van sturing voor een verpleegkundige.

Brandsen & Honingh (2013, p. 878) geven in hun artikel aan dat zorgprofessionals over het algemeen een ruime mate van discretionaire autonomie bezitten. Binnen de zorg is er sprake van individuele afstemming van de behandeling. Daarnaast is de relatie tussen de patiënt en de arts of verpleegkundigen erg belangrijk (Brandsen & Honingh, 2013, p. 878). De wijze van sturing is essentieel in een professionele omgeving.

Bij professionals zoals artsen is de werkcontext erg kenmerkend, de professionals hebben allemaal hun eigen ‘koninkrijkjes’ (Koppenjan, 2012, p. 10). Deze ‘koninkrijkjes’ hebben allen hun eigen doelstellingen (Koppenjan, 2012, p. 10). Sturing vindt veelal onderling of individueel plaats, in de vorm van zelfregulering (Brandsen & Honingh, 2013, p. 877; Van Noort, 2004, p. 33; Smetsers, 2007, p. 15). Door deze zelfregulering van de professionals nemen zij de verantwoording binnen hun context (Van Noort, 2004, p. 34). De professional is verantwoordelijk voor de handelingen en keuzes die hij maakt, en heeft hiermee een grote mate van autonomie. Daarnaast blijkt dat professionals geringe macht afgeven aan de strategische top (Mintzberg, 1987; Thuis, 2014, p. 346-350). Thuis (2014, p. 350) noemt artsen en ziekenhuizen als voorbeeld van een professionele organisatie, waar relatief vaak problemen voorkomen, zoals bijvoorbeeld geringe samenwerking. “Artsen [...] willen af van de verstikkende bureaucratie, procedures en regels, waardoor ze als vakmensen niet kunnen doen waarvoor ze zijn.” (Bommeljé & Folkerts, 2016, p. 24). Ook willen artsen zo min mogelijk hiërarchie (Bommeljé & Folkerts, 2016, p. 24). De wijze van sturing en leiderschap hebben een nauw verband. Het type sturing wat hier het beste bij aansluit is een democratische leiderschapsstijl; gezamenlijk het doel bepalen door middel van een groepsbeleving (Thuis, 2014, p. 430).

Street-level bureaucrats hebben een bepaalde mate van discretie waarbinnen zij hun werkzaamheden mogen en kunnen verrichten. Vanuit het top-down perspectief is discretie niet welkom (Tummers & Bekkers, 2013, p. 530). “Routinematig handelen en het versimpelen van de werkelijkheid helpt Street-level bureaucrats om de vraag naar diensten te beheersen, cliënten in het gareel te houden en spaarzaam met hun tijd om te gaan” (Brandsen, Oude Vrielink & Collignin, 2012, p. 46). Street-level bureaucrats hebben behoefte aan regels en handelingsvoorschriften als vorm van sturing. Wel hebben de street-level bureaucrats de mogelijkheid om (beleids-)regels toe te passen naar hun inzichten, dit is voor hen ook belangrijk. Er wordt bij Street-level bureaucrats gewaarschuwd om niet een te grote mate van prestatiesturing toe te passen. Prestatie om het beleid uit te voeren zou dan een doel op zich worden (Van der Aa, 2012, p. 51). Street-level bureaucrats voeren hun beleid beter uit wanneer er geen directe controle of observatie is, oftewel wanneer zij een bepaalde mate van autonomie bezitten.

3.3 Factoren efficiëntie van de organisatiestructuur

In de volgende zeven paragrafen wordt er ingegaan op factoren die een verbeterend of reducerend effect hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur. Te weten; prestatiegerichte werkcultuur, geschikte communicatie, strategisch plannen, flexibiliteit, inrichting werkprocessen, automatisering en de borging van de kwaliteit.

3.3.1 Prestatiegerichte werkcultuur

Een prestatiegerichte werkcultuur heeft effect op de mate van efficiëntie van de organisatiestructuur. Hierdoor is het belangrijk dat de cultuur passend is bij de werkzaamheden. Cultuur heeft iets unieks in haar uitingen, ook wel eigenheid genoemd (Alblas & Wijsman, 2013, p. 287). Cultuur houdt in dat een groep mensen gedeelde normen en waarden bezitten, maar ook uniform gedrag vertonen (Tompkins, 2005, p. 362 & 363; Alblas & Wijsman, 2013, p. 288). De groep onderscheidt zich in houding, gedrag, omgangsvormen en opvattingen die binnen deze groep gelden en waarnaar gestreefd wordt. De uniformiteit komt tot uiting wanneer groepsleden gelijk gedrag gaan vertonen. Wanneer we spreken over een groep, hebben mensen dezelfde uniforme uitingen (Alblas & Wijsman, 2013, p. 287).

De Padafhankelijkheid van een organisatie of afdeling houdt in dat gebeurtenissen of keuzes een grote invloed hebben op de latere ontwikkelingen binnen een organisatie (De Vries, 2016, p. 46). De werkcultuur binnen een afdeling is grotendeels te verklaren door het verleden (Lubberding & Lubberding, 2010, p. 48). Vaak zijn dit gewoonten geworden. Men heeft niet door waarom dingen op een bepaalde manier worden gedaan. Het ‘roest’ zo binnen de cultuur (Lubberding & Lubberding, 2010, p. 48 & 49). Het gedrag dat zichtbaar is, wordt ook wel vergeleken met de top van een ijsberg. De onderliggende zaken zien we niet aangezien die zich bevinden onder het wateroppervlak. Het betreft gedragspatronen die herhaaldelijk plaatsvinden die gebaseerd zijn op verankerende modellen en denkwijzen (Lubberding & Lubberding, 2010, p. 48 & 49).

Organisatie- of werkcultuur is te vergelijken met de cultuur van een samenleving. Binnen een afdeling is veelal sprake van gedeelde normen en waarden (Thuis, 2014, p. 384). Werkcultuur wordt door Deal en Kennedy (1982, in Alblas & Wijsman, 2013, p. 289) gedefinieerd als “De manier waarop we hier de dingen gewend zijn te doen”. Hierin verschillen organisaties en afdelingen onderling van elkaar. Een cultuur moet passen bij de aard van de werkzaamheden en zijn hierdoor vaak kenmerkend voor een afdeling of organisatie. Hiermee heeft de cultuur effect op de prestatiegerichtheid van de afdeling (Alblas & Wijsman, 2013, p. 296). De prestatiegerichtheid van een medewerker houdt nauw verband met de werkethos die een medewerker bezit. Het arbeidsethos van een medewerker uit zich in de inzet of motivatie die de medewerker heeft bij het uitvoeren van zijn werkzaamheden. Dit begrip sluit aan bij de theorie van McGregor. McGregor maakt een onderscheid tussen theorie x en y. Theorie x gaat ervanuit dat de mens werk wil ontwijken indien dit mogelijk is aangezien werk niet als iets aangenaams wordt gezien. Omdat werk als onaangenaam wordt gezien is het noodzakelijk om mensen te controleren en directe sturing toe te passen. Theorie x gaat er dan ook vanuit dat een gemiddeld mens weinig ambitie heeft en vooral streeft naar veiligheid waardoor de omgeving de medewerker moet stimuleren. Dit wordt ook wel extrinsiek gemotiveerd genoemd (Tompkins, 2005, p. 300-301; Thuis, 2014, p. 63). Theorie y is het tegenovergesteld van theorie x, hierbij zijn mensen intrinsiek gemotiveerd. Theorie y gaat ervan uit dat mensen graag willen werken, zichzelf onder controle kunnen houden, verantwoordelijkheid zoeken en deze verantwoordelijkheid ook aankunnen. Mensen willen een zo hoog mogelijk doel bereiken, zonder dat hier direct een prestatie tegenover staat. Dit komt omdat theorie y ervan uit gaat dat mensen zo betrokken zijn, zij denken in oplossingen voor de organisatie. Medewerkers die de intrinsiek gemotiveerd zijn zoals medewerkers bij theorie y zullen zich verder ontwikkelen en

ontwikkelen, wat wenselijk is voor een organisatie. Dit vergroot het bereiken van de vooraf opgestelde doelen. Theorie y gaat ervan uit dat deze medewerkers een grotere behoefte hebben om zichzelf te ontplooien (Tompkins, 2005, p. 302-303; Thuis, 2014, p. 63 & 442-443).

Handy (1985 in, Thuis, 2014, p. 386) heeft een theorie ontwikkeld om de organisatiecultuur te achterhalen. Zij geven een ziekenhuizen als voorbeeld van een personencultuur. Een personencultuur is te kenmerken aan haar professionele omgeving (Handy, 1985 in; Thuis, 2014, p. 387; Alblas & Wijsman, 2013, p. 290-291). Hierdoor moet er rekening gehouden worden met de grote mate van macht spreiding en de lage samenwerkingsgraad. Volgens de literatuur blijken dit twee factoren die typerend zijn voor een personencultuur. Andere typeringen voor een personencultuur zijn dat mensen een grote mate van zelfmotivatie en persoonlijke interesse bezitten (Thuis, 2014, p. 387).

De kracht van de cultuur is afhankelijk van de homogeniteit in gedragingen die de groep bezit, hoe groter de homogeniteit des te sterker de prestatiegerichte werkcultuur, echter maakt dit de kans op tunnelvisie groter (Tompkins, 2005, p. 365). De gedragingen van een groep hebben invloed op de motivatie en waarden van een individu (Gomez-Mejia, Balkin, Cardy, & Brouwer, 2015, p. 127). De uitingen van een werkcultuur hebben een grote invloed op organisaties en afdelingen (Tompkins, 2005, p. 361). De werkcultuur van een groep of afdeling heeft veel invloed op het bevorderen of reduceren van efficiëntie van de organisatiestructuur en prestaties van een organisatie (Tompkins, 2005, p. 365; Alblas & Wijsman, 2013, p. 296). Het is mogelijk dat het niveau van efficiëntie van de organisatiestructuur tussen afdelingen verschilt door de cultuur die er gevestigd is (Thuis, 2014, p. 384). Zo kan efficiëntie binnen de denkwijze van een cultuur te vinden zijn. Is dit niet het geval, dan zal de organisatie er voor moeten zorgen dat het terecht komt in het onzichtbare gedeelte van de ijsberg (Lubberding & Lubberding, 2010, p. 48-49).

Een prestatiegerichte werkcultuur heeft effect op de efficiëntie van de organisatiestructuur. De prestatiegerichte werkcultuur dient aan te sluiten bij werkzaamheden die uitgevoerd worden. Een prestatiegerichte werkcultuur heeft effect omdat deze cultuur streeft naar het resultaat dat de organisatie wil bereiken. De juiste zorg op juiste plek om betaalbare zorg te kunnen blijven leveren. Hierdoor is het van belang dat er sprake is van uniformiteit binnen een afdeling. De medewerkers vinden het normaal om dit doel na te streven en zich hiervoor in te zetten. Wanneer efficiëntie van de organisatiestructuur ingebakken in de cultuur zit zal men het nut hiervan gaan inzien en het normaal gaan vinden om prestatiegericht te werken (Hoekstra, 2015, p. 16). Het kan om die reden soms nodig zijn om cultuur te veranderen binnen een organisatie of afdeling. Bij een professionele omgeving, zoals het ziekenhuis, is het belangrijk dat er bij de operationele kern vanaf het eerste moment draagvlak en vertrouwen is voor de verandering voor het wordt overgenomen door het collectief (Crijns, 2008, p. 44). De verandering zal dan doorgevoerd kunnen worden aan de hand van het implementatiemodel van Kotter² (Kotter, 1996).

² Het implementatiemodel van Kotter bestaat uit acht fasen (Kotter, 1996, p. 33). 1 urgentiebesef vestigen, 2 de leidende coalitie vormen, 3 een visie en strategie ontwikkelen, 4 de veranderingsvisie communiceren, 5 door 'empowerment' breed draagvlak creëren, 6 korte termijn successen genereren, 7 verbeteringen consolideren en meer verandering tot stand brengen en tot slot nieuwe benadering in de organisatiecultuur verankeren. Dit is een implementatiemethode die eraan bijdraagt dat een verandering succesvol is en wordt gesteund.

3.3.2 Geschikte communicatie

Communicatie komt voor in alle vormen en mate binnen organisaties. Communicatie wordt gezien als een van de sleutels voor het bereiken van efficiëntie van de organisatiestructuur (Gruning & Gruning, 1992). De werking van communicatie is ook wel de interactie die plaatsvindt tussen mensen. Deze interactie kan op veel verschillende manieren plaatsvinden. Communicatie wordt gezien als een overdracht van informatie waarbij twee of meer partijen onderling informatie overdragen. Tweerichtingscommunicatie houdt in dat er interactie plaatsvindt tussen de zender en ontvanger, beide zijn dan zender en ontvanger. Wanneer dit niet het geval is spreken we over eenrichtingscommunicatie (Gomez-Meija et al., 2015, p. 395).

Een geschikte interpersoonlijke communicatie is erg belangrijk in de zorg omdat de communicatie invloed heeft op het zorgproces (Dulmen, Weert & Jansen, 2011, p. 2). Interpersoonlijke communicatie houdt in dat er sprake is van een onderlinge afhankelijkheid. De overdracht van informatie tijdens de interpersoonlijke communicatie kan zowel direct als via een medium plaatsvinden (Thuis, 2014, p. 376-377). De zender codeert de boodschap en kiest vervolgens een communicatiekanaal. De ontvanger decodeert de boodschap van de zender. Er kan zowel bij de zender als de ontvanger ruis optreden. Ruis houdt in dat de informatieoverdracht wordt verstoord waardoor informatie anders verzonden of ontvangen wordt dan is bedoeld. Hierbij kan men te maken hebben met interne en/of externe ruis. Ruis is een groot probleem in de informatieoverdracht en vindt plaats in alle vormen van communicatie. Het is van belang dat de communicatie helder is zodat men weet wat van hen verwacht wordt, hierbij dient de informatie in evenwicht te zijn met het doel. Artsen en verpleegkundigen moeten ervoor zorgen dat de boodschap overkomt zoals zij deze bedoeld hebben (Pacilly, 1995, p. 698). Informatie moet niet te rijk maar ook niet te summier zijn. Wanneer er geen evenwicht is in de informatie, is er tevens sprake van ruis (Thuis, 2014, p. 377; Gomez-Meija et al., 2015, p. 394-395).

Er zijn verschillende vormen van communicatie zoals geschreven communicatie, verbale communicatie en non-verbale communicatie, het is belangrijk dat de vorm aansluit bij het type bericht, om miscommunicatie te voorkomen (Thuis, 2014, p. 380; Gomez-Meija et al., 2015, p. 393-395). Er zijn twee richtingen van communicatie neerwaartse en opwaartse communicatie, die belangrijk zijn omdat ze moeten aansluiten op de context. Van neerwaartse communicatie is sprake wanneer een hiërarchisch hogere positie aan een hiërarchisch lagere positie instructies geeft of beleid laat implementeren. De informatie die de ondergeschikte krijgt is waardevol voor de uitvoering van de werkzaamheden. Opwaartse communicatie houdt in dat medewerkers hun kennis, ideeën of reactie aan medewerkers, zoals een manager, die hiërarchie gezien hoger staan kunnen doorgeven. Deze vorm van communicatie helpt de hiërarchisch hogere in de organisaties bij het nemen van beslissingen. Het meest wenselijke is wanneer informatie bottom-up wordt opgehaald maar beleid wel top-down wordt gecommuniceerd (Van der Aa, 2012, p. 51). Om dit te bereiken is betrokkenheid van belang (Gomez-Meija et al., 2015, p. 396; Rainey, 2014, p. 391). In het ziekenhuis is het daarnaast belangrijk dat men onderling weet wie welke communicatiestroom uitvoert en dat de communicatiestructuur helder is (Pacilly, 1995, p. 696). Dit zal toegepast kunnen worden aan de hand van de rol van een linking pin (Alblas & Wijsman, 2013, p. 245 & 253; Tompkins, 2005, p. 286). Een linking pin houdt

in dat er een supervisor is die zowel operationeel participeert als een schakel is naar een hoger hiërarchisch niveau (Tompkins, 2005, p. 286).

Communicatie kan zowel een bevorderend als een reducerend effect hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur (Mauksch, Dugdale, Dodson & Epstein, 2008, p. 1388). Communicatie kan ingezet worden om efficiëntie van een organisatiestructuur toe te laten nemen, het is hierbij van belang dat middels de communicatie informatie bottom-up wordt opgehaald maar in grote lijnen wel top-down wordt uitgedacht (Gruning & Gruning, 1992; p. 700). Binnen deze communicatie is het van belang dat de communicatie eenduidig is en dat de overdracht van informatie in evenwicht is met het doel. Dit sluit tevens het best aan bij de context van het onderzoek, aangezien men te maken heeft met artsen en verpleegkundigen die graag een inbreng hebben. Wanneer communicatie niet zowel opwaarts als neerwaarts verloopt en de informatieoverdracht niet in evenwicht is met het doel, zullen mensen meer langs elkaar heen werken en los van elkaar werkzaamheden verrichten. Dit kan de efficiëntie van de organisatiestructuur te nadelen beïnvloeden.

3.3.3 Strategische plannen

Het maken van plannen is van belang om efficiëntie van de organisatiestructuur te bereiken (Thuis, 2014, p. 101 & 267; Wilson, 1994, p.12). Plannen betekent het vaststellen van doelen die men in de toekomst wil bereiken. Daarnaast houdt plannen ook in dat er gekeken wordt hoe dit doel bereikt kan worden (Thuis, 2014, p. 97). Planning kan zich richten op een bestaande situatie maar ook over een verandering of probleem. In het laatste geval wordt er met een planning ook een doel uitgesproken waar men naar toe wil werken om dit probleem te reduceren (Steigenga, 1974, p. 262). Een planning helpt de organisatie om te komen waar ze naar toe wil. Er zijn twee manieren hoe een planning tot stand kan komen, top-down en bottom-up (Thuis, 2014, p. 267). Top-down houdt in dat een planning vanuit bovenaf wordt opgelegd, lagere delen van de organisatie hebben hier gering inspraak in. Bottom-up is het tegenovergestelde. Hier gebruikt men de kennis en kunde van het operationele deel van de organisatie om een plan op te stellen (Thuis, 2014, p. 268). Vooral artsen willen in vergelijking met de verpleegkundige graag een grote mate van autonomie, ook bij het maken van plannen. Wanneer de planning zowel bottom-up als top-down plaatsvindt, komen verschillende perspectieven samen voor het beste effect voor de organisatie (Bommeljé & Folkerts, 2016, p. 24; Van der Aa, 2012, p. 51).

Strategische planning is een plan dat in de toekomst wordt uitgevoerd. Het heeft hierbij een strekking van meerdere jaren (Mintzberg, 1987, p. 67). Bij het strategisch plannen van werkzaamheden maak je voorspellingen om in de toekomst zo optimaal mogelijk te kunnen presteren (Aardal et al., 2015, p. 183). Hierbij wil je dat de organisatie proactief handelt in plaats van reactief, wat in de praktijk vaak gebeurt. Hiermee wil men bereiken dat er van tevoren wordt geanticipeerd (Aardal et al., 2015, p. 183 & 184). Zodat de organisatie middelen en geld kan besparen. Een onderdeel van strategisch plannen is strategische personeelsplanning deze planning is bedoeld om continu over het juiste personeel te beschikken. Het personeel moet zowel in aantallen als in niveau optimaal afgestemd zijn op de behoefte van een organisatie of afdeling (Gomez-Mejia et al., 2015, p.137 & 167). Het is inzichtelijk waar men naartoe wil werken en wat de stappen hiervoor zijn om dit te bereiken. Om een doel te bereiken is het van

belang dat men voorspellingen maakt over de toekomst (Depré, Vandenabeele & Hondegheem, 2004, p.12).

Ziekenhuizen maken planningen voor behandelingen met hun patiënten. Uit de planning kan vervolgens worden afgeleid wanneer de behandeling plaatsvindt en wat het doel is van de behandeling (De Craemer, 2006, p.8). Doordat een ziekenhuis bureaucratisch maar ook complex is, is het van belang dat er planningen gemaakt worden. Ook strategische planningen zijn hierbij noodzakelijk, omdat hierbij een stap verder wordt gekeken dan waar de organisatie nu staat (De Craemer, 2006, p.8). Echter ligt het er per zorgvraag aan in welke mate strategisch gepland kan worden. In het ziekenhuis kan men te maken krijgen met onvoorziene behandelingen. Deze acute zorg, is echter in grote mate te voorspellen en daardoor planbaar. Hierdoor zal men zowel strategisch als flexibel moeten plannen in ziekenhuizen (De Craemer, 2006, p. 15).

Een planning kan de efficiëntie van de organisatiestructuur bevorderen of reduceren, afhankelijk hoe men ermee omgaat (Thuis, 2014, p. 101 & 267; Wilson, 1994, p. 12 & 14). Wanneer middelen optimaal ingezet worden leidt dit tot een hogere efficiëntie van de organisatiestructuur (Brugman, 2007). Het maken van plannen draagt bij aan doelmatig en planmatig werken wat de efficiëntie van de organisatiestructuur beïnvloedt (Kleinknecht, Oostendorp & Pradhan, 1997, p. 869; De Regge, 2015, p. 24 & 25). De artsen en verpleegkundigen willen (een mate van) autonomie, hierdoor is het logischerwijs te verklaren dat de artsen bezig zijn met het doel en de toekomst aangezien zij hier dan meer grip op hebben. De planning heeft te maken met het opstellen van het doel dat men op lange termijn wil behalen (Vries, 1985, p. 95; Wilson, 1994, p. 14). Het gebruik van een planning draagt bij aan het zo optimaal mogelijk werken en behalen van efficiëntiedoelen (Wilson, 1994, p. 18).

3.3.4 Flexibiliteit

Flexibiliteit kan zowel een bevorderend als een reducerend effect hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur (Home & Orr, 1997, p. 30; Ruijters, Simons & Veldkamp, 2009, p. 76). “Flexibiliteit als organisatievraagstuk heeft betrekking op de bestuurbaarheid van de organisatie onder verschillende condities” (Volberda, 1990, p. 219). Roberts & Stockport (2009, p. 27) definiëren flexibiliteit als het vermogen om iets anders te doen dan oorspronkelijk bedoeld of bedacht is. Flexibiliteit betreft het vermogen dat een organisatie bezit om zich aan te passen aan veranderingen, ook wel veerkracht. Daarnaast wordt flexibiliteit gezien als een adaptieve reactie op een gebeurtenis of verandering om tot een beter geheel te komen (Wildavsky, 1988).

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe flexibiliteit. Interne flexibiliteit heeft betrekking op aanpassingen die verricht worden doordat er extern een verandering optreedt. De verandering die zich voordoet heeft effect op de organisatie of afdeling. De organisatie dient zich dan aan te passen aan verandering waar zij zelf nauwelijks invloed op heeft. Het gaat hierbij met name om de snelheid waarin de organisatie inspeelt op de verandering, hoe sneller dit is hoe groter de veerkracht van de organisatie (Volberda, 1990, p. 217 & 219). Wanneer er sprake is van externe flexibiliteit wil de organisatie de omgeving beïnvloeden. De organisatie wil een waarde uitdragen waarmee zij de omgeving mogelijkwerijs kunnen sturen. Hierbij staat de organisatie centraal en wordt de verandering als een

bijkomstigheid gezien (Volberda, 1990, p. 219). Het meest efficiënt is wanneer deze twee vormen zo veel mogelijk in balans zijn binnen de organisatie.

Een ziekenhuis is een organisatie die relatief vaak te maken krijgt met onvoorziene omstandigheden. Voorbeelden hiervan zijn gecancelde behandelingen of extra onvoorziene behandelingen. Hierdoor is het voor ziekenhuizen belangrijk dat zij kunnen inspelen op mogelijk aanpassingen en veranderingen (De Craemer, 2006, p. 15). Flexibiliteit maakt het voor ziekenhuizen mogelijk om beter in te spelen op de vraag (Nijmeijer, 2008, p.8). Wanneer een ziekenhuis flexibel is kan zij beter inspelen op veranderingen die plaatsvinden. Daarnaast is het specifiek in ziekenhuizen belangrijk om goede afwegingen te maken tussen flexibiliteit en stabiliteit (De Craemer, 2006, p. 31-32).

Flexibiliteit heeft een effect op het bevorderen of reduceren van efficiëntie van de organisatiestructuur. De efficiëntie van de organisatiestructuur is groter naarmate een organisatie minder last heeft van verstoringen die zich voordoen wat afhankelijk is van de flexibiliteit (Home & Orr, 1997, p. 37). Wanneer verpleegkundigen of artsen meer autonomie krijgen heeft dit een positief effect op het bevorderen van de flexibiliteit. Organisatieontwikkeling zoals efficiëntie van de organisatiestructuur vindt sneller plaats wanneer een organisatie veerkrachtig is (Ruijters, Simons & Veldkamp, 2009, p. 76; Hageman, 2016, p.3).

3.3.5 Inrichting werkproces

De wijze van de inrichting van de werkprocessen kan de efficiëntie van de organisatiestructuur zowel stimuleren als verminderen (Van Oosten, Van Velen, Klein, Snijders & Hardjono, 2007, p. 15). Het ging in eerste instantie met name om het opsplitsen van taken waardoor er meer efficiëntie zou ontstaan. Het inrichten van een werkproces is erop gericht om zaken in een organisatie anders te organiseren (Van Oosten et al., 2007, p. 15). Het gaat bij de inrichting van werkprocessen over het plannen en ontwerpen van werkprocessen iets wat rationeel plaatsvindt, niet om de individuele productiviteit van werknemers (Van Oosten et al., 2007, p. 16). Bij het inrichten van werkprocessen gaat men rationeel kijken wat er daadwerkelijk gebeurt en hoe dit verandert en verbetert (Van Oosten et al., 2007, p. 41). De inrichting van werkprocessen kan waardevol zijn voor organisaties of afdelingen (Huizingh, 2015, p. 62).

Er zijn twee manieren van de inrichting van werkprocessen de 'white box' en 'black box' benadering. De verschillen hebben te maken tot welk niveau het een proces wordt uitwerkt en uitgedacht (Van Oosten et al., 2007, p. 44). De white box benadering gaat uit van voorspelbaarheid waarbij een proces tot in detail uitgedacht worden. Het werkproces sluit dan exact aan op het gebruik op de werkvloer. Bij de white box benadering wordt veel gebruik gemaakt van randvoorwaarden (Van Oosten et al., 2007, p. 45). De black box benadering gaat over het inrichten van werkprocessen, dit is minder gedetailleerd dan de white box benadering. Het betreft een afstemming over samenwerking. Het gaat hierbij om de koppeling tussen en van processen aan elkaar en de manier hoe professionals samenwerken. Het betreft hier het bouwen 'aan' de organisatie. Beide vormen hebben zowel voor- als nadelen afhankelijk van het type werkzaamheden (Van Oosten et al., 2007, p. 45-46). Wanneer er veel eisen zijn, is een white box benadering een logischere keuze.

Het inrichten van werkprocessen richt zich op het maken van onderscheid tussen zaken die waarde toevoegen en zaken die overbodig zijn (Hines, Found, Griffiths & Harrison, 2011, p. 5). ‘Muda’, ‘Mura’ en ‘Muri’ is een bekende manier van Lean om het onderscheid tussen waardevol en overbodig te maken. Het is van belang dat de zaken die overbodig zijn niet de zaken die waarde toevoegen overschaduw (Hines et al., 2011, p. 8 & 9; Dennis, 2015, p. 29-36). Het inrichten van werkprocessen zorgt voor een evenwichtiger proces. Hiermee wordt de doorstroming van het proces verbeterd (Emmerik, 2012, p. 240-242).

In ziekenhuizen wordt de inrichting van werkprocessen steeds belangrijker (Van Oosten et al., 2007, p. 15). In ziekenhuizen wordt de inrichting en de verandering van werkprocessen meestal doorgevoerd op afdelingen, niet organisatie breed (Stanton et al., 2014, p. 2930). Wanneer processen goed zijn ingeregeld zorgt dit voor minder fouten. Fouten kunnen een groot effect op de patiënten hebben. Bij een organisatie wordt het product op het einde gecontroleerd, bij de zorg is dat niet mogelijk. Wanneer een operatie niet goed is gegaan heeft dit mogelijk vergaande consequenties, zoals bijvoorbeeld een hersteloperatie. Ziekenhuizen laten zien dat het gebruik van private procesoptimalisatie werkt in deze omgeving. Wel kan het lastig zijn om een proces in te richten in een ziekenhuis omdat er met veel factoren rekening gehouden moet worden (Stanton et al., 2014, p. 2931).

De manier waarop werkprocessen worden ingericht heeft invloed op de mate van de efficiëntie van de organisatiestructuur (Van Oosten, 2007, p. 15; Stanton et al., 2014, p. 2932; Trip, Jong & Does, 2009, p. 8). Doordat processenstappen worden geordend ontstaat er standaardisatie, specialisatie, maximalisatie, concentratie en centralisatie, wat leidt tot efficiëntie van de organisatiestructuur (Van Oosten, 2007, p. 16). Het anders organiseren van de werkprocessen kan daarmee bijdragen aan efficiëntie van de inrichting van de processen (Van Oosten et al., 2007, p. 16-17). Artsen zullen zich, gezien de context, voornamelijk gesloten gedragen, oftewel doen aan zelfregulatie en uitingen binnen de groep (Brandsen & Honingh, 2013, p. 877). Een manier om processtappen beter te ordenen is aan de hand van Lean Six Sigma, dit heeft een effect blijkt uit de praktijk. Organisaties gaan hierdoor sneller, efficiënter en kwalitatief beter werk verrichten (Stanton et al., 2014, p. 2927; Salah, Rahim & Carretero, 2010, p. 250).

3.3.6 Automatisering

Automatisering kan zowel een verbeterend als reducerend effect hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur (Philips, 2000, p. 5 & 6). Automatisering kan worden gezien als het proces van een opeenvolging van veranderingen met minder of geen menselijke handelingen. Dit gebeurt aan de hand van hulpmiddelen die gespecialiseerd zijn om productieprocessen uit te voeren of te controleren (Gupta & Arora, 2011, p. 1). Bij automatisering kan er een onderscheid gemaakt worden tussen automatisering door het overnemen van handelingen en automatisering van de overdracht van informatie. Processen kunnen door automatisering afdeling overstijgend worden, waardoor processen een grotere continuïteit kunnen hebben (Huizingh, 2015, p. 252). Daarnaast kan automatisering geheel een proces overnemen of juist een hulpmiddel zijn (Gupta & Arora, 2011, p. 1). Automatisering wordt door steeds meer werkomgevingen in verschillende branches gebruikt omdat het veel waarde kan toevoegen

(Hollingsworth, 1995, p. 3). Wel moet bij automatisering de afwegingen goed ingeregeld worden (Gupta & Arora, 2011, p. 2).

Bij automatisering waarbij het systeem handelingen overneemt vinden productieactiviteiten plaats op een geautomatiseerde of mechanische wijze (Gupta & Arora, 2011, p. 1). Zo is het mogelijk dat een database de lopende handelingen bijhoudt. Wanneer er een knelpunt ontstaat zal deze database automatisch een signaal uitgeven. Hierdoor wordt het aantal controlehandelingen gereduceerd (Philips, 2000, p. 6). Processtappen die voorheen uitgevoerd werden door een medewerker gebeuren nu door een systeem, waardoor het aantal fouten wordt gereduceerd. Afhankelijk van de complexiteit van de activiteiten kunnen samenhangende activiteiten samen worden gepakt door een systeem, hierdoor ontstaat er gebruikersgemak (Hollingsworth, 1995, p. 6). Automatisering kan ook een bijdrage leveren als hulpmiddel voor handelingen. Hierbij wordt het systeem ingezet om mensen te ondersteunen (Hollingsworth, 1995, p. 3 & 6).

Daarnaast kan automatisering ook de overdracht tussen en van processtappen op zich nemen. Automatisering draagt er dan aan bij dat documenten, procedures en informatie gemakkelijker worden overgegeven tussen deelnemers (Hollingsworth, 1995, p. 6). Automatisering wordt gezien als een hulpmiddel bij de administratieve onderdelen die zich voordoen (Philips, 2000, p.7; Vries, 2002). Hiermee wordt de informatieoverdracht vereenvoudigd waardoor men minder tijd aan kwijt is aan administratieve handelingen.

Ziekenhuizen gaan ook mee in de opkomende mate van automatisering, vaak als drijfveren om kosten te kunnen besparen. Echter zijn ziekenhuizen geen ‘early adopters’, zij lopen achter op andere sectoren (Florentino et al., 2008). Met automatisering wordt in de ziekenhuizen gedoeld op automatisering tussen processtappen (Philips, 2000, p. 4). Wel is het daarbij noodzakelijk om in kaart te hebben welke processtappen er zijn en wat zich binnen deze processtap exact afspeelt (Smit, 2012, p. 9). Daarnaast bestaat er de mogelijkheid om informatiebronnen te koppelen waardoor een medewerker, in deze casus de arts of verpleegkundige, minder administratieve handelingen hoeft te verrichten. Dit is automatisering als ondersteuning (Vries, 2002). Bardram (in; Florentino et al., 2008) geeft aan dat in ziekenhuizen het authenticatieproces met het inloggen en wachtwoorden vereenvoudigd zou kunnen worden wanneer er meer gebruik wordt gemaakt van automatisering. In ziekenhuizen wordt het steeds meer mogelijk om systemen handelingen te laten overnemen. Zo kunnen informatiestromen door een systeem worden ondervangen.

Wanneer automatisering goed wordt ingezet kan het bijdragen aan het vergroten van efficiëntie van de organisatiestructuur. Echter heeft het niet juist gebruiken ook een negatieve invloed op efficiëntie (Gupta & Arora, 2011, p. 3). Wanneer toegangssystemen gemakkelijker toegankelijk zijn en informatie veiliger gedeeld kan worden, komt dit de efficiëntie van de organisatiestructuur ten goede, het aantal menselijke fouten wordt hiermee teruggedrongen (Florentino et al., 2008). Door meer gebruik te maken van een systeem is er minder ‘hulp’ van buitenaf nodig, wat de autonomie van de artsen en verpleegkundigen ten goede komt. Als er minder menselijke handelingen, of menselijke overdracht van informatie plaatsvindt wordt de kans op fouten kleiner wat een effect heeft op de efficiëntie van de organisatiestructuur (Vries, 2002).

3.3.7 Borgen van de kwaliteit

De borging van kwaliteit houdt in dat een proces continu wordt verbeterd waardoor de vooruitgang niet verwatert. Hierdoor kan efficiëntie van de organisatiestructuur ontstaan (Van Oosten, 2014, p. 155 & 156). De definitie van kwaliteit verandert door de jaren heen (Vinkenburg, 1996, p. 2-3). Daarnaast worden er ook verschillende accenten gelegd op de definitie van kwaliteit. Kwaliteit is een breed en ambigu begrip, dit kan gaan over de service die de klant/patiënt ervaart maar ook over wat er kwalitatief daadwerkelijk geleverd wordt als product of dienst. Ook houdt het de eigenschappen in of het onderscheidende dat een dienst of product bezit (Emmerik, 2015, p. 47). Deze eigenschappen en specificaties zijn hoogstaand, waardoor er minimaal hetgeen bereikt wordt wat is overeengekomen, hierbij is de ervaring van de ontvanger van groot belang (Vinkenburg, 1996, p. 3).

Sinds 1996 is een systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit in de zorg vereist (Damen, Van Leeuwen, Van Zanten & Bakker, 2002, p.30). Kwaliteit in ziekenhuizen is erg belangrijk voor het algemene belang, het kan de zorg verbeteren (De Taskforce, 2018, p. 16). Er wordt een steeds hogere kwaliteit in ziekenhuizen nagestreefd wat het aantal complicaties vermindert en de patiënttevredenheid verhoogt (Wackers, 2018, p. 10 & 15). Om de kwaliteit van het medisch handelen te waarborgen is het belangrijk dat de overheid, verzekeraars en ziekenhuismanagers samenwerken binnen processen (Damen et al., 2008, p. 31; Porter, 2008, p. 503). Deze samenwerking is nodig omdat er verschillende belangen en wensen spelen. Hiermee moet de kwaliteit voor de verschillende actoren zo optimaal mogelijk gerealiseerd worden. Om een hogere kwaliteit te leveren zullen artsen op een andere manier moeten gaan werken (Porter, 2008, p. 504). Daarnaast is het mogelijk om de medische zorg verder te optimaliseren dan nu het geval is (Damen et al., 2008, p. 32). Ziekenhuizen moeten voldoen aan kwaliteitseisen die vanuit verschillende perspectieven worden gesteld. Zo bepaalt de Inspectie voor Gezondheidszorg of een ziekenhuis complexe zorg mag blijven verlenen (Groot, 2008, p. 79). Daarnaast hebben ook ziekenhuizen en patiënten invloed op de kwaliteitsbepaling van een ziekenhuis (Groot, 2008, p. 79).

Wanneer een organisatie kwaliteit heeft bereikt is het belangrijk dat dit continu gewaarborgd blijft. Dit houdt in dat de mate van kwaliteit vastgehouden wordt waardoor dit de ‘nieuwe’ minimale standaard wordt. Hierbij is het noodzakelijk dat er reflectie en bijsturing plaatsvindt. Het is niet wenselijk dat men terugvalt in een oude gewoonte en daardoor de kwaliteit verliest. Kwalitatieve veranderingen dragen bij aan een hoogstaander eindresultaat. Een theorie die hierbij aansluit is het DMAIC-model³, welke een onderdeel is van Lean Six Sigma (Kumar & Sosnoski, 2009, p. 256). De waarden ‘Muda’, ‘Mura’ en ‘Muri’ van de ‘inrichting werkprocessen’ kunnen toegepast worden aan de hand van het DMAIC-model. Elke letter van het DMAIC-model staat voor een fase die zich achtereenvolgens herhaalt. Hierdoor zal het borgen van de verandering in deze de kwaliteit tot stand komen. Daarnaast heeft elke fasen een aantal instrumenten om tot het gewenste resultaat van de fasen te komen (Emmerik, 2015, p. 304). Ook bestaat er een DMAIC variant voor het leveren van gezondheidszorg, deze cyclus geeft ook het belang van vooruitgang weer (Porter, 2008, p. 504). Porter (2008) heeft een model ontwikkeld genaamd patiëntwaarde. Hierin is de patiëntwaarde de uitkomst van de

³ DMAIC-model bestaat uit de Define, Measure, Analyse, Improve en Control fase welke elkaar opvolgen.

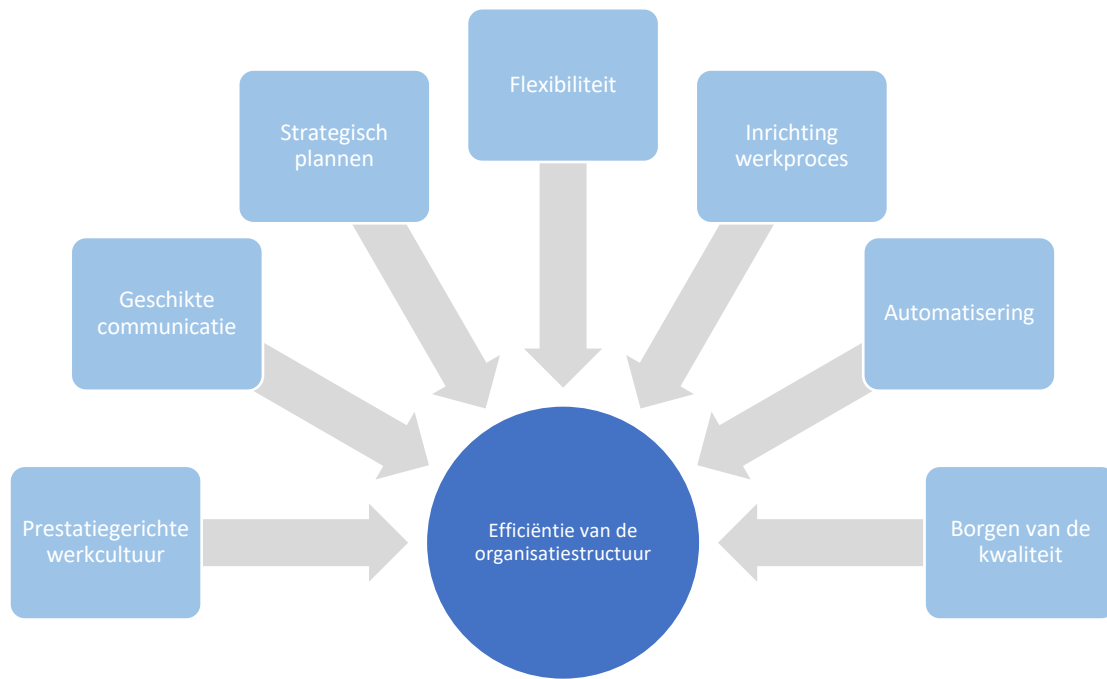
patiënt relevante uitkomsten gedeeld door de kosten per patiënt. Dit model is naast het reduceren van de kosten ook gericht op het maximaliseren van de waarde van de zorg voor de patiënt hetgeen wat essentieel is voor een goede kwaliteit.

Het borgen van de kwaliteit heeft een effect op de mate van efficiëntie van de organisatiestructuur (Van Oosten, 2014, p. 155-156; Valdmanis, Rosko & Mutter, 2008, p. 1831; Porter, 2002, p. 503). Een hogere kwaliteit leidt tot minder complicaties, wat inhoudt dat er een efficiëntere inzet van onder andere middelen plaatsvindt (Damen et al., 2008, p. 30- 31). Een lagere kwaliteit kan mogelijk leiden tot onnodige kosten, wat niet wenselijk is voor de organisatie en de autonomie van de verpleegkundige en artsen (Valdmanis et al., 2008, p. 1831-1832). Wanneer er een hogere kwaliteit is in de zorg, heeft dit een groot effect op de efficiëntie van de organisatiestructuur op de lange termijn. Het zal er aan bijdrage dat de zorg beter wordt terwijl de kosten niet verder toenemen of zelfs zullen dalen.

3.4 Samenvatting & conceptueel model

In het eerste deel van het theoretisch kader is het begrip efficiëntie van de organisatiestructuur geplaatst binnen de Bestuurskundige stromingen. De academische literatuur over efficiëntie van de organisatiestructuur is samengebracht om tot een definitie te komen. Daarnaast zijn er door middel van academische literatuur zeven factoren achterhaalt die mogelijk een verklaring bieden voor de (in)efficiëntie van de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC, welke zijn weergegeven in figuur 2.

Prestatiegerichte werkcultuur, geschikte communicatie, strategisch plannen en flexibiliteit kunnen een verklaring bieden voor de mate van efficiëntie. Ook de inrichting van werkprocessen, automatisering en het borgen van kwaliteit kunnen zowel een positieve als negatieve invloed hebben op efficiëntie van de organisatiestructuur. Tevens hebben de zeven een samenhang, de factoren kunnen elkaar beïnvloeden en versterken.



Figuur 2: Conceptueel model efficiëntie van de organisatiestructuur (eigen illustratie)

Hoofdstuk 4: Methodologisch kader

In dit hoofdstuk wordt de methode die in dit onderzoek is gebruikt nader toegelicht. Als eerst komen de onderzoeksstrategieën aan bod. In de tweede paragraaf volgt de wijze van dataverzameling. Daarna worden de onderzoekseenheden toegelicht. In de vierde paragraaf vindt de operationalisatie plaats. Aansluitend zal de methoden data-analyse worden beschreven. Daarop volgt de waarborging van de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

4.1 Onderzoeksstrategieën

De vraag van het Máxima MC vroeg om een verklarend onderzoek aangezien het Máxima MC wil achterhalen wat de oorzaken waren van (in)efficiëntie van de organisatiestructuur (Van Thiel, 2015, p. 27). Bij een verklarend onderzoek worden oorzaken van een probleem onderzocht, hetgeen wat het meest toepasbaar was voor deze probleemstelling. Hierdoor ging het onderzoek van start met het achterhalen van de inhoudt van efficiëntie van de organisatiestructuur. Doordat het onderzoek zich bevindt in een specifieke context heeft deze literatuur geholpen bij het selecteren van factoren. De factoren gaven een verklaring voor de (in)efficiëntie van de organisatiestructuur binnen de Zelfstandig Behandelkamers. De uitkomsten van dit onderzoek hebben het Máxima MC aanbevelingen gegeven hoe zij de Zelfstandig Behandelkamers efficiënter kunnen inrichten aan de hand van de factoren.

4.1.1 Kwalitatief onderzoek

Om te achterhalen welke factoren van invloed waren op de mate van efficiëntie binnen de organisatiestructuur is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek sluit het beste aan bij de beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek. Het is belangrijk om alle actoren te betrekken in het onderzoek omdat de actoren verschillende perspectieven hadden op het sociale verschijnsel. Een kwalitatief onderzoek houdt het volgende in: “Een vorm van interpreterend onderzoek waarbij empirische gegevens op een systematische en controleerbare wijze worden verzameld, geanalyseerd, en gerapporteerd” (Plochg & Van Zwieten, 2007, p. 77).

De onderzoeker heeft een sociaal-constructivistische onderzoeksbenadering toegepast bij dit onderzoek, aangezien er werd uitgegaan van een sociale werkelijkheid die het gevolg is van een sociale constructie. Het onderzoek bevindt zich in een sociale omgeving, de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC te Veldhoven. Dit sociale construct houdt in dat er niet één werkelijkheid is, maar dat er verschillende perspectieven bestaan.

Doordat er verschillende perspectieven bestaan was de input van verschillende actoren essentieel. Het was hierbij waardevol om tijdens interviews dieper in te gaan op persoonlijke ervaringen en meningen van de respondenten. Door de inhoudelijke grote omvang van data werd er meer kennis opgedaan over waarom een factor een bepaalde verklaring gaf over de (in)efficiëntie van de organisatiestructuur. De verzamelde data is erg rijk, dit zorgde ervoor dat er betrouwbaar uitspraken konden worden geven over een klein aantal onderzoekseenheden (Bleijenbergh, 2016, p. 10-11). Daarnaast was het logisch om voor een kwalitatief onderzoek te kiezen aangezien talig materiaal een essentieel onderdeel vormt voor de beantwoording van de

onderzoeksvraag. De context en argumentaties van de respondenten waren een belangrijk uitgangspunt bij de beantwoording van de hoofdvraag. Ook was er de mogelijkheid tot het interpreteren van data, dit gaf de data meer betekenis. De rijkheid aan informatie was nodig om een goed advies te kunnen geven omdat er rekening gehouden moet worden met de context van de Zelfstandig Behandelkamers (Bleijenbergh, 2016, p. 13; Evers, 2015, p. 8). Echter was het gezien de vorm van het onderzoek onmogelijk om veel onderzoekseenheden te betrekken binnen het onderzoek gezien de mate van arbeidsintensiviteit (Bleijenbergh, 2016, p. 12). Voor dit onderzoek leverde dit geen problemen op aangezien er vanuit elke onderzoekseenheden een representatieve groep werd gekozen. Dit wordt nader toegelicht in paragraaf 4.3.

De informatie die werd verzameld met een kwalitatief onderzoek geeft veel kennis weer van de context, wat een toegevoegde waarde is van een kwalitatief onderzoek (Bleijenbergh, 2016, p. 12; Evers, 2015, p. 8). Hierdoor was het mogelijk om juiste en specifieke uitspraken te geven over efficiëntie binnen de organisatiestructuur. Dit geeft een kwalitatief onderzoek meer context dan een kwantitatief onderzoek (Reulink & Lindeman, 2005, p. 17). Daarnaast was het voor deze casus relevant om de context van het onderzoek te betrekken bij het onderzoek, dit is beter toepasbaar bij een kwalitatief dan een kwantitatief onderzoek. De context gaf de onderzoeker de mogelijkheid om het sociale verschijnsel beter te begrijpen, wat waardevol was voor het selecteren van factoren en voor het creëren van oplossingen binnen een specifieke casus.

Deze onderzoeksmethode bood de mogelijkheid om niet alleen resultaten weer te geven, maar ook daadwerkelijk resultaten te onderbouwen en uit te leggen door de visies van de respondenten. De uitkomsten van een kwalitatief onderzoek zijn erg specifiek en diep waardoor het mogelijk was om betekenisgeving te onderzoeken over een bepaald verschijnsel (Bleijenbergh, 2016, p. 13). Deze betekenisgeving was relevant omdat dit belangrijk is bij het achterhalen wat de oorzaken zijn bij de inefficiëntie van de organisatiestructuur binnen de Zelfstandig Behandelkamers te Veldhoven. Hiermee kan het verschijnsel, hier de efficiëntie van de organisatiestructuur grondiger onderzocht worden vanuit verschillende perspectieven. Hiermee konden specifieke uitspraken worden gegeven over de Zelfstandig Behandelkamers in haar natuurlijke omgeving (Myers, 2013, p. 5; Bleijenbergh, 2016, p. 13).

4.1.2 Casestudy

Er zijn verschillende manieren om een kwalitatief onderzoek uit te voeren. Dit onderzoek is aan de hand van een enkelvoudige casestudy uitgevoerd. De case binnen dit onderzoek was het Máxima MC te Veldhoven. Flyvbjerg (2006, p. 220) beschrijft een casestudy als volgt: “een gedetailleerd onderzoek van een enkel voorbeeld”. Een casestudy houdt in dat bij een of enkele personen of organisaties wordt achterhaald wat het effect is van een sociaal verschijnsel. In dit onderzoek is het sociale verschijnsel de efficiëntie van de organisatiestructuur welke werd achterhaald bij de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC. Het doel van dit onderzoek was het verklaren van het sociale verschijnsel en indien mogelijk hier aanbevelingen bij geven. Het doel lag niet bij het generaliseren van de uitkomsten van het onderzoek (Baarda et al., 2015, p. 73). Echter zijn hier wel mogelijkheden voor. Het sociale verschijnsel, efficiëntie van de organisatiestructuur kan voorkomen op andere afdelingen binnen het Máxima MC maar ook binnen andere ziekenhuizen of organisaties. Bleijenbergh (2016, p. 47-48) voegt hier nog

een aantal elementen aan toe. Organisatie specifieke eigenschappen staan centraal bij een casestudy onderzoek, kennis die wordt verzameld is gedetailleerd. De eigenschappen van de Zelfstandig Behandelkamer van het Máxima MC te Veldhoven staan centraal in dit onderzoek. Deze gedetailleerde informatie is waardevol omdat de onderzoeker uitspraken wilde doen over dit specifieke verschijnsel. Hierdoor was een casestudy goed toepasbaar bij het oplossen van een specifiek probleem binnen een organisatie (Bleijenbergh, 2016, p. 48). Door middel van een casestudy werd met een kleine groep respondenten diepgaand onderzoek uitgevoerd. Bij deze respondenten werden diepgaande betekenissen en patronen achterhaald voor (Bleijenbergh, 2016, p. 47).

De case die centraal staat binnen dit onderzoek richt zich op efficiëntie van de organisatiestructuur op de Zelfstandig Behandelkamers in het Máxima MC te Veldhoven.

4.2 Methoden van dataverzameling

Binnen de casestudy wordt er gewerkt met verschillende methoden van dataverzameling. De hoofdmethode van de dataverzameling is de halfgestructureerde interviews. De halfgestructureerde interviews leveren een rijkheid aan informatie op en geven een gedegen beeld van de context. Daarnaast zijn er documenten geraadpleegd om de context beter te begrijpen.

4.2.1 Halfgestructureerde interviews

Halfgestructureerde interviews is de methode die werd toegepast binnen dit onderzoek. Deze achttien interviews zijn afgenomen in de periode juni 2020. Deze methode gaf de mogelijkheid om een rijkheid aan informatie te verzamelen en de context goed mee te nemen in het onderzoek. Op deze manier kon het beste achterhaald worden hoe de factoren die effect hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur zich voordoen binnen het Máxima MC bij de Zelfstandig Behandelkamers te Veldhoven. Om een geschikt advies te geven was het noodzakelijk om de context goed te begrijpen.

Een interview houdt in dat de respondent open vragen kreeg waarin de respondent vrij werd gelaten om een mening of visie te uiten (Baarda et al, 2013, p. 148; Bleijenbergh, 2016, p. 74). Samen met de mogelijkheid om door te vragen bij antwoorden van de respondent droeg dit eraan bij dat de informatie die werd opgedaan rijk van aard was omdat er ook informatie werd verzameld waar op voorhand geen vragen over waren opgesteld (Baarda et al., 2013, p. 150). Daarnaast komt de onderzoeker veel te weten over de context van het sociale verschijnsel. Hierdoor kan de onderzoeker ervoor zorgen dat het advies goed aansluit bij de context waarin deze onderzoeksvraag zich bevindt. De casus bevindt zich in een complexe omgeving met veel actoren waarbij het belangrijk is om de context mee te nemen.

De onderzoeker maakte gebruik van een interviewgide. Hierdoor werden er gericht vragen gesteld om de hoofdvraag van het onderzoek te kunnen beantwoorden (Baarda et al., 2013, p. 149-150). Het was hierbij belangrijk dat de respondent geen druk voelde om antwoord te geven op bepaalde vragen (Baarda et al., 2013, p. 150). Wanneer er wel druk wordt ervaren zal dit uiteindelijk negatieve consequenties hebben op de kwaliteit van de antwoorden en daarmee op het beantwoorden van de hoofdvraag. De volgorde van de vragen stond niet vast,

net als het doorvragen. Wel was het wenselijk om alle vragen te stellen van de interviewgide. Dit vergrootte de betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid van het onderzoek (Bleijenbergh, 2016, p. 74). Het doorvragen zorgde ervoor dat de onderzoeker een diepere betekenis uit de uitspraken van de respondent kon halen. Ook kon er een verduidelijking worden gegeven (Bleijenbergh, 2016, p. 74-76). Doordat bij het gesprek mocht worden afgeweken van de interviewgide, zaten er wat verschillen tussen de vragen van de respondenten. Dit kan een negatief effect hebben gehad op de betrouwbaarheid (Bleijenbergh, 2016, p. 76). Echter woog de toegevoegde waarde zwaarder omdat daarmee de onderzoeksvraag het best beantwoord kon worden. Door de rijkheid van informatie kon de inhoudelijke onderbouwingen tussen verschillende actoren worden vergeleken en geanalyseerd.

Tijdens de interviews stelde de onderzoeker reflectieve memo's op (Bleijenbergh, 2016, p. 109; Myers, 2013, p. 144). Als onderzoeker ben je zelf het meetinstrument waardoor je een verstorende factor kon zijn bij het uitvoeren van het onderzoek. Wanneer een onderzoeker de respondenten nog niet kent zal de onderzoeker een grotere storingsfactor zijn. Om deze reden heeft de onderzoeker in het beginstadium van het onderzoek kennism gemaakt met bijna alle respondenten. Ook begon het interview met een introductie en werd er geëindigd met de vraag of de respondent kan aangeven of hij iets gemist heeft tijdens het interview. Dit was bedoeld om het interview zo laagdrempelig mogelijk te laten zijn om hiermee de mogelijke verstorende factor te beperken. Daarnaast stond de opnameapparatuur buiten het gezichtsveld van de respondent omdat dit afschrikkend kon werken bij respondenten. De onderzoeker was zich ervan bewust dat de vragen sturend konden overkomen, waardoor er in de doorvraag met name om een toelichting of uitleg werd gevraagd. Tot slot zal de onderzoeker zich 'business casual' kleden om de toegankelijkheid te vergoten.

4.2.2 Methoden voor de context

Voor dit onderzoek had de onderzoeker documenten geraadpleegd. Echter zijn dit interne beleidsdocumenten en protocollen waardoor het voor andere onderzoekers niet mogelijk zou zijn om deze documenten in te zien. Zo zijn de rasters alleen beschikbaar voor de betreffende afdelingen. Om deze reden heeft de onderzoeker ervoor gekozen om ze zelf wel te bestuderen om de context beter te begrijpen en betere doorvragen te kunnen stellen voor de respondenten. De interne documenten zijn niet gebruikt bij het beantwoorden van de hoofdvraag van het onderzoek, maar waren enkel een ondersteuning zijn voor de onderzoeker.

4.3 Onderzoekseenheden

De groepen die zijn geïnterviewd zijn de Verpleegkundigen, Zorgmanagers, Operationeel Managers, Planners, Plastisch Chirurgen, Algemene Chirurgen en Oogartsen. De groepen vormden gezamenlijk de onderzoekseenheid vormen van dit onderzoek. Deze actoren hadden verschillende inzichten en perspectieven wat een grootte aanvulling was voor het onderzoek (Baarda et al., 2013, p. 94). Er kan dan ook worden gesteld dat de verschillende actoren complementair waren aan elkaar. Derhalve zijn er verschillende perspectieven nodig om de aard van het probleem te begrijpen. Deze perspectieven zijn geanalyseerd en vergeleken (Bleijenbergh, 2016, p. 109-110). Daarnaast konden de factoren door actoren verschillend

worden ervaren vanuit hun functie. Zonder verschillende inzichten zal het draagvlak kleiner zijn wanneer er aanbevelingen komen voor veranderingen. De arts niet in opleiding (ANIOS) en arts in opleiding (AIOS) werden niet meegenomen in dit onderzoek. Dit was een bewuste keuze aangezien zij in mindere mate kennis hebben van het ziekenhuis en haar processen dan artsen. Daarnaast werken zij onder de supervisie van een arts die wel werd geïnterviewd voor het onderzoek.

De respondenten werden aan de hand van een (doel)gerichte steekproef per actor bepaald. Dit hield in dat de respondenten strategisch gekozen werden. De respondent(en) dienden een afspiegeling te zijn van de actor die werd vertegenwoordigd (Baarda, 2015, p. 107; Baarda et al., 2013, p. 31-32). Daarnaast was het belangrijk dat er respondenten gekozen werden die wegens hun kennis en functie goede inzichten hadden in de stand van zaken van de factoren. Oftewel de respondent die de grootste toevoeging had aan dit onderzoek werd geacht deel te nemen (Baarda et al., 2013, p. 94). Voor dit onderzoek zijn de respondenten werkzaam binnen of voor het Máxima MC. Het aantal respondenten per actor en de keuze voor de actor worden in de volgende alinea's per functie toegelicht.

Alle vier de verpleegkundigen van de Zelfstandig Behandelkamer werden als respondent aangemerkt. De verpleegkundigen werken met bijna alle actoren intensief samen. Doordat de verpleegkundigen werken op vaste dagen, werken de verpleegkundige niet allemaal met alle artsen van de specialismen waardoor het waardevol is om hen allemaal te betrekken bij het onderzoek. De adviezen van het onderzoek kunnen veranderingen binnen hun werk sterk beïnvloeden waardoor het belangrijk is de verpleegkundigen nu al te betrekken.

De Plastische Chirurgen werken in een tweeweekse cyclus van twintig dagdelen er veertien op de Zelfstandig Behandelkamers. Dit houdt in dat zij zeventig procent van de programma's op de Zelfstandig Behandelkamers draaien. De actor Plastisch Chirurgen bestaat uit vijf Plastisch Chirurgen. De Plastisch Chirurgen hebben verschillende werkzaamheden op de Zelfstandig Behandelkamers, verschillende werkwijzen en voorkeuren. Van de vijf Plastisch Chirurgen worden er drie betrokken in het onderzoek. De drie Plastisch Chirurgen zijn representatief voor de groep van vijf Plastisch Chirurgen. Daarnaast werken de Plastisch Chirurgen veel op de Zelfstandig Behandelkamers waardoor het logischerwijs te verklaren is dat hun inbreng in het onderzoek relatief gezien groter is dan van de andere actoren.

De Algemene Chirurgen werken per twee weken vier dagdelen op de Zelfstandig Behandelkamer, oftewel twintig procent van de totale werkzaamheden. De actor Algemene Chirurgie bestaat uit negentien chirurgen. De drie chirurgen die zijn uitgekozen zijn representatief voor de rest van de groep. Hierbij is rekening gehouden met zowel het aantal dagdelen dat de chirurgen werken op de Zelfstandig Behandelkamers als met de overeenkomsten die de actor als groep heeft.

De oogartsen werken per twee weken twee dagdelen op de Zelfstandig Behandelkamers, dit komt neer op tien procent van de werkzaamheden van de Zelfstandig Behandelkamers. In het Máxima MC zijn er acht oogartsen. Echter zijn de belangen en perspectieven van deze groep erg gelijkgesteld. Om deze reden is er één oogarts uitgekozen om als respondent te fungeren voor de rest van de actor groep.

Binnen Zorggroep Snijdend zijn er vier operationeel managers. Zij zijn vanwege de aard van de werkzaamheden en ervaring representatief voor elkaar.

Binnen het Máxima MC zijn zeven zorggroepen, daarnaast zijn er drie ondersteunende zorggroepen. Al deze zorggroepen hebben één manager. Voor de goede afspiegeling is ervoor gekozen om van de zeven kernzorggroepen twee managers te kiezen en van de drie ondersteunende zorggroepen één manager. De managers hebben een goede afspiegeling van man-vrouw verhouding, ervaring en het type zorggroep. De managers hebben echter minder kennis over de inhoudelijke processen in vergelijking tot de andere respondenten.

Tot slot de planners, alle drie de specialismen die gebruik maken van de Zelfstandig Behandelkamer hebben hun eigen planners. Dit is te verklaren door het feit dat de planner moet begrijpen welke behandeling er wordt uitgevoerd en hoelang een arts hiermee bezig is. Daarnaast hebben zij inrichten in de samenhang van de planning met de OK, polikliniekprogramma's en het integraal plannen. Om deze reden is ervoor gekozen om vanuit elk specialisme de planner te laten deelnemen aan het onderzoek. Zij zijn complementair aan elkaar. De onderzoeker is zich ervan bewust dat deze actor groep, weinig kennis heeft van en over de factor borgen van kwaliteit. De persoon die van het specialisme Oogheelkunde deelneemt is eigenlijk een operationeel manager. Echter verricht deze persoon de planningen voor de Zelfstandig Behandelkamer waardoor deze respondent in deze groep is meegenomen.

Samengevat zijn er vier groepen respondenten die zijn geïnterviewd, dit gezien de waarborging van de anonimiteit. De interviews zouden tezamen een volledig beeld op de onderzoeksvraag moeten geven. De vier geïnterviewde groepen zijn: de verpleegkundigen, de managers, de artsen en de planners, te zien in tabel 3. Om de anonimiteit van de respondenten te bewaken hebben de respondenten een geanonimiseerd respondentnummer gekregen. Middels deze respondentnummers wordt in de analyse gerapporteerd.

Benaming naderende hoofdstukken	Functie	Aantal interviews	Totaal in de organisatie
Verpleegkundigen	Verpleegkundigen Zelfstandig Behandelkamers	4	4
Managers	Zorgmanagers	2	7
	Ondersteunende manager	1	3
	Operationeel manager zorggroep Snijdend	1	4
Planners	Planners	3	10
Artsen	Plastisch chirurgen	3	5
	Algemene chirurgen	3	18
	Oogartsen	1	8
	Totaal	18	53

Tabel 3: *Onderzoekseenheden*

4.4 Operationalisatie

Operationalisering van de factoren is noodzakelijk om een abstract begrip meetbaar te maken (Neuman, 2014, p. 205 & 209). Dit gebeurde aan de hand van de literatuur van het theoretisch

kader. Het theoretisch kader bood handvatten om verschillende dimensies en indicatoren te onderscheiden. De dimensies en indicatoren zijn direct ontleend aan de theorie van de factor (Bleijenbergh, 2016, p. 53-54). De dimensies en indicatoren zijn weergegeven in tabel 4 & 5.

Centrale begrip	Definitie	Dimensie	Indicator	Waarden
Efficiëntie van de organisatiestructuur	De verhouding van zo veel mogelijk patiënten behandelen tegen zo min mogelijk input zoals geld en personeel wat leidt tot een kwalitatief bevorderde organisatiestructuur.	Technische efficiëntie	De mate waarin het maximum aantal patiënten dat behandeld kan worden per dagdeel behaald wordt	Geen bereik productiegrens- Matig bereik productiegrens- Neutraal- Redelijk goed bereik productiegrens- Goed bereik productiegrens
			De noodzakelijke inzet personeel voor de behandeling van de patiënt	Geen noodzakelijke hoeveelheid- Noodzakelijke hoeveelheid is matig- Neutraal- Noodzakelijke hoeveelheid is redelijk goed- Noodzakelijke hoeveelheid is goed
		Allocatieve efficiëntie	Ervoor zorgen dat zo veel mogelijk patiënten de zorg ontvangen die zij nodig hebben, zonder dat dit ten koste gaat van andere patiëntenzorg	Geen goed evenwicht van patiëntenzorg- Matig evenwicht van patiëntenzorg- Neutraal- Redelijk goed evenwicht van patiëntenzorg- Goed evenwicht van patiëntenzorg

Tabel 4: *Operationalisatie efficiëntie van de organisatiestructuur*

Factor	Definitie	Dimensie	Indicator	Waarden
Prestatiegerichte werkcultuur	In hoeverre een groep homogeen gericht is	Uniform gedrag van de medewerkers	Overeenkomsten in werkwijze van medewerkers bij het uitvoeren van eenzelfde behandeling	Geen uniformiteit- Matige uniformiteit- Neutraal-

	op het resultaat dat de groep wil bereiken.			Redelijk goed sprake van uniformiteit- Goede uniformiteit
		Werkethos van de medewerkers	Medewerker wordt door zichzelf gemotiveerd om de werkzaamheden uit te voeren Medewerker wordt door de omgeving gemotiveerd om de werkzaamheden uit te voeren	Volledig vanuit medewerker zelf gemotiveerd- Grotendeels vanuit de medewerker zelf gemotiveerd- Neutraal- Grotendeels door externe factoren gemotiveerd- Volledig door externe factoren gemotiveerd
Geschikte communicatie	De interactie tussen mensen waarbij de wijze waarop de boodschap wordt gebracht aansluit bij de inhoud van de boodschap	Interne ruis voorkomen	De wijze van communiceren is eenduidig, de medewerker weet wat er van hem wordt verwacht	Geen heldere communicatie- Communicatie is matig helder- Neutraal- Communicatie is redelijk helder- Communicatie is helder
		Richting van communicatie	Instructies over werkzaamheden overdragen van een hiërarchisch hogere positie naar een hiërarchisch lagere positie Kennis over werkzaamheden overdragen van een hiërarchisch lagere positie naar een hiërarchisch hogere positie	Volledig neerwaarts- Grotendeels neerwaarts- Neutraal- Grotendeels opwaarts- Helemaal opwaarts
Strategisch plannen	Het plan van het doel dat men in de toekomst wil bereiken	Toekomstgericht	Het werk gerelateerde doel voor de komende jaren van de Zelfstandig Behandelkamers	Niet toekomstgericht- In kleine mate toekomstgericht- Neutraal- Grotendeels toekomstgericht- Helemaal toekomstgericht

			Het maken van voorspellingen over werkzaamheden of behandelingen in de toekomst	Geen gebruik van voorspelling- Matig gebruik van voorspelling- Neutraal- Redelijk goed gebruik van voorspelling- Goed gebruik van voorspelling
Flexibiliteit	De veerkracht die de organisatie bezit om te reageren op veranderingen van binnen en buiten de organisatie of afdeling	Flexibiliteits-oriëntatie	Anticiperen op veranderingen van buiten de Zelfstandig Behandelkamers De Zelfstandig Behandelkamers beïnvloedt andere afdelingen van het ziekenhuis	Afdeling wordt beïnvloed door buitenaf- Afdeling wordt grotendeels beïnvloed door buitenaf- Neutraal- Afdeling beïnvloed grotendeels omgeving- Afdeling beïnvloed omgeving
Inrichting werkprocessen	Het plannen en ontwerpen van werkprocessen op een rationele manier	Werkproces	Een proces tot in detail uitwerken zodat het exact aansluit bij het gebruik op de werkvloer Ongedetailleerde afstemming in samenwerking tussen processen	White box- Grotendeels white box- Neutraal- Hrotendeels black box- Black box
		Prioriteren van processen	Werkzaamheden die waarde toevoegen, voeren in vergelijking met minder relevante werkzaamheden de boventoon	Geen evenwicht- Matig evenwicht- Neutraal- Redelijk goed evenwicht- Goed evenwicht
Automatisering	Een proces met minder of geen menselijke handelingen omdat handelingen worden overgenomen of ondersteunt	Productactiviteit	Handmatige werkzaamheden tijdens een behandeling worden overgenomen door een systeem	Geen overname door systeem- Matige overname door systeem - Neutraal- Grotendeels overname door systeem- Volledige overname door systeem

		Overdracht processtappen	Het reduceren van administratieve werkzaamheden door de inzet van hulpmiddelen	Geen ondersteuning door systeem- Matige ondersteuning door systeem- Neutraal- Redelijke goede ondersteuning door systeem- Goede ondersteuning door systeem
Borgen van de kwaliteit	Het verankeren van de verbeterde standaarden van de dienstverlening	Procesontwikkeling	Het vooruitgaan van de behandelingen in de mate van kwaliteit, minder complicaties en een grotere patiënttevredenheid	Helemaal geen vooruitgang-Matige vooruitgang- Neutraal- Redelijk goede vooruitgang- Goede vooruitgang
		Continuïteit	Vindt er reflectie en bijsturing plaats over een verandering die heeft plaatsgevonden binnen de afdeling	Geen continuïteit- Matige continuïteit- Neutraal- Redelijke goede continuïteit- Goede continuïteit
		Samenwerking	De mate waarin verschillende actoren met verschillende perspectieven die invloed hebben op de kwaliteit samenwerken	Geen samenwerking- Matige samenwerking- Neutraal- Redelijk goede samenwerking- Goede samenwerking

Tabel 5: *Operationalisatie van de factoren*

4.5 Data-analyse

Nadat de data is verzameld is het van belang dat deze data geanalyseerd wordt. Het eerste onderdeel van de data-analyse was het transcriberen van de semigestructureerde interviews (Baarda et al., 2013, p. 215). Bij het transcriberen is ervoor gekozen om de semigestructureerde interviews te verbaten. Wel is ervoor gekozen om korte onderbrekingen, versprekingen en overlap niet uit te werken, dit om de leesbaarheid van de transcripten te vergroten (Baarda et al., 2013, p. 215). Tijdens de interviews zijn er veldnotities en reflectieve memo's gemaakt. Deze notities leveren een bijdrage aan de kwaliteit van de analyse (Bleijenbergh, 2016, p. 107; Myers, 2013, p. 144).

Het onderzoek dat is uitgevoerd is deductief van aard wat inhoudt dat er vanuit bestaande theorie is geanalyseerd. Het analyseren begon wanneer er begonnen werd met het coderen van de transcripten. Coderen droeg eraan bij om de omvang van de data te reduceren (Myers, 2013, p. 167 – 168). Hiermee werd het mogelijk om, aan de hand van de analyse, conclusies te trekken over de efficiëntie van de organisatiestructuur en de factoren die hier een effect op hebben. De drie fasen zijn niet alleen achtereenvolgens opgevolgd. Het was een iteratief proces waarbij de onderzoeker soms terug moest naar een eerdere fase om zo optimaal mogelijk de tekst te kunnen analyseren. Het was mogelijk dat er tussentijds codes werden gesplitst, samengevoegd of werden toegevoegd. Met name de eerste twee fasen zijn meerdere malen doorlopen om een zo optimaal mogelijke analyse van de data te krijgen. Het coderen heeft handmatig plaatsgevonden door het geven van kleuren en kenmerken aan teksten.

Open coderen was de eerste fase van het coderen. Dit houdt in dat er aan fragmenten uit de transcripten codes werden toegekend. Deze codes hebben raadvlak met de onderzoeksvraag. Eén fragment kon meerdere codes bevatten. De code vatte het fragment in één of enkele woorden samen. Dit woord kwam niet altijd uit de literatuur of tekst, in sommige gevallen kende de onderzoeker een woord toe die het fragment het beste omvatte. Tijdens het axiaal coderen werden codes gegroepeerd. Hiermee werd het aantal codes sterk gereduceerd. Fragmenten werden vergeleken op verschillen en overeenkomsten, hierdoor zijn er hoofdcategorieën ontstaan. Tot slot het selectief coderen. Tijdens deze fase werd geanalyseerd en werden relaties gelegd tussen tekstfragmenten. Hierbij werd ook gekeken hoe frequent codes terugkwamen in de tekst. Een illustratie van het open en axiaal coderen is weergegeven in tabel 6.

Fragment	Code	Hoofdcategorieën	Indicator
	Open coderen	Axiaal coderen	
I: In hoeverre wordt het maximum aantal patiënten nageleefd?	Meer patiënten	Sub maximaal	Het opzoeken van het maximum aantal patiënten dat behandeld kan worden per dagdeel
Nooit, <u>want er kan veel meer daar.</u>	Ontspannen werken	aantal patiënten	
<u>Het kan veel efficiënter, veel meer patiënten opereren dan dat we nu daar doen.</u>	Tijdsduur voor ingreep	Indeling tijd	
<u>Het is wel relaxed werken nu daar maar het mag van mij wat stressvoller en drukker, dat kan echt makkelijk.</u>	Werktijd		
	Capaciteit		
I: Op hoeveel patiënten zou je dan op één dagdeel uitkomen?	Voorkeur verpleegkundige		
Haha... <u>nou ik denk dat je dan 5 patiënten in het uur kan doen.</u>			
En dan afhankelijk van het aantal uren dat je inplant. <u>Als het aan mij ligt het liefst van half 9 tot half 1. Dat is 4 uur, nu willen de dames altijd even graag pauze. Laat daar een half uur pauze vanaf gaan.</u>			
Dan heb je 3,5 uur. <u>Dan kom je er dus op uit dat 16 patiënten makkelijk moet kunnen.</u>			

Tabel 6: *Illustratie open en axiaal coderen*

Om uitspraken te doen is het noodzakelijk om waarden toe te voegen aan de indicatoren, één tot en met vijf. De waarden maken het onderzoek meetbaar, wat nodig was om goede uitspraken te doen over het sociale verschijnsel. Zonder waarden is het lastig om algemene uitspraken te doen over de respondenten. De waarden die zijn gebruikt zijn vooraf opgesteld en vloeien voort uit de literatuur. Aan de hand van de transcripten werden antwoorden ingeschaald op basis van de waarde die zijn opgesteld. Een illustratie is te zien in tabel 7. Deze waarde kon vervolgens aangeven in welke mate een indicator aanwezig was. Vervolgens werden de waarden van verschillende respondenten, zowel binnen als buiten de respondentengroep, vergeleken met elkaar. Waar zitten de contrasterende visies en/of argumentaties en welke argumentaties zijn juist erg uniform.

Fragment	Waarde
I: In hoeverre wordt het maximum aantal patiënten nageleefd?	Helemaal niet op zoek naar productiegrens
Nooit, want er kan veel meer daar. Het kan veel efficiënter, veel meer patiënten opereren dan dat we nu daar doen. Het is wel relaxed werken nu daar maar het mag van mij wat stressvoller en drukker, dat kan echt makkelijk.	
I: Op hoeveel patiënten zou je dan op één dagdeel uitkomen?	
Haha... nou ik denk dat je dan 5 patiënten in het uur kan doen. En dan afhankelijk van het aantal uren dat je inplant. Als het aan mij ligt het liefst van half 9 tot half 1. Dat is 4 uur, nu willen de dames altijd even graag pauze. Laat daar een half uur pauze vanaf gaan. Dan heb je 3,5 uur. Dan kom je er dus op uit dat 16 patiënten makkelijk moet kunnen.	

Tabel 7: *Illustratie waarde toekennen*

4.6 Methodologische kwaliteit

Methodologische kwaliteit is belangrijk voor een onderzoek. De meeste gebruikte criteria voor praktijkonderzoek zijn betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid. Hoe hoger de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid is, des te beter de methodologische kwaliteit van het onderzoek (Bleijenbergh, 2016, p. 119). In onderstaande paragrafen wordt toegelicht op welke manier zo goed mogelijk aan de methodologische kwaliteit wordt voldaan.

4.6.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid betekent ook wel de zekerheid die het onderzoek bevat (Neuman, 2014, p. 218). De betrouwbaarheid neemt toe wanneer er minder beïnvloeding is van toevallige afwijkingen (Baarda et al., 2015, p. 149). Dit houdt in dat het onderzoek niet gebaseerd is op toevallige metingen. Wanneer de data nogmaals geanalyseerd zou worden, zullen de onderzoeksresultaten gelijk blijven. Doordat bij een kwalitatief onderzoek de waarnemingseenheden klein zijn is een vertekening door toevalligheden moeilijk uit te sluiten (Bleijenbergh, 2016, p. 120). Hierdoor kan één meetfout een groot effect hebben op de uitkomst van de resultaten van het onderzoek (Bleijenbergh, 2016, p. 120). De onderzoeker heeft acties ondernomen om een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen.

De eerste manier waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt vergroot is door het gebruik van verschillende bronnen in het theoretisch kader (Bleijenbergh, 2016, p. 109-110). Deze bronnen vullen elkaar aan of onderbouwen hetzelfde vanuit een andere auteur. Dit zorgt ervoor dat de kans op toevalligheden in het onderzoek gereduceerd wordt. De onderzoeker is bij een kwalitatief onderzoek zelf het meetinstrument, dit maakt het lastig om aan te tonen of het onderzoek betrouwbaar is (Baarda et al., 2013, p. 73). De indicatoren zijn direct ontleent aan de theorie. Echter zijn deze indicatoren nog niet eerder op deze wijze getoetst

in de praktijk, de operationalisatie is door de onderzoeker zelf opgesteld. Dit brengt een bias met zich mee. Echter was hierdoor wel de ruimte voor contrasterende visies binnen de wetenschap op efficiëntie. Daarmee heb ik het risico ook zo veel mogelijk ondervangen. De toevallige afwijkingen zijn zo veel mogelijk gereduceerd. Zo maakt de onderzoeker gebruik van reflectieve memo's. Tevens is de onderzoeker zich bewust dat je als onderzoeker een verstorende factor kunt zijn. Het is daarom van belang om hierop te reflecteren. Daarnaast kan een reflectieve memo eraan bijdragen om toevallige afwijkingen op te sporen (Bleijenbergh, 2016, p. 107; Myers, 2013, p. 144). Daarnaast is bij de selectie van respondenten een uitgebreide toelichting gegeven waarom welke respondent wordt gekozen, wat een invloed heeft op de betrouwbaarheid. De stappen van de dataverzameling zijn navolgbaar voor andere onderzoekers, zo is de interviewgide bijgevoegd in bijlage 1. Hierdoor kan het onderzoek opnieuw worden uitgevoerd (Myers, 2013, p. 133). Tijdens de interviews heeft de onderzoeker verkeerde interpretaties proberen te voorkomen. Na de beantwoording van een vraag waarin een respondent niet eenduidig was vroeg de onderzoeker door om zeker te zijn van het antwoord wat de respondent heeft gegeven. De halfgestructureerde interviews zijn opgenomen en vervolgens verbaat, dit draagt er aan bij dat de uitkomsten van het onderzoek in grote mate gecontroleerd kunnen worden. Dit is goed voor de betrouwbaarheid van het onderzoek (Bleijenbergh, 2016, p. 120). De analyse van het onderzoek kan hiermee herhaald worden.

4.6.2 Validiteit

Validiteit wordt ook wel omschreven als een onderzoek dat correct is uitgevoerd. Validiteit is lastiger te bereiken dan betrouwbaarheid (Neuman, 2014, p. 218). Validiteit is belangrijk voor een onderzoek en is onder te verdelen in interne- en externe validiteit zeker bij een kwalitatief onderzoek is interne validiteit een belangrijke graadmeter. Vandaar dat de keuzes die effect hebben op de validiteit erg belangrijk zijn. Interne validiteit houdt in 'meet je wat je wil meten'. Hierdoor is het belangrijk om te reflecteren of er vertekeningen te vinden zijn bij de waarneming of analyse (Baarda et al., 2013, p. 243; Bleijenbergh, 2016, p. 120). De tweede vorm van validiteit is externe validiteit. Dit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek naar een grotere populatie (Bleijenbergh, 2016, p. 120). Het doel ligt niet bij het generaliseren van de uitkomsten van het onderzoek (Baarda et al., 2015, p. 73). Echter zijn hier wel mogelijkheden voor. Het sociale verschijnsel, efficiëntie van de organisatiestructuur kan voorkomen op andere afdelingen binnen het Máxima MC maar ook binnen andere ziekenhuizen of organisaties. Het patroon kan zich voordoen in verschillende omgevingen. Maar voor dit onderzoek is generaliseren geen doel. Tijdens het onderzoek zijn er stappen ondernomen om de validiteit te waarborgen.

Het is belangrijk dat het onderzoek daadwerkelijk meet wat gemeten moet worden, anders is het niet mogelijk om een goed antwoord te geven op de hoofdvraag van het onderzoek. Daarom is het belangrijk om voldoende verschillende actor groepen te benaderen voor het empirische gedeelte van het onderzoek, deze actor groepen hebben verschillende inzichten (Bleijenbergh, 2016, p. 110). Om duidelijke vragen te stellen in het interview is er gebruik gemaakt van een operationalisatie van de begrippen. Deze operationalisatie heeft de onderzoeker zelf opgebouwd, dit brengt risico's met zich mee omtrent de interne validiteit. Dit kan een vertekend beeld geven of de onderzoeker daadwerkelijk gemeten heeft wat ze wilde

meten aan de hand van dit onderzoek. De onderzoeker heeft zelf literatuur bijeengebracht waaruit de operationalisatie heeft plaatsgevonden. Dit houdt in dat de onderzoeker invloed gehad heeft op de typen bronnen en hiermee ook indirect op de operationalisatie en interviewvragen. De onderzoeker had niet te maken met een operationalisatie die al eerder getoetst zijn in de praktijk. Voor de respondenten is een interviewgide opgesteld die is bijgevoegd in bijlage 1, dit komt de betrouwbaarheid en validiteit ten goede. De vragen liggen bij een halfgestructureerd interview redelijk vast, echter kan de volgorde veranderen gedurende het gesprek. Wel heeft de onderzoeker ervoor gezorgd dat er ruimte was om de respondent zich op zijn gemak te stellen, om deze reden werd er gebruik gemaakt van een introductie van het interview. De respondenten krijgen per deelcategorie dezelfde vragen. Wel is de mogelijkheid tot antwoord geven open, er zijn geen vastgestelde antwoorden waar de respondent een keuze uit moet maken. Door het gebruik van halfgestructureerde interviews bestaat er voor de onderzoeker een mogelijkheid om door te vragen. Antwoorden van de respondent kunnen op deze manier uitgediept of verhelderd worden. Dit draagt bij aan het ‘meten wat je wil meten’ (Bleijenbergh, 2016, p. 74). Er zijn actoren die niet alle vragen kunnen beantwoorden. Zo zullen de planners weinig van doen hebben met de inrichting van het werkproces, zij staan daarvoor ‘te ver af’ van de behandelingen die worden uitgevoerd. Dit is een bias voor het onderzoek omdat het de validiteit van het onderzoek vermindert. Daarnaast is er duidelijk gemaakt dat de opnames na het inleveren van de scriptie worden verwijderd, wat het geven van vrije antwoorden positief beïnvloed. Ook heeft de interviewer toegelicht dat de onderzoeker zelf de respondenten heeft gekozen en dat de organisatie hier geen invloed op heeft gehad. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om de interne documenten alleen maar als context te gebruiken. Het is voor andere onderzoekers niet te achterhalen wat er in deze documenten staat. Hierdoor zou de interne validiteit achteruit gaan.

4.6.3 Bruikbaarheid

Bruikbaarheid is belangrijk wanneer een onderzoek is uitgevoerd voor een organisatie. De resultaten van het onderzoek moeten te begrijpen en te implementeren zijn voor de het Máxima MC. Daarnaast is het noodzakelijk dat de relevante aspecten van het sociale verschijnsel meegenomen zijn in de beantwoording van de vraag (Bleijenbergh, 2016, p. 120). Het is belangrijk dat het Máxima MC indien noodzakelijk wat aan de factoren kan veranderen om de efficiëntie van de organisatiestructuur te verbeteren. De bruikbaarheid van dit onderzoek is hoog omdat de voorgestelde aanbevelingen redelijk eenvoudig in te voeren zijn. Het zijn geen rigoureuze aanpassingen die doorgevoerd moeten worden. Daarnaast zijn de aanbevelingen op korte termijn in te voeren, wat ten goede komt aan de bruikbaarheid van het onderzoek.

4.7 Samenvatting

De onderzoekstrategie is bepalend voor de wijze waarop er onderzoek wordt verricht. Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Dit zorgt ervoor dat de informatie zowel rijk als diepgaand is, ook krijgt de context van het onderzoek hierdoor een belangrijke rol.

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van halfgestructureerde interviews. Hierbij krijgen respondenten open vragen, waarbij er vrijheid is om in eigen woorden antwoord te

geven en te onderbouwen. Daarnaast is er gebruik gemaakt van documentenanalyse voor het scheppen van een context voor de onderzoeker. Ook zijn er memo's gemaakt tijdens dit onderzoek omdat de onderzoekers zelf het meetinstrument is en het hierdoor belangrijk is dat de ervaringen en gevoelens beschreven worden van de onderzoeker.

De onderzoekseenheden zijn onder te verdelen in vijf actor groepen, die gezamenlijk een volledig beeld hebben van de Zelfstandig Behandelkamers. De actoren zijn gekozen omdat zij de meeste kennis hebben over het verschijnsel en dat zij (gezamenlijk) de actorgroep vertegenwoordigen waardoor het beeld representatief is.

De operationalisatie heeft plaatsgevonden aan de hand van academische literatuur waarmee de factoren meetbaar is gemaakt. Aan elke indicator zijn mogelijke waarden toegekend. Uitspraken van de respondenten zijn gewaardeerd door de onderzoeker om de antwoorden vergelijkbaar te maken en een algemeen oordeel te geven.

Methodologische kwaliteit is een belangrijk onderdeel voor de verantwoording van het onderzoek. Naast de betrouwbaarheid en validiteit is tevens de bruikbaarheid van een kwalitatief onderzoek erg belangrijk. De onderzoeker heeft getracht de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid zo veel mogelijk te optimaliseren.

Hoofdstuk 5: Resultaten & analyse

Het vijfde hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. In de eerste paragraaf wordt beschreven in welke mate efficiëntie van de organisatiestructuur van de Zelfstandig Behandelkamers aanwezig is. Vervolgens wordt aangegeven in welke mate de onderzochte factoren aanwezig zijn. Tot slot zal het hoofdstuk worden samengevat.

5.1 Efficiëntie van de organisatiestructuur

De mate van efficiëntie van de organisatiestructuur is achterhaald aan de hand van interviews. Indien er geen sprake is van een volledige efficiëntie van de organisatiestructuur wordt er gekeken naar verklarende factoren vanuit de theorie. Efficiëntie van de organisatiestructuur kent drie indicatoren: de mate waarin het maximum aantal patiënten behaald wordt per dagdeel, de noodzakelijke hoeveelheid personeel voor de behandeling van een patiënt en het evenwicht van de patiëntenzorg. In tabel 8 is de gemiddeld toegekende waarde van efficiëntie van de organisatiestructuur weergegeven.

5.1.1 Bereiken productiegrens

Onder productiegrens wordt verstaan of het maximum aantal patiënten dat behandeld kan worden per dagdeel behaald wordt. Op de Zelfstandig Behandelkamers wordt dit niet gehaald. Het maximum aantal patiënten per dagdeel is niet objectief vast te stellen aangezien het maximum voortvloeit uit de interviews. De respondenten hebben verschillende percepties over wat het maximum aantal is, dat verklaart de suboptimaliteit.

De productiegrens is vastgesteld middels het productieplafond van de specialismen en de tijdsduur van een behandeling, ofwel het raster. Er is sprake van subjectiviteit aangezien de indeling van de rasters invloed kan hebben op de productiegrens. Hierdoor kan de productiegrens verschillen tussen specialisten, specialismen en type behandelingen. Er is geen sprake van één productiegrens voor de gehele Zelfstandig Behandelkamers. De productiegrens wordt momenteel niet of nauwelijks bereikt op de Zelfstandig Behandelkamers. Het komt geregeld voor dat er te veel tijd gepland staat tussen twee achtereenvolgende behandelingen. Hierdoor staat de arts te wachten voordat de volgende behandeling kan plaatsvinden. Om de productiegrens te behalen zouden de drie kamers continu efficiënt in gebruik moeten zijn. Dit is niet mogelijk. De specialist is de limiterende factor. Wanneer de arts zo efficiënt mogelijk kan werken zorgt dit voor een betere productievulling.

Werken met een tweekamersysteem of roulatiesysteem kan hieraan bijdragen. Hierbij zijn voor één arts twee verpleegkundigen nodig ter ondersteuning. Dit houdt in dat de arts de behandeling uitvoert op de eerste kamer met een verpleegkundige. Terwijl deze behandeling plaatsvindt zet op de tweede kamer de verpleegkundige alles klaar voor de volgende behandeling en haalt vervolgens de patiënt. Wanneer op de eerste kamer de behandeling klaar is gaat de verpleegkundige de patiënten verbinden en kan de arts door naar de tweede kamer. Er wordt vervolgens steeds een kamer opgeschoven, waardoor er een roulatie ontstaat tussen de drie Zelfstandig Behandelkamers. Een roulatiesysteem is toepasbaar wanneer twee specialisten tegelijk gebruik willen maken van de Zelfstandig Behandelkamers. Deze cyclus zal

men moeten blijven herhalen om de productiegrens te bereiken. Uit de interviews blijkt dat dit momenteel niet (geheel) het geval is bij de Zelfstandig Behandelkamers. Momenteel wordt er niet standaard gebruik gemaakt van het tweekamersysteem of roulatiesysteem, hetgeen gezien de productiegrens wel de voorkeur heeft. Ook komt het geregeld voor dat de artsen zelf de patiënt moeten opdekken en verbinden, wat het bereiken van de productiegrens reduceert.

De subjectiviteit van de productiegrens is terug te zien in de visie van de verschillende respondenten. De artsen zijn van mening dat de productiegrens structureel niet of nauwelijks wordt behaald op de Zelfstandig Behandelkamers. Oftewel de combinatie van het productieplafond en de tijdsduur van de behandeling. ‘Nooit, want er kan veel meer daar. Het kan veel efficiënter, veel meer patiënten opereren dan dat we nu daar doen’ (respondent 16). De ingrepen die worden uitgevoerd op de Zelfstandig Behandelkamers zijn basaal van aard waardoor er veel routinematige ingrepen plaatsvinden. Deze ingrepen zouden snel achter elkaar kunnen plaatsvinden, indien er gewerkt wordt volgens het tweekamersysteem. Dit is de reden waarom de productiegrens gemakkelijk behaald zou kunnen worden volgens deze groep respondenten. De productiegrens wordt niet bereikt wanneer de huidige manier van werken wordt gehanteerd. De huidige manier van werken houdt in dat de verpleegkundige niet in alle gevallen vooraf opdekt en de patiënt haalt. Daarnaast wordt er momenteel niet gewerkt volgens het roulatiesysteem.

De managers delen de visie van de artsen dat momenteel de productiegrens niet wordt bereikt. Zij zijn van mening dat dit deels te verklaren is door het feit dat niemand verantwoordelijk wordt gehouden wanneer sessies niet goed gevuld zijn of snel worden teruggegeven. Wanneer dit wel wordt gedaan zullen de sessies voller zitten. Ook zal de productiegrens in grotere mate worden bereikt wanneer er wordt gewerkt met het tweekamersysteem waarbij de verpleegkundigen in een grotere mate ondersteuning bieden aan de artsen. Hierbij moet gedacht worden aan het opdekken en het verbinden van de patiënt.

De verpleegkundigen hebben een contrasterende visie. Zij zijn van mening dat er in redelijke mate aan de productiegrens van het maximum aantal patiënten wordt voldaan op de Zelfstandig Behandelkamers. De verpleegkundigen wijten het niet behalen van de productiegrens aan de invloeden van vraag en aanbod van de behandelingen die ze verrichten op de Zelfstandig Behandelkamers. Invloeden van vraag en aanbod zouden weinig effect op de productiegrens mogen hebben. Bij dit type behandelingen is alleen sprake van planbare zorg waardoor men het gros van de patiënten die behandeld moeten worden op de Zelfstandig Behandelkamers verdeelt kan worden over het productiejaar. Per productiejaar worden er tevens afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over het aantal toegestane patiënten per behandeling, hierdoor weten de specialismen van tevoren hoeveel behandelingen er uitgevoerd mogen worden op de Zelfstandig Behandelkamers.

5.1.2 Noodzakelijke inzet personeel

De noodzakelijke inzet personeel voor de behandeling van één patiënt is grotendeels in evenwicht. Wanneer er wordt gekeken naar de noodzakelijke inzet van het personeel gedurende de dag is dit matig het geval. In tabel 8 wordt de gemiddelde toegekende waarde efficiëntie van de organisatiestructuur weergegeven.

De noodzakelijke personele inzet is één verpleegkundige per behandelkamer volgens alle groepen respondenten. In de praktijk wordt hier ook aan voldaan. De verpleegkundige ondersteunt de arts bij het uitvoeren van de werkzaamheden. Wanneer er gewerkt wordt met het tweekamersysteem blijft één verpleegkundige per behandelkamer het uitgangspunt. Het type ingrepen dat wordt uitgevoerd is grotendeels basaal van aard waardoor er weinig assistentie nodig is vanuit de verpleegkundigen aan de artsen. Een van de artsen (respondent 14) geeft dit weer in een illustratie. ‘In principe assisteert de verpleegkundige niet of je moet het expliciet vragen dan doen ze wel een handschoentje aan [. . .] maar het assisteren is vaak ook niet echt nodig omdat je de behandeling vaak net zo makkelijk zelf uitvoert’. Tevens zijn de ingrepen klein wat het vaak niet makkelijker maakt wanneer meerdere mensen de behandeling uitvoeren. Daarnaast is het voor de patiënt prettig als de behandelkamer niet vol staat maar men zich alleen hoeft te richten op de arts en de verpleegkundige. De verpleegkundige ondersteunt bij het aangeven van materiaal zoals hechtdraad. De verpleegkundige die op de andere kamer werkzaam is zorgt ervoor dat de spullen voor de volgende patiënt netjes worden opgedekt en dat vervolgens de patiënt wordt gehaald. Dit is mogelijk wanneer er één verpleegkundige per Zelfstandig Behandelkamer aanwezig is.

Bij een aantal behandelingen is er sprake van een uitzondering waardoor er wel twee verpleegkundigen aanwezig moeten zijn op één Zelfstandig Behandelkamer. Dit zijn behandelingen waarbij meer ondersteuning nodig is of waarbij één van de verpleegkundigen net als de arts steriel moet staan. Voorbeelden hiervan zijn het inbrengen van een PICC lijn en een endoscopische carpaal tunnel. Deze twee behandelingen hebben gevolgen voor het noodzakelijke personeel voor de andere behandelingen die op hetzelfde dagdeel worden uitgevoerd. Doordat deze twee behandelingen een hogere personele inzet vragen, is er minder personeel beschikbaar voor de andere behandelingen die op hetzelfde dagdeel worden uitgevoerd. Het is om die reden vaak nodig dat een doktersassistent vanuit de polikliniek komt assisteren bij een van de andere Zelfstandig Behandelkamers.

De noodzakelijke personele inzet gedurende de dag houdt in dat er alleen een verpleegkundige aanwezig is wanneer er behandelingen uitgevoerd worden. Wanneer er geen behandelingen zijn dient er ook geen verpleegkundige aanwezig te zijn. Met uitzondering van voorbereidingen en andere taken die de verpleegkundige moeten verrichten. Dit is in de huidige situatie wel het geval. Uit de interviews blijkt dat er dagdelen zijn waarbij er een verpleegkundige aanwezig is terwijl er geen programma is. De verpleegkundige kan wanneer er geen behandelingen zijn haar werkzaamheden niet uitvoeren wat eraan bijdraagt dat dit (onnodig) geld kost voor het Máxima MC.

Dit tweede gedeelte van de indicator noodzakelijke hoeveelheid personeel wordt met name aangekaart door de managers. De onderzoeker gaat ervan uit dat de andere respondenten die dit punt niet hebben aangemerkt hier in mindere mate zicht op hebben door de functie die zij bekleden. De managers krijgen rapporten en kijken in grotere mate overstijgend dan de andere groepen respondenten.

5.1.3 Evenwicht patiëntenzorg

Evenwichtige patiëntenzorg betekent dat zo veel mogelijk patiënten de zorg ontvangen die zij nodig hebben, zonder dat dit ten koste gaat van de andere patiëntenzorg. Uit de interviews blijkt dat er grotendeels sprake is van een goed evenwicht.

Het evenwicht van de patiëntenzorg is afhankelijk van de vraag en aanbod blijkt uit de interviews. Echter heeft de vraag en aanbod weinig invloed op de behandelingen van de Zelfstandig Behandelkamers. Op de Zelfstandig Behandelkamers vindt grotendeels planbare zorg plaats. Een enkele keer is er sprake van een semi-spoed indicatie maar grotendeels is er sprake van planbare zorg wat het eenvoudiger maakt om een goed evenwicht van de patiëntenzorg te hebben. Voor deze patiënten is het medisch niet noodzakelijk om binnen een bepaalde termijn geopereerd te worden. Wel is dit het meest patiëntvriendelijk. Wanneer er sprake is van een semi-spoed indicatie (geen planbare zorg) is het van belang dat men bewust de afweging maakt welke patiënt waar wordt ingepland. Een van de managers illustreert dit in een voorbeeld (respondent 5). ‘We zijn ons ervan bewust dat in de gezondheidszorg het altijd ten koste gaat van een andere patiënt want een arts kan maar op één plek tegelijk zijn, vanuit deze visie proberen we zo optimaal de zorg in te regelen’. Omdat men zich bewust is van de gevolgen die niet goed evenwicht teweeg kan brengen is men binnen de Zelfstandig Behandelkamers zich bewust om dit evenwicht zo optimaal mogelijk in te regelen.

Wanneer er sprake is van een semi- spoedindicatie wordt er naar gestreefd om de patiënt binnen vier weken een operatiedatum te geven. Als blijkt dat dat onmogelijk is, wordt er gekeken of er geen andere plek is waar deze semi-spoed patiënt geplaatst kan worden. Dit kan zijn door een vrije plek in de agenda of het verlengen van een dagdeel. Als blijkt dat dat onmogelijk is, dan wordt er een selectie gemaakt van patiënten waarvan al zeker is dat het iets planbaars is. In dat geval kan het voorkomen dat men ervoor kiest om een planbare behandeling te verplaatsen naar een andere operatiedatum ten gunste van een semi-spoed patiënt. Dit gebeurt alleen als er geen andere optie is.

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Technische efficiëntie	De mate waarin het maximum aantal patiënten wordt behaald	Geen sprake van in het bereiken van de productiegrens	Niet geheel sprake van een efficiëntie van de organisatiestructuur
	De noodzakelijke hoeveelheid aan personeel voor de behandeling van een patiënt	Grotendeels noodzakelijke hoeveelheid bij aantal personen per kamer tijdens een behandeling Matige noodzakelijkheid hoeveelheid personeel gedurende de dag	
Allocatieve efficiëntie	Zorgen dat er zo veel mogelijk patiënten de zorg ontvangen die zij nodig hebben, zonder dat dit ten koste gaat van andere patiëntenzorg	Grotendeels goed evenwicht van de patiëntenzorg	

Tabel 8: *Gemiddeld toegekende waarde efficiëntie van de organisatiestructuur*

5.2 Factoren

Eerst zal er worden gekeken hoe het gesteld is met de betreffende factor alvorens er gekeken wordt of de factor een verklaring biedt in de praktijk voor de stand van zaken van de efficiëntie van de organisatiestructuur. De factoren zijn geconcretiseerd aan de hand van literatuur. Aan de hand van indicatoren, kunnen de factoren worden onderscheiden.

5.2.1 Prestatiegerichte werkcultuur

De mate van de prestatiegerichte werkcultuur is achterhaald aan de hand van interviews. Als eerst is er gekeken hoe het is gesteld met de prestatiegerichte werkcultuur. Vervolgens wordt er achterhaald of de staat van de prestatiegerichte werkcultuur in de praktijk een verklaring biedt voor de stand van zaken van de efficiëntie van de organisatiestructuur. Prestatiegerichte werkcultuur kent de indicatoren: overeenkomsten in werkwijze van medewerkers bij het uitvoeren van eenzelfde behandeling en de wijze waarop een medewerker wordt gestimuleerd voor het uitvoeren van zijn werkzaamheden. In tabel 9 zijn de gemiddelde waarden van de factor prestatiegerichte werkcultuur weergegeven.

Uniformiteit werkwijze

Onder uniformiteit in werkwijze wordt verstaan de overeenkomst in werkwijze van medewerkers bij het uitvoeren van eenzelfde behandeling. Uit de interviews blijkt dat de uniformiteit neutraal is. Oftewel sommige werkwijzen zijn overeenkomstig en andere werkwijze juist niet.

De verpleegkundigen bieden ondersteuning aan de artsen op eenzelfde manier, hier zit niet tot nauwelijks verschil in blijkt uit de interviews. De overeenkomsten van de manier van werken bij het uitvoeren van een behandeling is een belangrijk kenmerk van het gedrag dat medewerkers tonen. De verpleegkundigen zetten de sets voor de behandeling klaar zoals is beschreven in de protocollen. De verpleegkundigen kunnen en mogen allemaal bij alle behandelingen assisteren. De behandelingen waarbij de verpleegkundigen assisteren vragen vooral basale routinematige handelingen waardoor er een grote mate van uniformiteit optreedt. Daarnaast werken de verpleegkundigen in een kleine groep van vier waardoor het eenvoudiger is om uniform te werken dan wanneer er sprake is van een grotere groep verpleegkundigen. Wat de verpleegkundige uitvoeren doen ze op dezelfde manier. Wat de verpleegkundigen uitvoeren is afhankelijk van de arts, hierdoor doen zich verschillen voor. De arts bepaald of een handeling door de verpleegkundige wordt uitgevoerd of door de arts zelf.

De artsen voeren de behandelingen niet altijd uniform uit blijkt uit de interviews. De ene arts wil gebruik maken van een dikkere naald dan de andere arts, of de artsen willen een ander type hechtdraad gebruiken bij het sluiten van de wond. De verschillen die optreden hebben hoofdzakelijk te maken met gewoonten van de arts. De meeste artsen zijn werkzaam in verschillende ziekenhuizen of privé klinieken waardoor ze te maken krijgen met verschillende manieren van werken. Daarnaast zijn ze allemaal door verschillende artsen opgeleid waardoor er in de loop van de jaren kleine verschillen zijn ontstaan in het uitvoeren van een behandeling. Deze verschillen proberen de artsen te reduceren door hier aandacht aan te besteden tijdens onderwijsmomenten. Echter blijkt dat men vaak terug valt in zijn of haar oude gewoonte. Deze gewoonte verklaart deels waarom er sprake is van een inefficiëntie van de organisatiestructuur. De verschillen hebben, met name betrekking op de materialen van de behandeling. De behandeling zelf kan wel maar op eenzelfde manier worden uitgevoerd. Dit heeft te maken met de basale aard van de ingrepen. Een voorbeeld hiervan gegeven door een van de artsen (respondent 17). 'Het is geen 'rocket science', je hebt een mes je maakt een snee, je haalt er iets uit en hecht het vervolgens weer dicht. Dat gebeurt altijd op dezelfde manier'. Dit voorbeeld laat zien dat ondanks dat de materialen soms verschillen de behandeling wel grotendeels op eenzelfde manier wordt uitgevoerd. De verschillen in de praktijk leiden tot minder uniformiteit van werkwijze. Dit geeft een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

De verpleegkundigen werken volgens eenzelfde manier. Dit blijkt niet het geval te zijn bij de artsen, zij hebben in grotere mate te maken met gewoonten bij het uitvoeren van behandelingen. Doordat de artsen niet uniform werken, is er in mindere mate één tijds aanduiding voor eenzelfde behandeling. 'De ene arts doet veel langer over eenzelfde behandeling dan een andere arts, dit heeft ermee te maken dat de ene arts meer uit handen geeft dan de ander' (respondent 8). Dit heeft een invloed op de productiegrens van de Zelfstandig Behandelkamers waarmee dit een verklaring biedt voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Stimulans uitvoeren werkzaamheden

De wijze waarop de medewerker gestimuleerd wordt om de werkzaamheden uit te voeren is grotendeels vanuit de medewerker zelf blijkt uit de interviews. Echter zijn er wel verschillen tussen de verschillende actor groepen.

Uit de interviews blijkt dat de respondenten gemotiveerd en gestimuleerd worden door zichzelf. Het is de aard van het werk wat hen stimuleert om de werkzaamheden te verrichten. Vaak is het ook de reden waarom zij voor het vak hebben gekozen. Dit wordt door een van de artsen geïllustreerd (respondent 17). ‘Ik word niet door iets gestimuleerd, dit is de reden waarom je dokter wil worden. Ten tweede is het altijd een intrinsiek streven om het zo goed mogelijk te doen’. Dit is een duidelijk voorbeeld van een arts die gestimuleerd wordt door zichzelf. Enthousiast worden van het uitvoeren van je werk en het krijgen van vertrouwen zijn belangrijke elementen van iemand die intrinsiek gemotiveerd is. Dit heeft een positief verklarend effect op de efficiëntie van de organisatiestructuur.

De verpleegkundigen zijn een uitzondering, zij worden niet door zichzelf gemotiveerd voor het uitvoeren van de werkzaamheden, wel is dit wenselijk gezien de belangrijke rol die zij vervullen. De grote hoeveelheid intrinsieke motivatie van de andere groepen respondenten is in een kleinere mate aanwezig bij de verpleegkundigen. Zij laten zich meer leiden door de omgeving en worden hier dan ook wel door gestimuleerd. Dit is bijvoorbeeld terug te zien in het feit dat de verpleegkundigen niet altijd klaar staan om de patiënt klaar te maken maar wachten tot de arts hiertoe de opdracht geeft. De verpleegkundige houdt meer vast aan de opdrachten die zijn opgelegd in plaats van dat ze zelf hun behoefte en ambitie willen najagen. De prestatiegerichte werkcultuur geeft voor een deel de verklaring voor de huidige inefficiëntie van de organisatiestructuur.

De meeste respondenten worden in een grote mate gestimuleerd en gemotiveerd door zichzelf. Zij zullen meer gericht zijn op het behalen van resultaten, in deze casus het behandelen van meer patiënten. Daarnaast zijn intrinsiek gemotiveerde medewerkers in grotere mate gericht op het leveren van een zo goed mogelijke behandeling omdat zij daar zelf voldoening uithalen. ‘Het krijgen en geven van vertrouwen geeft mij energie en motivatie [. . .] wat ertoe leidt dat ik meer gericht ben op prestaties’ (respondent 9). Deze indicator geeft een positieve verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Uniform gedrag van de medewerkers	Overeenkomsten in werkwijze van medewerkers bij het uitvoeren van eenzelfde behandeling	Neutraal	Deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur
Werkethos van de medewerkers	Medewerker wordt door zichzelf gemotiveerd om de werkzaamheden uit te voeren Medewerkers wordt door de omgeving gemotiveerd om de werkzaamheden uit te voeren	Volledig uit de medewerker zelf gemotiveerd	

Tabel 9: *Gemiddeld toegekende waarde prestatiegerichte werkcultuur*

5.2.2 Geschikte communicatie

De mate van de geschikte communicatie is onderzocht aan de hand van interviews. Er is gekeken hoe communicatie is in het Máxima MC op de Zelfstandig Behandelkamers. Vervolgens wordt er gekeken of de staat van de geschikte communicatie in de praktijk een verklaring biedt voor de huidige stand van zaken van de efficiëntie van de organisatiestructuur. Geschikte communicatie is vastgesteld middels drie indicatoren: de wijze van communiceren is eenduidig (de medewerker weet wat er van hem wordt verwacht) instructies over werkzaamheden overdragen van een hiërarchisch hogere positie naar een hiërarchisch lagere positie en kennis over werkzaamheden overdragen van een hiërarchisch lagere positie naar een hiërarchisch hogere positie. De laatste twee kunnen samengevoegd worden omdat de waarden die eraan gekoppeld worden hetzelfde zijn. In tabel 10 zijn de gemiddelde waarden van de factor geschikte communicatie.

Eenduidige communicatie

Uit de interviews blijkt dat de onderlinge communicatie tijdens de behandeling helder en eenduidig is. Tijdens de ingrepen weet de medewerker wat er van hem wordt verwacht. De behandelingen die worden uitgevoerd op de Zelfstandig Behandelkamers zijn voornamelijk basale ingrepen. Ook worden er veel dezelfde type behandelingen uitgevoerd op de Zelfstandig Behandelkamers. Dit draagt er aan bij dat er niet veel communicatie nodig is tijdens een behandeling. Dit komt ook omdat men van elkaar weet wat er wordt verwacht tijdens een behandeling. Men voert de ingrepen gezamenlijk routinematig uit en weet daardoor wat voor

een soort zending aan communicatie ze kunnen verwachten onderling. Hierop kan geanticipeerd worden. De manier van communiceren is om die reden ook erg laagdrempelig, men durft tijdens het uitvoeren van een behandeling vragen te stellen aan elkaar. Tijdens de behandeling zelf kan er gesproken worden over een eenduidige en heldere communicatie.

De planners zijn ook van mening dat er sprake is van een eenduidige communicatie. Hierin hebben zij een belangrijke rol. Zij maken de planningen voor de artsen wat een belangrijk basis is voor eenduidige communicatie rondom de behandeling. De planners moeten rekening houden met de vakanties van de artsen maar ook wie wanneer in het Máxima MC werkzaam is. Door vroegtijdig te communiceren kunnen andere afdelingen daarop afstemmen, op het laatste moment gaat dit lastiger. Het is daarom belangrijk dat voor de belanghebbende het rooster van de artsen inzichtelijk is.

De eenduidigheid van communiceren tijdens de behandeling zorgt ervoor dat men minder hoeft te communiceren, wat het aantal fouten laat reduceren. Een van de artsen illustreert dit in een voorbeeld. ‘De verpleegkundigen weten wat we nodig hebben. Ik hoef dus niet om materialen te vragen buiten het hecht draadje om’ (respondent 16). Hierdoor kan de arts doorwerken aan de behandeling zonder dat hij ‘gestoord’ wordt. Dit geeft een positieve verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Hiërarchische communicatie

De hiërarchische vorm van de communicatie heeft twee vormen: opwaartse en neerwaartse communicatie. Uit de interviews blijkt dat deze twee vormen zich beide voordoen bij de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC de communicatie verloopt zowel opwaarts als neerwaarts. Wel zijn nuances te plaatsen bij de hiërarchische vorm van de communicatie. De grote lijnen worden top down opgelegd. Echter wordt er informatie bottom-up opgehaald in de organisatie, oftewel er wordt meegenomen wat er op de werkvloer speelt. De leidinggevende wil niet alleen haar informatie zenden maar ook kennis ophalen vanuit het operationele gedeelte van de organisatie. Dit draagt er aan bij dat er meer binding is met de operationele kern van de organisatie wat op zijn beurt tot effect heeft dat beleid meer kans van slagen heeft.

Ondanks dat er sprake is van zowel opwaartse als neerwaartse communicatie zijn er zaken in de praktijk die verbeterd kunnen worden om een positief effect op de efficiëntie van de organisatiestructuur te bewerkstelligen. ‘De lijnen zouden beter kunnen. Vaker samen brainstormen en ideeën uitwisselen zodat mensen de neuzen dezelfde richting op hebben staan’, al dus een illustratie van een van de managers (respondent 5). Er ontbreekt een frequente regelmatige overlegstructuur of duidelijke communicatielijnen. Dit is van belang om de neuzen dezelfde richting in te krijgen en betrokkenheid van de medewerkers te vergroten. Ondanks dat er sprake is van zowel neerwaartse als opwaartse communicatie blijkt in de praktijk dat de communicatiestructuur erg belangrijk is. Wel kan worden gesproken van een geschikte communicatie omdat een regelmatige overlegstructuur niet noodzakelijk is volgens de factor. Deze indicator geeft een verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Doordat de communicatie zowel opwaarts als neerwaarts plaatsvindt worden wel de artsen als de verpleegkundigen betrokken. Dat men meer het gevoel heeft betrokken te worden, leidt, ondanks het bepalen van het eindoordeel door het management, tot minder weerstand bij de artsen en verpleegkundigen. Dit draagt eraan bij dat de communicatie verloopt zoals zowel

de operationele kern als het management het wenst. Het bundelen van strategische en operationele kennis biedt een positieve verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Interne ruis voorkomen	De wijze van communiceren is eenduidig, de medewerker weet wat er van hem wordt verwacht	Communicatie is helder tijdens de behandeling	Deels een verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur
Richting van communicatie	Instructies over werkzaamheden overdragen van een hiërarchisch hogere positie naar een hiërarchisch lagere positie Kennissen over werkzaamheden overdragen van een hiërarchisch lagere positie naar een hiërarchisch hogere positie	Neutraal, zowel neerwaartse als opwaartse communicatie	

Tabel 10: *Gemiddeld toegekende waarde geschikte communicatie*

5.2.3 Strategisch plannen

De mate waarin er sprake is van strategisch plannen is achterhaald door de interviews die zijn afgenomen. Hieruit is opgemaakt hoe het is gesteld met de strategische plannen van de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC en van individuen die daar werkzaam zijn. Vervolgens wordt er achterhaald of de staat van de factor strategisch plannen in de praktijk een verklaring biedt voor de stand van zaken van de efficiëntie van de organisatiestructuur. Strategisch plannen kent twee indicatoren: het werk gerelateerde doel voor de komende jaren van de Zelfstandig Behandelkamers en het maken van voorspellingen over werkzaamheden of behandelingen in de toekomst. In tabel 11 zijn de gemiddelde waarden van de factor strategisch plannen.

Werk gerelateerde doel Zelfstandig Behandelkamers

Uit de interviews blijkt dat het overgrote deel van de respondenten toekomstgericht is en hiermee doelen stelt voor de komende jaren voor de Zelfstandig Behandelkamers.

De doelen die het meest naar voren kwamen uit de interviews zijn de verhoging van het totaal aantal behandelingen en het aantal verschillende ingrepen. Dit houdt in dat er een wens is om meer verschillende behandelingen uit te voeren op de Zelfstandig Behandelkamers. Maar

ook meer behandelingen uitvoeren, dus een hoger aantal ingrepen is een doel die men komende jaren wil bereiken. Een van de managers (respondent 5) illustreert ligt de keuze van het doel toe. ‘Ik wil graag kijken naar hoe kunnen we zo veel mogelijk die kamers benutten ten opzichte van wat we nu op de OK doen’. Dit doel valt te beargumenteren vanuit het perspectief kosten en allocatieve efficiëntie. Wanneer er meer behandelingen op de Zelfstandig Behandelkamers plaatsvinden hoeft er minder gebruik gemaakt te worden van het OK complex. Hierdoor kan het OK complex ingezet worden voor complexe zorg waardoor de wachttijden daar zullen afnemen. Dit is wenselijk voor de allocatie in de zorg, oftewel het aanbieden van de juiste zorg op de juiste plek. De doelen die in de praktijk zijn gesteld zijn toekomstgericht en bieden om die reden deels een positieve verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur. Daarnaast zou het wenselijk zijn dat alle patiënten die op de Zelfstandig Behandelkamers komen ook behandeld kunnen worden. In de huidige situatie komt het voor dat er patiënten worden doorverwezen door de huisarts maar niet geholpen kunnen worden op de Zelfstandig Behandelkamers. De artsen willen dit graag veranderd zien, door middel van een overzicht waar de doorgestuurde patiënten in komen te staan.

Er dient een nuance gemaakt te worden aangezien er sprake is van een contrasterende visie bij de verpleegkundigen. Uit de interviews met de verpleegkundigen blijkt dat zij maar in een kleine mate toekomstgericht zijn. De verpleegkundigen richten zich meer op het prettige werken en hebben meer een day-to-day mentaliteit. Ze zijn hierdoor in mindere mate bezig met de toekomstgerichte doelen voor de Zelfstandig Behandelkamers. De laatste jaren hebben de verpleegkundige veel te maken gehad met onduidelijkheden rondom leidinggevend, leidinggevend waren niet voor een lange tijd betrokken bij de afdeling Zelfstandig Behandelkamers. Hierdoor zijn de verpleegkundigen ook niet gewend om vooruit te kijken, omdat er simpelweg geen aandacht voor was. Het behouden van de huidige situatie heeft hier te maken met een behoefte aan vastigheid en stabiliteit waar de andere groepen respondenten in veel mindere mate last van hebben. Dit deel van de indicator geeft een deel van de verklaring van de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Het overgrote deel van de respondenten heeft een werk gerelateerd doel voor de Zelfstandig Behandelkamers. Hiermee dragen de respondenten doelen aan die zij zouden willen bereiken met de Zelfstandig Behandelkamers. ‘Het hebben van een werk gerelateerd doel draagt eraan bij dat je sneller dit doel zal gaan bereiken dan wanneer je hier geen plannen voor maakt’ (respondent 18). Een werk gerelateerd doel zorgt er voor dat men bezig is met plannen wat eraan bijdraagt dat de doelen eerder bereikt worden en dus een positieve verklaring biedt voor de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Voorspellingen over werkzaamheden of behandelingen

Uit de interviews blijkt dat er matig gebruik wordt gemaakt van voorspellingen in de toekomst. De voorspellingen die worden gedaan zijn oppervlakkig en nauwelijks op inhoud. Uit de meerderheid van de interviews komt naar voren dat men verwacht dat de vraag naar de Zelfstandig Behandelkamers de komende jaren gaat toenemen. Dit heeft te maken met het feit dat er minder grote ingrepen nodig zijn om iemand te kunnen behandelen. Een van de managers illustreert dit (respondent 5). ‘Waar vroeger een patiënt na een heupoperatie drie/ vier weken in het ziekenhuis lag gaat die nu na drie dagen naar huis. En denk ik dat ze misschien over een

paar jaar dezelfde dag al naar huis gaan'. De impact van een behandeling voor een persoon wordt minder groot. Het is vandaag de dag mogelijk om mensen te behandelen op de Zelfstandig Behandelkamers wat een aantal jaren geleden nog niet mogelijk was. Het aantal klein chirurgische ingrepen is de laatste jaren erg toegenomen. Steeds meer mensen komen naar het ziekenhuis om een excisie van de huid te laten uitvoeren omdat er bijvoorbeeld sprake is van huidkanker of onrustige cellen. Doordat dit ingrepen zijn die relatief veel op de Zelfstandig Behandelkamer worden uitgevoerd zal de hoeveelheid van de behandelingen waarschijnlijk gaan stijgen. Ook wordt de eerstelijns zorg steeds meer belast met taken waardoor er verwachtingen zijn dat er meer complexere zorg vanuit de eerste lijn naar de Zelfstandig Behandelkamers wordt verplaatst.

Er zijn contrasterende visies aanwezig binnen deze indicator. Zo wordt door een van de verpleegkundigen aangedragen dat de verwachting is dat de vraag naar de Zelfstandig Behandelkamers niet zal veranderen de komende jaren. Dit heeft te maken met het feit dat de laatste jaren zich weinig veranderingen hebben voorgedaan binnen deze afdeling. Deels heeft dit een verband met de indicator werk gerelateerd doel van de Zelfstandig Behandelkamers. Wanneer men in grotere mate bezig is met het stellen van doelen is men meer gericht op veranderingen.

Een andere contrasterende visie is die van een arts. Deze arts is van mening dat de Zelfstandig Behandelkamers alleen meer vraag krijgt wanneer de mogelijkheden van pijnbestrijding worden uitgebreid. Een voorbeeld hiervan is sedatie, hiermee wordt het aantal type behandelingen vergroot. Om gebruik te maken van sedatie moet er worden voldaan aan randvoorwaarden, hiervoor zijn aanpassingen vereist. Deze patiënten worden nu op de reguliere OK behandeld. Er kan gesteld worden dat de bevindingen uit de praktijk deels een verklaring geven voor de efficiëntie van de organisatiestructuur.

De voorspellingen die momenteel worden gemaakt zijn erg oppervlakkig en nauwelijks inhoudelijk. 'Inhoudelijke voorspellingen zijn noodzakelijk om goed vooruit te kijken en te weten wat men de komende jaren kan verwachten' (respondent 5). Wanneer in mindere mate vooruit wordt gekeken kan er minder goed worden ingespeeld op aanpassingen die bijdragen aan de efficiëntie van de organisatiestructuur. Om deze reden bieden voorspellingen over werkzaamheden of behandelingen een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Toekomstgericht	Het werk gerelateerde doel voor de komende jaren van de Zelfstandig Behandelkamers	Grotendeels toekomstgericht	Deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur
	Het maken van voorspellingen over werkzaamheden of behandelingen in de toekomst	Matig gebruik van voorspellingen	

Tabel 11: *Gemiddeld toegekende waarde strategisch plannen*

5.2.4 Flexibiliteit

De mate van invloed van de factor flexibiliteit is achterhaald aan de hand van interviews. Er is gekeken hoe flexibiliteit zich voordoet in de praktijk. Vervolgens wordt achterhaald of de staat van de flexibiliteit een verklaring biedt voor de stand van zaken van de efficiëntie van de organisatiestructuur. Flexibiliteit kent twee indicatoren die gezamenlijk ingeschaald worden aan de hand van waarden oftewel de mate van beïnvloeding van de organisatiestructuur van de Zelfstandig Behandelkamers. In tabel 12 zijn de gemiddelde waarden van de factor flexibiliteit weergegeven.

Beïnvloeding Zelfstandig Behandelkamers

Uit de interviews blijkt dat de afdeling Zelfstandig Behandelkamers grotendeels beïnvloed wordt door buitenaf. De keuzes die gemaakt worden in de organisatie hebben invloed op de Zelfstandig Behandelkamers. Zo moet er vanuit de Zelfstandig Behandelkamers geanticipeerd worden op keuzes die gemaakt worden door de specialisten. Dit komt met name voor bij de roostering van de dagdelen van de Zelfstandig Behandelkamers. Momenteel heeft de Zelfstandig Behandelkamers er niet tot nauwelijks invloed op of dagdelen worden teruggegeven wat de afdeling afhankelijk maakt van de gebruikers. De Zelfstandig Behandelkamers hebben hier vrij weinig invloed op aangezien ze afhankelijk zijn van specialisten om een sessie uit te kunnen voeren. Dit is een voorbeeld waarbij de beïnvloeding van buitenaf komt en niet zelf andere afdelingen beïnvloedt. Zo heeft de Zelfstandig Behandelkamers zich moeten aanpassen bij het uitvoeren van een nieuwe behandeling, het aanleggen van een PICC lijn. Hierbij diende de verpleegkundigen van de Zelfstandig Behandelkamers zich te anticiperen op een nieuwe behandeling. Een illustratie van een van de managers, ‘Ze moeten zich aanpassen aan de nieuwe behandeling van de PICC lijnen, dat hadden ze ook allemaal nog nooit gedaan’ (respondent 8). De Zelfstandig Behandelkamer lijkt een relatief onzichtbare afdeling voor andere afdelingen waardoor het niet de positie inneemt die het wel verdient. De verpleegkundigen zouden een

centrale rol moeten innemen in de behandelingen op de Zelfstandig Behandelkamers. De verpleegkundigen hebben bij het tweekamersysteem of roulatiesysteem veel contact met de patiënt dit geeft hen een unieke positie.

Er komen ook contrasterende argumenten naar voren uit de interviews. Zo kunnen de verpleegkundigen de wachtlijst tot een bepaalde mate beïnvloeden. Wanneer de verpleegkundigen op de Zelfstandig Behandelkamers aangeven dat zij niet meer dan een bepaald aantal patiënten per dagdeel kunnen zien kan dit aangemerkt worden als beïnvloeding naar buiten toe. Wanneer de verpleegkundigen invloed kunnen uitoefenen op de hoeveelheid patiënten per dagdeel heeft de Zelfstandig Behandelkamer daarmee invloed op andere afdelingen en onderdelen van het ziekenhuis. De mate van beïnvloeding is relatief gezien niet zo groot aangezien het management en de specialismen hier ook invloed op hebben en uiteindelijk hier een eindoordeel over geven. Doordat er niet tot nauwelijks andere afdelingen beïnvloed worden door de Zelfstandig Behandelkamers kan er niet gesproken worden over een goed evenwicht. Deze verklaring die in de praktijk is gevonden geeft deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Het meest wenselijk is dat de afdeling zowel anticipeert op veranderingen buiten de Zelfstandig Behandelkamers als dat zij andere afdelingen beïnvloedt. Echter is van dat laatste geval geen sprake in deze casus. ‘De specialismen gaven heel laat aan dat ze programma’s teruggaven omdat er minder mensen van hun waren. Maar dan denk ik dat is mijn werkdag en in één keer geven ze die dan terug’ (respondent 4). Doordat de afdeling alleen maar wordt beïnvloed van buitenaf kan zij geen centrale positie innemen, wat in sommige situaties wel wenselijk is aangezien dit eraan kan bijdragen dat dagdelen beter gevuld zijn. Hiermee geeft beïnvloeding van de Zelfstandig Behandelkamers een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Flexibiliteitsoriëntatie	Anticiperen op veranderingen van buiten de Zelfstandig Behandelkamers De Zelfstandig Behandelkamers beïnvloedt andere afdelingen van het ziekenhuis	De afdeling wordt grotendeels beïnvloed van buitenaf	Bied deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur

Tabel 12: *Gemiddeld toegekende waarde flexibiliteit*

5.2.5 Inrichting werkprocessen

De inrichting van werkprocessen is achterhaald aan de hand van interviews. Hierbij is gekeken hoe de inrichting van de werkprocessen zich voordoet in de praktijk. Daarnaast is er achterhaald of de staat van de inrichting van de werkprocessen een verklaring biedt voor de stand van zaken

van de efficiëntie van de organisatiestructuur. De inrichting van de werkprocessen kent drie indicatoren. Een proces tot in detail uitwerken zodat het exact aansluit bij het gebruik op de werkvloer en ongedetailleerde afstemming in samenwerking tussen processen, deze twee indicatoren worden samen behandeld. De derde indicator is dat relevante zaken die waarde toevoegen voeren in vergelijking met minder relevante zaken de boventoon. In tabel 13 zijn de gemiddelde waarden van de factor inrichting werkprocessen.

Gedetailleerdheid proces

De gedetailleerdheid van een proces gaat over de mate waarin het werkproces tot in detail is uitgewerkt oftewel hoeveel eigen vrijheid wordt hierin gegeven. Uit de interviews blijkt dat zowel zeer gedetailleerde processen als ongedetailleerde afstemming plaatsvindt binnen de Zelfstandig Behandelkamers.

De protocollen binnen ziekenhuizen zijn gedetailleerd beschreven. De protocollen geven aan welke benodigdheden een arts nodig heeft, maar ook hoe een behandeling uitgevoerd dient te worden. Aangezien er op de Zelfstandig Behandelkamer veel basale en dezelfde type behandelingen worden uitgevoerd raadplegen de artsen niet vaak de protocollen. Ook al worden de protocollen eens per jaar geüpdatet. Veel handelingen zijn standaard, zo dient er steriel gewerkt te worden. De mogelijkheid is er om voor elke behandeling terug te vallen op de protocollen. In de praktijk blijkt dit echter niet vaak te gebeuren. Hierdoor is het moeilijk om te verklaren of de behandelingen volgens richtlijnen worden uitgevoerd. De arts heeft op deze manier veel vrijheid bij het uitvoeren van zijn werkzaamheden. De arts voert de behandelingen uit op basis van gewoonten, oftewel omdat het altijd al op deze manier gebeurt. Dit zit hem vaak in randvoorwaarden zoals de type naald of de manier van afdekken. Uit de praktijk blijkt dat er zowel gedetailleerde processen zijn als ongedetailleerde afstemming.

Wel kan er een nuance worden geplaatst en dat is de mate van gedetailleerdheid van de nazorg. Deze is nog niet gedetailleerd uitgewerkt, hetgeen wel wenselijk is. Omdat mensen vaak niet alle informatie binnenkrijgen die de arts of verpleegkundige vertelt bij de nazorg is het voor de patiënt prettig wanneer hij dit nog eens kan nalezen. Deze nazorg zal juist wel gedetailleerd moeten zijn met de belangrijkste informatie voor de patiënt voor de eerste dagen na de behandeling.

De behandelingen die worden uitgevoerd zijn routinematig van aard, waarbij de artsen vaak de behandeling uitvoeren zonder het gebruik van een protocol. Doordat niet te achterhalen valt of de behandelingen volgens de richtlijnen worden uitgevoerd, kan het zijn dat artsen eenzelfde behandeling verschillend uitvoeren. Hierdoor verliest men details uit het oog waardoor de gedetailleerdheid van het proces een verklaring biedt voor de inefficiëntie.

Evenwicht relevantie

Relevante werkzaamheden die waarde toevoegen, voeren in vergelijking met minder relevante werkzaamheden de boventoon. Uit de interviews blijkt dat er sprake is van matig evenwicht. Wel zijn er contrasterende visies aanwezig.

Uit de meerderheid van de interviews komt naar voren dat er een matig evenwicht is tussen relevante en minder relevante werkzaamheden op de Zelfstandig Behandelkamers. Zo komt het binnen de Zelfstandig Behandelkamers voor dat er werkzaamheden uitgevoerd

worden die niet relevant zijn voor een behandelproces. Dit komt veelal omdat medewerkers tijd over hebben waardoor ze deze tijd gaan vullen met irrelevante werkzaamheden. Relatief gezien is er weinig toezicht op de Zelfstandig Behandelkamers waardoor de irrelevante werkzaamheden in mindere mate opvallen. Zeker de laatste jaren toen de leidinggevenden snel wisselden was hier niet tot nauwelijks weet van en werd hier ook geen aandacht aan besteed. Hierdoor is het ook nooit onder de aandacht gebracht. Daarnaast is de vraag en het aanbod van de behandeling niet goed op elkaar afgestemd. Hierdoor zijn er dal- en piekmomenten bij de Zelfstandig Behandelkamers. Het ene dagdeel hebben de verpleegkundigen het ontzettend druk met het ondersteunen van de artsen. Het andere dagdeel zijn er geen behandelingen waardoor de verpleegkundigen niks te doen hebben. Respondent 15 illustreert dit, 'Bijna elke maandagmiddag is er een verpleegkundige zonder programma'. Vooral het feit dat er personeel betaald wordt terwijl er geen behandelingen zijn weegt zwaar mee en zorgt ervoor dat het evenwicht matig is.

Uit de interviews komt naar voren dat de verpleegkundigen wel van mening zijn dat er sprake is van een redelijk evenwicht. De werkzaamheden die waarde toevoegen bevinden zich grotendeels tijdens de behandeling zelf. Zo wordt het poliklinisch behandelen van een patiënt gezien als een toegevoegde waarde, oftewel de laagdrempelige zorg die geboden wordt. Ook komt er uit de interviews van de verpleegkundigen naar voren dat zij het idee hebben dat zij niks zouden kunnen veranderen of weglaten. De andere groepen respondenten delen deze visie niet. Deze inzichten uit de praktijk biedt voor een deel een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Een matig evenwicht houdt in dat de relevante zaken die waarde toevoegen niet de boventoon voeren. Wanneer relevante zaken wel de boventoon voeren houdt dit in dat er onzinnige dingen plaatsvinden binnen de Zelfstandig Behandelkamers wat de efficiëntie van de organisatiestructuur ten goede komt. Binnen de Zelfstandig Behandelkamers voeren de minder relevante werkzaamheden de boventoon. 'Ik heb meegemaakt dat er weleens personeel niks zit te doen en dat zou in mijn ogen wel echt anders kunnen' (respondent 9). Het werkproces bezit momenteel handelingen die weggelaten zouden kunnen worden zonder dat dit een negatief effect heeft op de patiëntenzorg. Hierdoor wordt zichtbaar dat de noodzakelijke hoeveelheid aan personeel niet overeenkomt met de huidige hoeveelheid aan personeel, waardoor er efficiënter gewerkt kan worden en dit een verklaring biedt voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Werkproces	Een proces tot in detail uitwerken zodat het exact aansluit bij het gebruik op de werkvloer	Grotendeels neutraal	Deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur
	Ongedetailleerde afstemming in samenwerking tussen processen		
Prioriteren van processen	Relevante zaken die waarde toevoegen, voeren in vergelijking met minder relevante zaken de boventoon	Matig evenwicht	

Tabel 13: *Gemiddeld toegekende waarde inrichting werkprocessen*

5.2.6 Automatisering

De mate waarin er sprake is van automatisering is achterhaald door de interviews die zijn afgenomen. Hieruit is opgemaakt hoe het is gesteld met de automatisering van de Zelfstandig Behandelkamers van het Máxima MC. Vervolgens wordt er achterhaald of de staat van de factor automatisering een verklaring biedt voor de stand van zaken van de efficiëntie van de organisatiestructuur. Automatisering kent twee indicatoren: handmatige werkzaamheden tijdens een behandeling worden overgenomen door een systeem en het reduceren van administratieve werkzaamheden door de inzet van hulpmiddelen. In tabel 14 zijn de gemiddelde waarden van de factor automatisering weergegeven.

Overname door systeem

Uit de interviews blijkt dat de er geen handelingen worden overgenomen door een systeem. De handelingen van een behandeling worden volledig door de arts en verpleegkundigen uitgevoerd zonder dat een systeem zoals een robot handelingen overneemt. De behandelingen die worden uitgevoerd zijn relatief klein hierdoor weegt een geautomatiseerde ingreep niet op tegen de eenvoud van een menselijk uitgevoerde ingreep. Uit de interviews blijkt dat de huidige systemen die al op de markt zijn hier nog niet toe in staat zijn. Een illustratie van een van de artsen, ‘Op de Zelfstandig Behandelkamers denk ik niet dat robots huidkanker weghalen want het is überhaupt al lastig te zien’ (respondent 12). De innovaties rond deze systemen gaan snel waardoor een systeem vaak maar een korte levensduur heeft, wat een investering duur maakt. Daarnaast zijn er veel verschillende ingrepen, mede doordat er verschillende specialismen

gebruik maken van de Zelfstandig Behandelkamers, die elk hun eigen systeem behoeven. De meeste systemen kunnen maar ondersteuning bieden aan één type behandeling wat een belemmering is voor de Zelfstandig Behandelkamers. Hierdoor heeft het voor dit soort type behandeling nog geen grote toegevoegde waarde om een systeem te hebben dat handelingen overneemt.

Uit de interviews blijkt dat er een contrasterende visie aanwezig is omtrent de overname door een systeem. Vanuit de verpleegkundigen wordt aangegeven dat er momenteel nog geen systeem is dat handelingen overneemt. Echter ziet een van de verpleegkundigen hier wel een mogelijkheid in om fouten te voorkomen. Uit de voorgaande alinea blijkt uit de rest van de interviews dat dit niet realistisch is. Uit de praktijk blijkt dat de staat van de automatisering een verklaring kan bieden voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Een systeem kan zorgen voor meer controle en het reduceren van fouten, wat een effect heeft op de efficiëntie van de organisatiestructuur. ‘Een systeem kan mogelijk wel fouten voorkomen, wat ervoor zorgt dat het werk doordat er een fout wordt gemaakt wordt bespaard’ (respondent 4). Dit kan eraan bijdragen dat men minder personeel nodig heeft of in een korter tijdsbestek meer behandelingen kan verrichten. Echter is er geen sprake van een systeem waardoor overname door systeem een verklaring biedt voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Hulpmiddel administratieve handelingen

Het reduceren van administratieve werkzaamheden door de inzet van hulpmiddelen. Uit de interviews blijkt dat er grotendeels sprake is van geen ondersteuning.

Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat er niet tot nauwelijks sprake is van ondersteuning waardoor de administratieve werkzaamheden worden gereduceerd. Doordat er wettelijk veel vereisten zijn rondom de verslaglegging van een behandeling wordt er veel van de verpleegkundigen en artsen gevraagd. Hierdoor is het nauwelijks mogelijk om het aantal administratieve handelingen te verminderen blijkt uit de interviews. Het systeem (HIX) biedt hier momenteel nauwelijks ondersteuning in. Wel is HIX al een grote vooruitgang vergeleken met een aantal jaren geleden toen er handmatig op papier veel moest worden vastgelegd. Voor de verslaglegging moeten er lijsten worden ingevuld. Echter blijkt dat een aantal van deze lijsten niet aansluiten bij de werkzaamheden die verricht worden op de Zelfstandig Behandelkamers. Hierdoor wordt de administratie last echter vergroot. Een van de artsen (respondent 12) geeft een toelichting weer waaruit duidelijk wordt dat er geen handelingen door het systeem worden overgenomen. ‘Het zou makkelijker zijn als die bepaalde dingen gewoon standaard overneemt als je een vakje hebt in HIX en dat je niet drie keer hoeft in te vullen waar het vandaan komt’. Ondanks dat de administratieve handelingen al minder zijn dan een aantal jaren geleden, kost het de artsen en verpleegkundigen nog steeds veel tijd. Dit heeft er ook mee te maken dat er wettelijk steeds meer eisen zijn voor de documentatie.

Uit de interviews blijkt dat een van de verpleegkundigen al een stap heeft ondernomen om de administratieve handelingen te reduceren. Zo zijn er sjablonen aangemaakt waardoor er minder ingevoerd hoeft te worden, dit zo nog verder uitgebreid kunnen worden. Dit heeft tot gevolg dat er deels wel sprake is van een ondersteuning door het systeem. Echter is deze

ondersteuning niet groot. De mate van het administratieve hulpmiddel van handelingen is gering hierdoor biedt dit deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Wanneer een hulpmiddel administratieve handelingen overneemt, zal de wisseltijd binnen een tweekamersysteem of roulatiesysteem reduceren. ‘Wanneer ik minder tijd nodig heb voor het invullen van HIX, kan ik meer patiënten in een dagdeel behandelen’ (respondent 16). Dit komt omdat men minder tijd kwijt is aan administratieve handelingen waardoor er meer tijd overblijft voor het behandelen van patiënten en er efficiënter gewerkt kan worden. Echter vindt er binnen de Zelfstandig Behandelkamers geen ondersteuning plaats door een systeem. Om deze reden verklaart hulpmiddelen administratieve handelingen een deel van de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Productiviteit	Handmatige werkzaamheden tijdens een behandeling worden overgenomen door een systeem	Helemaal geen overname door systeem	Deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur
Overdracht processtappen	Het reduceren van administratieve werkzaamheden door de inzet van hulpmiddelen	Geen ondersteuning door systeem	

Tabel 14: *Gemiddeld toegekende waarde automatisering*

5.2.7 Borgen van de kwaliteit

De mate van het borgen van de kwaliteit is achterhaald aan de hand van interviews. Als eerst is er gekeken hoe het is gesteld met de factor borgen van de kwaliteit. Vervolgens is er achterhaald of de staat van borgen van de kwaliteit in de praktijk een verklaring kan bieden voor de stand van zaken van de efficiëntie van de organisatiestructuur. Borgen van de kwaliteit kent drie indicatoren die achtereenvolgens worden uitgelicht. Het vooruitgaan van de behandeling in de mate van kwaliteit, vind er reflectie en bijsturing plaats over een verandering die heeft plaatsgevonden binnen de afdeling en de mate waarin verschillende actoren met verschillende perspectieven samenwerken voor de kwaliteit. In tabel 15 zijn de gemiddelde waarden van de factor borgen van de kwaliteit weergegeven.

Vooruitgang kwaliteit

Uit de interviews blijkt dat er sprake is van een neutraal vooruitgang van kwaliteit van de behandelingen. Er hebben zich de afgelopen jaren niet tot nauwelijks verschillen voorgedaan bij het uitvoeren van de behandeling. Uit de interviews blijkt dan ook dat het aantal complicaties gelijk is gebleven de afgelopen jaren. Doordat er weinig tot geen veranderingen hebben plaatsgevonden is de kwaliteit gebleven zoals die was. Een van de managers (respondent 5)

illustreert dit. ‘Het is niet zo dat er in de afgelopen jaren meer of minder aan complicaties is geweest op de Zelfstandig Behandelkamers zelf. Er is niet zo veel veranderd dus als je doet wat je deed, krijg je wat je kreeg’. Dit is te verklaren doordat de artsen ervan overtuigd zijn dat dit de beste manier van behandelen is. Er zijn weinig tot geen nieuwe technieken om deze basale ingrepen uit te voeren op een andere manier.

Uit de interviews blijkt dat de Coronacrisis heeft bijgedragen aan de patiëntbeleving. Dit komt niet omdat de kwaliteit van de resultaten van de behandeling zelf verbeterd is maar er wel een vooruitgang heeft plaatsgevonden in de kwaliteitsbeleving van de patiënt. Zo is er vele malen meer gewerkt met oplosbare hechtingen hierdoor hoeven patiënten niet meer terug te komen om de hechtingen te laten verwijderen. Daarnaast werd het mogelijk om een digitaal consult te hebben met de arts. Hierdoor hoefde patiënten niet meer voor een intake of controle terug naar het ziekenhuis te komen. Het nabellen van patiënten na hun behandeling zal volgens artsen de patiënttevredenheid kunnen vergroten, net als het gebruik van muziek of radio tijdens de behandeling. De indicator vooruitgang van kwaliteit biedt een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Wanneer je behandelingen blijft uitvoeren zoals je dat altijd hebt gedaan, blijft de kwaliteit gelijk. Een van de verpleegkundigen illustreert dit: ‘er is weinig verschil in complicaties ten opzichte van een aantal jaren geleden, het is niet zo dat patiënten minder vaak terug hoeven te komen’ (respondent 4). De voortgang van de kwaliteit geeft een verklaring op de efficiëntie van de organisatiestructuur. Een van de artsen illustreert dit, ‘complicaties kosten geld en tijd, dit is wat je wil proberen te voorkomen als je efficiënter wil werken’ (respondent 14). Wanneer patiënten minder (vaak) terug hoeven te komen bespaart dit geld. In deze casus biedt dit een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur, aangezien er verbetering vatbaar is binnen deze indicator.

Reflectie en bijsturing

Uit de interviews blijkt dat er grotendeels sprake is van een matige reflectie en bijsturing. Wel is er sprake van een contrasterende visie. Uit de interviews komt naar voren dat er niet voldoende contact is om veranderingen te bespreken. Er is geen regelmatige overlegstructuur waarin verpleegkundigen en artsen worden betrokken waarin veranderingen worden besproken of indien noodzakelijk worden bijgestuurd. Doordat de verpleegkundigen en artsen niet allemaal worden betrokken in het stuk van reflectie en bijsturing krijgt niet iedereen alles mee. ‘Nou ik weet dat een vergadering al heel lang niet meer geweest is’ geeft een van de verpleegkundige als argument (respondent 3). Daarnaast wordt er weinig aandacht besteed vanuit de Zelfstandig Behandelkamers aan de reflectie van de patiënten die een behandeling zijn ondergaan. De reflectie en bijsturing heeft alleen betrekking op een verandering organisatorisch gezien.

Uit de interviews blijkt dat de managers een contrasterende visie hebben, zij zijn van mening dat er in redelijke mate sprake is van reflectie en bijsturing. Er vinden vaste momenten van reflectie en bijsturing plaats omdat men bewust is dat elke verandering neveneffecten met zich meebrengt. Tijdens deze bijeenkomsten komen de belangrijkste betrokkenen bijeen om gezamenlijk te reflecteren over een verandering. Dit kan verklaren waarom de verpleegkundigen en de artsen niet allemaal worden meegenomen tijdens deze bijeenkomsten.

De reflectie en bijsturing is geen continu proces op het operationeel niveau, wel op management niveau. Echter blijkt uit de praktijk dat de huidige stand van de reflectie en bijsturing een negatief effect heeft op de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Reflectie en bijsturing kan zorgen voor het reduceren van fouten en het verbeteren van stappen uit het werkproces. Echter vindt reflectie en bijsturing momenteel nog niet plaats. Waardoor de indicator reflectie en bijsturing een verklaring biedt voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Samenwerken verschillende actoren

In de interviews is gekeken naar de mate waarin verschillende actoren, met verschillende perspectieven die invloed hebben op de kwaliteit, samenwerken. Uit de interviews blijkt dat er sprake is van een redelijke samenwerking.

Het blijkt uit de interviews dat de respondenten het belangrijk vinden om verschillende visies samen te brengen. ‘Hoe meer visies je hebt van andere die eromheen staan, hoe beter je het proces kan aanpassen’ (respondent 14). Dit komt omdat elke actor een andere rol heeft en hiermee een ander perspectief rondom de kwaliteit van de Zelfstandig Behandelkamers. Het is belangrijk om deze visies samen te brengen om tot een zo optimaal mogelijke kwaliteit te komen. Samenwerking vindt plaats, echter worden de perspectieven niet bij elkaar gebracht. Deze samenwerking is alleen niet systematisch waardoor het niet tot het optimaal resultaat leidt. De samenwerking van verschillende actoren draagt positief bij aan de verklaring van de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Wanneer er wordt samengewerkt, zijn er meer perspectieven waardoor men fouten beter kan opsporen. Het reduceren van fouten (in het werkproces) zorgt voor een betere doorstroming van de patiëntenzorg. En geeft hiermee een verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur.

Dimensie	Indicator	Gemiddeld toegekende waarde	Verklaring
Procesontwikkeling	Het vooruitgaan van de behandeling in de mate van kwaliteit, dus minder complicaties en een grotere patiënttevredenheid	Neutraal	Deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur
Continuïteit	Vind er reflectie en bijsturing plaats over een verandering die heeft plaatsgevonden binnen de afdeling	Matige continuïteit	
Samenwerking	De mate waarin verschillende actoren met verschillende perspectieven die invloed hebben op de kwaliteit samenwerken	Redelijke samenwerking	

Tabel 15: *Gemiddeld toegekende waarde borgen van de kwaliteit*

5.3 Samenvatting

Momenteel is er nog verbetering mogelijk bij de indicatoren van efficiëntie van de organisatiestructuur: bereiken van de productiegrens, noodzakelijke inzet personeel en evenwicht van de patiëntenzorg. Uit de interviews blijkt dat er nog geen sprake is van het bereiken van de productiegrens op de Zelfstandig Behandelkamers. Wel bleek dat de noodzakelijke personele inzet tijdens de behandeling grotendeels adequate is. Echter was de noodzakelijke personele inzet gedurende de dag matig efficiënt. Het evenwicht van de patiëntenzorg is wel grotendeels goed ingeregeld. Uit deze analyse blijkt dat er momenteel (nog) geen sprake is van efficiëntie van de organisatiestructuur. Om deze reden wordt in de praktijk achterhaald of de naderende factoren hier een verklaring voor bieden. De factoren zijn schematische weergaven van de mate waarin factoren (deels) een verklaring bieden voor de (in)efficiëntie is weergegeven in tabel 16.

De eerste factor prestatiegerichte werkcultuur biedt deels een verklaring voor de inefficiëntie waarvan sprake is binnen de Zelfstandig Behandelkamers aangezien de werkzaamheden niet geheel uniform uitgevoerd worden. De manier waarop medewerkers worden gestimuleerd is grotendeels intrinsiek. Echter is dit niet voor alle medewerkers het geval waardoor er nog verbetering vatbaar is. De tweede factor, geschikte communicatie, geeft ook deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Er is wel sprake van eenduidige communicatie en zowel bottom up als top down communicatie. Echter ontbreekt hierin een adequate communicatiestructuur.

Strategisch plannen is de derde factor van efficiëntie van de organisatiestructuur. Uit de interviews blijkt dat de respondenten grotendeels toekomstgericht zijn en dat alle respondenten

voorspellingen maken wat een positieve verklaring geeft voor de efficiëntie. Echter blijkt dat de verpleegkundigen maar in een kleine mate toekomstgericht zijn wat een verklaring biedt voor deels de inefficiëntie van de organisatiestructuur. De vierde factor betreft flexibiliteit. Duidelijk komt naar voren dat de afdeling in grote mate door buitenaf wordt beïnvloed en zelf beperkt andere delen van het ziekenhuis beïnvloedt. Dit biedt deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. De inrichting van werkprocessen is de vijfde factor. Er is sprake van zowel black box als white box. Daarnaast is het evenwicht tussen werkzaamheden die waarde toevoegen en werkzaamheden die minder relevant zijn matig. Hierdoor geeft deze factor een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Factor zes is automatisering. Momenteel worden er geen handmatige werkzaamheden overgenomen door een systeem. Het reduceren van administratieve handelingen door een hulpmiddel is momenteel niet van toepassing. Dit komt omdat er wettelijk veel eisen worden gesteld. Hierdoor biedt automatisering een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. De laatste factor is het borgen van de kwaliteit. De behandelingen zijn niet veranderd in kwaliteit, wel is de context verbeterd. De continuïteit is matig wat tevens een verklaring geeft voor deels de inefficiëntie van de organisatiestructuur. De samenwerking van de actoren rondom de kwaliteit is redelijk in evenwicht.

Mate verklaring (in)efficiëntie van de organisatiestructuur					
	Inefficiënt	Overwegend Inefficiënt	Neutraal	Overwegend efficiënt	Efficiënt
Prestatiegerichte werkcultuur			X		
Geschikte communicatie				X	
Strategisch plannen			X		
Flexibiliteit	X				
Inrichting van werkprocessen		X			
Automatisering	X				
Borgen van de kwaliteit		X			

Tabel 16: *Schematische weergave bijdrage factor aan de (in)efficiëntie van de organisatiestructuur*

Hoofdstuk 6: Discussie, conclusie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk wordt er een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Daarnaast zullen er aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek aanbevelingen worden gegeven. Vervolgens zal er een discussie plaatsvinden welke is opgebouwd aan de hand van theoretische reflectie en methodologische reflectie, tot slot worden er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

6.1 Discussie

Aan de hand van de theoretische visies heb ik getracht de efficiëntie van de organisatiestructuur te onderzoeken. Dit is gebeurd aan de hand van een zeven factoren die volgens de theorie een verklaring kunnen bieden voor de (in)efficiëntie van de organisatiestructuur. In deze paragraaf wordt het onderzoek in een breder perspectief geplaatst. Met als onderdelen de theoretische reflectie, methodologische reflectie en de aanbevelingen op vervolgonderzoek. Er wordt aandacht besteed aan de beperkingen en verwachtingen van het onderzoek en de consequenties die het antwoord op de hoofdvraag heeft voor de theorie en/of de praktijk.

6.1.1 Theoretisch reflectie

Het onderzoek naar de efficiëntie van de organisatiestructuur was een deductief onderzoek. Bij dit onderzoek is gebruik gemaakt van literatuur uit verschillende disciplines. Zowel bestuurskundig, politicologie, sociologie, economische als communicatiewetenschap. Dit komt overeen met de belangrijkste disciplines van de Bestuurskunde (Gadellaa, Curry & Van de Walle, 2007).

Door de jaren heen zijn er verschillende opvattingen over efficiëntie ontstaan. Dit onderzoek sluit zich aan bij formele regels en samenwerking. Het begrip efficiëntie blijft veranderen en het staat niet vast. Om deze reden is ervoor gekozen om de perspectieven weer te geven binnen de theorie. Dit vergroot de begrijpbaarheid van huidige en toekomstig onderzoek.

Het onderzoek heeft ook een aantal theoretisch beperkingen. Ondanks dat er zeven factoren mee zijn genomen in dit onderzoek, heeft er een afbakening plaatsgevonden. Het is niet uit te sluiten dat nog meer factoren een invloed hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur. Gezien de omvang van het onderzoek was het niet mogelijk om dit mee te nemen in het onderzoek. Om die reden is ervoor gekozen om de zeven factoren te onderzoeken. Ondanks dat dit een tekortkoming is aan het onderzoek heeft dit onderzoek verklaringen gevonden voor de efficiëntie van de organisatiestructuur op de Zelfstandig Behandelkamers.

6.1.2 Methodologische reflectie

Allereerst de scope van het onderzoek. Deze bleek te beperkt bij de tweede indicator van het centrale begrip efficiëntie van de organisatiestructuur, noodzakelijke inzet van personeel. Hierbij had de onderzoeker voor ogen om de noodzakelijke hoeveelheid gedurende de behandeling te achterhalen. Uiteindelijk kwamen er bij de doorvraag ook antwoorden over de

noodzakelijke hoeveelheid personeel gedurende de dag. Dit kan gezien worden als een positieve bijvangst van het onderzoek aangezien veel respondenten hier een visie over hadden. De scope van het onderzoek was bij de aanvang van het onderzoek te smal, gaandeweg het onderzoek is dit onderdeel toegevoegd. Hiermee is de scope van het onderzoek uiteindelijk verbreed wat ten goede is gekomen aan de beantwoording van de factor.

De contrasterende visies van de respondenten versterken het onderzoek gezien het feit dat de onderzoeker er zeker van kan zijn dat alle perspectieven zijn belicht, bijvoorbeeld nemende de literatuur van professionalisme en Street-level bureaucrats. Er kan geen empirische claim worden gedaan op de generalisatie, maar wel een theoretische claim op de generalisatie omdat het onderzoek vrij sterk staat.

Tijdens het beginstadium van het onderzoek wilde de onderzoeker bij het empirische gedeelte van het onderzoek protocollen en beleidsdocumenten gaan analyseren. Hiermee wilde de onderzoeker bekijken of de uitkomsten van de interviews aansluiten op de documenten of dat hier een discrepantie in zit. Echter bleken deze documenten alleen intern toegankelijk waardoor de keuze is gemaakt om deze alleen als context raad te plegen. Een analyse van protocollen en beleidsdocumenten heeft een negatief effect op de validiteit van het onderzoek wanneer anderen deze niet zouden kunnen raadplegen. Het is voor de kwaliteit van het onderzoek beperkend dat deze protocollen alleen intern beschikbaar zijn aangezien dit een toevoeging zou zijn geweest voor het onderzoek.

Een van de indicatoren van efficiëntie van de organisatiestructuur is, de mate waarin het maximum aantal patiënten dat behandeld kan worden per dagdeel behaald wordt. De vraag is of dit wenselijk is. Het doel van het Máxima MC is de productie op de Zelfstandig Behandelkamers efficiënt laten verlopen. Oftewel dat de kamers efficiënt gebruikt worden wanneer er behandelingen zijn en dat er geen tot weinig kosten zijn wanneer er geen behandelingen uitgevoerd worden. De onderzoeker en de Zelfstandig Behandelkamers hebben geen invloed op het maximum aantal patiënten dat op jaarbasis behandeld mag worden. Dit is afhankelijk van afspraken die ziekenhuis breed met de zorgverzekeraars worden gemaakt en bepaald door de visie van het ziekenhuis. Men kan zich afvragen of het wenselijk is om de maximale capaciteit te behalen. Dit kan neveneffecten met zich meebrengen die niet zijn opgenomen in het onderzoek.

Ondanks dat er een reorganisatie heeft plaatsgevonden bij de Zelfstandig Behandelkamers zijn de behandelingen niet veranderd. Er zijn verschuivingen geweest van zorggroep Beschouwend naar zorggroep Snijdend. Hiermee is de manager van zorggroep Snijdend verantwoordelijk geworden voor de Zelfstandig Behandelkamers. Dit heeft dit geen impact gehad op de organisatiestructuur waardoor de resultaten niet zijn vertekend.

Aan de hand van deze bestaande theorieën is het onderzoek opgestart om vervolgens dit te toetsen binnen het Máxima MC bij de Zelfstandig Behandelkamers in Veldhoven. Uit de literatuur van de efficiëntie van de organisatiestructuur bleek dat zeven factoren hier een reducerend of stimulerend effect op kunnen hebben. De theorie van de factoren is geoperationaliseerd om het begrip meetbaar te maken. De waarnemingen zijn op basis van de interviews gericht op het toetsen van de theorie. Uit de interviews komt een duidelijk verband naar voren tussen de factoren en de efficiëntie van de organisatiestructuur. De factoren bieden ieder een deel van het antwoord van de hoofdvraag, welke moet worden samengebracht. Dit houdt in dat alle factoren die vanuit de literatuur naar voren kwamen ook daadwerkelijk een

effect hebben op de efficiëntie van de organisatiestructuur. Uit de theorie bleek echter dat automatisering een effect kon hebben op het verbeteren van de efficiëntie van de organisatiestructuur. Echter blijkt het binnen deze context het lastig om het proces te automatiseren. In de factor automatisering wordt momenteel geen nuance aangebracht gezien het feit dat de omstandigheden in een ziekenhuiscontext anders zijn dan in andere sectoren. Hierdoor zijn de mogelijkheden tot automatisering kleiner dan de theorie laat lijken.

Dit onderzoek heeft aangetoond dat efficiëntie van de organisatiestructuur een kernfacet is van het efficiëntiedomein. De factoren van dit onderzoek hebben verklaard dat verbeteringen noodzakelijk zijn voor meer efficiëntie van de organisatiestructuur. Verder onderzoek is nodig om deze ontwikkeling voort te zetten, aangezien de procesmatige kant van efficiëntie belangrijk blijkt te zijn voor het bevorderen van efficiëntie binnen organisaties. De ontwikkeling kan gericht zijn op onderzoek naar meer factoren en de onderlinge samenhang tussen die factoren.

De inhoudelijke kennis binnen het ziekenhuis heeft de onderzoeker door de stage opgedaan. Dit heeft invloed op de betrokkenheid wat de objectiviteit zou kunnen beïnvloeden. Om dat zo veel te gaan heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van reflectieve memo's.

6.1.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd met een scope. Hierdoor zijn er altijd onderdelen die buiten de scope vallen. Dit heeft deels te maken met de tijd en de omvang van de master thesis maar ook met ideeën en inzichten die worden opgedaan tijdens of na het uitvoeren van het onderzoek.

Dit onderzoek was kwalitatief van aard. Om deze reden zijn er veel argumentaties en visies achterhaald bij de respondenten. Een vervolgonderzoek kan uitgevoerd worden aan de hand van een multiple case study of een between case study. Het kan waardevol zijn om hetzelfde onderzoek uit te voeren in andere ziekenhuizen. Vervolgens zouden deze onderzoeken vergeleken kunnen worden. Heeft de context bijvoorbeeld meer of minder invloed bij een academisch ziekenhuis? Een ander ziekenhuis kan zijn organisatiestructuur op een andere manier hebben ingericht waardoor andere factoren wellicht een verklaring kunnen geven voor de (in)efficiëntie van de organisatiestructuur.

In een vervolgonderzoek kan er verder gekeken worden naar de patiëntbeleving/patiënttevredenheid rondom de efficiëntie van de organisatiestructuur. Heeft de efficiëntie van de organisatiestructuur een effect op de patiëntbeleving of juist niet. Aangezien dit onderzoek is uitgevoerd binnen een ziekenhuis zal het waarde toevoegen wanneer achterhaald kan worden of een efficiëntere organisatiestructuur een positief effect heeft op de patiëntbeleving.

Tot slot kan het waardevol zijn om na de invoering van de aanbevelingen te onderzoeken of de aanbevelingen hebben geleid tot het gewenste effect, een grotere efficiëntie van de organisatiestructuur. Indien dit het geval is welke aanbeveling(en) hier een rol in hebben gespeeld? Dit kan waarde toevoegen voor andere ziekenhuis(onderdelen) omdat een efficiëntie van de organisatiestructuur wenselijk is binnen de gehele zorginstelling.

6.2 Conclusie

Hoofdvraag:

Welke factoren verklaren de efficiëntie van de organisatiestructuur waarop de Zelfstandig Behandelkamers nu worden benut en indien er sprake is van inefficiëntie op welke wijze kan het Máxima MC dit verbeteren?

Om antwoord te geven op de hoofdvraag worden de factoren die zijn opgesteld aan de hand van de literatuur naast de hoofdvraag gelegd. Op deze manier wordt inzichtelijk welke factoren een verklaring bieden voor de huidige inefficiëntie van de organisatiestructuur op de Zelfstandig Behandelkamers. Hiermee kan tevens gekeken worden wat er verbeterd moet worden om meer efficiëntere organisatiestructuur te bereiken. In de volgende paragraaf wordt er ingegaan op het tweede deel van de hoofdvraag.

Het centrale begrip van het onderzoek betreft de efficiëntie van de organisatiestructuur. Uit de interviews kwam naar voren dat er momenteel niet geheel sprake is van efficiëntie van de organisatiestructuur. Dit komt de productiegrens momenteel niet bereikt wordt. Tijdens de behandelingen is de personele inzet redelijk in balans. De noodzakelijke personele inzet gedurende de dag matig. Geregeld is er een verpleegkundige aanwezig op de Zelfstandig Behandelkamers terwijl er geen behandelingen uitgevoerd worden. De tweede dimensie, oftewel allocatieve efficiëntie, is redelijk goed in evenwicht. Dit houdt in dat de zorg van de Zelfstandig Behandelkamers nauwelijks ten koste gaat van de zorg van andere patiënten, het gaat hier om planbare zorg. Uit de indicatoren van efficiëntie van de organisatiestructuur kan geconcludeerd worden dat nog niet alle indicatoren optimaal zijn waardoor men kan spreken van een inefficiënte organisatiestructuur.

De eerste factor is, prestatiegerichte werkcultuur onderzocht. Er is sprake van routinematige en basale ingrepen waarbij zich weinig verschillen voordoen. Echter is er geen sprake van uniformiteit bij het materiaalgebruik, afdekken en verbinden van de patiënten, hierin hebben artsen hun eigen gewoonten. De verpleegkundigen worden grotendeels door externe factoren gestimuleerd. Dit is contrasterend met de rest van de respondenten, zij worden intrinsiek gemotiveerd bij het uitvoeren van de werkzaamheden. Er kan hieruit geconcludeerd worden dat momenteel de prestatiegerichte werkcultuur een verklaring biedt voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Ten aanzien van de factor geschikte communicatie is er een gelijkgestemd beeld onder de verschillende respondenten. De communicatie tijdens een behandeling is helder, de verpleegkundigen en de artsen weten wat ze van elkaar verwachten. Hierdoor is er minimale communicatie nodig. De communicatierichting is zowel opwaarts als neerwaarts. De communicatielijnen kunnen wel verbeterd worden, bijvoorbeeld door een overlegstructuur. Wel kan men al spreken van een geschikte communicatie omdat een regelmatige overlegstructuur niet noodzakelijk is volgens de literatuur. Hierdoor geeft geschikte communicatie slechts deels een verklaring voor de efficiëntie van de organisatiestructuur van de Zelfstandig Behandelkamers van de Zelfstandig Behandelkamers.

De derde factor betreft strategisch plannen. De meeste respondenten zijn grotendeels toekomstgericht ingesteld. Het maken van voorspellingen is daarentegen wel homogeen, alle respondenten maken matig gebruik van voorspellingen. De voorspellingen zijn namelijk erg

oppervlakkig. De factor strategisch plannen biedt hierdoor deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

De mate waarin de afdeling Zelfstandig Behandelkamers flexibel is geeft een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Uit de interviews blijkt dat de afdeling Zelfstandig Behandelkamers grotendeels wordt beïnvloed door de omgeving en zelf niet tot nauwelijks andere afdelingen beïnvloedt. De verpleegkundigen moeten zich aanpassen aan de specialismen wat een groot effect heeft op de werkzaamheden van de Zelfstandig Behandelkamers.

De vijfde factor betreft de inrichting van de werkprocessen van de Zelfstandig Behandelkamers. De artsen werken hoofdzakelijk aan de hand van gewoonten, waar zij zich sterk aan vasthouden. Momenteel kan er nog progressie geboekt worden rondom het evenwicht tussen relevante en irrelevante werkzaamheden. Zo sluiten vraag en aanbod op dit moment niet goed op elkaar aan. Hierdoor geeft de inrichting van de werkprocessen een grote verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

Van de zesde factor, automatisering, is weinig sprake op dit moment. Momenteel worden er geen handelingen overgenomen door een systeem. Men denkt ook niet dat een systeem handelingen zal gaan overnemen in de toekomst gezien de eenvoud van de ingrepen en de kosten van een systeem. Ook van de reductie van administratieve werkzaamheden door de inzet van hulpmiddelen is nauwelijks sprake. Deze factor verklaart daarmee deels de inefficiëntie van de organisatiestructuur.

De laatste factor betreft het borgen van de kwaliteit. De laatste jaren heeft er niet veel kwalitatieve vooruitgang plaatsgevonden van de behandeling. De patiëntbeleving is in kwaliteit wel vooruitgegaan volgens de artsen, zoals het gebruik van oplosbare hechtingen en webcam consulten waardoor mensen minder vaak op controle hoeven te komen. Reflectie en bijsturing gebeurt matig blijkt uit de interviews. De samenwerking tussen verschillende actoren met verschillende perspectieven is redelijk. Dit zou systematischer kunnen volgens de respondenten. De factor borgen van de kwaliteit draagt daarmee bij aan de inefficiëntie van de organisatiestructuur van de Zelfstandig Behandelkamers.

6.3 Aanbevelingen Máxima MC

Het externe doel van deze scriptie was om aanbevelingen te kunnen doen om teneinde de inrichting van de efficiëntie van de organisatiestructuur te verbeteren mist er sprake was van suboptimaliteit. Deze scriptie geeft meerdere handvaten daartoe verspreid over verschillende factoren. Bij deze aanbevelingen dient er rekening gehouden te worden met de context van het onderzoek, zoals de professionals en de street-level bureaucraten die werkzaam zijn binnen het Máxima MC op of voor de Zelfstandig Behandelkamers.

Prestatiegerichte werkcultuur

Om ervoor te zorgen dat prestatiegerichte werkcultuur een positief stimulerend effect heeft op de efficiëntie van de organisatiestructuur zijn er aanbevelingen opgesteld die de score op deze factor verbeteren. Om een positieve bijdrage te leveren aan de efficiëntie van de organisatiestructuur is het van belang om de intrinsieke motivatie van de verpleegkundigen te

vergroten. Dit kan door de verpleegkundigen kennis te laten maken met andere werkwijze. Doordat men bijleert en ontwikkelt zal de intrinsieke motivatie toenemen. Daarnaast is het belangrijk dat medewerkers hun verantwoordelijkheid krijgen en nemen, dit komt de intrinsieke motivatie tevens ten goede. De verpleegkundigen zouden de patiënt in de behandelkamer kunnen plaatsen waar op dat moment nog geen behandeling is. De verpleegkundigen zouden de patiënt kunnen desinfecteren en afdekken en ondertussen wat geruststellen voor de ingreep. Hierdoor kan de arts bij binnenkomst vrijwel direct beginnen met de behandeling. Dit zou zowel met een tweekamersysteem als met een roulatiesysteem kunnen plaatsvinden wanneer meerdere specialismen op hetzelfde dagdeel gebruik willen maken van de Zelfstandig Behandelkamers. Het roulatiesysteem houdt in dat wanneer er twee specialismen tegelijk bezig zijn er continu twee kamers worden gebruikt. De leegstaande kamer wordt voorbereid voor de eerstvolgende ingreep. De kamer waar de eerste arts zijn ingreep had uitgevoerd wordt vervolgens klaargemaakt voor de volgende ingreep van arts twee. Hiermee ontstaat er roulatie. De verpleegkundige krijgt een centralere rol tijdens de behandelingen, oftewel meer verantwoordelijkheid. Wanneer de arts doorgaat naar de andere kamer, waar een andere verpleegkundige hetzelfde heeft gedaan, wordt de patiënt verbonden door de verpleegkundige en krijgt de patiënt uitleg over de nazorg. De artsen zullen moeten voldoen aan meer uniformiteit, wat eraan bijdraagt dat het voor de verpleegkundigen makkelijker werken wordt. De handelingen die de verpleegkundige kan uitvoeren worden door de verpleegkundige gedaan. Dit draagt er tevens aan bij dat dezelfde behandeling even lang duurt wat de implementatie van het tweekamersysteem of roulatiesysteem vereenvoudigt.

Geschikte communicatie

Binnen de opwaartse en neerwaartse communicatie blijkt het van belang dat er sprake is van een duidelijke communicatiestructuur. Het is verstandig om een regelmatige overlegstructuur in te bouwen, waarbij de verpleegkundigen van de Zelfstandig Behandelkamers worden meegenomen. De verpleegkundigen van de Zelfstandig Behandelkamers zijn een belangrijke actor op de afdeling Zelfstandig Behandelkamers. Om hun intrinsieke motivatie (onderdeel van factor 1) te bevorderen is het tevens van belang dat de verpleegkundigen een centralere rol krijgen. Meenemen in overleggen over de Zelfstandig Behandelkamers draagt hieraan bij. Hierbij is het van belang dat het afdelingshoofd van de Zelfstandig Behandelkamers als een schakelfiguur (linking pin) fungeert tussen de specialismen, het management en de verpleegkundigen. Daarnaast dient het afdelingshoofd deze overlegstructuur op te zetten waarbij men van tevoren weet wat de frequentie van overleg is.

Strategisch plannen

Om in een grotere mate te kunnen spreken over strategisch plannen is het van belang dat de verpleegkundigen meer bezig zijn met doelen die ze willen bereiken. Dit kan door middel van brainstormsessies met het afdelingshoofd van de Zelfstandig Behandelkamers. Maar dit zou ook af en toe kunnen plaatsvinden met de verschillende specialismen afzonderlijk en de verpleegkundigen. Zo kan gekeken worden of de ideeën overeenstemming hebben en, indien dit het geval is, of het toepasbaar is. Wat de strategisch planning nog verder zou kunnen

vergroten is het gebruik van een overzicht voor de chirurgen. In dit overzicht komen de patiënten die rechtstreeks vanuit de huisarts worden doorgestuurd naar de Zelfstandig Behandelkamers. Het is dan van belang dat eenmaal per week één van de chirurgen kijkt in dit overzicht. Er dient dan een onderscheid gemaakt te worden tussen patiënten die gelijk naar de Zelfstandig Behandelkamers kunnen, eerst een afspraak op de polikliniek nodig hebben of patiënten die niet geopereerd worden. Dit voorkomt dat er patiënten op de planning staan bij de Zelfstandig Behandelkamers die uiteindelijk niet geopereerd worden.

Flexibiliteit

Momenteel is flexibiliteit een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Het is van belang dat de verpleegkundigen de centrale rol (factor 1) op zich gaan nemen. Hierdoor krijgen ze meer vastigheid binnen de eigen organisatie waardoor zij niet alleen beïnvloed worden door de omgeving maar ook zelf invloed kunnen uitoefenen. Daarnaast is het verstandig om in de zomervakantie en rond de kerst te werken met een reductie-rooster. Zo zijn de plekken die beschikbaar zijn beter gevuld en zullen programma's minder snel op het laatste moment terug worden gegeven. Daarbij aansluitend is het van belang dat 'teruggeefgedrag' niet wordt geaccepteerd. Hiermee dient de afdeling Zelfstandig Behandelkamers een meer centrale positie in te nemen wat ten goede komt aan de eigen regie en daarmee flexibiliteit.

Inrichting werkprocessen

De inrichting van de werkprocessen geeft deels een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur op de Zelfstandig Behandelkamers. Het is van belang dat er een verandering optreedt binnen de factor inrichting werkprocessen. Het kan zinvol zijn om een richtlijn te maken 'zo werken wij hier op de Zelfstandig Behandelkamers'. Hierin kan worden beschreven tot welk moment specialismen sessies kunnen teruggeven om het 'teruggeefgedrag' te reguleren. Dit dient te voorkomen dat personeel aanwezig is terwijl er geen behandelingen gepland zijn. Daarnaast dienen de artsen gebruik te maken van de protocollen die er gelden waardoor zich minder verschillen voordoen bij gelijke behandelingen. Zo is het waardevol wanneer de verpleegkundigen in alle gevallen de patiënt halen, afdekken en na de behandeling ook verbinden. Het reduceren van de verschillen maakt het voor de verpleegkundigen prettiger werken. Een andere aanbeveling is dat de verpleegkundigen op verschillende tijden starten en eindigen met hun werkdag. Degene die de dag een half uur eerder start maakt alles klaar voor de eerste behandelingen. Degene die een half uur later start, zorgt ervoor dat na de laatste behandeling de Zelfstandig Behandelkamers correct worden achtergelaten. Dit draagt bij aan dat er optimaal gebruik gemaakt kan worden van de behandel tijd zonder dat hiervoor meer personeelsuren nodig zijn.

Automatisering

Er zijn geen verbetermogelijkheden bekend voor de factor automatisering waardoor deze factor een verklaring biedt voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur. Ondanks dat het overnemen van handmatige werkzaamheden tijdens een behandeling wenselijk zal zijn volgens de literatuur blijkt dit in de praktijk niet het geval. De eenvoud van de ingreep weegt niet op

tegen de kosten en complexiteit van een systeem. Wel is het verstandig om te achterhalen welke mogelijkheden HIX biedt voor het eenvoudiger inrichten van de omgeving. Op deze manier kan voorkomen worden dat medewerkers velden meermaals moeten invullen of velden die niet van toepassing zijn voor het type behandeling moeten invullen.

Borgen van de kwaliteit

Het borgen van de kwaliteit kan verder geoptimaliseerd worden, want momenteel geeft het borgen van de kwaliteit een verklaring voor de inefficiëntie van de organisatiestructuur op de Zelfstandig Behandelkamers. Het borgen van de kwaliteit kan verbeterd worden door samenwerking volgens een vaste lijn waarbij ook de verpleegkundigen worden betrokken. De samenwerking zal hierdoor frequenter en structureler gaan plaatsvinden. Daarnaast zijn er nog twee kleine aanbevelingen die meegenomen kunnen worden om deze factor te verbeteren. De verpleegkundigen kunnen de dag na de ingreep de patiënten nabellen hoe het momenteel met de patiënten gaat en of ze ergens last van hebben. Op deze manier vindt er frequenter reflectie en bijsturing plaats over de behandeling. Dit maakt het mogelijk om vanuit verschillende perspectieven de kwaliteit van de behandeling te beoordelen. Tot slot kan de kwaliteit voor de patiëntbeleving geoptimaliseerd worden wanneer er gebruik wordt gemaakt van muziek op de Zelfstandig Behandelkamers. Wanneer de patiënt een album/afspeellijst mag kiezen zal dit eraan bijdragen dat de patiënt meer ontspannen de behandeling ondergaat.

Literatuurlijst

- Aardal, K., van Barneveld, T., van den Berg, P., Bhulai, S., van Buuren, M., van Essen, T., ... & van der Mei, R. (2015). Van reactieve naar proactieve planning van ambulancediensten. *Nieuw archief voor wiskunde*
- Adang, E. (2005). Doelmatigheid van ziekenhuizen. *Economisch Statistische Berichten*, 90, 40-41.
- Alblas, G., & Wijsman, E. (2013). *Gedrag in organisaties* (6de editie). Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Albrow, M. (1970). *Bureaucracy*. Macmillan International Higher Education.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., van der Velden, T., & de Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (3de editie). Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Baarda, B., Bakker, E., van der Hulst, M., Julsing, M., Fischer, T., van Vianen, R., & de Goede, M. (2015). *Basisboek methoden en technieken* (5de editie). Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Batenburg, R. S., & Groenewegen, P. P. (2001). *Een kwestie van vertrouwen: Over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen* (Vol. 76). Amsterdam University Press.
- Bleijenbergh, I. (2016). *Kwalitatief onderzoek in organisaties* (2de editie). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Bommeljé, Y., & Folkerts, K. (2016). Leidinggeven aan professionals: niet doen!. *Sociaal Bestek*, 78(2), 24-26.
- Bos, A. (2010, 8 februari). *Hoe beïnvloeden strategische keuzes de kwaliteit van zorg in de veranderende ziekenhuismarkt?* Geraadpleegd op 10 maart 2020, van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/40189>
- Brandsen, T. & Honingh, M. (2013). Professionals and shifts in governance. *International Journal of Public Administration*, 36 (12) 876-83.
- Brandsen, T., Oude Vrielink, M., & Collignon, L. (2012). Street-level bureaucrats tussen organisaties: de hernieuwde relevantie van Lipsky's werk. *Vrij Bestuurskunde*, (3), 46-56.
- Broekhuizen, L. (2013). U vraagt niet, wij draaien toch. *Huisarts en wetenschap*, 56(5), 198-198.

- Brugman, T. (2007). *Tussen orde en chaos: de bijdrage van personeelsplanningssystemen aan de flexibiliteit van de organisatie* (Doctoral dissertation, University of Twente).
- Centraal Planbureau. (2015). *Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Cogin, J. A., Ng, J. L., & Lee, I. (2016). Controlling healthcare professionals: how human resource management influences job attitudes and operational efficiency. *Human resources for health*, 14(1), 55.
- Crijns, J. (2008). *Een postmoderne kijk op cultuurverandering: Ontwikkeling van een model voor cultuurverandering*. Open Universiteit.
- Damen, J., Van Leeuwen, H. J., Van Zanten, A. R. H., Bakker, J., Richtlijnontwikkeling, N. D. N. C., & NVIC, E. (2002). Verbeteren klinische richtlijnen de kwaliteit van zorg op de intensive care? *Neth J Crit Care*, 6(3), 30-39.
- De Craemer, M. (2006). *De planning van operaties in ziekenhuizen en de gevolgen voor HRM*. (Master Thesis, Universiteit Gent).
- De Kam, G. R. W. (2007). Onderzoek effectiviteit en efficiëntie van gebiedsgerichte arrangementen wonen zorg en welzijn.
- Dennis, P. (2015). *Lean Production Simplified (3th edition)*. Abingdon: Taylor & Francis Group.
- De la Rambelje, N. (2017). Efficiënt meten en effectief gebruik van de ziekenhuisbrede verpleegsensitieve indicatoren pijn en ondervoeding. *Nederlandse federatie van UMC's consortium kwaliteit van zorg*.
- Den Hartog, M., & Janssen, R. T. J. M. (2014). Ontwikkeling van de marktstructuur van Nederlandse ziekenhuizen 1978 tot 2013. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 92(8), 334-341.
- Depré, E. P. D. R., Vandenabeele, W., & Hondeghem, A. (2004). Sturing van HRM binnen Beter Bestuurlijk Beleid: Strategisch HRM en indicatoren. *Steunpunt bestuurlijke organisatie Vlaanderen. Spoor human resources management*.
- De Regge, M. (2015). Ruimte voor meer efficiëntie in voorspelbare zorg. *Zorgwijzer*, (55), 24-25.
- De Taskforce. (2018). *Juiste zorg op de juiste plek - Wie durft?* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- De Vries, M. S. (2016). *Understanding Public Administration* (1st druk). New York, Verenigde Staten: Macmillan Publishers.

- De Witte, K. (2015). Hoe referenda kunnen bijdragen tot een efficiëntere lokale overheid. *CES-Leuvense Economische Standpunten, LES (S) 2015/150*, 1-4.
- Dijkstra, G. (2012). Botsende waarden in en rond publieke organisaties. *Intreerede*, (De Haagse Hogeschool).
- Does, R. J. M. M. (2008). Interview Ronald Does: Efficiëntie, doeltreffendheid en patiëntveiligheid in de zorg. *KiZ: tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg*, 18.132-133.
- Dulmen, S. V., Weert, J. V., & Jansen, J. (2011). *Communiceren in de zorg*. (1^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers
- Emmerik, E. (2012). *Kwaliteitsmanagement*. (2^e druk). Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Drucker, P. F. (1995). *People and performance: The best of Peter Drucker on management*. Routledge.
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde* (tweede druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers
- Florentino, G. H. P., Paz de Aruajo, C. A., Bezerra, H. U., Junior, H. B. deA., Xavier, M. A., de Souza, V. S. V., Brandao, G. B. (2008). Hospital automation system RFID-based: Technology embedded in smart devices (cards, tags and bracelets). *2008 30th Annual International Conferene of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*. <https://doi.org/10.1109/iembs.2008.4649441>
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Gadellaa, S., Curry, D., & Van de Walle, S. (2015). *Hoe bestuurskundig is de bestuurskunde?* (Aflevering 3). Bestuurskunde. Geraadpleegd van [https://tijdschriften-boombestuurskunde-nl.ru.idm.oclc.org/tijdschrift/bk/2015/3/Bk_0927-3387_2015_024_003_007/fullscreen#:~:text=De%20belangrijkste%20disciplines%20waaruit%20de,Van%20Twist%20\(2007%2C%20p](https://tijdschriften-boombestuurskunde-nl.ru.idm.oclc.org/tijdschrift/bk/2015/3/Bk_0927-3387_2015_024_003_007/fullscreen#:~:text=De%20belangrijkste%20disciplines%20waaruit%20de,Van%20Twist%20(2007%2C%20p)
- Gomez-Mejia, L. R., Balkin, D. B., Cardy, R. L., & Brouwer, D. (2015). *Personeelsmanagement* (7de editie). Amsterdam, Nederland: Pearson Benelux B.V.
- Groot, W. (2008). Kwaliteit door marktwerking. *Economisch Statistische Berichten*, 93(4528), 79.
- Gruening, G. (2001). Oorsprong en theoretische basis van New Public Management. *International public management journal*, 4 (1), 1-25.

- Grunig, J. E., & Grunig, L. A. (1992). Models of public relations and communication. *Excellence in public relations and communication management*, 1992, 285-325.
- Gupta, A. K., & Arora, S. K. (2011). *Industrial automation and robotics*. Laxmi Publications.
- Hageman, A. (2016). Veerkracht. *Nursing*, 22(5), 3-3.
- Hennekes, M. (2017). Hoe de meest gezonde gezondheidsstructuur koppelen? Determinanten van de efficiëntie van de zorgstructuur in OESO-landen.
- Hines, P., Found, P., Griffiths, G., & Harrison, R. (2011). *Staying Lean: thriving, not just surviving*. CRC Press.
- Hoekstra, A. (2015). *Naar een integriteitsbevorderende cultuur een integrale aanpak*. Geraadpleegd op 2 april 2020, van https://www.researchgate.net/profile/Alain_Hoekstra/publication/303287639_Naar_ee_n_integriteitsbevorderende_cultuur/links/5742f31608aea45ee84a7391/Naar-een-integriteitsbevorderende-cultuur.pdf
- Hollingsworth, B., Dawson, P.J. & Maniadakis, N. (1999). Efficiency Measurement of Health Care: A Review of Non-Parametric Methods and Application. *Health Care Management Science*, 2(3), P. 161-172.
- Home, J. F., III, & Orr, J. E. (1997). Assessing behaviors that create resilient organizations. *Employment Relations Today*, 24(4), 29-39. <https://doi.org/10.1002/ert.3910240405>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Hoyle, L. (2014). 'I mean, obviously you're using your discretion': Nurses use of discretion in policy implementation. *Social Policy and Society*, 13(2), 189-202.
- Huizingh, E. (2015). *Innovatiemanagement*. (3^e druk). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Hupe, P. & Hill, M. (2007). Street-level bureaucracy and public accountability. *Public administration*, 2007, 85:2: 279-299.
- Kalberg, S. (1980). Max Weber's types of rationality: Cornerstones for the analysis of rationalization processes in history. *American journal of sociology*, 85(5), 1145-1179.
- Kleinknecht, A., Oostendorp, R., & Pradhan, M. (1997). Flexibiliteit en prestaties. *Economische-Statistische Berichten*, 869-870.
- Kloeze, J. (2019). Vertrouwen Verdienen. *Zorgvisie*, 49(4), 56-62.

- Kotter, J.P. (1996). *Leiderschap bij verandering* (1e de editie). Den Haag, Nederland: BIM Media.
- Koppenjan, J.F.M. (2012). *Het verknijpte bestuur*. De Haag: Eleven International Publishing
- Krogstad, U., Hofoss, D. A. G., & Hjortdahl, P. E. R. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 491-497.
- Kumar, S., & Sosnoski, M. (2009). Using DMAIC Six Sigma to systematically improve shopfloor production quality and costs. *International Journal of Productivity and Performance Management*.
- Lipsky, M. 1980. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lubberding, J., & Lubberding, R. (2010). *Zo maak je een veranderplan* (1ste editie). Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Mackor, A. R. (2011). Grenzen aan professionele autonomie. *Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van gewoon hoogleraar professie-ethiek, in het bijzonder van juridische professies*, 25.
- Mauksch, L. B., Dugdale, D. C., Dodson, S., & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Archives of internal medicine*, 168(13), 1387-1395.
- Mintzberg, H. (1987). *Crafting strategy* (pp. 66-75). Boston, MA: Harvard Business School Press.
- MMC. (2020, 28 januari). *Profiel*. Geraadpleegd op 31 maart 2020, van <https://www.mmc.nl/over-ons/profiel/>
- Myers, M. D. (2013). *Qualitative Research in Business & Management* (2nd edition editie). Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- Neuman, L. W. (2014). *Social Research Methods: quantitative and qualitative measurement*. Pearson New International ed of 7th Revised ed). Londen, UK: Pearson Higher Education.
- Nijmeijer, K. J. (2008). *Op zoek naar flexibiliteit: een verkennend onderzoek naar een flexibel en toekomstbestendig productieplanningsmodel voor het Oogziekenhuis Rotterdam* (Doctoral dissertation, Erasmus Universiteit).
- Noens, W. (2019). *De impact van interdisciplinair samenwerken op verpleegkundigen werkdruk binnen ziekenhuizen*. Universiteit Gent

- Osborne, S.P., Radnor, Z. & Nasi, G. (2013). A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant approach. *American Review of Public Administration*, 43(2) 135– 158.
- Pacilly, A. (1995). Kinderen, verpleegkundigen en ouders: een kwestie van communicatie. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 23, 696 – 700.
- Palmer, S., & Torgerson, D. J. (1999). Definitions of efficiency. *Bmj*, 318(7191), 1136.
- Philips, W. (2000). *Kantoorautomatisering: Modelleren en automatiseren van workflow en bedrijfsprocessen*. Universiteit Gent.
- Plochg, T., & Van Zwieten, M.C.B. (2007). Kwalitatief onderzoek. In T. Plochg, R.E. Juttman, N.S. Klazinga & J.P. Mackenbach (Reds.), *Handboek Gezondheidszorgonderzoek* (pp. 77-93). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Polder, J. J. (2008). *Veelkleurig grijs-Economische aspecten van volksgezondheid en zorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.
- Pool, A. (2003). Belevingsgerichte zorg. *Rehabilitatie: dat is toch normaal?!*, 39.
- Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*, 248(4), 503-509.
- Rainey, H.G. (2014). *Understanding and managing public organisations (5e druk)*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Reulink, N., & Lindeman, L. (2005). Kwalitatief onderzoek. *Participerende observatie, interviewen*, 16, 17.
- Reynolds, A., & Timmons, S. (2005). The doctor-nurse relationship in the operating theatre. *British Journal of Perioperative Nursing (United Kingdom)*, 15(3), 110-115.
- Robbins, S.P. & Coulter, M. (2007). *Management in sociaalpedagogische beroepen*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Roberts, N., & Stockport, G. J. (2009). Defining strategic flexibility. *Global Journal of Flexible Systems Management*, 10(1), 27-32.
- Ruijters, M. C. P., Simons, R. J., & Veldkamp, I. (2009). Duurzaam lerende organisaties: Leidt uw organisatieontwikkeling tot uitputting of veerkracht?. *Tijdschrift voor HRM*, (4), 66-81.
- Salah, S., Rahim, A., & Carretero, J. A. (2010). The integration of Six Sigma and lean management. *International Journal of Lean Six Sigma*.
- Smeters, F. (2007). *Samenwerken in teams, een vanzelfsprekendheid?: een onderzoek naar condities die het samenwerken van professionals in team beïnvloeden* (1ste editie). Geraadpleegd van <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/30069>

- Smit, R. (2012). *Workflow management proces herontwerp: het analyseren, herontwerpen en implementeren van het investeringsprojecten proces bij Elementis Specialties* (Bachelor's thesis, University of Twente).
- Stanton, P., Gough, R., Ballardie, R., Bartram, T., Bamber, G. J., & Sohal, A. (2014). Implementing lean management/Six Sigma in hospitals: beyond empowerment or work intensification?. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(21), 2926-2940.
- Steigenga, W. (1974). Beheersbare toekomst? *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 65(4), 262-270.
- STZ ziekenhuizen. (2020). *Strategie*. Geraadpleegd op 29 april 2020, van <https://www.stz.nl/2143/over-ons/strategienota>
- Thuis, P. (2014). *Organisatiekunde*. Groningen: Noordhoff Uitgevers
- Tompkins, J. (2005). *Organization Theory and Public Management*. Boston: Cengage Learning.
- Torring, J., & Triantafillou, P. (2013). What's in a name? Grasping new public governance as a political-administrative system. *International Review of Public Administration*, 18(2), 9-25.
- Trip, A., Jong, L. D., & Does, R. J. M. M. (2009). Betere en efficiëntere zorg met Lean Six Sigma. *KiZ: tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg*, 19.
- Tummers, L., & Bekkers, V. (2014). Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), 527-547.
- Van Damme, E. E. C., Teulings, C. N., & Theeuwes, J. J. M. (2006). Zoals algemeen bekend. *Tijdschrift voor het Economisch Onderwijs*, 25(2), 66-71.
- Van der Aa, P. H. J. (2012). *Activeringswerk in uitvoering. Bureaucratische en professionele dienstverlening in drie sociale diensten* (Doctoral dissertation, Utrecht University).
- Van Everdingen, M. A. (2013). *Wanneer is een systeem goed? Een eerlijk vs. een rechtvaardig systeem en de consequenties voor de samenleving* (Master's thesis).
- Van der Heijden, J. P., de Keizer, N. F., & Phyllis, I. (2012). Teledermatologisch consult door de huisarts: betere zorg tegen lagere kosten. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 156, A4253.

- Van de Werfhorst, H. (2015). De achterkant van autonomie: maatwerk, sturing en ongelijkheid. *Nederlands Tijdschrift voor Onderwijsrecht en Onderwijsbeleid*, 286-293.
- Van Dijk, M. P. (2006). Water: verhoging van efficiëntie blijft een uitdaging. *Economisch-Statistische Berichten*.
- Van Loghum, B. S. (2011). 8 Werknemers zorg vrezen forse kwaliteitsafname door bezuinigingen. *Zorg en Financiering*, 10(1), 33-34.
- Van Oosten, J. N. A., van Velzen, R. C. G., Klein, P. D., Snijders, T., & Hardjono, T. W. (2007). *Procesmanagement en de SqEME®-benadering* (3e druk). Deventer, Nederland: Kluwer.
- Van Noort, R. (2004). *Zelfsturing en zelfregulatie: Op zoek naar kenmerkende competenties van de nieuwe professional*. Decenter: Kluwer.
- Van Thiel, S. (2015). *Bestuurskundig onderzoek* (3^{de} editie). Bussum: Coutinho.
- Valdmanis, V. G., Rosko, M. D., & Mutter, R. L. (2008). Hospital quality, efficiency, and input slack differentials. *Health services research*, 43(5p2), 1830-1848.
- Verlet, D., & Devos, C. (2010). Efficiëntie en effectiviteit als twee maten en gewichten in de publieke schaal: Een inleidende beschouwing. In *Efficiëntie en effectiviteit van de publieke sector in de weegschaal* (Vol. 2, pp. 5-25). Diensten voor het Algemeen Regeringsbeleid, Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Vinkenburg, H. (1996). Kwaliteit; een intrigerend, maar onbepaald begrip. *Filosofie in bedrijf*, 21, 3-12.
- Volberda, H. W. (1990). Een flexibele organisatie als voorwaarde voor innovatie. *ERIM Article Series (EAS)*.
- Vos, L., Dückers, M., & Wagner, C. (2008). Evaluatie Sneller Beter pijler 3: resultaten van een verbeterprogramma voor ziekenhuizen. *NIVEL*
- Vries, H. D. (1985). Planning, toekomstonderzoek en scenario's. *Beleid en maatschappij*, 12(4), 94-101.
- Vries, H.J. de. (2002). *Procedures voor ISO 9000:2000* (4^e druk). Delft: Nederlands Normalisatie- instituut.
- Wackers, E. (2018). *Concentratie en integratie van zorg*. (Master Thesis, Radboud Universiteit).
- Wansink, W. (2012). Edith Schippers: 'Ziekenhuizen moeten op de blaren zitten'. *Skipr*, 5(4), 20-23.

- Weatherley, R., & Lipsky, M. (1977). Street-level bureaucrats and institutional innovation: Implementing special-education reform. *Harvard educational review*, 47(2), 171-197.
- Wildavsky, A. (1988) 'Playing it safe is dangerous'. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 8, 3, 283-287.
- Wilensky, H. L. (1964). The professionalization of everyone?. *American journal of sociology*, 70(2), 137-158.
- Wilson, I. (1994). Strategic planning isn't dead—it changed. *Long range planning*, 27(4), 12-24.
- Zetes. (2019). End-to end supply chain visibility. Geraadpleegd op 27 maart 2020, van <https://retailtrends.nl/news/58243/advertorial-weg-met-verspilling->

Bijlage 1: Interviewguide

Kennismaking

- Introductie van mijzelf en het doel van het onderzoek
- Waarborging anonimiteit & vertrouwelijkheid
- Vragen of er bezwaren zijn om het interview op te nemen, na interview wordt na de uitwerking vernietigt.
- De vragen in het interview zullen zich richten op efficiëntie van de organisatiestructuur en de factoren die hier mogelijk een invloed op hebben
- Het interview zal ongeveer één uur duren

Efficiëntie organisatiestructuur

- Kunt u me wat vertellen over uw functie?
- Op welke wijze bent u betrokken bij de (inrichting van) de Zelfstandig Behandelkamers?
- Kunt u mij iets vertellen over hoeveel patiënten er behandeld worden per dagdeel?
- Hoe wordt het maximum aantal patiënten bepaald?
- In hoeverre wordt het maximum nageleefd?
- Wat is volgens u de noodzakelijke hoeveelheid personeel voor de behandeling van een patiënt op de Zelfstandig Behandelkamer?
- Hoe is de balans tussen de Zelfstandig Behandelkamers en reguliere Operatie Kamer?
- Op welke wijze zorgt u ervoor dat deze balans zo optimaal mogelijk is?

Factor 1: prestatiegerichte werkcultuur

- Wat zijn de overeenkomsten in werkwijze van de artsen en verpleegkundigen tijdens het uitvoeren van eenzelfde behandeling op de Zelfstandig Behandelkamer?
- Op welke manier wordt u gestimuleerd om de kwaliteit van de werkzaamheden te verbeteren?

Factor 2: geschikte communicatie

- Kunt u mij iets vertellen over de wijze waarop er naar u gecommuniceerd wordt bij het uitvoeren van werkzaamheden?
- In hoeverre is de manier de communicatie eenduidig?
- Op welke wijze wordt informatie of kennis over de werkzaamheden hoofdzakelijk overgedragen tussen medewerkers en leidinggevendenden?

Factor 3: strategisch plannen

- Wat zijn voor u de werk gerelateerde doelen voor de komende jaren voor de Zelfstandig Behandelkamers?
- Heeft u voorspellingen over de ontwikkelingen die zich de komende jaren zullen voordoen?

Factor 4: flexibiliteit

- In welke mate moet de Zelfstandig Behandelkamer anticiperen op de afdelingen die handelingen verrichten op de Zelfstandig Behandelkamers?
- In welke mate beïnvloedt de Zelfstandig Behandelkamers de andere afdelingen die handelingen verrichten op de Zelfstandig Behandelkamers?

Factor 5: inrichting werkproces

- Hoe gedetailleerd is het werkproces uitgewerkt voor de handelingen op de Zelfstandig Behandelkamers?
- Wat zijn volgens u de werkzaamheden in het werkproces bij de Zelfstandig Behandelkamers die waarde toevoegen?
- Wat zijn volgens u de minder relevante werkzaamheden van het werkproces bij de Zelfstandig Behandelkamers?

Factor 6: automatisering

Veel handelingen worden door mensen uitgevoerd, echter zien we in het licht van de digitalisering dat een systeem handelingen kan overnemen of een hulpmiddel kan zijn.

- In hoeverre zijn er handmatige werkzaamheden die tijdens een behandeling worden overgenomen door een systeem?
- In welke mate zijn er hulpmiddelen die helpen bij het reduceren van de administratieve werkzaamheden?

Factor 7: borgen van kwaliteit

- Wat verstaat u onder een kwalitatief goede behandeling op de Zelfstandig Behandelkamers?
- Hoe heeft deze kwaliteit zich volgens u ontwikkeld de laatste jaren?
- Vindt en reflectie en bijsturing plaats over de kwaliteit van de behandeling?
- Welke actoren zijn er betrokken bij de kwaliteit van de Zelfstandig Behandelkamers?
- Welke perspectieven hebben de verschillende actoren?
- In welke mate werken deze actoren samen?

Afsluiting

- Aangeven dat de vragen van het interview beantwoord zijn
- Dank u wel voor uw moeite en tijd
- Vragen of de respondent interesse heeft in het ontvangen van de thesis

