

ZORG EN DOELMATIGHEID

Werklastonderzoek in algemene ziekenhuizen en
de belangen van verpleegkundigen

KEES QUAK
Vlaardingen, juni 1994

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Vakgroep Sociologie

Begeleider: Prof. Dr. W.S.P. Fortuyn

VOORWOORD

Of het feit dat ik met een verpleegkundige getrouwd ben oorzaak dan wel gevolg is voor mijn interesse in de ziekenhuisorganisatie is moeilijk te zeggen.

Vaststaat in ieder geval dat het onderwerp van deze scriptie een direct resultante is van deze belangstelling.

Het ziekenhuis wordt in de literatuur wel aangeduid als een complexe organisatie.

Wanneer men een probleem binnen zo'n organisatie gaat bestuderen blijkt al gauw hoe juist een dergelijke typering is.

Niettemin is alles toch nog tot een goed einde gebracht.

Dit is niet in de laatste plaats te danken aan mijn begeleider Prof. Dr. W.S.P. Fortuyn.

Ook veel dank ben ik verschuldigd aan Drs. A. Hartman, Dhr. P. Kamsteeg en Mevr. R. Vlooswijk, resp. hoofd personeel en organisatie, verdiepingshoofd interne geneeskunde/ cardiologie en projectleidster binnen de twee onderzochte ziekenhuizen in de Randstad. De bereidwillige medewerking van hen en andere medewerkers waarmee interviews zijn gehouden heb ik zeer op prijs gesteld.

Nico wil ik bedanken voor zijn hulp bij het construeren van de modellen en voor het meelesen van de scriptie-in-woording. Dank ook aan Mevr. Drs. H. Boeije van de studierichting BMG voor het lezen van het concept van deze scriptie en haar waardevolle commentaar hierop.

Bovenal wil ik ook Trudy bedanken voor haar steun. Zonder haar had het schrijven van deze scriptie een onmogelijke opgave geweest.

Mijn ouders wil ik tenslotte bedanken voor de kansen die ze mij gaven om uiteindelijk dit te bereiken. Aan hen draag ik ook deze scriptie op.

Vlaardingen, juni 1994.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1. Groeiende kosten in de gezondheidszorg	1
1.2. Het streven naar efficiëntie in algemene ziekenhuizen	2
1.3. Werklastmeting	3
1.4. Probleemstelling	3
1.5. Methode	4
1.6. Overzicht en opbouw.....	5
2. DE POSITIE VAN VERPLEEGKUNDIGEN BINNEN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS .	
6	
2.1. Inleiding.....	6
2.2. De gezondheidszorg in Nederland.....	6
2.3. Ontwikkeling van de organisatie van het algemeen ziekenhuis.....	7
2.4. De complexe organisatie van het ziekenhuis.....	9
2.5. Het ziekenhuis als professionele bureaucratie	10
2.5.1. Inleiding.....	10
2.5.2. Bureaucratie.....	10
2.5.3. Professie	12
2.5.4. De professionele bureaucratie	13
2.6. De professionele bureaucratie en verpleegkundigen: belangen en macht	
15	
3. DE VERPLEEGKUNDIGEN EN HUN BELANGEN	18
3.1. Inleiding.....	18
3.2. Het ontstaan van het verpleegkundige beroep	18
3.3. Verplegen als beroep voor vrouwen	19
3.4. Verplegen heden ten dage	21
3.5. Verpleegkundigen, belangen en macht.....	23
3.6. Verpleegkundigen: macht en belangen tussen cultuur en structuur.....	26
4. WERKING EN ACHTERGRONDEN VAN WERKLASTONDERZOEK	28
4.1 Inleiding.....	28
4.2. Kostenbeheersing en werkdruk.....	28
4.3. De NZI-methode voor werklastonderzoek.....	29
4.4. Analyse en organisatieverbetering	31
4.5. Werklastonderzoek en verpleegkundigen	33
5. CASE-STUDY ZIEKENHUIS A EN B	34
5.1. Inleiding.....	34

5.2. Methodeverantwoording	34
5.3. Case study ziekenhuis A.....	38
5.3.1. Beschrijving van de organisatie van ziekenhuis A	38
5.3.2. Aanleiding voor en uitvoering van werklastonderzoek in ziekenhuis A.....	38
5.3.3. Werklastonderzoek en de belangen van verpleegkundigen in ziekenhuis A.....	40
5.4. Case study ziekenhuis B.....	42
5.4.1. Beschrijving van de organisatie van ziekenhuis B	42
5.4.2. Aanleiding voor en uitvoering van werklastonderzoek in ziekenhuis B.....	43
5.4.3. De belangen van verpleegkundigen bij het werklastonderzoek in ziekenhuis B.....	45
6. CONCLUSIE: BELANGEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN WERKLASTONDERZOEK.....	47
6.1 Inleiding.....	47
6.2. Conclusies.....	47
6.3. Aanbevelingen	50
6.4. Zorg en doelmatigheid onverenigbaar?	51
LITERATUURLIJST	53
BIJLAGE 1: PATIENTENCLASSIFICATIE	58
BIJLAGE 2: MULTI-MOMENT OPNAME	63
BIJLAGE 3: PERSONEELSBEZETTING.....	65
BIJLAGE 4: DOCUMENTENANALYSE	66

1. INLEIDING

1.1. Groeiende kosten in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg groeit. Simpel gesteld komt dit door twee ontwikkelingen. We kunnen meer en we willen meer.

Door de toegenomen technologische ontwikkeling is de medische wetenschap in staat het menselijk leven te verlengen en de kwaliteit ervan te verbeteren. Tegelijkertijd ontstaan er in de samenleving processen als medicalisering en proto-professionalisering (De Swaan, 1982). Gewone mensen zijn in toenemende mate in staat om hun gezondheidsproblemen te verwoorden in professionele termen. Ook zijn zij zich steeds meer bewust van ziekte en gezondheid en van de mogelijkheden om hierin in te grijpen. Hierdoor ontstaat er volgens de beleidsmakers in de gezondheidszorg min of meer, als een variant op de overvraging van het beleid in politiek-bestuurlijke termen, een 'overvraging' van de medische professie.

Deze ontwikkelingen hebben er gezamenlijk toe geleid dat de kosten voor de gezondheidszorg de laatste twintig jaar enorm zijn gestegen. De grote expansie vond plaats na de jaren '60. Tegelijkertijd met het economisch herstel in Nederland werden er op grote schaal intra-murale voorzieningen gebouwd, zoals o.a. nieuwe ziekenhuizen. Omdat er bovendien geen coördinatie op overheidsniveau bestond voor het beleid van ziekenhuizen kon elke plaatselijke gemeente, dan wel elke verzuiilde particuliere stichting, een eigen ziekenhuis oprichten (Scherpenisse, 1989).

Een aantal cijfers geeft de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg goed aan. Voor de gehele gezondheidszorg stegen de uitgaven van 2,3 miljard gulden in 1963 naar 52,6 miljard gulden in 1992. De zorgsector behoort daarmee tot een van de duurste sectoren van de overheid. Ter vergelijking: aan onderwijs en wetenschappen werd in 1992 32,1 mld uitgegeven, aan volkshuisvesting en ruimtelijk ordening 15,5 mld en ontwikkelingssamenwerking 6 mld. Slechts sociale zaken en werkgelegenheid heeft een hoger uitgavencijfer (Zorg in Nederland, 1992).

De uitgaven voor algemene ziekenhuiszorg (de ziekenhuizen waar voornamelijk somatische aandoeningen worden behandeld, dus hierbij horen niet de psychiatrische ziekenhuizen) bedroegen in 1992 zo'n 17 miljard gulden.

De overheid probeert op verschillende manieren de uitgaven voor de gezondheidszorg te beperken. Vanaf 1983 betekende dit voor ziekenhuizen dat ze te maken kregen met budgetfinanciering. Concreet betekent dit dat er niet langer onbegrensd verrichtingen kunnen worden uitgevoerd waarbij de nota's achteraf gedeclareerd worden. Ieder ziekenhuis kreeg een jaarbudget waardoor de financiële mogelijkheden ingeperkt werden.

Omdat er in dit systeem geen rekening werd gehouden met kostenstijgingen werd er naar een andere vorm van budgettering overgegaan. Sinds 1988 werkt men met 'functiegerichte' budgetten. Deze

houden rekening met het feitelijke werk wat in ziekenhuizen wordt verricht en passen aan dit criteria de budgetten per jaar aan.

1.2. Het streven naar efficiëntie in algemene ziekenhuizen

Een van de gevolgen van de invoering van budgetten voor ziekenhuizen is dat deze voortaan zullen moeten bezuinigen om de kosten binnen het budget te houden. Op diverse wijzen wordt getracht de budget overschrijdingen tegen te gaan.

Voor patiënten betekent dit o.a. dat er minder medische verrichtingen kunnen worden uitgevoerd binnen een bepaalde periode zodat wachtlijsten ontstaan, dat meer behandelingen plaatsvinden via dagbehandeling en dat veel medische verrichtingen poliklinisch uitgevoerd worden.

Voor verpleegkundigen binnen de ziekenhuisorganisatie, en zij staan in deze scriptie centraal, hebben de bezuinigingen ook een aantal ingrijpende gevolgen. Zo wordt er getracht het aantal verpleegdagen per patiënt te verkorten zodat een patiënt korter in het ziekenhuis verblijft. Voor verpleegkundigen betekent dit laatste een taakverzwaring omdat de zorg intensiever wordt wanneer het aantal verpleegdagen afneemt (Scherpenisse, 1989). Immers, binnen een korter tijdsbestek moet meer worden gepresteerd op medisch technisch gebied. Vanwege de vergrijzing van de bevolking was de zorg die binnen het ziekenhuis gegeven werd toch al intensiever geworden omdat oudere patiënten vaak intensiever zorg nodig hebben.

Behalve deze ontwikkelingen wordt er ook direct bezuinigd op de verpleegkundige bezetting op de ziekenhuisafdelingen. Steeds vaker wordt getracht om met minder personeel dezelfde zorg te leveren. Vacatures worden door bezuinigingen vaak niet opgevuld en er wordt minder snel de hulp van part-time krachten ingezet.

Al met al werden vanuit de verpleging steeds vaker klachten geuit over de toegenomen werkdruk.

Sommige ziekenhuisdirecties lieten naar aanleiding hiervan enig onderzoek naar werkdruk verrichten. Volgens deze onderzoeken zou de werkdruk flink teruggedrongen kunnen worden wanneer zorgvraag en zorgaanbod beter op elkaar zouden kunnen worden afgestemd. Voor een groot gedeelte was de gestegen werkdruk in hun optiek een doelmatigheidsprobleem. Er zijn dagen dat de zorgvraag van patiënten ver boven de aangeboden zorg door verpleegkundigen uitstijgt maar op andere dagen zou men met minder personeel aankunnen.

Wanneer men dus meer inzicht zou kunnen krijgen in de zorgvraag en het hierbij benodigde zorgaanbod zou men in staat zijn de werklust te beheersen. Behalve dat verpleegkundigen op deze manier een acceptabele werkdruk zouden ervaren zou de ziekenhuisorganisatie hierdoor ook nog een verhoging van efficiency kunnen bereiken. Vaak moeten nu op zeer drukke dagen toch nog (dure) oproepkrachten, zoals uitzendkrachten worden ingezet. Dit zou dan tot het verleden behoren. Er zou dus ook nog een financieel voordeel aan het werklustmetingsproject te behalen zijn.

1.3. Werklastmeting

Om zorgvraag en aanbod goed op elkaar te kunnen afstemmen en om de door de verpleegkundigen "subjectief" ervaren werkdruk zichtbaar te maken is het noodzakelijk dat er een meetinstrument is dat in staat is die zorgvraag en de hiervoor benodigde personele bezetting te meten en te berekenen.

Het Nederlands Ziekenhuis Instituut kwam in 1988 met een rapport over werklastonderzoek waarin de San Joaquin patiëntenclassificatie werd beschreven. Op basis van een aantal indicatoren worden bij deze methode de patiënten ingedeeld in een viertal zorgcategorieën. Patiënten vallen in een categorie die varieert van minimale zorg (categorie 1) tot intensieve zorg (categorie 4).

Door een tijdsbestedingsmeting uit te voeren weet men hoeveel tijd men gemiddeld kwijt is aan elke verpleegkundige handeling. Wanneer men dus de patiënten op een afdeling geassocieerd heeft is men in staat om de bijbehorende werkzaamheden en de tijd die men hieraan kwijt is te berekenen.

Het classificeren van patiënten en het berekenen van de daarbij noodzakelijke verpleegkundige bezetting is de basis van werklastmeting. Men heeft op deze wijze de "objectieve" werklast inzichtelijk gemaakt.

1.4. Probleemstelling

Na invoering van het project werklastmeting in een ziekenhuis zou men in staat zijn om in de ziekenhuisorganisatie vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen (Grunveld c.s., 1988).

Er zou doelmatiger gewerkt kunnen worden en de door de verpleegkundigen ervaren werkdruk zou verminderd kunnen worden. De vraag is nu of de verpleging ook daadwerkelijk van mening is dat de oplossingen die als gevolg van het project worden ingevoerd bijdragen aan de verbetering van hun positie. Het verhogen van doelmatigheid en het verlagen van de werkdruk realiseren in één project heeft namelijk nogal wat haken en ogen. In zekere zin zijn de twee begrippen tegengesteld aan elkaar. In verschillende publikaties is deze tegenstelling beschreven. Interessant is het dan ook om na te gaan of werklastonderzoeksprojecten vanuit het oogpunt van verpleegkundigen dan ook hun doel bereikt hebben. Het perspectief van de verpleegkundige zal in deze scriptie dan ook centraal staan.

Met name wil ik beschrijven wat er gebeurt met de belangen van diegenen die de zorg verlenen, de verpleegkundigen, wanneer men het zorgproces ook een doelmatig proces wil laten zijn. Ook wil ik dit vervolgens proberen te verklaren op basis van een theoretische beschouwing over de belangen van verpleegkundigen. Uitgangspunt hiervoor is de gedachte dat de belangen van verpleegkundigen worden bepaald door de positie van verpleegkundigen binnen het algemeen ziekenhuis en de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep.

De probleemstelling van deze scriptie luidt dan ook:

1. *"In hoeverre wordt bij werklastmetingsprojecten rekening gehouden met de belangen van verpleegkundigen."*
2. *"Zijn op basis van de theoretische beschouwingen over de belangen van verpleegkundigen de uitkomsten van de werklastmetingsprojecten te verklaren."*

1.5. Methode

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van de volgende dataverzamelingen en -analysemethode.

Allereerst wordt door middel van literatuurstudie getracht een theoretisch kader te scheppen voor de verklaring van (de uitkomsten van) werklasmeteringsprojecten en de belangen van verpleegkundigen. Om dit in de praktijk te onderzoeken is gebruik gemaakt van twee case-studies. Hiervoor is in twee ziekenhuizen de invoering en het functioneren van werklasmeteringsprojecten onderzocht. Het gaat om twee ziekenhuizen in de Randstad waar min of meer gelijktijdig werklasmetering is ingevoerd. In beide ziekenhuizen is het werklasmeteringsproject inmiddels ook afgerond.

Tevens hebben beide algemene ziekenhuizen ongeveer dezelfde organisatiegrootte. In de indeling die Scherpenisse (1986) hanteert worden deze ziekenhuizen aangeduid als centrum-ziekenhuizen. Dit betekent dat het hier om middelgrote ziekenhuizen gaat met zo'n 250 tot 500 bedden. In beide ziekenhuizen is dezelfde meetmethode voor werklasmetering gebruikt, namelijk de op de San Joaquin methode voor patiëntenclassificatie gebaseerde methode van het Nederlands Ziekenhuis Instituut (NZI). Door de overeenkomsten tussen de beide ziekenhuizen is een vergelijking tussen beide case-studies goed mogelijk.

De methode die ten grondslag ligt aan het ontwerpen van de twee case-studies, zoals het interviewen van sleutelpersonen, en het uitvoeren van de dataverzameling op basis van een case study-protocol is ontleend aan Yin (1989).

Bij de analyse van de werklasmeteringsprojecten zijn de volgende bewijsbronnen gebruikt nl. documentenverzameling en interviews met sleutelpersonen zoals een hoofd personeel en organisatie, een projectleider, een stafverpleegkundige en (hoofd)verpleegkundigen.

Gekozen is dus voor een vergelijkende case studie omdat het in deze scriptie vooral gaat om de aard van sociale verschijnselen te onderzoeken. De te onderzoeken verschijnselen worden geïdentificeerd met behulp van op theorie of empirie gebaseerde criteria. Maso (1989) noemt dit karakteristiek voor kwalitatief onderzoek. Case-study research zoals door Yin (1989) beschreven maakt echter ook gebruik van kwantitatieve gegevens.

1.6. Overzicht en opbouw

Om de verpleegkundige belangen rond werklasmeteringsprojecten goed te kunnen begrijpen wordt in hoofdstuk 2 allereerst ingegaan op de positie van verpleegkundigen binnen het algemeen ziekenhuis. Met name zal worden ingegaan op de ontwikkeling van de ziekenhuisorganisatie en de organisatiestructuur waar bureaucratie en professie samenkomen in de professionele bureaucratie. Ook zal aan de orde komen de invloed van de organisatiestructuur op de positie van verpleegkundigen.

Hierna zullen in hoofdstuk 3 de verpleegkundige belangen centraal staan. Beschreven zal ondermeer worden; de ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep, de samenwerking, invloedsverdeling, macht, belangen en conflicten binnen het ziekenhuis.

Nadat in hoofdstuk 4 eerst de achtergronden en de werking van werklasmeting zijn beschreven zullen in hoofdstuk 5 de twee case-studies gepresenteerd worden. De conclusies die uit deze twee case studies getrokken kunnen worden zullen uiteindelijk beschreven worden in hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk zal getracht worden om deel 1 van de probleemstelling te beantwoorden, namelijk in hoeverre bij werklasmetering rekening wordt gehouden met de belangen van verpleegkundigen.

Vervolgens zal ik proberen om met behulp van de in hoofdstuk 2 en 3 beschreven theorie te verklaren in hoeverre de manier waarop verpleegkundigen omgaan met hun belangen hieraan heeft bijgedragen. Hiermee zal ik proberen om een antwoord te vinden op deel 2 van de probleemstelling. Daarmee hoop ik ook een antwoord te geven op de vraag of de twee begrippen die in deze scriptie centraal staan (en ook in de titel terugkomen) namelijk zorg en doelmatigheid, met elkaar verenigbaar zijn.

2. DE POSITIE VAN VERPLEEGKUNDIGEN BINNEN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS

2.1. Inleiding

Om na te gaan hoe verpleegkundigen omgaan met hun belangen zal eerst gekeken moeten worden naar de structuur waarbinnen zij functioneren. Daartoe zal eerst de organisatiestructuur van het algemeen ziekenhuis beschreven worden. De ziekenhuisorganisatie zal een bijzondere organisatie blijken te zijn waar twee organisatieprincipes tegelijkertijd voorkomen: het bureaucratische en het professionele organisatie-model. Hierop zal uitvoerig worden ingegaan. Dit is noodzakelijk omdat alleen binnen het spanningsveld van bureaucratie en professe de verpleegkundige belangen goed begrepen kunnen worden.

Allereerst echter zal kort worden ingegaan op de plaats van het algemene ziekenhuis binnen het totale veld van de gezondheidszorg in Nederland.

2.2. De gezondheidszorg in Nederland

De gezondheidszorg is in Nederland opgesplitst in een zogenoemde eerste- en tweede lijn. De voorzieningen in de eerste lijn zijn gericht op het geven van hulp aan mensen in hun thuissituatie. Onder de tweede lijn wordt verstaan de intra-murale gezondheidszorg. Het gaat hier om de zorg en hulp die gegeven wordt binnen instellingen. Deze zorg is specialistischer dan in de eerste lijn. Toegang tot de tweede lijn loopt gewoonlijk via de eerste lijn. Via de huisarts wordt men bijvoorbeeld doorverwezen naar het ziekenhuis.

Binnen de tweede lijn wordt een verdeling gemaakt in somatische- en geestelijke gezondheidszorg.

Ziekenhuizen die gericht zijn op het onderzoek, de behandeling en de verpleging van mensen met somatische ziekten worden vervolgens weer onderscheiden in algemene en categorale ziekenhuizen.

De kleinste groep zijn de categorale ziekenhuizen. Dit zijn ziekenhuizen die zich richten op een bepaalde groep patiënten, zoals bijvoorbeeld kinderen, of op een speciale ziekte of aandoening, zoals brandwonden, reuma etc.

In deze scriptie zal ik mij, zoals al eerder gesteld, beperken tot de algemene ziekenhuizen.

De algemene ziekenhuizen nemen verreweg de belangrijkste plaats in binnen de gezondheidszorg. Er zijn in Nederland zo'n 175 algemene ziekenhuizen waarin in totaal ongeveer 150.000 mensen werkzaam zijn. Verder zijn deze ziekenhuizen verantwoordelijk voor ruim een derde van de kosten van de gezondheidszorg.

Ook de algemene ziekenhuizen kunnen weer verder onderverdeeld worden, namelijk in basisziekenhuizen, centrumziekenhuizen en topziekenhuizen. De basis voor deze indeling is

het aantal bedden dat in een ziekenhuis aanwezig is. Het basisziekenhuis heeft een beddenaantal dat varieert van 150 tot 300 bedden, het centrumziekenhuis heeft zo'n 250 tot 550 bedden en de topziekenhuizen, waaronder ook de academische ziekenhuizen vallen, hebben een beddenaantal wat ligt tussen 500 en 800 bedden.

Zoals in hoofdstuk 1 al is opgemerkt behoren de twee ziekenhuizen die onderzocht zijn voor de case studies in deze scriptie tot de centrumziekenhuizen. Behalve de basisspecialismen zoals interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde, keel-, neus en oorheelkunde, zijn hier ook andere specialismen aanwezig als neurologie en dermatologie.

2.3. Ontwikkeling van de organisatie van het algemeen ziekenhuis

Het algemeen ziekenhuis (ter vergroting van het leesgemak verder aangeduid als het ziekenhuis) in zijn huidige vorm is ontstaan in de tweede helft van de negentiende eeuw.

Tot die tijd waren er geen artsen werkzaam in de toen zogeheten gasthuizen. Artsen kwamen gewoonlijk met hun apparatuur bij de zieke thuis.

In de gasthuizen werden uitsluitend patiënten verzorgd wanneer dit thuis niet langer mogelijk was, bijvoorbeeld als de zorg voor de zieke te zwaar werd of wanneer de zieke eenvoudigweg niemand had die voor hem of haar kon zorgen.

Deze vorm van liefdadigheid in de gasthuizen gebeurde veelal door nonnen of diaconessen. Later, als een vorm van minimale armenzorg, gebeurde het echter dat ook andere burgers werkzaam waren in gasthuizen. Als beroep stond het echter laag in aanzien (Mur-Veeman, 1982). Van een medische behandeling was geen sprake.

Na 1850 verandert dit echter (Stevens, 1978). Door de technologische ontwikkeling die toen op gang kwam en door de vergroting van de medische kennis werd het vanuit verschillende oogpunten wenselijk geacht dat zieken binnen een instelling behandeld konden worden. Het was voor artsen vaak niet langer mogelijk om hun apparatuur mee te nemen naar de patiënt en het werd op deze wijze mogelijk om de medische kennis te concentreren. Artsen verbonden zich aan de gasthuizen en zo werd de basis gelegd voor het moderne ziekenhuis zoals wij dit nu kennen.

In de huidige twintigste eeuw maakt het ziekenhuis een enorme ontwikkeling door. Door de medische wetenschap is de kennis over ziekten vergroot. Ook kan er door de technologische ontwikkelingen een breed scala aan medische behandelingen worden uitgevoerd.

Voor de ziekenhuisorganisatie betekent dit dat het aantal specialisten groeit, er duurdere apparatuur wordt aangeschaft en de personeelssterkte toeneemt. In de periode van 1956 tot 1973 stijgt het aantal bedden in de ziekenhuizen met zo'n 30 procent. De kosten van de gezondheidszorg stijgen in deze periode ook ieder jaar met 25 procent. Er lijken geen financiële grenzen te zijn (De Jong c.s., 1992:10).

De overheid probeert vanaf 1974 echter de groeiende kosten voor de gezondheidszorg te beperken. Getracht wordt om de autonome groei van de gezondheidszorg af te remmen. Zo

wordt, behalve de invoering van al eerder genoemde maatregelen als beddenreductie en budgetinvoering, aangestuurd op samenwerking en taakverdeling tussen ziekenhuizen en zo mogelijk tot fusering van kleine ziekenhuizen.

Dit alles heeft een aantal consequenties voor de ziekenhuisorganisatie. De Jong c.s. (1992) noemen een aantal knelpunten waarmee ziekenhuizen te maken krijgen.

Allereerst zorgverzwaring door kortere verpleegduur en een toename in de opnames van het aantal ouderen. Binnen een kortere tijd dient er nu meer gepresteerd te worden op medisch-technisch gebied. Dit leidt tot een toename van medische handelingen binnen een korter tijdsbestek. Ouderen zorgen voor een zorgverzwaring omdat hun zorgvraag vaak intensiever is. Zij moeten meer geholpen worden en hebben vaak meerdere gezondheidsproblemen tegelijkertijd.

Verder personeelsproblemen omdat als gevolg van de zwaarte van het beroep en de relatief lage salariëring er een tekort ontstaat aan geschoold personeel. Tenslotte financiële problemen doordat de budgettering ervoor zorgt dat de mogelijkheden beperkt worden terwijl de vraag naar medisch handelen alleen maar toeneemt en tegelijkertijd de medische ontwikkeling sterk toeneemt.

Vanwege de financiële maatregelen van de overheid zijn de ziekenhuizen heden ten dage echter genoodzaakt het personeelsbestand verder in te krimpen waardoor er thans een groot aantal ontslagen vallen en er juist weer een overschot ontstaat aan verplegend personeel. Zodoende is er inmiddels door nieuwe bezuinigingen van een tekort aan geschoold personeel geen sprake meer.

De knelpunten zullen hierdoor naar verwachting alleen maar versterkt worden. Door taakverzwaring en vergroting van de werkdruk zullen er weer nieuwe personeelsproblemen ontstaan.

Deze ontwikkelingen illustreren de grote veranderingen waarmee de gezondheidszorg te maken heeft en de eisen die dit stelt aan de dynamiek van de ziekenhuisorganisatie.

2.4. De complexe organisatie van het ziekenhuis

Organisaties zijn volgens een vrij algemene definitie 'doelrealiserende samenwerkingsverbanden van mensen' (Keuning/Eppink, 1990). Wanneer we vanuit deze definitie naar de organisatie van het ziekenhuis kijken vallen een aantal aspecten op.

Een kenmerk van de ziekenhuisorganisatie is dat deze zeer complex is (Stevens, 1991). Een van de oorzaken voor deze complexiteit is het feit dat een ziekenhuis meerdere doelstellingen heeft (Lammers, 1989, p.280).

De hoofddoelstelling is de patiëntenzorg. Deze valt uiteen in drie afgeleide doelstellingen, namelijk:

1. Diagnose. In het ziekenhuis bepaalt men bij patiënten de oorzaak van hun ziekten.

2. Therapie. Met behandelingen, operaties, geneesmiddelen, dan wel oefentherapieën probeert men de patiënt te genezen.

3. Verpleging. Men verzorgt de patiënt tijdens verblijf in het ziekenhuis wanneer diagnose en therapie plaatsvinden.

Andere hoofddoelstellingen van het ziekenhuis kunnen de opleiding van artsen en verplegenden en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek (voornamelijk bij academische ziekenhuizen) zijn.

Over deze doelstellingen wordt door de verschillende belanghebbenden in het ziekenhuis uiteraard ook verschillend gedacht. Het organisatieproces wordt hierdoor extra ingewikkeld.

Een tweede factor die de complexiteit bevordert is de omgevingssituatie van het ziekenhuis. De ziekenhuisorganisatie bevindt zich in een complexe omgeving waarbij men niet autonoom kan handelen. Het ziekenhuis is afhankelijk van de financiële middelen die door de maatschappij en de overheid beschikbaar gesteld worden.

Tegelijkertijd met deze druk om de kosten te bewaken zijn er de belangen van patiënten die mondiger zijn geworden en optimaal gebruik wensen te maken van de voorzieningen. Daarbij komen nog de belangen van de medewerkers die ook hun financiële belangen en hun wensen voor bepaalde middelen gerealiseerd willen zien.

Nog een factor die de ziekenhuisorganisatie complex maakt is de complexiteit van het primaire proces. Het primaire proces van het ziekenhuis richt zich op de behandeling en de verzorging van patiënten. In tegenstelling tot organisaties die als produkt materiële voorwerpen leveren heeft het ziekenhuis als 'produkt' mensen. Het is daardoor moeilijk om procedures te standaardiseren.

De complexiteit wordt tenslotte nog eens bevordert doordat de zeggenschap in het ziekenhuis verdeeld is. Enerzijds geldt het bureaucratische organisatieprincipe, anderzijds het professionele organisatieprincipe (Schepers/Nievaard, 1990). De verpleegafdelingen en de andere ondersteunende diensten zijn georganiseerd op basis van hiërarchische zeggenschapslijnen en een bureaucratische structuur. De medisch specialisten staan buiten de hiërarchie en zijn vrij in hun medisch handelen.

Specialisten zijn veelal niet in loondienst van een ziekenhuis maar vormen met andere specialisten op hun vakgebied een maatschap. Zij werken in een professionele structuur. In die zin zijn zij vrije beroepsbeoefenaren die middels een contract hun verbondenheid met een ziekenhuis hebben geregeld.

Om het functioneren van de ziekenhuisorganisatie beter te begrijpen is het noodzakelijk nader in te gaan op de structuur van het ziekenhuis waar bureaucratische en professionele organisatieprincipes tegelijkertijd voorkomen.

2.5. Het ziekenhuis als professionele bureaucratie

2.5.1. Inleiding

Het ziekenhuis heeft dus zowel bureaucratistische als professionele kenmerken. Dat beide typen in één organisatie voorkomen is het gevolg van de relatie die de medisch specialisten onderhouden met het ziekenhuis. Doordat zij meestal geen dienstverband, maar een contractrelatie hebben met het ziekenhuis kunnen zij autonoom hun professie beoefenen. Daarbij hebben ze echter bij hun werkzaamheden wel te maken met de bureaucratistische organisatie van het ziekenhuis.

Dit geeft specifieke kenmerken aan de ziekenhuisorganisatie die alleen goed begrepen kunnen worden door beide organisatieprincipes apart te bespreken.

2.5.2. Bureaucratie

In onze samenleving is de bureaucratie een zeer vaak voorkomende organisatievorm.

Stevens (1991) definieert een bureaucratie als "een formele rationeel georganiseerde structuur met nauw omschreven activiteitenpatronen, waarin ideaal gezien elke reeks van activiteiten functioneel gericht is op de doelstellingen van de organisatie".

Weber, die de 'ideal-type' (in de zin van logisch geconstrueerd en analytisch, en dus niet normatief-ideaal; definitie van Zijderveld, 1987) van de bureaucratietheorie heeft beschreven, geeft aan dat het doelrationeel handelen in de bureaucratie centraal staat.

Doelrationeel handelen is berekenend handelen; het nut staat voorop (Schepers/Nievaard, 1990).

Een bureaucratistische organisatie heeft de volgende kenmerken (Weber, 1968:956).

1. Beslissingen worden genomen op basis van geschreven documenten.
2. Er is een hiërarchische verdeling op basis van onderschikking en bovenschikking. Deze heeft betrekking op zowel mensen als taken.
3. De medewerkers zijn onderworpen aan bovengeschikt gezag in de organisatie.
4. Elk ambt is voorzien van een competentiesfeer die formeel bepaald wordt.
5. De beslissingen, die volgens regels genomen worden, zijn algemeen geldend.
6. Er is een arbeidsverdeling die toeneemt wanneer de omvang van de organisatie groter wordt.
7. Medewerkers worden geselecteerd op basis van hun vaardigheden en deskundigheid.
8. De middelen om het werk te kunnen uitvoeren wordt door de organisatie aan de medewerkers ter beschikking gesteld.

Ziekenhuizen verschillen in de mate waarin zij voldoen aan het 'ideal-type' van de bureaucratie. Echter, in het algemeen voldoen ziekenhuizen aan meerdere kenmerken die passen bij de bureaucratistische organisatie.

Stevens (1978) noemt de hiërarchische ordening van posities en de vergaande arbeidsverdeling als de twee belangrijkste.

De hiërarchische ordening blijkt in het ziekenhuis uit de piramidale organisatiestructuur: iedere medewerker heeft iemand boven hem staan in de hiërarchie aan wie hij verantwoording schuldig is en van wie hij opdrachten ontvangt. De hiërarchische niveaus blijken uit de organisatieschema's van de ziekenhuizen. Bovenaan staat vrijwel altijd het bestuur gevolgd door de directie, hoofd verplegingsdienst, afdelingshoofd, verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen.

De arbeidsverdeling in het algemene ziekenhuis voldoet ook aan de kenmerken van de bureaucratische organisatie. De taken zijn verregaand opgedeeld zodat de doelstellingen op een voor de organisatie noodzakelijke wijze bereikt wordt. De coördinatie van de taken gebeurt door iemand die een hogere positie inneemt in de hiërarchie. De arbeidsspecialisatie neemt toe naarmate de taken complexer worden en de omvang van de organisatie toeneemt.

Ook andere kenmerken van de bureaucratie komen voor in het ziekenhuis. Zo gelden er specifieke regels en wordt promotie trapsgewijs gemaakt, op basis van criteria als leeftijd en kennis (bijvoorbeeld van verpleegkundige tot afdelingshoofd).

Binnen het ziekenhuis valt zoals gezegd één groep buiten het model van de bureaucratie. Dit zijn de medisch specialisten.

2.5.3. Professie

Omdat medisch specialisten in de algemeen ziekenhuizen werkzaam zijn op basis van een toelatingscontract is hun relatie met de ziekenhuisorganisatie anders dan die van de andere organisatieleden.

Medisch specialisten die werkzaam zijn in dezelfde discipline zijn vaak georganiseerd in een maatschap. Een maatschap is een samenwerkingsverband van artsen zonder formeel-hiërarchische relaties (Stevens, 1991). In feite beoefenen ze als een zelfstandige ondernemer hun professie in het ziekenhuis.

De specialisten zijn gezamenlijk verenigd in de medische staf. Deze kiest uit hun midden het stafbestuur die de contacten met de ziekenhuisdirectie onderhoudt. Op deze manier komt de ingewikkelde relatie van de medische professionals met de bureaucratische organisatie tot stand.

Het bestuur van een ziekenhuis is verantwoordelijk voor de verpleging en de behandeling van de patiënten maar omdat ze hiertoe zelf niet in staat zijn is deze verantwoordelijk gedelegeerd aan de medisch specialisten.

Doordat de positie van de medisch specialist niet binnen de hiërarchie van de ziekenhuisorganisatie valt is hun gezagsrelatie niet zozeer gebaseerd op bevoegdheden (zoals past bij de bureaucratische organisatie) als wel op kennis en vaardigheden. De deskundigheid van de arts maakt het mogelijk om een bepaalde autonomie op te eisen. Dit wordt versterkt

door het onvoorspelbare karakter van zijn werk en door de onmogelijkheid om de behandelingsmogelijkheden te standaardiseren (Stevens, 1978).

De professionele autonomie van artsen heeft de volgende drie kenmerken (Scherpenisse, 1989).

1. De beroepsgroep is autonoom in de definiëring van haar taken.
2. De beroepsgroep is autonoom in de keuze van de manieren waarop de werkzaamheden worden vervuld.
3. De beroepsgroep is autonoom in het bepalen van het resultaat van haar handelen.

De wijze waarop de medisch specialisten hun professie uitoefenen in het ziekenhuis laat de kenmerken zien van het professionele organisatieprincipe. Deze kenmerken zijn de volgende (Schepers/Nievaard, 1990):

1. De professional werkt zelfstandig, al dan niet in teamverband met andere professionals. De taken zijn complex en vereisen deskundigheid en ervaring.
2. Beslissingen worden genomen op basis van de deskundigheid en bekwaamheid van de professional en niet op basis van bureaucratische regels.
3. Kennis, vaardigheden en kwaliteitsnormen worden zich eigen gemaakt door opleiding en door omgang met andere professionals.
4. Men richt zich op de standaarden en belangen van de professie en men is loyaal ten opzicht van collega-professionals.
5. Verschillen in positie worden niet geregeld via een formeel hiërarchisch stelsel maar zijn gebaseerd op verschillen in ervaring, reputatie en bekwaamheden.

2.5.4. De professionele bureaucratie

Wanneer men de twee verschillende organisatievormen, het bureaucratische en het professionele model, met elkaar vergelijkt kan niet ontkend worden dat er nogal wat tegenstellingen zijn.

Stevens (1991) heeft de belangrijkste contrasten, die zijn gebaseerd op een typologie van Scott en Davies, in een schema opgenomen.

	Bureaucratie	Professie
Taken	deeltaak	volledige taak
	wederzijdse afhankelijkheid	solistische werkzaamheden
Opleiding	kort	lang
	binnen de organisatie	buiten de organisatie
	gericht op een gespecialiseerde vaardigheid	gericht op een totale vaardigheid

Legitimering	volgt regels	doet datgene wat volgens kennis en inzicht juist is
Medewerking	gesuperviseerd	gesocialiseerd
Loyaliteit	gericht op organisatie	gericht op professie
Loopbaanontwikkeling	volgens hiërarchische lijnen binnen de organisatie	geen loopbaanontwikkeling

Model 2.1. Paradox bureaucratie en professie (Bron:Stevens, 1991)

De paradox van de ziekenhuisorganisatie ontstaat rond de professionele autonomie van de artsen. De medisch specialisten voelen zich in hun professionele autonomie belemmerd door de regels en procedures van het ziekenhuis terwijl de overige medewerkers in het ziekenhuis juist vinden dat door de autonomie van de arts de planning en coördinatie in het gevaar komt.

Toch blijkt deze tegenstelling minder groot dan op het eerste gezicht lijkt, zo is aangetoond door empirisch onderzoek van Stevens en Phillipsen (Stevens, 1991).

Dit komt door een tweetal ontwikkelingen:

1. De bureaucratie beweegt zich meer en meer in de richting van de professie.

In het ziekenhuis worden veel functies die voorheen prima pasten in de bureaucratische organisatiestructuur tegenwoordig vervuld door nieuwe professionals (Schepers/Nievaard, 1990).

Het zijn met name de voor het ziekenhuis 'nieuwe' functies van bedrijfskundigen, managers en economen die tot de professies gerekend kunnen worden. Maar ook het 'oude' beroep van verpleegkundige krijgt door de sterk toegenomen ontwikkeling van deze functie steeds meer het karakter van een professie. Ook zij eisen daarbij uiteraard hun eigen professionele autonomie op.

2. De professie beweegt zich meer en meer in de richting van de bureaucratie.

De medisch specialisten proberen door bureaucratische oplossingen de gevolgen van schaalvergroting en de toegenomen complexiteit van de geneeskunde te beperken (Schepers/Nievaard, 1990). Processen worden gestandaardiseerd, regels en procedures worden geformaliseerd en schriftelijk vastgelegd en werkoverleg doet zijn intrede (Al, 1981:128).

Bovendien heeft onderzoek van Stevens, Phillipsen en Diederiks aangetoond dat artsen in tegenstelling van wat vaak wordt gedacht wel degelijk behoefte hebben aan roluidelijkheid en een bepaalde structurering van de werkzaamheden (Stevens, 1991). Ook zijn er grotere hiërarchische verschillen tussen de diverse specialismen te constateren dan men op grond van het professionele criterium van loyaliteit aan mede-beroepsbeoefenaren zou verwachten.

De bovenstaande twee ontwikkelingen leiden er toe dat er niet langer gesproken kan worden over bureaucratie en professie in algemene ziekenhuizen als twee afzonderlijke structuren (Al, 1981:129).

Mintzberg (1983:190) beschrijft een structuur die beide organisatievormen integreert in één organisatie-model, namelijk de professionele bureaucratie.

".....organizations can be bureaucratic without being centralized. Their operating work is stable, leading to predetermined or predictable, in effect, standardized behavior. But it is also complex, and so must be controlled directly by the operators who do it. Hence, the organization turns to the one coordinating mechanism that allows for standardization and decentralization at the same time-namely, the standardization of skills.

This gives rise to a structural configuration sometimes called **professional bureaucracy**, common in universities, general hospitals, school systems, public accounting firms. (...) All rely on the skills and knowledge of their operating professionals to function; all produce standard products or services."

Dit organisatie-model beschrijft een structuur waarin bureaucratische principes als standaardisatie van vaardigheden de basis vormen, maar waarbij de professional de zelfbeschikking ten aanzien van zijn werk behoudt (Lammers, 1989:438).

Desondanks is ook de professionele bureaucratie niet vrij van problemen: het blijft de vraag in hoeverre planning en coördinatie tot de kerntaken van de professional behoren (Stevens, 1991).

2.6. De professionele bureaucratie en verpleegkundigen: belangen en macht

Op het model van de ziekenhuisorganisatie als professionele bureaucratie is door verschillende auteurs kritiek uitgeoefend.

Zo vinden sommigen, zoals Van Ommeren (1990) dat de professionele bureaucratie zijn langste tijd heeft gehad. Deze zou plaats gaan maken voor multi-disciplinaire behandelteams waar op basis van gelijkwaardigheid zou worden samengewerkt tussen de organisatieleden van het ziekenhuis, zowel artsen als verpleegkundigen.

Volgens Stevens (1991:239) wijst niets er op dat het einde van de professionele bureaucratie in zicht is hoewel de turbulente omgeving van de gezondheidszorg wel de klassieke spanning tussen professie en (bureaucratisch) management onder druk zet (Edelman Bos, 1988). Wel is er een heroriëntatie bij het management van ziekenhuizen op de oude bestuurs- en managementfuncties, de scheiding tussen professie en beheer en het human resource beleid (Edelman Bos, 1988). Dit wijst echter meer op een naar elkaar toe groeien van professie en bureaucratie, zoals besproken in de voorgaande paragraaf, dan op het einde van de professionele bureaucratie.

Anderen zoals Bucker en Stelling vinden dat het bureaucratie-begrip teveel de nadruk legt op formele doelstellingen, regels en procedures die zouden leiden tot een vaste structuur van de organisatie. Ook Strauss deelt deze kritiek (Stevens, 1991). Structuren zouden volgens hun visie steeds veranderen door de interacties en interpretaties van de ziekenhuismedewerkers.

Deze interactionistische opvatting is door anderen zoals Day & Day genuanceerd (Stevens, 1991). Er is wel degelijk een zekere structuur in de organisatie en de betekenis van interacties voor de verandering van het systeem is beperkt.

Echter, deze interactionistische opvatting heeft wel inzichtelijk gemaakt dat in de professionele bureaucratie, waar de professionele autonomie van de artsen en de regels en procedures van de bureaucratie in zekere zin met elkaar in tegenspraak zijn, onderhandelingen, conflict, macht en belangen(in)congruenties uitermate belangrijke thema's zijn.

Deze visie die erkent dat belangen in de ziekenhuisorganisatie een grote rol spelen is erg belangrijk. De ziekenhuisorganisatie wordt te vaak alleen gezien vanuit de theorie van de professionele bureaucratie. Het ziekenhuis krijgt dan al gauw een klinisch beeld: een institutie die hoge waarden in de samenleving vertegenwoordigt. Over de belangen van de professionals en medewerkers wordt dan gezwegen of er wordt slechts vanuit een normatief oogpunt over gepraat.

Heel duidelijk wordt dit zichtbaar in de gang van zaken rond de inkomens van specialisten. Wanneer eindelijk wordt erkent dat ook bij hen belangen als een nieuw huis, een vakantie of een nieuwe boot een rol spelen en dus ook zij aan inkomensmaximalisatie zullen doen, dan wordt direct getracht middels de commissie Biesheuvel om bij hen dit menselijke trekje te elimineren.

De ondernemende specialisten worden daarbij gedwongen tot loondienst en arbeidscontract (Fortuyn, 1994).

De erkenning dat belangen óók in de ziekenhuisorganisatie een grote rol spelen is uitermate belangrijk. Niet om er direct een normatief oordeel over te vellen, maar omdat alleen zo de processen en structuren binnen de ziekenhuisorganisatie goed begrepen kunnen worden.

Met name voor de medewerkers in de ziekenhuisorganisatie waar "the hospital dilemma" (het botsen van professionele en bureaucratische principes) op zijn scherpst naar voren komt zal veel draaien om belangen, conflict en macht.

Dit geldt met name voor verpleegkundigen. Medewerkers van ondersteunende diensten bevinden zich namelijk direct binnen de regels en procedures van het bureaucratische organisatieprincipe en medisch specialisten kunnen zich beroepen op hun professionele autonomie. Verpleegkundigen echter, bevinden zich tussen het bureaucratische organisatieprincipe en het professionele organisatieprincipe in. Enerzijds heeft hun werkzaamheden veel professionele kenmerken en hebben zij ook te maken met de professionele autonomie van artsen. Anderzijds behoren veel van hun werkzaamheden met hun regels, procedures en standaardisaties tot het bureaucratische organisatieprincipe en bevinden zij zich ook in de hiërarchie van de bureaucratie.

Ook Scherpenisse (1989:89) erkent dat verpleegkundigen zich in een moeilijke positie bevinden. Katz (1969) noemt conflicten dan ook inherent aan de positie van verpleegkundigen. De speciale middenpositie c.q. tussenpositie die verpleegkundigen hebben leidt er volgens Nievaard (1986) toe dat zij aan de ene kant als bemiddelaar tussen de verschillende partijen

macht kunnen uitoefenen, maar aan de andere kant door deze positie ook juist essentiële machtsmiddelen moeten missen. Onderhandelingen zijn in een ziekenhuis, zoals in iedere organisatie waar meerdere belangen naast elkaar voortleven, dan ook erg belangrijk. Schrijvers (1993) merkt op dat voor de uitkomsten van de onderhandelingen de machtsverhoudingen van groot belang zijn. Hij voegt daaraan toe dat het meestal de specialisten zijn die op grond van hun aanzien en hun wettelijke bescherming de meeste macht in handen hebben (Schrijvers, 1993:118).

Schepers en Nievaard (1990:117) merken op dat juist de belangen in een onderhandelingsproces vaste vormen krijgen. Zij duiden dit aan als "negotiated order". In de lastige middenpositie die verpleegkundigen innemen in de organisatie zal dan ook het vermogen om goed te kunnen onderhandelen over de eigen belangen een belangrijke rol spelen.

Het is dus de structuur van de organisatie die verpleegkundigen in de moeilijke positie tussen medische professie en hiërarchische organisatie brengt. Hun belangen kunnen daarbij in het geding komen.

Van even groot belang is echter de wijze waarop verpleegkundigen omgaan met belangen en of ze een machtspositie kunnen innemen bij conflicterende belangen.

Dit zal in hoofdstuk 3 aan de orde komen.

3. DE VERPLEEGKUNDIGEN EN HUN BELANGEN

3.1. Inleiding

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat de organisatiestructuur van het algemeen ziekenhuis met zowel bureaucratische kenmerken als professionele kenmerken de verpleegkundigen in een lastige middenpositie brengt. Vooral van belang is de vraag hoe verpleegkundigen in die positie omgaan met hun belangen.

In dit hoofdstuk zal blijken dat dit met name wordt bepaald door de cultuur van het verpleegkundige beroep. Hoe deze cultuur die het verpleegkundige beroep omgeeft is ontstaan zal duidelijk worden aan de hand van een beschrijving van de ontwikkeling van het verpleegkundige beroep.

3.2. Het ontstaan van het verpleegkundige beroep

Het ziekenhuis zoals wij dit nu kennen ontstond toen de oude gasthuizen (waarin alleen de armste en van zorg verstoken zieken en bejaarden werden verzorgd) onder invloed van de zich ontwikkelende geneeskunde emancipeerden tot ziekenhuizen waarin zieken uit alle rangen en standen werden verpleegd. Met deze ontwikkeling ontstond ook het beroep van verpleegkundige.

In de gasthuizen gebeurde de verzorging van zieken door zowel vrouwen en mannen uit de laagste bevolkingsgroepen als door religieuzen zoals nonnen en diaconessen (Van Gemert/ Spijker, 1986). Hoewel voor de religieuzen de arbeid voor zieken een hoge roeping vertegenwoordigde had het werk inhoudelijk een lage status.

De religieuzen werden geassisteerd door "zaalknechten en zaalmeiden". Deze mannen en vrouwen kwamen uit de allerlaagste sociale bevolkingsgroepen en werden als uitschot gezien. Hun gezamenlijke arbeid bestond uit zware huishoudelijke werkzaamheden en wat lichamelijke verzorging van de bewoners van het gasthuis.

Onder invloed van misoogsten en oorlogen trad er in de 17e eeuw een grote armoede op. Het aandeel van arme zieken en bejaarden steeg hierdoor snel terwijl de inkomsten van de gasthuizen verminderden. De overheid moest steeds vaker bijspringen in de financiering van de gasthuizen. Het werd noodzakelijk geacht dat er werd bezuinigd. Het aandeel van nonnen en diaconessen werd minder en de kwaliteit van het personeel verslechterde nog verder.

De zaalmeiden en zaalknechten waren door de grote armoede niet zelden omkoopbaar. Patiënten die geen geld hadden werden soms mishandeld en kregen de minste zorg. De zaalmeiden fungeerden tevens ook wel als prostituee. Het werk in de gasthuizen kreeg daarmee niet alleen een nog lagere status maar werd voortaan ook als een zeer oneervol beroep gezien.

Deze periode, van ongeveer 1650 tot 1850 wordt daardoor ook wel 'de donkere periode van de verpleging' genoemd (Van Gemert/Spijker, 1986).

Met de transformatie van 'gasthuis' in 'ziekenhuis' veranderde het karakter van het werk dat door het gasthuispersoneel werd verricht. De geneeskunde ontwikkelde zich, artsen deden hun intrede en de nadruk in de arbeid van het gasthuispersoneel verschoof langzaam maar zeker van 'verzorgen' naar 'verplegen'.

Een andere ontwikkeling ondersteunde de 'upgrading' van het werken in een gasthuis. Dit was het emancipatiestreven van de burgerlijke vrouwen (Zwols, 1985). Deze vrouwen uit de hogere sociale lagen van de bevolking wilden zich uit het huishoudelijke werk losmaken. Juist zij hadden geprofiteerd van de voordelen van de moderne vooruitgang waardoor hun huishoudelijke arbeid sterk verminderd was. Om nu toch een zinvolle dagbesteding te hebben zochten ze naar de mogelijkheid van een baan buiten het eigen huishouden. Dit zou hen tevens bevrijden van de traditionele huishoudelijke vrouwenrol en hen meer vrijheid geven.

De vraag naar beter gekwalificeerde verpleegsters nam toe door het veranderende karakter van dit beroep en de vrouwen uit de burgerlijke bevolking zagen hierin hun kans. Steeds vaker werden deze vrouwen werkzaam als verpleegster.

Door de overheid werd er een commissie ingesteld die een opleiding tot het verpleegstersberoep voorstelde. Er zouden zo 'beschaafde en nette verpleegsters' geselecteerd kunnen worden en verplegen zou zo veranderen in een eervol beroep voor vrouwen. Het verpleegstersberoep zou volgens deze commissie verder gekenmerkt moeten worden door een strakke hiërarchie, een lage beloning en verregaande controle op het privé-leven.

3.3. Verplegen als beroep voor vrouwen

Nu het er naar uitzag dat vrouwen door hun arbeid buitenshuis als verpleegster niet al te onafhankelijk zouden worden paste de heersende maatschappelijke opvattingen over het verpleegstersberoep zich langzaam maar zeker aan. Verplegen werd vanaf die tijd meer en meer gezien als een typisch waardig vrouwenberoep. Het verplegen werd gezien als een verlengde van de vrouwelijke moederrol. Zich opofferen voor anderen was volgens de heersende moraal een typische vrouwelijke vaardigheid (Zwols, 1985).

Het voorbeeld van een burgervrouw die ernaar streefde om het verplegen op te waarderen tot een hoogstaand beroep is de engelse Florence Nightingale. In Nederland was het met name Freule Jeltje de Bosch Keuper die zich voor het verpleegstersberoep inzette.

Uit literatuur over het beroep van verpleegster blijkt treffend hoe men dacht over roeping en belangen: "De vrouw in hare hoedanigheid als ziekenverpleegster, wat is schooner roeping de zieken te verplegen, de treurenden op te beuren en te weten ik wijd mij aan het heil der menschheid....."(Van Gemert/Spijker, 1986:41).

Ook disciplineren was voor een verpleegster een belangrijk gegeven, blijkt uit soortgelijke literatuur van die tijd. "Het onderworpen zijn, niet alleen aan de directie der inrichting, maar ook

aan de hoofdverpleegsters en eerste verpleegsters, daar waar men thuis zijn eigen vrije wil volgde, is een nuttige maar moeilijke leerschool" (Van Gemert/Spijker, 1986:42).

Het is met name de idee van een roeping die ervoor zorgde dat, ondanks dat het verpleegstersberoep in 1921 wettelijk geregeld werd door erkenning van het diploma, het beroep niet dezelfde rechten kreeg als andere beroepen. Was er in 1919 een arbeidswet aangenomen waarin de werkweek werd beperkt tot 45 uur, voor verpleegsters gold deze wet niet, hun werkweek bleef 55 uur (Zwols, 1985).

Het is pas ver na de tweede wereldoorlog dat er in de arbeidsomstandigheden van verpleegsters iets verandert, dit mede onder druk van het verpleegsterstekort. Hiervoor werd in 1956 een commissie met de verrassende naam 'verpleegsterstekort' ingesteld, die concludeerde dat de arbeidsomstandigheden voor verpleegsters slecht waren. Er moest hard gewerkt worden voor een slecht salaris en bovendien in onregelmatige diensten die niet als zodanig beloond werden. Het salaris van verpleegsters was lager dan dat van een kantoorbediende zonder diploma. Er kon slechts één persoon van leven, geen gezin.

Ook de woonomstandigheden waren slecht (men moest verplicht intern wonen in slechte accommodaties) en het privé-leven werd gecontroleerd (zo waren er ondermeer strenge bezoeksregelingen) (Zwols, 1985).

De commissie concludeerde verder dat er in ziekenhuizen efficiënter gewerkt kon worden. De produktiviteit zou omhoog kunnen wanneer handelingen verregaand opgesplitst zouden worden. Zo ontstond er een taakgericht verplegingswijze in de ziekenhuizen: een zuster voor de koffie en thee, een zuster voor de medicijnen etc.

De idee van produktieverhoging was al eerder in het bedrijfsleven opgekomen. Onder verantwoording van de SER was er daar al een commissie produktiviteitsverhoging ingesteld die onderzoek deed naar de wijze waarop menselijke activiteiten in de bedrijven optimaal benut zouden kunnen worden. Er leefde in die tijd sterk het idee dat produktiviteitsverhogingen noodzakelijk waren om nieuwe ontwikkelingen mogelijk te maken (De Jong c.s., 1970).

Volgens de commissie verpleegsterstekort zou er tenslotte ook nieuw personeel aangetrokken moeten worden voor de opleiding tot het beroep van verpleger/ster. Alleen dan zou er een nieuwe cultuur kunnen ontstaan waarbinnen de noodzakelijke veranderingen konden worden ingevoerd.

3.4. Verplegen heden ten dage

De belangrijkste wijzigingen die het beroep ondergaat zijn de volgende.

Tot de jaren zestig was er slechts één opleiding waarbinnen geen onderscheid werd gemaakt in niveaus. Met de invoering van het beroep van ziekenverzorger (in 1965) verandert dit. Het is aanvankelijk de bedoeling dat de ziekenverzorger een soort 'assistent' van de verpleegster wordt.

Later zal, met de opkomst van verpleeghuizen voor ongeneeslijke en langdurige zieken, de ziekenverzorger vooral haar werkterrein vinden binnen het verpleeghuis.

De titel van verpleegster wordt in deze periode afgeschaft. Voortaan zal de term verpleegkundige worden gehanteerd. Zodoende hoopt men aan te geven dat verplegen niet langer een exclusief vrouwenberoep is. Langzamerhand komen er dan ook steeds meer mannen in de verpleging. Zij blijken vaak kaderfuncties te gaan vervullen.

Er ontstaan verder dagopleidingen voor verpleegkundigen op twee niveaus, namelijk middelbaar en hoger niveau: het MBO-V (Middelbaar Beroeps Onderwijs, studierichting verpleging) en het HBO-V (Hoger Beroeps Onderwijs, studierichting verpleging). Deze zouden langzamerhand het inservice onderwijs (de 'gewone' beroepsopleiding tot verpleegkundige op basis van werken en ondersteunend onderwijs) voor de opleiding tot A-verpleegkundige moeten vervangen. Tevens verandert de opleidingsinhoud.

Er is steeds meer medische kennis. Verpleegkundigen krijgen toestemming om handelingen te verrichten die eigenlijk tot het terrein van de artsen behoren zoals het inbrengen van infusen, intraveneuze injecties en bloed toedienen. Dit wordt de verlengde-arm-constructie genoemd. Zonder het overdragen van deze handelingen zou het ziekenhuis niet goed kunnen functioneren.

De afschaffing van het inservice onderwijs is tot op de dag van vandaag niet gerealiseerd. De MBO-V opleiding mislukt. Er blijkt een onduidelijk verschil te zijn in de afbakening tussen MBO-V enerzijds en het HBO-V en de inservice A-opleiding anderzijds.

Het MDGO-vp onderwijs (Middelbaar Dienstverlenend en Gezondheidszorg Onderwijs, studierichting verpleging) volgt het MBO-V onderwijs in 1985 op. In tegenstelling tot diegene die een HBO-V, inservice A-opleiding of de oude MBO-V opleiding afgerond hebben en zich 'verpleegkundigen' mogen noemen (een titel die wettelijk beschermd is) mogen MDGO-vp 'ers zich alleen 'verpleger' of 'verpleegster' noemen (Dassen/Philipsen, 1991). Hun werkterrein is ook anders dan dat van verpleegkundigen en min of meer gelijk aan dat van ziekenverzorgenden. In die hoedanigheid zijn zij dan ook voornamelijk werkzaam in verpleeghuizen. Ook zijn zij wel werkzaam als 'assistent' van verpleegkundigen, er wordt dan wel gesproken van het 'tweede' deskundigheidsniveau.

Het HBO-V blijft wel bestaan. In 1982 komt er ook zelfs een universitaire opleiding bij aan de Rijksuniversiteit Limburg voor verplegingswetenschappen, in 1990 gevolgd door de universiteiten van Utrecht en Groningen.

Afgestudeerden van verplegingswetenschappen (die niet per definitie verpleegkundigen hoeven te zijn) zijn voornamelijk gericht op theorieontwikkeling met betrekking tot zorg, en zijn vaak werkzaam in beleid- of staffuncties. In die zin is het beroep van verpleegkundige sterk geprofessionaliseerd.

Het tekort aan verpleegkundigen blijft aanhouden tot eind jaren zeventig ondanks alle eerder genoemde maatregelen om de instroom te bevorderen. Pas wanneer de conjunctuur noodzaakt

tot bezuinigingen in de gezondheidszorg en het aantal verpleegkundigen in ziekenhuizen wordt beperkt is er officieel niet langer sprake van een tekort.

Van de geplande maatregelen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden is niets of nauwelijks iets gerealiseerd. De uitbetaling van onregelmatigheidstoeslagen voor avond, nacht en weekenddiensten liggen nog steeds onder het niveau van vergelijkbare toeslagen in het bedrijfsleven. Andere voorzieningen op het gebied van de arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorzieningen worden pas zeer laat ingevoerd. De 40-urige werkweek en de 8-urige werkdag worden in het ziekenhuis pas ingevoerd na 1975.

Collectieve Arbeids Overeenkomsten (C.A.O.'s) worden voor ziekenhuizen pas afgesloten na 1977, terwijl de eerste C.A.O. al dateert van 1894. Ook de Wet op de Ondernemingsraden, die in 1950 van kracht werd, is pas in 1972 in het ziekenhuis ingevoerd.

Na het tekort aan verpleegkundigen ontstond er begin jaren '80 een overschot als gevolg van de al eerder genoemde bezuinigingen.

In deze periode worden de lonen van verpleegkundigen wederom verlaagd terwijl ze nog niet hetzelfde niveau hebben bereikt als in het bedrijfsleven (Zwols, 1985). Ook de beloning voor de vooropleiding van verpleegkundigen (een 3 maanden durende theorievorming voor de inservice A-opleiding) werd verminderd tot 'zakgeld'.

Het overschot aan verpleegkundigen zou aanhouden tot ongeveer 1988. Plotseling is er dan een enorm tekort aan geschoolde verpleegkundigen. De looneisen volgen elkaar in die dagen snel achtereen op. De eerste stakingen in de verpleging zijn een feit. Voordat de verpleegkundigen echter goed kunnen profiteren van deze positie komt het kabinet heden ten dage, medio 1994, met nieuwe bezuinigingen. Ook nu zijn deze bezuinigingen direct merkbaar in het aantal arbeidsplaatsen. Voor veel verpleegkundigen dreigt ontslag. Tevens lijkt er opnieuw een overschot te ontstaan.

Het niveau van de lonen ligt nog steeds achter bij vergelijkbare lonen in andere sectoren. Ook de beloning voor de onregelmatigheid van avond-, nacht- en weekenddiensten ligt nog onder het niveau van het bedrijfsleven (Zwols, 1985).

3.5. Verpleegkundigen, belangen en macht

In navolging van Morgan wil ik belangen definiëren als "een ingewikkeld geheel van doelen, waarden, verlangens en andere overtuigingen die de ene mens anders zal doen reageren dan de andere" (Morgan, 1992:144). Morgan ziet de organisatie als een los verband van mensen met uiteenlopende belangen die samenwerken wanneer zij daarbij voordeel kunnen hebben of een bepaald doel nastreven. Deze samenwerking wordt vormgegeven door coalities of belangengroepen (Morgan 1992:151).

Belangen zijn nauw verbonden met conflict en macht. Wanneer belangen van bepaalde groepen in een organisatie tegenstrijdig aan elkaar zijn is het uiteindelijk macht waarmee het belangenconflict beslecht wordt (Morgan, 1992:154).

Wanneer we dus willen nagaan of verpleegkundigen hun belangen goed weten te behartigen zullen we moeten nagaan of ze in staat zijn om een machtspositie in te nemen.

De verpleegkundigen lijken op het eerste gezicht, wanneer men kijkt naar de omvang van de beroepsgroep, niet bepaald een machteloze groepering. Van de totale beroepsbevolking is ruim 11% in de gezondheidszorg werkzaam (Zorg in Nederland, 1992).

Van deze 11% is ruim 53% verpleegkundige.

De geschiedenis van het beroep van verpleegkundige zoals deze in het voorgaande deel van dit hoofdstuk is beschreven laat echter zien dat de verpleegkundige beroepsgroep qua arbeidsomstandigheden zijn achtergebleven in vergelijking met andere beroepsgroepen. Zo ligt hun loon en de beloning voor onregelmatige arbeid op een lager niveau als gelijkwaardige arbeid in andere sectoren.

Ondanks dat door professionaliseringstendensen de ziekenhuisorganisatie in zekere zin steeds meer één arbeidsorganisatie wordt waar gezamenlijk gewerkt wordt aan één produkt, is dit in de inkomensverhoudingen van het ziekenhuis niet te zien: de inkomens van medisch specialisten en verpleegkundigen staan in geen enkele verhouding met elkaar (Fortuyn, 1991:57). Dit terwijl de laatste jaren door specialisten wel veel medische handelingen en de verantwoordelijkheid hiervoor zijn overgedragen aan verpleegkundigen door middel van de 'verlengde-arm-constructie', die inmiddels geformaliseerd is door de Wet op de Voorbehouden handelingen. Verpleegkundigen verrichten steeds vaker medische handelingen, worden hiervoor niet extra betaald, maar ondervinden hierdoor wel een hogere werkbelasting (De Bakker, 1988:18).

Ook de invoering van C.A.O.'s, de ondernemingsraden en de 40-urige werkweek werden voor verpleegkundigen in ziekenhuizen pas recentelijk geregeld.

Wanneer we dus de arbeidsomstandigheden zoals hiervoor beschreven bekijken dan is er aanleiding om de machtspositie van verpleegkundigen en de mogelijkheden om hun belangen goed te behartigen te relativiseren.

Nu is macht een lastig begrip. Weber beschrijft macht als: "...the probability that one actor within a social relationship will be in a position to carry out his own will despite resistance, regardless of the basis on which this probability rests." (Weber, 1968:53)

Naar aanleiding van Tannenbaums' onderzoek naar machtsverdeling en machtshoeveelheid merkt Lammers op dat de begrippen control (beheersing), power (macht) en influence (invloed) vaak naast elkaar worden gebruikt.

Lammers maakt tussen deze drie begrippen wel verschil en ziet macht als een bepaald soort invloed.

De definitie die hij geeft van machtsuitoefening is de volgende: "Machtsuitoefening is beïnvloeding van het gedrag van de ene partij door een andere partij overeenkomstig de doeleinden van de laatst genoemde partij" (Lammers, 1989:167).

Van der Arend (1989) ziet het professionaliseringsproces van verpleegkundigen als een streven naar collectieve macht. Hij noemt het realiseren van doelen en een goede belangenbehartiging afhankelijk van de machtspositie van de beroepsbeoefenaar.

Vervolgens gaat Van der Arend na in hoeverre verpleegkundigen een machtspositie bezitten. Hij komt tot de conclusie dat de verpleegkundigen ondanks de professionaliseringstendensen die tot een meer onafhankelijke positie zouden moeten leiden nog steeds in een afhankelijke positie verkeren. Vervolgens geeft hij hiervoor een aantal oorzaken.

Er is een contrast tussen de rollen van verpleegkundigen en die van geneeskundigen. De arts heeft een hoge status, zijn rol wordt gekenmerkt door vrijheid en afwezigheid van controle vanuit de organisatie. De verpleegkundige rol daarentegen wordt bepaald door de plicht te zorgen voor continuïteit in de zorg. De organisatie bepaalt het domein van verpleegkundigen. De verpleegkundige wordt hierdoor in een positie gedwongen waarin men fungeert als coördinator tussen medisch en bureaucratisch systeem.

De stroom van orders, regels, procedures en voorschriften zijn voornamelijk top-down van bovengeschiede functies naar de lagere niveaus van de verpleegkundigen. Wederzijdse communicatie ontbreekt bij verpleegkundigen, motivatie en initiatief wordt ingeperkt en de afhankelijke positie wordt zo bevorderd.

Verpleegkundigen hebben geen sterke groepsbinding met collega's en zien de beroepsgroep slechts in geringe mate als een bron van normen voor het eigen handelen. Zij zijn hierdoor eerder geneigd om een bovengeschiede in de organisatie als een dergelijke bron te aanvaarden. Het zijn met name vrouwen die werkzaam zijn in de verpleging. Zij zijn (nog steeds) meer gericht op de levensdoelinden van de traditionele vrouw dan op een carrièreperspectief. Het verschil in status dat aan mannen en vrouwen toegekend wordt bepaald in hoge mate de arbeidsverhoudingen binnen de gezondheidszorg.

Ook Dassen en Philipsen (1991) merken op dat in de verpleging de samenhang tussen professionalisering en machtsverandering paradoxaal is. Enerzijds neemt de professionalisering van het beroep en daarmee ook de macht toe. Zo neemt de kwaliteit en de ontwikkeling van het beroep toe en stijgt de verpleegkundige autonomie. Aan de andere kant zien we echter een machtsafname. Bij de modernisering van het management in ziekenhuizen delft de functie van verpleegkundig directeur het onderspit en daarmee ook de macht van verpleegkundigen op directieniveau.

Slechts een kwart van de ziekenhuizen kent nog de functie van verpleegkundig directeur. De verpleegkundigen verliezen hiermee een belangrijke bron van invloed (die belangrijk is voor hun positie) aan de medische en economisch/bedrijfskundige professie.

De positie van verpleegkundigen is ondanks het professionaliseringsstreven weinig verbeterd, zo vindt ook Zwols (1985). De verpleging is slechts in beperkte mate en op een klein terrein voor de eigen belangen opgekomen. Als belangrijkste oorzaken hiervoor noemt ze de

arbeidsdeling in het ziekenhuis, de status van verplegen als vrouwenberoep, de lage organisatiegraad van verpleegkundigen en de slechte belangenbehartiging door de vakbeweging. Deze laatste twee oorzaken zouden als een vicieuze cirkel werken.

Ook staken was hierdoor in de verpleging tot 1988 'not done'. Dit veranderde in 1988 met de acties voor 6% loonsverhoging. Een echte doorbraak tot stakingen was dit echter niet, het bleven meer 'ludieke' acties. Ook de organisatiegraad van verpleegkundigen steeg hierdoor, ondanks alle verwachtingen nauwelijks.

Als belangrijkste punt noemt Zwols echter, evenals Dassen en Philipsen (1991) dat de verpleging afhankelijk is en blijft van anderen. Verpleegkundigen zouden niet alleen verstrikt zijn geraakt in de verlengde-arm-van-de-medici maar ook steeds meer afhankelijk raken van de verlengde-arm-van-de-beleidsmakers (De Bakker, 1988:18). Deze afhankelijke positie van verpleegkundigen zorgt ervoor dat niet verpleegkundigen maar anderen hun domein bepalen. Dit werkt als een barrière voor de ontwikkeling en de professionalisering van het beroep van verpleegkundige.

De oprichting van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (in 1993 voortgekomen uit de Commissie Positieverbetering Beroep van Verpleegkundigen en Verzorgenden c.q. de commissie Werner), die als doel heeft de positie van verpleegkundigen te verbeteren, heeft hier tot nog toe weinig aan kunnen veranderen.

Tenslotte is ook de enculturatie (het proces waardoor mensen leren om vanuit normen, waarden en betekenissen met elkaar om te gaan, def.v. Zijdeveld, 1987:140) van verpleegkundigen belangrijk.

In de opleiding leren ze de rollen die ze in het ziekenhuis dienen te vervullen. Daarbij behoort ook de professionele beroeps cultuur die in het ziekenhuis aanwezig is. Lammers vergeleek de ziekenhuisorganisatie in dit verband met een Indiase kastemaatschappij. Het ziekenhuis wordt gekenmerkt door een hiërarchische ordening van kasten, scherp afgebakende taken, weinig mobiliteit tussen de verschillende lagen, differentiatie in statussymboliek en sociale afstand (Lammers/Cassee, 1973).

3.6. Verpleegkundigen: macht en belangen tussen cultuur en structuur

Het verpleegkundig beroep kent dus nogal wat barrières voor een goede belangenbehartiging en het hebben van een machtspositie. Voor een belangrijk deel kan dit verklaard worden door de structuur van de ziekenhuisorganisatie zoals ook in hoofdstuk 2 is besproken. De plaats van verpleegkundigen tussen medische professie en hiërarchische bureaucratie brengt hen in een moeilijke positie. In deze middenpositie is het juist erg belangrijk hoe verpleegkundigen omgaan met belangen.

Uit de in dit hoofdstuk beschreven ontwikkeling van het verpleegkundig beroep, bleek dat verpleegkundigen slecht hebben geleerd om te gaan met hun belangen.

Het roepingsideaal, het kastenstelsel met de sociale afstanden en de gedifferentieerde statussymboliek, de lage status als vrouwenberoep en de lage organisatiegraad zijn voorbeelden van de cultuur die het verpleegkundige beroep omgeeft.

Samenvattend kunnen uit de theorie over de belangen van verpleegkundigen twee navolgende belangrijke conclusies getrokken worden.

1. De **structuur** van de ziekenhuisorganisatie brengt verpleegkundigen in een lastige middenpositie tussen medische professie en bureaucratische organisatie in.
2. De **cultuur** van het verpleegkundige beroep belemmert verpleegkundigen om goed te kunnen omgaan met hun belangen terwijl dit in de middenpositie die zij in de ziekenhuisorganisatie innemen juist van groot belang is.

4. WERKING EN ACHTERGRONDEN VAN WERKLASTONDERZOEK

4.1 Inleiding

Nu in de voorgaande hoofdstukken de belangen van verpleegkundigen besproken zijn zal in dit hoofdstuk het project besproken worden waar het allemaal om draait: werklastonderzoek.

Allereerst zal worden ingegaan op de achtergronden van werklastmeting. Gekeken zal worden naar het ontstaan van werklastonderzoek en de doelen die men met werklastonderzoek tracht te realiseren. Hierna wordt de werking van werklastonderzoek beschreven.

Deze analyse van werklastmetingen is noodzakelijk om de twee case-studies van werklastmetingen, die in hoofdstuk 5 worden beschreven, goed te kunnen begrijpen.

4.2. Kostenbeheersing en werkdruk

De kosten van de gezondheidszorg in Nederland zijn de laatste 20 á 30 jaar enorm gestegen. De financiële grenzen zijn bereikt of al reeds overschreden, in hoofdstuk 2 is hier al uitgebreid op ingegaan.

Aan de kostenexplosie hebben volgens AI (1982:175) drie belangrijke factoren bijgedragen. Allereerst factoren die bijdragen tot toename van het pakket aan gezondheidsdiensten. Ten tweede factoren die het effectief leveren van deze diensten in de weg staan. En tenslotte het ontbreken van beheersingssystemen zowel ten aanzien van het aanbod van gezondheidszorg als ten aanzien van de effectiviteit.

Kostenbeheersing is een steeds terugkerend toverwoord geworden in de wereld van de gezondheidszorg. Voor de ziekenhuizen betekent dit concreet dat er bezuinigd moet worden en dat budgettering zijn intrede doet, ook dit kwam al aan de orde in hoofdstuk 2. Deze bezuinigingen leveren behalve efficiencyverbetering, er moet hetzelfde gedaan worden tegen een lagere prijs (De Bakker, 1988:18), ook een aantal problemen op voor de ziekenhuisorganisatie. Een daarvan is de toegenomen werkdruk. Verschillende studies laten zien dat werklast de belangrijkste oorzaak is voor stress bij verpleegkundigen (Boumans, 1990:17).

Het groeiend aantal klachten, halverwege de jaren '80, uit de verplegingsdienst over de hoge werkbelasting zijn voor veel ziekenhuisdirecties een aanleiding om aandacht te besteden aan werklastonderzoek. Het Nederlandse Ziekenhuis Instituut (NZI) stelt in 1984 op advies van de Nationale Ziekenhuis Raad een commissie in die dit probleem voor de ziekenhuizen moet gaan onderzoeken. Dit resulteerde in het rapport "Draaiboek voor werklastonderzoek" in 1988. In dit rapport wordt uitgegaan van de gedachte dat één van de belangrijkste oorzaken voor de gestegen werklast te vinden is in de afstemming van zorgvraag en -aanbod. Anders gezegd; het aantal en/of de soort patiënten en het aantal verpleegkundigen is niet in verhouding met elkaar (Grunveld c.s., 1988). Het is niet voor niets dat de werklastproblematiek op deze wijze wordt

benaderd. Immers, een onjuiste afstemming van zorgvraag en zorgaanbod betekent een inefficiënte bedrijfsvoering. Oplossing van dit probleem zou dus tevens een efficiency-winst betekenen.

Werklast kan dus bekeken worden vanuit verschillende invalshoeken. De doelen en motieven voor werklast kunnen derhalve verschillen. In het rapport "Draaiboek voor werklastonderzoek" (Grunveld, 1988) wordt dan ook al in de inleiding gesteld dat het van groot belang is dat er duidelijkheid bestaat over de doelen en motieven van het werklastonderzoek. De verschillende partijen die betrokken zijn bij werklastonderzoek zullen namelijk geneigd zijn om het onderzoek en de resultaten naar eigen inzicht en belangen te interpreteren of te beïnvloeden. Zo kan men zich vanuit dit perspectief voorstellen dat de verplegingsdienst primair uit zal gaan van de gedachte dat de verpleging meer personeel nodig heeft, of rechtvaardiger over de verschillende afdelingen verdeeld moet worden, terwijl de staf en beleidsmedewerkers eerder geneigd zullen zijn om vanuit het oogpunt van bezuinigingen en efficiency-winst naar de verplegingsdienst te kijken.

Dat de opmerking over doelen en motieven in het rapport "Draaiboek voor werklastonderzoek" een grote relevantie heeft zal later nog blijken bij de bespreking van de twee case-studies.

4.3. De NZI-methode voor werklastonderzoek

De methode voor werklastonderzoek die het NZI voorstaat heeft een aantal uitgangspunten (Grunveld, 1988).

Allereerst moet de methode geen grote extra tijdsinspanning van verpleegkundigen vergen. Methoden die dit wel doen verhogen feitelijk alleen maar de werklast en zullen dan ook een grote kans hebben te mislukken.

Er wordt verder onderscheid gemaakt tussen de begrippen werklast, werkdruk en werkbelasting. Vaak worden de begrippen door elkaar gebruikt maar dit is onjuist.

De NZI-methode definieert werklast als "de hoeveelheid werk die gedaan wordt dan wel moet worden gedaan". Het gaat daarbij om een waarneembare hoeveelheid die bepaald wordt door organisatievormen, zorgopvattingen, taakverdeling, de aard van het patiëntenbestand e.d. (Grunveld c.s., 1988).

Werkdruk (=werkbelasting) wordt gedefinieerd als "de niet waarneembare factoren die bovenop de werklast komen". Het gaat daarbij voor een belangrijk deel om individueel bepaalde, subjectieve factoren, zoals de sfeer op het werk, emotionele verwerking van overlijden, ernstig lijden e.d. (Grunveld c.s., 1988). De NZI-methode beperkt zich tot de meting van werklast.

Ten derde gaat het NZI er van uit dat werklastonderzoek een continue sturingsinstrument moet zijn wat het management in staat stelt om zowel kwaliteit als doelmatigheid van de organisatie te verbeteren. Werklastonderzoek moet dus geen eenmalige meting zijn waardoor er alleen iets gezegd kan worden over de werklast van dat moment. Het moet een instrument zijn wat in de dynamische ziekenhuisorganisatie voortdurend gehanteerd kan worden.

Tenslotte moet werklastonderzoek volgens het NZI zijn gebaseerd op een methode die de organisatie zelf kan uitvoeren zonder tussenkomst van externe adviseurs. De idee die hier achter ligt is de gedachte dat de medewerkers van het ziekenhuis zich beter herkennen in het onderzoek wanneer dit door medewerkers van de organisatie zelf wordt uitgevoerd. De NZI noemt het dan ook van groot belang dat verpleegkundigen actief betrokken zijn bij het werklastonderzoek.

Bovendien zou werklastonderzoek zoals al eerder gesteld een continue instrument moeten zijn wat de betrokkenheid van externe adviseurs bemoeilijkt.

Op basis van bovenstaande uitgangspunten heeft de NZI een methode voor werklastonderzoek geformuleerd. Deze bestaat uit twee onderdelen, namelijk patiëntenclassificatie en multi-moment opname. Patiënten worden ingedeeld op basis van een aantal indicatoren in vier zorgcategorieën van categorie I (minimale zorg) tot en met categorie IV (intensieve zorg). Deze manier van patiëntenclassificatie berust op de San-Joaquinmethode, een meetinstrument ontwikkeld in de Verenigde Staten en verder uitgewerkt door Grunveld c.s. (1988). Deze patiëntenclassificatie wordt gebruikt in combinatie met de multi-moment methode. Met de multi-moment methode kan inzicht verkregen worden in de tijd die besteed wordt aan de verschillende activiteiten op een verpleegafdeling. Zowel de bestede zorg aan patiënten (in een bepaalde categorie) en de bestede tijd aan andere activiteiten kunnen zo in kaart gebracht worden. Wanneer men dus eenmaal gemeten heeft hoeveel tijd men kwijt is aan elke verpleegkundige handeling of andere werkzaamheden kan men dus voortaan op basis van patiëntenclassificatie berekenen hoeveel men kwijt is aan elke patiënt.

Met behulp van patiëntenclassificatie en multi-moment opnamen kan men derhalve een relatie leggen tussen het activiteitsniveau op een bepaalde ziekenhuisafdeling en de verpleegkundige bezetting op die afdeling (Botjes, 1991). Ook kan men nagaan of zorgvraag (van patiënten) en zorgaanbod (van verpleegkundigen) met elkaar in overeenstemming zijn.

Een werklastonderzoek wordt op alle afdelingen van de ziekenhuisorganisatie uitgevoerd, vaak na een pilot-onderzoek op één afdeling. De patiëntenclassificatie zal dus een blijvend onderdeel gaan uitmaken van de werkzaamheden op een verpleegafdeling, terwijl de multi-momentopname slechts eenmalig uitgevoerd zal moeten worden. De patiënten wisselen immers, terwijl de tijd voor verpleegkundige handelingen gelijk blijft.

Niettemin zal door middel van herhalingsonderzoek ook de multi-moment opname gecontroleerd moeten worden. Alleen dan kan blijken of de normtijden voor verpleegkundige handelingen wel gelijk moeten blijven. Door technologische en medische ontwikkelingen en door organisatieverbeteringen zullen hier ook wijzigingen in kunnen optreden.

4.4. Analyse en organisatieverbetering

De NZI-methode gaat er van uit dat werklastonderzoek het beste door een projectstructuur in de organisatie kan worden geïmplementeerd. Overeenstemming over de doelen en uitgangspunten is daarbij een absolute vereiste (Grunveld, 1988). Een stuurgroep zal het werklastonderzoek op instellingsniveau vorm moeten geven. Hier zullen volgens het NZI zeker in vertegenwoordigd moeten worden:

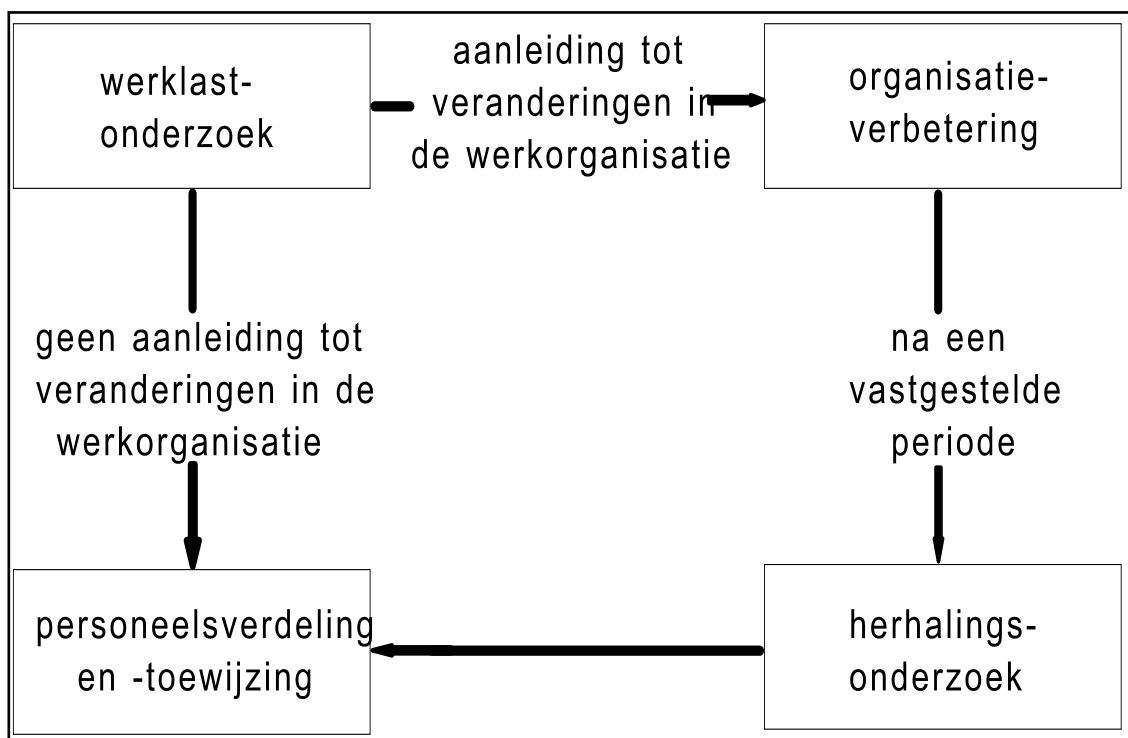
- een directielid;
- het hoofd verplegingsdienst;
- degene die het onderzoek coördineert en begeleidt (de projectleider);
- de hoofden van de afdelingen waar het onderzoek plaatsvindt.

Op afdelingsniveau zal er een werkgroep geïnstalleerd moeten worden die ervoor zorgdraagt dat het onderzoek op een afdeling op een juiste wijze wordt uitgevoerd en die specifieke afdelingskennis inbrengt in het project. Zo'n werkgroep zou kunnen worden gevormd door het hoofd van de afdeling, (sub)hoofd of teamleiders, (een) verpleegkundige van de afdeling en de projectleider.

Nadat het werklastonderzoek is uitgevoerd (wanneer dus op alle afdelingen een multi-momentmeting is uitgevoerd en tevens het classificeren van patiënten is ingevoerd) kan worden begonnen met analyse van de gegevens en het oplossen van knelpunten. Het NZI stelt dat er op basis van de patiëntenclassificaties en multi-momentopname niet direct een personeels(her)verdeling gemaakt kan worden. Er zal namelijk eerst gekeken moeten worden of de afdelingen niet inefficiënt werken. Immers, wanneer men op een afdeling aan bepaalde (verpleegkundige) handelingen meer tijd kwijt is dan op andere afdelingen zou men (wanneer men op deze gegevens personeel krijgt toegewezen) inefficiënt werken belonen: de verpleegafdeling die het meeste tijd nodig heeft voor de verzorging en verpleging van de patiënten zou dan ook het meeste personeel krijgen. Vandaar dat eerst moet worden gekeken of de arbeid op de afdeling wel doelmatig verloopt. Hierbij hoort een analyse van de werkmethode: kunnen activiteiten wellicht geëlimineerd, gecombineerd, of anders uitgevoerd worden? Ook zal men aan de hand van de tijdsbestedingsmeting na kunnen gaan hoeveel tijd men besteedt aan directe patiëntenzorg en hoeveel tijd aan andere activiteiten. Tevens zal men de wenselijkheid van een bepaalde verdeling nader kunnen bezien.

Wanneer deze vragen binnen de afdelingswerkgroep besproken zijn kan men overgaan tot een prioriteitenstelling m.b.t. verhoging van kwaliteit en doelmatigheid. Op basis hiervan kan men vervolgens veranderingen in de organisatie van de verpleegafdeling realiseren. Hierna is het volgens het NZI wenselijk dat men een herhalingsmeting uitvoert. Allereerst kan men zo controleren of de ingevoerde veranderingen ook daadwerkelijk een doelmatigheids- en kwaliteitswinst hebben opgeleverd. Ten tweede kan er volgens het NZI van worden uitgegaan dat deze tweede meting inmiddels een meer wenselijke situatie weergeeft. De resultaten van

een herhalingsmeting kunnen nu gebruikt worden voor beheersmatige doelen (Grunveld, 1988). De basis van de NZI-methode is weergegeven in model 4.1.



Op instellingsniveau kan hierna worden begonnen met de analyse van knelpunten in de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod.

Met deze knelpunten kan op een aantal verschillende wijzen worden omgegaan. Allereerst kan men de resultaten gebruiken voor sturing van het zorgaanbod (van verpleegkundigen). Te denken valt hierbij aan directe veranderingen in de personeelsbezetting en personeelsverdeling (een aantal voorbeelden hiervan is; personeel 'uitlenen' aan andere afdelingen, de roosters beter samenstellen, meerdere functieniveaus instellen, meer personeel aannemen). Vervolgens kan men dan, maar dit is meer op langere termijn, de resultaten van werklastonderzoek ook gebruiken voor sturing van de zorgvraag (van patiënten). Door opnameplanning (het aanpassen van het aantal en soort patiënten aan de verpleegkundige bezetting) zou de werklast voor verpleegkundigen beheersbaarder kunnen worden gemaakt (Kok, 1992). Op basis van patiëntenclassificatie kan men voor opname inschatten tot welk zorgniveau de patiënt zal gaan behoren. Daarbij kan men vervolgens aan de hand van de normtijden (de gemiddelde tijd die men aan de zorg voor de patiënt kwijt is, verkregen door multi-momentmeting) berekenen hoeveel tijd men aan de patiënt kwijt is en wat dit betekent voor de personeelsformatie. Met behulp van de daarbij noodzakelijke automatisering, een arts zal al voor opname de patiënt en zijn zorgniveau moeten invoeren in een computer-datasysteem, kan zo de patiëntenstroom worden gereguleerd en aangepast worden aan de personeelsbezetting.

Vereiste bij een dergelijke sturing van de zorgvraag is dat de gehele organisatie (inclusief de medische staf) bereid is het werklasterprobleem aan te pakken. Werklasteronderzoek is pas dan ingebed in een integraal ziekenhuisbeleid.

4.5. Werklasteronderzoek en verpleegkundigen

De NZI-methode is er dus op gericht om in de ziekenhuisorganisatie een verhoging van kwaliteit en een verhoging van doelmatigheid te bereiken. Voor de verpleegkundigen zou de verdienste van de NZI-methode vooral moeten zijn dat op basis van dit instrument een rechtvaardige verdeling van personeel bereikt zou kunnen worden. Een tweede verdienste van werklasteronderzoek zou volgens het NZI zijn dat de verplegingsdienst op basis van de uitkomsten van werklasteronderzoek een betere positie bij onderhandelingen zou hebben. Met de uitkomsten van werklasteronderzoek zou de verplegingsdienst namelijk 'harde' cijfers kunnen leveren omtrent de werklaster (Grunveld, 1988). Op basis hiervan zou men met name de positie bij onderhandelingen over personele kwesties kunnen verbeteren. Technieken voor effectmeting zouden eveneens bijdragen aan een betere positie van verpleegkundigen bij budgetteringsvraagstukken (De Bakker, 1988:18).

Werklasteronderzoek volgens de NZI-methode zou op deze wijze dus de belangen van verpleegkundigen dienen. Of het in de praktijk ook zo werkt zal blijken uit de case studies die in hoofdstuk 5 worden besproken.

5. CASE-STUDY ZIEKENHUIS A EN B

5.1. Inleiding

In twee ziekenhuizen in de Randstad waar werklastonderzoek is gehouden is nagegaan in hoeverre hierbij rekening werd gehouden met de belangen van verpleegkundigen. Dit gebeurde op basis van documentenanalyse en interviews met organisatieleden van deze twee ziekenhuizen. In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de resultaten van deze twee case-studies.

Voordat de case-studies zelf beschreven kunnen worden zal eerst de methode van onderzoek verantwoord worden.

5.2. Methodeverantwoording

In eerste instantie is een aantal ziekenhuizen aangeschreven met de bedoeling een aantal vraaggelassen te mogen houden betreffende een beleidsvraagstuk. Eén ziekenhuis in de Randstad reageerde hierop positief waarop een oriënterend gesprek plaatsvond. Pas hierna werd gekozen voor het project werklastonderzoek als onderwerp voor verder onderzoek.

Nadat de benodigde gegevens verzameld waren d.m.v. documentenanalyse en interviews werd min of meer toevallig contact gelegd met een ander ziekenhuis in de Randstad. Ook hier was een werklastonderzoekproject uitgevoerd. Omdat in dit ziekenhuis eveneens gebruik was gemaakt van de NZI methode voor werklastonderzoek en dit ziekenhuis eenzelfde organisatiegrootte had als het eerst genoemde ziekenhuis werd besloten de case-study van werklastonderzoek uit te breiden tot een vergelijkende case-study. Ook in het tweede ziekenhuis werden de gegevens verzameld op basis van documentenanalyse en interviews.

De keuze voor case-study research is reeds gedeeltelijk in hoofdstuk 1 verantwoord. Er wordt gekeken naar de werklastonderzoekprojecten met de bedoeling te beschrijven en te verklaren in hoeverre er bij deze projecten rekening wordt gehouden met de belangen van verpleegkundigen. Omdat werklastonderzoek een vrij recent verschijnsel is, is hierover slechts zeer beperkt literatuur voorhanden. Deze literatuur is overwegend methodisch van aard. Een goede evaluatie van werklastonderzoek ontbreekt, dit is de belangrijkste reden voor case-study onderzoek. Secundaire analyse, om zo werklastonderzoek te evalueren, is dus niet mogelijk. Bovendien zouden op deze wijze de belangen, achterliggende motieven en eventuele conflicten bij de uitvoering van werklastonderzoek waarschijnlijk onvolledig weergegeven kunnen worden. Hiervoor is het noodzakelijk om door middel van kwalitatief onderzoek interviews te houden onder organisatieleden die betrokken waren bij werklastonderzoek of hier (in)direct mee te maken hadden.

Yin (1989:23) definieert case-study onderzoek als volgt: "een case-study is een empirisch onderzoek dat een contemporain verschijnsel onderzoekt binnen de werkelijke context, wanneer de grenzen tussen verschijnsel en context niet geheel duidelijk zijn en waarin meerdere bewijsbronnen worden gebruikt".

Binnen case-study onderzoek wordt zowel gebruikt gemaakt van kwalitatieve als ook kwantitatieve data.

De verhouding tussen personeelsbezetting en de volgens de multi-moment methode gemeten werkdruk is een voorbeeld van kwantitatieve data die gebruikt worden in het hierna te bespreken onderzoeksverslag. De belangrijkste gegevens zijn echter toch de door kwalitatief onderzoek verkregen data, zoals de verslagen van de interviews. De belangrijkste kritiek van verpleegkundigen zal zich juist blijken te richten op de door de werklasmethode verkregen kwantitatieve data.

Yin heeft in zijn methode van case-study research veel aandacht besteed aan het opzetten van een case-study protocol, dat hij gebruikt om de betrouwbaarheid van de case-study te vergroten. Een case-study protocol omvat een vooraf door de onderzoeker opgestelde onderzoeksopzet met een overzicht van de doelen, onderwerpen en verwachtingen van het project, een beschrijving van de veldprocedures en de case-study vragen. Doel hiervan is dat het proces van data-verzameling niet onwillekeurig wordt gehinderd door bijvoorbeeld vooringenomenheid van de onderzoeker.

Volgens Yin dient de data-verzameling te berusten op een drietal principes. Allereerst het gebruik van meerdere bewijsbronnen. Ten tweede het opzetten van een case-study database. Basis hiervan is het scheiden van data en uiteindelijk rapport waardoor de gegevens zonder interpretatie van de onderzoeker kunnen worden geraadpleegd. Een database omvat vier componenten, te weten: case-study aantekeningen, case-study documenten, tabelvormig materiaal, en de uitkomsten van de vraaggesprekken. Het derde principe van dataverzameling bij case-studies is het stap voor stap opbouwen van een bewijs-keten. Dit houdt in dat de verbanden tussen de verzamelde data en de uiteindelijke conclusies geëxpliciteerd worden.

In de case-studies die in deze scriptie worden beschreven ben ik (rekening houdend met deze drie principes) als volgt te werk gegaan.

Allereerst het gebruik van meerdere bewijsbronnen. Bij de onderzochte twee case-studies is gebruik gemaakt van zowel documenten als interviews. Dit gebruik van meerdere bewijsbronnen is één van de factoren die de construct validiteit van case-studies vergroot. De gebruikte documenten bestaan uit jaarverslagen en sociaal jaarverslagen van de twee ziekenhuizen, verder de draaiboeken, onderzoeksopzet en evaluatieverslagen van de twee werklasmettingsprojecten (zie ook bijlage 4). Het voordeel van documentenverzameling is volgens Maso (1989:52) dat documenten die niet zijn uitgelokt altijd betrouwbaar zijn omdat ze niet het resultaat zijn van gevoelens of vooroordelen van de onderzoeker.

Naast deze documentenanalyse zijn ook interviews gehouden.

De interviews in de beide ziekenhuizen zijn gehouden met een hoofd P&O, de projectleiders, en enkele (hoofd)verpleegkundigen. Deze respondenten zijn voor een deel willekeurig gekozen, anderen met name het hoofd P&O en de projectleiders zijn gekozen als sleutelpersonen. Ondanks het nadeel van sleutelpersonen (een beperkte betrouwbaarheid) is het voordeel dat zij (mits correct gekozen) de juist kennis en de noodzakelijke expertise kunnen leveren (Rossi and Freeman, 1989:83). Het betroffen gedeeltelijk gestructureerde interviews: niet alle vragen lagen van te voren vast, soms werd er ingegaan op de antwoorden van de respondent om zo in te kunnen gaan op zaken die voor het onderzoek van belang kunnen zijn. Omdat ongestructureerde interviews in principe meer valide zijn dan gestructureerde interviews (Maso, 1989:65) is er niet gekozen voor volledig gestructureerde interviews.

De vragen van de interviews hadden voornamelijk betrekking op het verkrijgen van gegevens die niet uit de documenten over het invoeren en het verloop van het project waren te halen. Het ging daarbij vooral om de rol van de verpleging bij de voorbereiding en de uitvoering van het project. De vragen die aan de orde kwamen waren voornamelijk deze: van wie kwam het initiatief tot werklastonderzoek, wat was de rol van de verplegingsdienst bij de invoering van het project, in welke commissies nam de verpleging zitting, hoe kon hun inbreng in het project worden gerealiseerd, waren er belangrijke conflictpunten, wat was de rol van de verpleging bij de uitvoering van het project, hoe zien zij zelf hun rol, kan de verpleging zich vinden in de rapportage van het project, wat is hun mening over de uitkomsten en de conclusies van het project, is meer of minder participatie van de verpleging wenselijk, welke oorzaken ziet de verpleging voor de gestegen werkdruk en welke oorzaken ziet het management.

Het tweede principe is het opzetten van een data-base. Bij het opzetten van het onderzoek is er een data-base gevormd waar al het voor de case-studies belangrijke materiaal een plaats in vond zoals de documenten over het project, de tabellen en uitkomsten van de werklastonderzoeken en de uitgeschreven interviews. De interviews zijn genotuleerd d.m.v. steekwoorden die thuis direct werden uitgeschreven zodat de mogelijkheid voor eigen interpretaties zo klein mogelijk werd gehouden. Een bandrecorder is niet gebruikt omdat gedacht werd dat dit voor de personeelsleden remmend zou werken. Vaak werd tijdens de interviews met personeelsleden ook gevraagd of het management te horen kreeg wat er in de interviews besproken werd. Dit gaf m.i. aan dat het een juiste keuze was om geen bandopnamen van de interviews te maken omdat dit een eventuele angst voor het doen van uitspraken alleen maar zou vergroten.

Het laatste principe van Yin is het opbouwen van een bewijsketen. Dit houdt in dat het verband tussen gestelde vragen en uiteindelijke conclusies moeten kunnen worden gereconstrueerd en geëxpliciteerd. In mijn verslag van de case-studies wil ik zoveel mogelijk laten zien wat de gegevens tot resultaat hebben en wat dit vervolgens inhoudt voor de centrale vraag van de scriptie. In de beschrijving van de case-studies hoop ik dit nader uit te werken.

De grondslag van de gekozen methode voor deze scriptie is om te komen tot een, zo door Maso genoemde, theoriegestuurde dataverzameling (Maso, 1989:109). We confronteren de

kennis die we hebben verzameld tijdens het ontwikkelen van onze voorlopige probleemstelling en de kennis die we al hadden voor het onderzoek met de nieuwe, onderzochte gegevens. Als de onderzochte begrippen en relaties geen nieuwe informatie meer opleveren dan hebben we een nieuwe theorie ontwikkeld en/of een bestaande theorie uitgebreid, beperkt, gewijzigd of empirisch ondersteund. (Maso, 1989:114).

Een eerder ontwikkelde theorie wordt gebruikt als toetssteen waaraan de empirische resultaten van het onderzoek getoetst kunnen worden.

Over de generalisatie van de twee case-studies kan het volgende gezegd worden. Bij case-studies gaat het om een analytische generalisatie (Yin, 1989:44). Dit wil zeggen dat de bevindingen van de case-study mogelijk ook kunnen worden toegepast in andere situaties of, anders gezegd, de begrippen van de onderzochte case-study kunnen ook opgaan voor soortgelijke gevallen.

De twee ziekenhuizen die in de case-studies centraal staan zijn doorsnee ziekenhuizen. Zij zijn van middelbare grootte en wijken qua personeels- en organisatiestructuur niet sterk af van het gemiddelde Nederlandse algemeen ziekenhuis. Verder verkeerden ze ten tijde van het onderzoek niet in een financiële probleemsituatie of reorganisatie. Op grond van deze factoren is er geen reden om aan te nemen dat het beeld dat voortkomt uit de case-studies sterk afwijkend zal zijn. Echter, de externe validiteit kan alleen vergroot worden door replicatie. Er moet dan ook gezegd worden dat op basis van twee case-studies slechts voorzichtige concluderende interpretaties zijn te geven. Wanneer de resultaten van de twee case-studies echter een zeer eenduidig beeld laten zien dat sterk overeenkomt met de theorie kunnen de conclusies met wat meer stelligheid worden geformuleerd. Toch blijft bij case-study de generaliseerbaarheid problematisch (Van der Wouden, 1992). Bij het lezen van het onderzoeksverslag zal men zich dat dan ook bewust dienen te zijn.

5.3. Case study ziekenhuis A

5.3.1. Beschrijving van de organisatie van ziekenhuis A

Het betreffende ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis met een stichtingsvorm. Deze stichting is gebaseerd op confessionele uitgangspunten.

Het ziekenhuis is gevestigd in de Randstad sinds de oprichting in 1965. Er zijn ongeveer 950 personeelsleden werkzaam en de beddenscapaciteit van het ziekenhuis ligt rond de 400 bedden. Het aantal vertegenwoordigde specialismen is 19 en verder zijn er 13 verpleegafdelingen. Het ziekenhuis kan gekenschetst worden als een middelgroot ziekenhuis. In de indeling van Scherpenisse, die ook in het inleidende eerste hoofdstuk al genoemd is, zou het ziekenhuis gecategoriseerd worden als een centrum ziekenhuis. De organisatiestructuur van het ziekenhuis is vrij hiërarchisch. Er is een driedeling in de ziekenhuisdirectie te zien die ook doorwerkt in de verdere organisatie. Deze driedeling van de directie houdt in dat er zowel een

medisch, financieel-economisch als een verpleegkundig directeur is aangesteld. Dit is goed te zien in het organogram (Model 5.1).

5.3.2. Aanleiding voor en uitvoering van werklastonderzoek in ziekenhuis A

De aanleiding voor het ziekenhuis om onderzoek te doen naar werklast van verpleegkundigen was het toenemend aantal klachten vanuit de verplegingsdienst over de werkdruk. De directie besloot om werklastonderzoek te houden mede omdat de staf van de verplegingsdienst met behulp van het project werklastmeting mogelijkheden zag om te komen tot een meer efficiënte verdeling van mensen en middelen. In het jaarverslag 1990 van ziekenhuis A wordt aangegeven dat de in 1990 gehouden proef op de kinderafdeling uitgebreid zal worden tot een compleet werklastonderzoek. Doel daarbij wordt geformuleerd als "het inzetten van werklastmeting als beleidsinstrument teneinde bij werkdrukproblemen een verhelderend beeld te geven van het functioneren van een afdeling of andere organisatieonderdelen".

Mei 1991 wordt dan, na een pilot-studie, op alle afdelingen werklastonderzoek gehouden. Gebruikt wordt de NZI-methode die gebaseerd is op de San-Joaquinmeetmethode, zoals besproken is in hoofdstuk 4.

Concreet betekende het werklastonderzoek allereerst het instellen van een stuurgroep werklastonderzoek. Deze stuurgroep, die op instellingsniveau functioneert, bestaat uit een directielid, het hoofd verpleegafdelingen, het hoofd van één verpleegafdeling, het waarnemend hoofd personeelszaken en de projectleider. Als projectleider fungeert een stafverpleegkundige. Deze is aangesteld voor onderzoek en kwaliteitsverbetering binnen de verplegingsdienst. Ook het project werklastmeting in ziekenhuis A staat dus onder zijn leiding.

De doelen van werklasmeting worden vervolgens geformuleerd als: een efficiënter en doelmatiger inzet van personeel, een goede onderbouwing van de verdeling van personeel en tenslotte het ontwikkelen van een sturingsinstrument om van dag tot dag zorgvraag en zorgaanbod op elkaar af te stemmen.

Het project wordt in een vijftal stappen onderverdeeld.

Stap 1 is de voorbereidingsfase. Hierin worden de afdelingen geïnformeerd en de voorbereidingen voor het project uitgevoerd.

Stap 2 is de invoering van patiëntenclassificatie. Op elke afdeling wordt een werkgroep ingesteld bestaande uit hoofdverpleegkundige, waarnemend hoofdverpleegkundige en één teamleider. Alle afdelingen worden geïnformeerd over patiëntenclassificatie waarna dit ook wordt ingevoerd.

Stap 3 is het uitvoeren van de multi-momentmeting. Gedurende vijf dagen wordt van 7.00 - 23.00 uur de tijdsbesteding van personeel aan verpleegkundige- en andere handelingen gemeten en in kaart gebracht.

Stap 4 is de analyse van de knelpunten. De projectleiding analyseert de uitkomsten van het onderzoek en bespreekt dit met elke afdeling (terugkoppeling).

Stap 5 is het realiseren van verbeteringen in de werkorganisatie. De afdelingswerkgroepen stellen in samenwerking met het hoofd verplegingsdienst en de projectleider een prioriteitenplan op.

De totale duur van het project bedroeg anderhalf jaar, zodat het project uiteindelijk in 1992 werd afgerond.

5.3.3. Resultaten van het werklastonderzoek in ziekenhuis A

De uiteindelijke resultaten van het werklastonderzoek leveren met name de conclusie op dat het mogelijk zou moeten zijn om per dag per afdeling te bekijken waar personeel teveel en waar personeel te weinig is. De resultaten geven dus geen aanleiding volgens het prioriteitenplan om structureel op een afdeling de personeelsbezetting te verminderen of te vermeerderen. Er blijken per dag wisselende personeelsbezettingen nodig te zijn op alle afdelingen. De resultaten zijn voor ziekenhuis A samengevat in fraaie tabellen. Hieruit blijkt dat er niet structureel op één afdeling personeel teveel of te weinig is. Ook uitsplitsing naar functieniveau geeft geen eenduidig beeld. Er zijn niet structureel bepaalde groepen (hoofdverpleegkundigen, gediplomeerd verpleegkundigen, leerling-verpleegkundigen of ziekenverzorgenden) die een uitzondering vormen op het algehele beeld. Elke afdeling heeft volgens de projectgroep dagen waarop men teveel personeel of juist te weinig personeel heeft.

Omdat men geen mogelijkheden zegt te hebben om te sturen op de zorgvraag (dus het aantal en/of soort patiënten afstemmen op het beschikbare personeel) kiest men voor het functioneler inzetten van het personeel.

In de praktijk betekent dit dat verpleegkundigen van afdelingen waar het op een bepaalde dag rustig is "uitgeleend" worden aan een andere afdeling waar het op die dag (te) druk is.

Een andere consequentie van het werklastonderzoek is dat er op deze wijze ook met minder part-timers of oproepkrachten gewerkt kan worden. Voor ziekenhuis A, waar relatief veel part-timers en oproepkrachten werkzaam waren, is dit een mooie bijkomstigheid. Zeker omdat extra bezuinigingen noodzakelijk zijn door budgettaire oorzaken. Deze part-timekrachten die in erg drukke uren op een afdeling extra ingezet kunnen worden zijn immers een vrij dure werknemerscategorie voor ziekenhuis A.

5.3.4. De belangen van verpleegkundigen bij het werklastonderzoek in ziekenhuis A

Zoals ook in voorgaande paragraaf is beschreven waren het klachten vanuit de verplegingsdienst die de directie ertoe deden besluiten om een onderzoek in te stellen naar de werkdruk voor verpleegkundigen. Daarentegen is het project niet samen met de verplegingsdienst voorbereid. Het gehele beleidsproject werd vooral top-down bestuurd i.p.v. bottom-up.

Verpleegkundigen zijn in ziekenhuis A nauwelijks betrokken bij de voorbereiding van het project. Zij werden slechts per afdeling geïnformeerd over het project maar hadden geen mogelijkheid om daadwerkelijk een inbreng te hebben in het project werklastonderzoek. Verpleegkundigen in ziekenhuis A lijken dit normaal te vinden. Zo gaf een verpleegkundige aan: "Ja hoor, wij worden hier altijd goed geïnformeerd". Dit terwijl de vraag was of de verpleging ook betrokken was bij de voorbereiding van het project en of men ook kritiekpunten had kunnen geven en eventueel ook het project had kunnen veranderen.

De doelstelling van het project, zoals verwoord in het beleidsplan, veranderde dan ook al gauw. Was deze naar aanleiding van de klachten vooral gericht op het verkleinen van de werkdruk voor verpleegkundigen, later is de kern van het project voornamelijk het vergroten van doelmatigheid.

Voor de projectleider, een stafverpleegkundige, ziet in de gebruikte NZI werklasmethode veel mogelijkheden om zowel de werkdruk als het doelmatigheidsprobleem in één keer aan te pakken. In zijn visie heeft het verhogen van doelmatigheid automatisch een verlaging van de werkdruk tot gevolg. Daarin wordt hij gesteund door het hoofd verplegingsdienst. In de sterk hiërarchische opbouw van het ziekenhuis neemt met name deze persoon een centrale plaats in. Veelzeggend is het ook dat in de afdelingswerkgroepen slechts de hoofdverpleegkundige, de subhoofdverpleegkundige en een teamleid(st)er opgenomen waren. Behalve de 'staf' van een verpleegafdeling waren er dus geen uitvoerende verpleegkundigen betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van werklastonderzoek op een verpleegafdeling. De staf had over het algemeen weinig kritiek op de gebruikte methode en sloot zich aan bij de conclusies van de projectleider.

De afdelingswerkgroepen hadden bovendien een beperkte inbreng. Uiteindelijk was het de stuurgroep die de veranderingen zou vormgeven en de eindregie had bij het samenstellen van de rapportage. 'Gewone' verpleegkundigen konden dus niet participeren in de

beleidsvoorbereiding en de beleidsuitvoering. Hun mogelijkheden om hun belangen in het project vorm te geven werden hierdoor enorm ingeperkt.

Uit de interviews kwam naar voren dat het invoeren van het "uitlenen" van personeel aan andere verpleegafdelingen door verpleegkundigen als negatief wordt ervaren. Verpleegkundigen beoordelen dit negatief omdat zij hierdoor voornamelijk saai en routinematig werk moeten doen op andere afdelingen waar zij niet bekend zijn. Weliswaar worden de hoge pieken in de zorgzwaarte enigszins teruggedrongen door deze methode maar hier staat tegenover dat rustige perioden van overbezetting zijn verdwenen. Op deze rustige momenten wordt men in het nieuwe systeem idealiter uitgeleend aan een afdeling waar het wel druk is. Hierdoor krijgen verpleegkundigen het gevoel dat er nu een constante race tegen de klok moet worden gevoerd.

Een verpleegkundige merkte op dat alle verpleegkundigen dit uitlenen vervelend vinden: "Alleen de rotklusjes blijven over op een afdeling. Die mogen dan gedaan worden door diegene die uitgeleend is". Een teamleider bevestigde dit: "uitlenen vindt niemand leuk, maar we proberen het eerlijk te verdelen".

Tevens kwam naar voren dat in de NZI c.q. San-Joaquinmethode nauwelijks aandacht wordt besteed aan niet-technisch verpleegkundig handelen zoals psycho-sociale zorg, terwijl dit vaak een werkdrukverhogende factor betekent. Hoewel door met name de projectleiding wordt aangegeven dat dit in de werkdrukmethode impliciet wel wordt verdisconteerd, zeggen verpleegkundigen dit niet als zodanig te ervaren. Volgens hen zijn er vaak uitzonderingen bij patiënten te constateren. Sommige mensen hebben problemen die niets te maken hebben met hun ziektebeeld. Zij vallen dan bijvoorbeeld wel in een lage patiëntencategorie en zouden dus weinig zorg behoeven. Als zij dan toch veel aandacht vragen zorgt dit er voor dat juist op die momenten de werkdruk enorm oploopt. Dit is begrijpelijkerwijs nooit te voorspellen. Het rationalistische classificatiesysteem voorziet hier niet in. In de rapportage en in het uiteindelijke beleid is er van deze kritiek niets meer terug te vinden.

Al met al wordt de gekozen aanpak van werklastonderzoek, met name door het uitlenen van personeel, niet ervaren als een wezenlijke verlaging van de werkdruk. Hoewel het project in ziekenhuis A er dus wel in geslaagd is om zorgvraag en zorgaanbod beter op elkaar af te stemmen en geconcludeerd kan worden dat het project efficiency-verhogend is, is men er niet in geslaagd om de functie-inhoud van verpleegkundigen aantrekkelijker te maken door de werkdruk structureel te verlagen. Daarmee lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat er bij het werklastonderzoek in ziekenhuis A onvoldoende rekening is gehouden met de belangen van verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn nogal gedesilluseerd na het werklastonderzoek. Men verwachtte er personeel bij te krijgen ("De meesten uit de verpleging hier dachten, nu komt er eindelijk eens uit dat we met teweinig mensen werken. Dat is niet gebeurd. Veel zijn daar over teleurgesteld"). In plaats van personeel erbij kwam er een systeem van frequent uitlenen.

Echte conflicten zijn hierover niet ontstaan. Weliswaar is de verpleging ontevreden over de genomen maatregelen n.a.v. werklasteronderzoek maar dit wordt niet echt geuit door een conflict. Men schat de mogelijkheden om invloed uit te oefenen zeer gering in ("Van al die management toestanden hebben we niet zo'n verstand hoor"). Hierdoor heeft men ook weinig interesse meer in de werklasterproblematiek. Verpleegkundigen zien het vooral als een tegenstelling tussen het denken van het management en het denken vanuit de verpleging. Volgens hen is dit toch onoplosbaar. Bovendien mijdt men het conflict, de patiënt mag er volgens de verpleging niet de dupe van worden ("Je laat een patiënt niet zomaar liggen hè. Je gaat toch door"). Verpleegkundigen blijken in die zin een ouderwets 'roepingsgevoel' te hebben. Zij zien zichzelf vooral als uitvoerders van de zorg. Het management laten ze als vanzelfsprekend over aan de (verpleegkundige) managers.

In ziekenhuis A wordt dit nog eens versterkt door de hiërarchische opbouw van de organisatie.

5.4. Case study ziekenhuis B

5.4.1. Beschrijving van de organisatie van ziekenhuis B

Ziekenhuis B is een algemeen ziekenhuis in de Randstad. Het ziekenhuis is ontstaan in de jaren '60 en heeft een organisatiegrootte die min of meer gelijk is aan die van ziekenhuis A. Het ziekenhuis heeft 311 bedden, zo'n twintig vertegenwoordigende specialismen en zes dubbele afdelingen. Verder zijn er ruim 800 personeelsleden werkzaam in ziekenhuis B.

Het ziekenhuis heeft wel een andere organisatiestructuur dan ziekenhuis A. Dit is te zien in het organogram van het ziekenhuis (Model 5.2).

Een ander verschil met ziekenhuis A is dat dit ziekenhuis geen stichting is die gebaseerd is op confessionele uitgangspunten.

Ziekenhuis B is weliswaar een stichting maar deze is gebaseerd op algemene uitgangspunten en het ziekenhuis behoort tot de gemeentelijke overheid. Daarmee zijn de werknemers ambtenaren en vallen ook onder een andere C.A.O en hebben ondermeer ook een andere pensioenregeling. Zeer wezenlijke consequenties heeft dit echter niet. Ook de salarishoogte van ziekenhuis A en ziekenhuis B verschilt niet of nauwelijks.

5.4.2. Aanleiding voor en uitvoering van werklasteronderzoek in ziekenhuis B

Ook in ziekenhuis B ontstond de behoefte aan een onderzoek naar de werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden omdat men vermoedde dat de discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod de oorzaak vormde voor de gestegen werklaster. Zodoende besloot men in februari 1991 om met werklasteronderzoek te beginnen. Eerst werden de betrokkenen geïnformeerd en werd er een stuurgroep ingesteld die het onderzoek in zijn geheel zou gaan begeleiden. Deze stuurgroep bestond uit de speciaal voor dit project aangestelde projectleider, een vertegenwoordiger van de (para)medische dienst (in dit geval een neuroloog), het hoofd klinische dienst, het hoofd personeelszaken, een vaste vertegenwoordiger van de verdiepingshoofden en tot slot het verdiepingshoofd van de afdeling waar op een bepaald moment het onderzoek plaatsvond.

Op iedere afdeling werd vervolgens een afdelingsgebonden werkgroep ingesteld. Deze bestond op iedere verdieping (is een dubbele afdeling) uit het verdiepingshoofd, twee teamleiders en twee verpleegkundigen/verzorgenden. Net als in ziekenhuis A voert men vervolgens op iedere afdeling de patiëntenclassificatiemethode in en voert men tussen april 1991 en februari 1992 de multi-momentmeting uit.

Het doel van het werklasteronderzoek wordt geformuleerd als "afstemming in zorgvraag en zorgaanbod op de verpleegafdeling". Als subdoelen hieraan voorafgaand werden geformuleerd:

1. Efficiency ten aanzien van de werkzaamheden op de verpleegafdeling met inachtneming van de kwaliteitsafspraken.

2. Inzet van verpleegkundigen aan de hand van de gemeten werklaster op de verpleegafdelingen.

Ook in ziekenhuis B heeft men werklasteronderzoek gehouden op basis van de NZI-methode die op zijn beurt weer is gebaseerd op de San-Joaquinmethode. Naast het gebruik van patiëntenclassificatie en multi-moment methode gebruikt men in ziekenhuis B echter ook twee controle methoden. Dit zijn evaluatieformulieren voor de medewerkers en patiënteninterviews. Op de evaluatieformulieren kunnen de medewerkers hun mening geven over de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod, dus over hun subjectieve beleving van de werkdruk. In de patiënteninterviews kunnen patiënten hun mening geven over de afstemming van personeel op hun zorgvraag. Dit zijn als het ware extra controlemethoden. Wanneer uit beide onderzoeken (werknemerevaluatie en patiënteninterviews) een gelijk beeld naar voren komt wat overeenkomt met de resultaten van patiëntenclassificatie en multi-momentmeting dan kan men met meer zekerheid aangeven dat het gekozen meetinstrument ook een goede weergave is van de werkelijkheid. Hier is verder helaas weinig aandacht aan besteed. Dit terwijl de resultaten

hiervan wel aanleiding zouden geven voor een grondige vergelijking. De reden dat hier geen verder onderzoek naar is gedaan is onbekend.

De belangrijkste factor in het onderzoek betrof toch de patiëntenclassificatie en de multi-momentmeting. Dit volgt ook uit het aantal fasen waarin het werklastonderzoek in ziekenhuis B is ingedeeld.

Deze fasen komen grotendeels overeen met die van het gehouden werklastonderzoek in ziekenhuis A.

1. Onderzoek dienstrooster. Dit houdt in dat men voor het onderzoek nagaat op welke wijze het dienstrooster wordt samengesteld en welke effecten dit heeft op het werklastonderzoek.
2. Kwaliteitsnormen afdelingswerkzaamheden. Voor het onderzoek formuleert men de wenselijkheid van de werkzaamheden. Men stelt als het ware normatieve kwaliteitsafspraken vast ten aanzien van de verhouding tussen de zorgvraag en het zorgaanbod.
3. Patiëntenclassificatie. Het uiteindelijke onderzoek begint met het dagelijks indelen van de patiënten naar zorgzwaarte.
4. Multi-momentopname. Hierna bekijkt men de tijd die men aan de diverse handelingen kwijt is en komt men op een gemiddelde zorgtijd (normtijd) per patiëntencategorie uit.
5. Analyse van de huidige situatie. Men stelt de verhouding tussen zorgvraag en zorgaanbod vast en koppelt deze terug naar o.a. de opbouw van het dienstrooster en de kwaliteitsnormen voor de afdelingswerkzaamheden (punt 2 en 3).
6. Organisatieverbetering. Op basis van de analyse van de huidige situatie komt men tot voorstellen ter verbetering van de afdelingsorganisatie en de organisatie als geheel teneinde te komen tot een goede verhouding in zorgvraag en zorgaanbod.
7. Herhalingsonderzoek. Tenslotte zal men evenals in ziekenhuis A het onderzoek (de multi-momentmeting) moeten herhalen omdat alleen zo betrouwbare normtijden zijn vast te stellen.

5.3.3. Resultaten van het werklastonderzoek in ziekenhuis B.

De resultaten hiervan zijn als volgt. Aan de hand van de gegevens die voortkomen uit de patiëntenclassificatie en multi-momentmeting is het nu per dag mogelijk om te berekenen wat het benodigde zorgaanbod is bij de zorgvraag.

In de praktijk blijkt dat deze zelden meer dan 20% afwijkt. Slechts één afdeling week meer dan 20% af door onderbezetting maar volgens de rapportage van het onderzoek was hier sprake van een afwijkende situatie. Er is afgesproken dat zowel 20% overbezetting als 20% onderbezetting onaanvaardbaar is. Doordat deze grens niet vaak wordt overschreden is het zelden nodig dat het personeel uitgeleend wordt aan andere afdelingen. Na het invoeren van werklastonderzoek is het uitlenen ook niet wezenlijk verhoogd.

Een ander resultaat van het werklastonderzoek is dat men in ziekenhuis B voortaan per maand achteraf een berekening maakt hoeveel afdelingsmedewerkers er nodig waren om een juiste afstemming van zorgvraag en zorgaanbod te realiseren. Met deze gegevens kan vervolgens ieder jaar het personeelsbudget en de personeelsformatie onderbouwd worden.

In de toekomst wil men in ziekenhuis B komen tot het ontwikkelen van zorgprofielen waardoor de zorgvraag (o.a. het opnamebeleid) aangepast kan worden aan de personeelsformatie van dat moment. Dit zijn echter nog meer toekomstplannen dan daadwerkelijk beleid.

5.4.4. De belangen van verpleegkundigen bij het werklasteronderzoek in ziekenhuis B

Ook in ziekenhuis B is er naar aanleiding van de gestegen werkdruk onderzoek verricht. Hier waren het de verpleegkundige managers die het initiatief namen tot het houden van een onderzoek. Dit in tegenstelling tot ziekenhuis A waar vanuit de verpleging klachten werden geuit over de gestegen werkdruk.

Speciaal voor het werklasteronderzoek werd een projectleidster aangesteld. Voor verpleegkundigen gaf dit meer het idee dat er onafhankelijk en los van andere problemen in de organisatie (zoals bijvoorbeeld doelmatigheidsproblemen) onderzoek zou worden verricht naar de werkdruk.

De doelstelling van het onderzoek zoals deze te vinden is in de rapportage van het project, laat echter zien dat men ook in ziekenhuis B uitgaat van een automatische koppeling tussen verhoging van efficiëntie en verlagen van werkdruk. Oplossingen worden door de projectleiding dan ook vooral gezocht in het realiseren van een efficiënt werkproces. Anders dan in ziekenhuis A was dit voor het personeel binnen de verplegingsdienst van ziekenhuis B vanaf het begin ook duidelijk. Hierdoor waren er bij hen ook geen valse verwachtingen aanwezig zoals de gedachte dat ze er meer personeel bij zouden krijgen. De verpleging was vanaf het begin van het project ook direct betrokken bij het project.

Hoewel verpleegkundigen in ziekenhuis B weliswaar wat meer betrokken werden bij het werklasteronderzoeksproject, ze participeerden ook in de afdelingswerkgroepen, daadwerkelijke mogelijkheden om veranderingen in het project in te voeren waren er niet. Het is uiteindelijk de projectleiding die de methode kiest en de voorstellen formuleert. Deze komen er op neer dat er geen directe aanleiding is om per dag te sturen op de aanbod kant, zoals in ziekenhuis A wel gebeurd. Het argument hiervoor is dat er nauwelijks afwijkingen zijn die de kritieke grens van 20% over- of onderbezetting overschrijden. Een dagelijkse (her) verdeling van personeel door middel van uitlenen wordt niet gemaakt tenzij er bijzondere uitzonderingen in personeelssterkte en zorgvraag zijn. Aangezien de verpleegkundigen niet (althans niet vaker) uitgeleend worden ondervinden zij niet die negatieve gevolgen van het uitlenen zoals in ziekenhuis A het geval was. Eigenlijk, zo bleek ook uit de interviews, merken de werknemers op de verpleegafdelingen bij het uitvoeren van hun dagelijkse werkzaamheden weinig van het werklasteronderzoek. Vanuit de staf wordt bovendien aangegeven dat er na de werkdrukmetingen weinig beleidswijzigingen zijn ingevoerd.

Weliswaar zou het de verdienste van het werklasteronderzoek zijn dat men bij de onderhandelingen over de jaarlijkse personeelsformatie ontslagen heeft kunnen voorkomen omdat men de benodigde personeelssterkte nu 'hard' kan maken, maar het is moeilijk om te bewijzen dat dit zonder werklasteronderzoek niet gelukt zou zijn. Voor werknemers is dit in ieder

geval niet geheel duidelijk. Met cijfers is dit ook verder niet aan te tonen en evenmin is er een drastische omslag in het bezuinigingsbeleid te bemerken na invoering van werklastonderzoek. Het argument dat men zonder werklastonderzoek waarschijnlijk met minder personeel had moeten werken waardoor de werkdruk sterk zou zijn gestegen slaat dan ook bij de verpleging minder goed aan. Voor de ervaring van verpleegkundigen heeft het werklastonderzoek weinig tot geen concrete gevolgen gehad die geleid hebben tot de verlaging van de werklast ("We vullen elke dag de patiëntenclassificatieformulieren maar in maar we merken er verder nooit iets van" en "Volgens mij is het classificeren van patiënten overbodig"). Zodoende kan men niet om de conclusie heen dat ook dit project uiteindelijk over de hoofden van de medewerkers binnen de verplegingsdienst is gerealiseerd. De verpleging ondervindt geen hinder van het project, maar ook geen gemak.

Concluderend kan gezegd worden dat er met de belangen van de verpleegkundigen in ziekenhuis B slechts beperkt rekening is gehouden. Een concrete verlaging van de werklast is niet gerealiseerd tenzij men in de toekomst zal overgaan tot het afstemmen van de zorgvraag op de personeelsformatie. Tot die tijd lijkt dan ook hier de conclusie gerechtvaardigd dat men met de belangen van verpleegkundigen bij het werklastonderzoek in ziekenhuis B niet of nauwelijks rekening heeft gehouden.

Evenals in ziekenhuis A leidt dit ook hier niet tot conflicten. De redenen hiervoor zijn min of meer gelijk aan die in ziekenhuis A. Bovendien heeft de verpleging, zoals in ziekenhuis A wel het geval was, niet het idee dat er maatregelen zijn genomen die hen uiteindelijk alleen maar benadeelden. Daarbij speelt natuurlijk ook mee dat de verpleging in ziekenhuis B minder hoge verwachtingen had van het gehele project dan de verpleging in ziekenhuis A.

6. CONCLUSIE: BELANGEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN WERKLASTONDERZOEK

6.1 Inleiding

Nu we zowel vanuit de theorie hebben gekeken naar de belangen van verpleegkundigen als ook in de praktijk twee case-studies van werklastonderzoek hebben beschreven zal in dit laatste hoofdstuk teruggekeerd worden naar de probleemstelling. Deze luidde:

1. In hoeverre wordt bij werklastonderzoek rekening gehouden met de belangen van verpleegkundigen.
2. Zijn op basis van de theoretische beschouwingen over de belangen van verpleegkundigen de uitkomsten van de werklastonderzoeken te verklaren.

Tevens zal de problematiek van het werklastonderzoek en de belangen van verpleegkundigen in een bredere context geplaatst worden. Met name de vraag in hoeverre het geven van zorg en het daarbij streven naar doelmatigheid verenigbaar met elkaar zijn, zal centraal staan.

6.2. Conclusies

Uit de in hoofdstuk 2 en 3 besproken theorie over verpleegkundigen en hun belangen kunnen, zoals ook aan het einde van hoofdstuk 3 is aangegeven, een tweetal conclusies getrokken worden. Allereerst blijkt uit de theorie over de positie van verpleegkundigen dat de structuur van de ziekenhuisorganisatie grote invloed heeft. De verpleegkundigen bevinden zich tussen het bureaucratische en het professionele organisatieprincipe in.

Hun werkzaamheden hebben aan de ene kant veel professionele kenmerken met een bepaalde vrijheid en professionele autonomie. Aan de andere kant bevinden zij zich in de hiërarchie van de bureaucratie en hebben zij te maken met de regels en procedures die hierbij horen.

Hun plaats in de organisatie tussen deze twee botsende organisatieprincipes in brengt hen in een positie waar het uitermate belangrijk is hoe men omgaat met belangen. Immers, juist hier zullen conflictueuze situaties kunnen ontstaan en zal het vermogen om te kunnen onderhandelen en op te komen voor de eigen belangen erg belangrijk zijn. De cultuur die bepalend is voor het verpleegkundig beroep laat echter zien dat verpleegkundigen door ondermeer het roepingsideaal, de grote sociale afstanden, de lage status als vrouwenberoep en hun lage organisatiegraad belemmerd worden in hun mogelijkheden om goed te kunnen omgaan met belangen.

Deze twee factoren, de structuur van de organisatie en de cultuur van het verpleegkundig beroep, leiden er toe dat de verpleegkundige belangen niet of nauwelijks vorm krijgen in beleidsprocessen.

Ook de twee case-studies laten zien dat er met de belangen van verpleegkundigen bij werklastonderzoek niet of nauwelijks rekening wordt gehouden. Verpleegkundigen participeren niet direct in het onderzoek naar de oorzaken voor werkdruk. Evenmin kunnen ze invloed

uitoefenen op de keuze van de methode voor onderzoek. Hierdoor is er, zowel in ziekenhuis A als in ziekenhuis B, door verpleegkundigen kritiek op de gebruikte methode terwijl de staf en projectleiding de keuze voor de gebruikte methode slecht weten te rechtvaardigen. Ook de uitkomst van het onderzoek in beide ziekenhuizen laat zien dat er met de belangen niet daadwerkelijk rekening wordt gehouden. Zo worden er in ziekenhuis A maatregelen genomen die door verpleegkundigen niet worden gezien als een wezenlijke verlaging van de werkdruk. Het uitlenen van personeel aan andere verpleegafdelingen wordt hier negatief beoordeeld.

In ziekenhuis B is er weliswaar geen beleid uitgevoerd dat door verpleegkundigen negatief wordt beoordeeld maar hier is het probleem juist de afwezigheid van concreet beleid waardoor een directe verlaging van de werkdruk niet wordt ervaren. In feite wordt er in ziekenhuis B, afgezien van de inzet van werklasteronderzoek bij personeels- en budgetonderhandelingen, weinig met de uitkomsten van werklasteronderzoek gedaan. Althans niet in de sfeer van directe (her)verdeling van personeel. Wel is men in de toekomst van plan om zorgprofielen te ontwikkelen waardoor het mogelijk moet worden om de zorgvraag af te stemmen op de personeelsbezetting. Dit zijn maatregelen die de werkdruk mogelijk wel zou kunnen terugdringen. Dit is echter nog voorgenomen beleid en niet de werkelijke situatie.

Er blijft evenwel een belangrijke vraag onbeantwoord. Dit betreft het feit dat werklasteronderzoek in essentie een project beoogd te zijn wat juist de belangen van verpleegkundigen zou moeten behartigen. Het doel van werklasteronderzoek is primair het terugdringen van de werklaster van verpleegkundigen. De doelen van verpleegkundigen zouden naar verwachting centraal moeten staan.

Het is nu de vraag hoe het mogelijk is dat een project dat juist gericht is op de belangenbehartiging van een bepaalde groep hier uiteindelijk niet in slaagt.

Dit is met name te wijten aan het optreden van doelverschuiving. Van een project dat als doel heeft het verlagen van de werkdruk van verpleegkundigen verschuift de aandacht en ook de doelformulering naar het verhogen van de doelmatigheid en het vergroten van effectiviteit. Dit gebeurt zowel in ziekenhuis A als in ziekenhuis B. In de schriftelijke rapportage van beide projecten is deze doelformulering ook terug te vinden.

Het vergroten van efficiency en doeltreffendheid wordt gelijk gesteld met het verlagen van de werkdruk. Impliciet wordt dus aangenomen dat er, wanneer er maar efficiënter gewerkt zal worden, ook een verlaging van de werkdruk zal optreden. Er wordt geen rekening gehouden met tegenstrijdige belangen en verschillende doelen en motieven bij werklasteronderzoek. Dit terwijl in het NZI-rapport, zoals besproken is in hoofdstuk 4, juist opgemerkt wordt dat het uiterst belangrijk is om met verschillende doelstellingen rekening te houden.

Doordat men bij de werklasteronderzoeken in ziekenhuis A en B de verhoging van doelmatigheid en efficiency gelijk stelt kan er dus een doelverschuiving optreden. Daarbij komt er een eenzijdige nadruk te liggen op het vergroten van doelmatigheid. Hierdoor richt het onderzoek zich hoofdzakelijk op het meten van de 'objectieve' werklaster d.m.v. tijd- en handelingsmetingen

en minder op de 'subjectieve' werkdruk zoals het ervaren van een grote belasting door lijden of door psychische druk (Boon, 1991:32). Daarmee verandert het werklasteronderzoek in een Tayloristische methode gericht op de verhoging van produktiviteit. Werklasteronderzoek is dan min of meer gelijk geworden aan de productiviteitstoerekening die een commissie van de SER in de jaren '60 en '70 propageerde.

Het is deze conclusie die de belangrijkste van deze scriptie genoemd mag worden. Door onvoldoende aandacht te schenken aan de belangen van verpleegkundigen verandert het project werklasteronderzoek van een project voor verpleegkundigen in een project voor het management. In een Tayloristische werklastermethode staan niet langer de waarden van de verpleegkundigen, een lage werkdruk en optimale zorg (dus ook het geven van aandacht, tijd voor een praatje, psycho-sociale zorg) centraal, maar de waarden van efficiëntie, tijd en geld. Werklasteronderzoek uitgevoerd op deze wijze is zijn doel helaas voorbijgeschoten. Een heroverweging van het project op zijn minst gewenst.

Het eenzijdige streven naar doelmatigheid en het negeren van de belangen van verpleegkundigen heeft bovendien een gevaarlijke kant die vaak onderbelicht blijft. Uit onderzoek is gebleken dat stress het belangrijkste gevolg is van werklaster (Boumans 1990:17). De Nijmeegse hoogleraar arbeids- en organisatiepsychologie De Wolff toonde al eerder aan dat stress de belangrijkste veroorzaker van ziekteverzuim is. Op deze manier kan het doelmatigheidsstreven wel eens contra-productief blijken te zijn.

Bovendien kan de discussie over zorg en doelmatigheid ook van belang zijn voor de patiëntenbeweging. In een ziekenhuisorganisatie waar tijd en geld vóór de optimale zorg van verpleegkundigen gaan, worden dus ook de belangen van de patiënt genegeerd. Het is belangrijk dat het management van ziekenhuisorganisaties zich dit realiseert.

Uiteraard kan het verhogen van efficiency in sommige gevallen wel samenvallen met het verlagen van werkdruk. (Als voorbeeld kan dienen het in ziekenhuis B optredende effect bij de verpleegkundige rapportage. Door de rapportage sterk in te korten verlaagt men de werkdruk en verhoogt men de efficiency).

Het samenvallen van efficiëntieverhoging en werkdrukverlaging is echter geen automatisme. Het is dit bewustzijn dat met name ontbreekt bij het middle-management, staffunctionarissen en projectleiders. Juist zij zijn verantwoordelijk voor de specifieke doelverschuiving die optreedt bij werklastermetingsprojecten. Zij missen noodzakelijke kennis op het gebied van management en organisatiekunde die hen in staat zou stellen de ingewikkelde machts- en belangenrelaties die met werklastermetingsprojecten verbonden zijn te onderkennen en de gebruikte NZI-methode te kunnen beoordelen op zijn bijdrage aan de verlaging van de verpleegkundige werkdruk. Ook zijn zij zich hierdoor niet bewust van alternatieve methoden van werklasteronderzoek.

Het zijn deze factoren die ervoor zorgen dat er met de belangen van verpleegkundigen bij werklasteronderzoek nauwelijks rekening wordt gehouden.

Vooralsnog kan dus geconcludeerd worden dat er bij de werklastmetingsprojecten nauwelijks rekening wordt gehouden met de belangen van verpleegkundigen. Bovendien is aannemelijk dat de oorzaken hiervoor in overeenstemming zijn met de gevolgtrekkingen die men kan maken uit de theoretische beschouwingen over de belangen van verpleegkundigen.

Met deze conclusie is dan ook de probleemstelling beantwoord. Opgemerkt zij hierbij wel dat dit slechts twee case studies betreffen en de generaliseerbaarheid dus, zoals ook in hoofdstuk 5 aan de orde is gekomen, beperkt is.

6.3. Aanbevelingen

Om werklastonderzoek tot een project te maken waarbij daadwerkelijk rekening wordt gehouden met de belangen van verpleegkundigen zijn veranderingen noodzakelijk. Morgan heeft in zijn bespreking van de organisatie als een politiek systeem (Morgan, 1992:192) opgemerkt dat alle handelingen van de organisatie gebaseerd zijn op belangen en dat alle aspecten van het organisatorisch functioneren hierop moeten worden beoordeeld. Organisatiedoelen kunnen volgens Morgan weliswaar rationeel zijn maar daarbij moet altijd gevraagd worden wiens doel wordt beoogd en welke belangen worden gediend. Dit bewustzijn ontbreekt niet alleen bij het verpleegkundig management en de verpleegkundige staf maar bij de gehele verpleegkundige beroepsgroep. Dit bepaalt in hoge mate de cultuur die het verpleegkundig beroep omgeeft.

De ziekenhuisorganisatie wordt in zijn algemeenheid (niet alleen door verpleegkundigen maar wellicht door velen) gezien als een organisatie die vrij is van belangen, slechts gericht op het dienen van dat ene belang; de genezing van de zieke of zelfs, bij confessionele organisaties, het dienen van een Hoger Belang.

Het bewustzijn dat ook in de ziekenhuisorganisatie belangen, conflict en macht een rol spelen laat de beperking zien van de theorie van de organisatie als een functioneel geïntegreerd systeem. Een verandering van dit bewustzijn overstijgt het organisatieniveau en vraagt een verandering van het maatschappelijk bewustzijn en een verandering van de cultuur die het verpleegkundig beroep omgeeft.

Wanneer we ons beperken tot veranderingen op het organisatieniveau kan de theorie van Mastenbroek bij het maken van beleid door het verpleegkundig management wellicht behulpzaam zijn. Mastenbroek ziet de organisatie als een netwerk van subeenheden (1992:26). Hij laat zien dat relaties tussen sub-eenheden in een organisatie gekenmerkt worden door een mix van coöperatie en competitie. Men heeft elkaar nodig maar men heeft ook eigen belangen. Alleen vanuit het onderkennen van deze produktieve spanning tussen coöperatie en competitie zou het mogelijk wezen om te komen tot cultuurverandering, communicatieverbetering, organisatievernieuwing en het managen van interdependenties.

6.4. Zorg en doelmatigheid onverenigbaar?

De begrippen zorg en doelmatigheid bevatten een wereld van belangen. Achter het begrip zorg schuilen de belangen van de ziekenhuismedewerkers, in het bijzonder die van de verpleegkundigen, maar ook de belangen van de patiënten.

Achter het begrip doelmatigheid schuilt de wereld van het ziekenhuismanagement. Doelmatigheid is voor ziekenhuisorganisaties in een tijd waar budgetten steeds vaker onder druk komen te staan buitengewoon belangrijk. In de toekomst zal dit ook steeds centraler komen te staan wanneer men tenminste naar een gezondheidszorg toe wil waar marktwerking en concurrentie sleutelbegrippen zijn.

Het is een illusie om te veronderstellen dat men om het maken van een keuze heen kan. De belangen van het ziekenhuismanagement, dat streeft naar doelmatigheid, vallen niet automatisch samen met de belangen van de verpleegkundigen die onder goede arbeidsomstandigheden hun zorg willen aanbieden.

Vaak zal men dus moeten kiezen tussen zorg en doelmatigheid. Of een meer doelmatige organisatie waar tijd en geld belangrijke waarden zijn, of genoegen nemen met een (vanuit louter rationeel oogpunt) meer inefficiënte organisatie waar een kwalitatief goede zorg (inclusief de vaak broodnodige aandacht voor de patiënt, tijd voor een praatje, psycho-sociale zorg en eventueel pastorale zorg), een goede werksfeer en patiëntgerichtheid de hoogste prioriteit hebben.

Wanneer men zich realiseert dat daarbij niet om duidelijke keuze heen kan zal men ook anders omgaan met werklasteronderzoeksprojecten. Het kan niet zo zijn dat werklasteronderzoeken worden gebruikt als een fopspeen voor het verpleegkundig personeel. Uiteindelijk zullen deze toch merken dat er geen werkelijke verlaging van de werkdruk is bereikt. De desillusie en ongemotiveerdheid die zich dan makkelijk onder de verpleegkundigen kunnen verspreiden zullen ongetwijfeld schadelijker zijn voor het functioneren van de ziekenhuisorganisatie dan het maken van heldere keuzen. De belangrijkste conclusie voor wat betreft de verenigbaarheid van zorg en doelmatigheid is dat de ziekenhuisorganisatie (of eigenlijk de samenleving in zijn geheel als financieer van de gezondheidszorg) niet ontkomt aan het maken van een keuze. Of men kiest voor doelmatigheid, of men kiest voor diegenen die verantwoordelijk zijn voor de zorg, de verpleegkundigen.

Zelf prefereer ik de laatste keuze. Niet alleen als echtgenoot van een verpleegkundige, maar zeker ook vanuit het oogpunt van humanisering van de arbeid en niet in de laatste plaats als (potentiële) patiënt in een ziekenhuis.

LITERATUURLIJST

- Arend, A. v.d. (1989) Verpleegkundigen. In I.D. de Beaufort en H. M. Dupuis, Handboek gezondheidsethiek. Assen: Van Gorcum.
- Al, C.J. (1981) Het ziekenhuis, een plan voor verandering. Deventer: Van Loghum Slaterus B.V.
- Babbie. E., (1989) The practice of social research. Belmont, California: Wadsworth Inc.
- Bakker. F. de, (1988) De beroepsinnovator in de verpleging. Lochem: De Tijdstroom.
- Bergh-Braam, A.H.M. van den (1984) Hoofdverpleegkundigen. Nijmegen/Maastricht.
- Boon, L. (red.) (1991) Werkdruk en personeelsbeleid in de gezondheidszorg. Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Botjes, E. (1991) Ervaringen werklastonderzoek Spaarne Ziekenhuis. In Tijdschrift voor Ziekenverpleging. nr. 18.
- Boumans, N. (1990) Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen. (Een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op de verpleegkundige). Maastricht: Datawyse.
- Dassen, T. en Phillipsen, H. (1991) De verplegenden in de gezondheidszorg. In C.W. Aakster/G. Kuiper/J.W. Groothof(red.) Medische sociologie. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Edelman Bos. J.B.M., (1988) - Management in turbulente tijden. In H.E.G.M. Hermans/A.A. de Roo (red.) Haalbare verandering: strategisch handelen in de gezondheidszorg onder snel veranderende omstandigheden. Deventer: Kluwer.
- Fortuyn, W.S.P. (1991) Zonder ambtenaren. (De overheid als ondernemer). Amsterdam/Antwerpen: Veen.
- Fortuyn, W.S.P. (1994) Biesheuvel omarmd maar... In Inzet. februari 1994.
- Gemert, V. van en Spijker, T. (1986) Verdichtsel en werkelijkheid. Een verkennende studie van de ambivalentie ten opzichte van zorgen en verzorgen in de verpleging. Lochem: De Tijdstroom.
- Grunveld, J.H./ Leenders, J.J.Th./Helm, H.A. van der (1988) Draaiboek werklastonderzoek in algemene ziekenhuizen. Utrecht: NZI.

Haaren, P.W.M. (red.) (1983) Ondernemen kan ook anders. Balans en perspectief van het sociaal beleid. 's Gravenhage: Vuga.

Jong, J.R. de/ Levisson, K.S./ Thierry H. (1970) Productiviteitstoerekening. 's Gravenhage: cie. opvoering productiviteit van de SER/ Ned. Inst. voor efficiency.

Katz, F.E. (1969) Nurses. In A. Etzioni The Semi-Professions and their organization. New York: The free press.

Keuning, D./ Eppink, D.J. (1990) Management en organisatie. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.

Kok, B. (1992) Computer maakt einde aan hollen of stilstaan op afdeling neurologie. In Verpleegkunde Nieuws. nr. 19.

Lammers, C.J./ Casse E.Th. (1973) Mensen in het ziekenhuis. Groningen: H.D. Tjeenk Willink B.V.

Lammers, C.J. (1989) Organisaties vergelijkenderwijs. Utrecht: Het spectrum.

Maso, I. (1989) Kwalitatief onderzoek. Meppel: Boom.

Mastenbroek, W.F.G. (1992) Conflicthantering en organisatie ontwikkeling. Alphen a/d Rhijn: Samson.

Mintzberg, H. (1983) Structures in five: designing effective organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hill.

Morgan, G. (1992) Beelden van organisatie. ned. vert. van Images of Organization. London: Sage Publications/ Schiedam: Scriptum books.

Mur-Veeman, I.M. (1982) Ziekenhuisbeleid. Oss.

Nievaard, A.C. (1986) Triaden in het ziekenhuis. Een sociologisch onderzoek naar artsen, verplegenden en patiënten. Leiden: Lisbon.

Ommen, M. van (1990) De teambespreking: Het spanningsveld tussen samenwerking en autonomie. In Vakblad voor verpleegkundigen. nr.18.

Rossi, E.H. and Freeman, H.E. (1989) Evaluations, a systematic approach. Newburypark: Sage.

Schepers, R.M.J./Nievaard, A.C. (1990) Ziekte en zorg. Een inleiding in de medische sociologie. Leiden/Antwerpen: Stenfort Kroese.

Scherpenisse, A.M.C. red.(1989) Introductie in de gezondheidszorg. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema.

Schrijvers, A.J.P. (1993) Een kathedraal van zorg. Een inleiding over het functioneren van de zorgverlening. Utrecht: De Tijdstroom.

Stevens, F.C.J. (1978) De organisatie van het algemeen ziekenhuis. In C.W. Vroom e.a. Organisatiesociologie. 's Gravenhage: Vuga.

Stevens, F.C.J. (1991) De organisatie van het ziekenhuis in sociologisch perspectief. In C.W. Aakster/ G. Kuiper/ J.W. Groothof (red.) Medische sociologie. Groningen: Wolters Noordhoff.

Swaan, A. de (1982) De mens is de mens een zorg. Amsterdam: Meulenhof.

Weber, M. (1968) Economy and society. (3 delen). New York: Bedminster Press Incorporated.

Wouden, R. van der (1992) Waarom deugt de tweedeling tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek niet ? In P. Dekker/M. Konings-Van der Snoek (red.) Sociale en culturele kennis. Den Haag: CBS.

Yin, (1989) Case study research. London/New Delhi/ New Bury Park: Sage publications.

Zwols, G. (1985) Ontstaan en ontwikkeling van het beroep verpleegkundige. Lochem: De Tijdstroom.

Zijderveld, A. (1987) De samenleving als schouwspel. 's Gravenhage: Vuga.

Min. van WVC (1992) Zorg in Nederland 1992. Rijswijk.

BIJLAGE 1: PATIENTENCLASSIFICATIE

Patiëntenclassificatie is gebaseerd op het dagelijks indelen van alle aanwezige patiënten in een aantal patiëntencategorieën. Dit gebeurt op basis van een aantal criteria: de zorgindicatoren.

De vier zorgindicatoren zijn:

Categorie 1: Minimale zorg of zelfzorg.

De patiënt heeft supervisie en aanmoediging nodig van verpleegkundigen om te voorzien in de persoonlijke zorg. Hij kan instaan voor persoonlijke hygiëne, zelfs wanneer hij een infuus, catheter of andere types sondes heeft. Hij kan onafhankelijk in zijn rolstoel.

Categorie 2: Gemiddelde zorg.

De patiënt heeft supervisie, aanmoediging en hulp nodig van verpleegkundigen om tegemoet te komen aan de persoonlijke zorg. Hij heeft hulp nodig bij een of meerdere van de volgende activiteiten: baden, houding in bed of rolstoel, mobiliteit, voeding.

Hij kan frequent toezicht op intraveneuze therapie, vitale tekens, enz. nodig hebben.

Categorie 3: Meer dan gemiddelde zorg.

De patiënt heeft supervisie, aanmoediging, en bijna volledige hulp nodig van verpleegkundigen om aan zijn persoonlijke zorg tegemoet te komen.

Hij heeft volledige hulp nodig bij een of meerdere van de volgende activiteiten: baden, houding in bed of rolstoel, mobiliteit, voeding.

Hij vereist meestal frequente observatie en het nagaan van de medische situatie.

Categorie 4: Intensieve zorg.

De patiënt vereist alle hierboven opgesomde zorg samen met constante bewaking en observatie van de medische toestand.

Deze omschrijving van de 4 zorgcategorieën geeft alleen in globale termen aan wat onder elk van deze categorieën verstaan wordt. Voor het indelen van patiënten in deze zorgcategorieën is deze omschrijving echter niet geschikt. Hiervoor worden de 8 zorgindicatoren gebruikt.

Uit onderzoek is gebleken dat dit de indicatoren zijn die patiënten uit de verschillende zorgcategorieën van elkaar onderscheiden naar de mate van zorgbehoefte uitgedrukt in de hoeveelheid tijd die dagelijks aan een patiënt moet worden besteed.

1. ADL onafhankelijk

De patiënt kan zelf zijn dagelijks toilet doen (met waskom aan bed of in bed of douche) met een minimum aan supervisie, de patiënt staat in voor eigen hygiëne, zelfs wanneer hij/zij een infuus of zuurstof heeft. Deze indicator is alleen van toepassing wanneer geen van de andere indicatoren van toepassing is.

2. Hulp bij wassen

De patiënt kan zichzelf wassen doch niet volledig. Hij heeft hulp nodig om een bad of douche te nemen en heeft aanmoediging en supervisie nodig tijdens (bed-)bad (wassen in bed).

Deze indicator is niet van toepassing wanneer de patiënt enkel hulp nodig heeft voor het wassen van de rug. Ook niet wanneer volledig bedbad gegeven moet worden.

3. Gedeeltelijk hulp bij houding

De patiënt kan meehelpen bij het draaien of zich verplaatsen in bed. Hij kan niet alleen van bed naar stoel of omgekeerd. Hij heeft hulp nodig voor het behouden van een juiste positie, bijvoorbeeld door tractie of voetsteun.

4. Volledige hulp bij houding

De patiënt heeft volledige hulp nodig voor het draaien en voor de houding in zijn bed of stoel. Hij moet voor verplaatsing van bed naar stoel en omgekeerd volledig worden geholpen. Hij kan niet helpen bij het wassen.

5. Gedeeltelijk hulp bij voeding

De patiënt kan zichzelf voeden na hulp bij het openen van de verpakking, het snijden van vlees en dergelijke. Hij kan supervisie en aanmoediging nodig hebben bij het eten.

6. Volledige hulp bij voeding

De patiënt moet gevoed worden of heeft voortdurend toezicht en aanmoediging nodig bij het eten ten gevolge van slikmoeilijkheden, krijgt sondevoeding of heeft een gastrostomie.

7. Observatie om de 1 à 2 uur

De patiënt wordt bewaakt en vereist regelmatige (maar niet constante) observatie, bijvoorbeeld: output per uur (vochtbalans), vitale tekens tot ze stabiel worden na de operatie of onderzoek, pupilonderzoek, hyperactiviteit, frequent toezicht op infuus en zonodig verwisselen van infuus. Routinecontroles om de 2-4 uur vallen hier niet onder.

8. Constante observatie

Alle observatie om redenen onder punt 7 vermeld of het gebruik van speciale apparatuur, of problemen die vrijwel constante observatie vereisen, bijvoorbeeld: neurologische tekens om de 15 minuten (o.a. in verband met kans op cerebrale bloeding na ongeval).

Psycho-sociale zorgbehoeften zijn in de zorgindicatoren niet opgenomen. Volgens het NZI zijn deze verdisconteerd in de patientencategorieën. In andere gevallen kan een patiënt in een hogere categorie worden ingedeeld dan volgens de beschreven methode wordt bepaald, het zogenaamde 'opwaarderen'. Dit moet dan aangegeven worden op het patientenclassificatie formulier onder 'opmerkingen'.

Het gaat dan om bijvoorbeeld: stervensbegeleiding, na een uitslag van ernstige ziekte, uiterst nerveuze patiënten, uitgebreide voorlichting aan de patiënt (instellen van een diabetespatient bijvoorbeeld), of ook wel bij uitgebreide wondbehandeling.

PATIENTENCLASSIFICATIEFORMULIER (Bron: NZI, 1988)

AFDELINGSCLASSIFICATIEFORMULIER (Bron: NZI, 1988)

BIJLAGE 2: MULTI-MOMENT OPNAME

Multi-momentopnames geven inzicht in de hoeveelheid tijd die besteed wordt aan activiteiten in de onderscheiden patientencategorieën en aan andere werkzaamheden.

De tijdstudie die hiervoor uitgevoerd wordt maakt onderscheidt in vier hoofdcategorieën.

I. Individuele patiëntenzorg.

Bijvoorbeeld: Toedienen van medicijnen, voeding, verzorging van de patiënt, patiënttransport door verpleegkundige, observatie, verpleegkundige behandelingen (catheteriseren, decubitusbehandeling, wondverzorging e.d.), communicatie met patiënt.

II. Collectieve patiëntenzorg.

Bijvoorbeeld: Voorbereiding van voeding, rapportage, invullen van formulieren, voorbereiding van behandeling, overdracht.

III. Afdelingsgebonden werk.

Bijvoorbeeld: Huishoudelijke taken, administratie, opleidingsactiviteiten.

IV. Persoonlijke tijd.

Bijvoorbeeld: Koffiepauze, privegesprekken.

Deze tijdbestedingsmeting wordt uitgevoerd gedurende bijvoorbeeld één week op een afdeling. Nauwkeurig wordt bijgehouden wanneer (op welk tijdstip) en wat (welke handeling) wordt gedaan door welke verpleegkundige (Hoofdverpleegkundige=H, Verpleegkundige=V, Leerling-verpleegkundige=LL, Keukendienst=K) en aan welke patiënt (Bednummer en zorgcategorie). Op basis van deze gegevens wordt een werklastinventarisatieformulier ingevuld.

INVENTARISATIEFORMULIER WERKLAST (Bron: NZI, 1988)

BIJLAGE 3: PERSONEELSBEZETTING

Op basis van de multi-momentmeting kan men berekenen hoeveel tijd men gemiddeld kwijt is aan een bepaalde patiënt (in een bepaalde patiëntencategorie).

Dit gebeurt via een aantal statistische berekeningen.

Nu kan men per afdeling bereken wat de gewenste personeelsbezetting zou moeten zijn.

Dit gebeurt op de volgende wijze:

Gewenste/benodigde tijd voor:

1. Individuele patiëntenzorg;

 categorie 1: ..patiënten * ..minuten =minuten

 categorie 2: ..patiënten * ..minuten =minuten

 categorie 3: ..patiënten * ..minuten =minuten

 subtotaal = ..patiënten minuten:60 =..uur

2. Collectieve patiëntenzorg \

3. Afdelingsgebonden werkzaamheden >minuten:60 =..uur

4. Persoonlijke tijd /

TOTAAL =..uur

Totaal gewenste uren : 8 uur = benodigde personeelsequivalenten

Volgens dienstrooster beschikbaar:

Verschil:

BIJLAGE 4: DOCUMENTENANALYSE

Voor het onderzoek naar werklasmeteringsprojecten zijn de volgende documenten gebruikt:

ZIEKENHUIS A

Jaarverslag 1990

Jaarverslag 1988

Draaiboek werklasmetering verplegingsdienst 1991

Sociaal verslag 1990

Resultaten werklasmetering

Personeelsinformatieblad (verschillende nummers)

ZIEKENHUIS B

Jaarverslag 1992

Rapport werklasmetering 1992

Onderzoeksopzet werklasmetering

Werkdrukmetingsgegevens

Personeelsinformatieblad (verschillende nummers)