



Intercollegiale bejegening tijdens de operatie

Een deelonderzoek naar kwaliteit van arbeid op de OK van academische ziekenhuizen

Naam: H.N. Poot
Studentnr.: 291053
Studie: Gezondheidswetenschappen
Master Zorgmanagement (iBMG)
Erasmus Universiteit Rotterdam
Begeleiding: Dr. A. Nieboer, Erasmus MC
Dr. G. Koopmans, Erasmus MC

Voorwoord

Bij de keuze van een afstudeeronderzoek in december 2005 werd mijn aandacht getrokken door het thema 'Benchmarking OK'. In de afgelopen studiejaren is het onderwerp benchmarking regelmatig aan de orde geweest. Het uitgangspunt dat organisaties van elkaar kunnen leren door hun deuren naar elkaar open te stellen spreekt mij zeer aan. Door de toenemende eisen die aan de gezondheidszorg gesteld worden is deze blik naar buiten essentieel; organisaties moeten elkaar stimuleren en motiveren tot 'best practises'. Naast mijn belangstelling voor benchmarking leek het mij interessant om eens een kijkje te nemen op de operatiekamercomplexen van Universitair Medische Centra. Operatiekamercomplexen vormen een aparte wereld waartoe niet zomaar toegang wordt verleend. Door mijn onderzoek naar kwaliteit van arbeid op de OK werd ik in de gelegenheid gesteld op de OK mee te lopen, een operatie bij te wonen en met meerdere professionals van gedachten te wisselen.

Mijn dank gaat dan ook in eerste instantie uit naar de drie betrokken academische ziekenhuizen – het LUMC, het UMCG en het VUMC – voor de gelegenheid die mij geboden werd mijn kwalitatieve voorstudie en kwantitatief onderzoek binnen hun muren te verrichten. In het bijzonder wil ik noemen Martie van Beuzekom (LUMC), Irmgard Krooneman (UMCG) en Baas Lumeij (VUMC) voor hun bereidheid mee te denken gedurende het onderzoek en hun inzet bij het organiseren van de interviews en het uitzetten van de vragenlijsten. Gezien de vele enquêtes die uitgezet worden in een ziekenhuis, zijn professionals niet altijd even gemotiveerd weer een vragenlijst in te vullen. Een drijvende kracht op de werkvloer van de OK was dan ook onontbeerlijk om voldoende respons te behalen. De NFU projectgroep – en in het bijzonder Arjan van Hoorn – is tijdens het afstudeertraject betrokken geweest en heeft daar waar nodig ervoor gezorgd dat het onderzoek doorgang kon vinden, waarvoor dank.

Mijn twee universitair begeleiders, Anna Nieboer en Gerrit Koopmans, wil ik bedanken voor hun begeleiding en kritisch oordeel gedurende de ontwikkeling van de vragenlijst, het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van deze scriptie.

Tenslotte wil ik nog een paar mensen uit mijn persoonlijke kring noemen en bedanken. Gelske en Heleen voor het helpen invoeren van de vragenlijsten, Gert-Jan voor een dag meeploeteren achter SPSS en Karin voor haar onuitputtelijke wijze raad en kritische reflectie.

En dan het thuisfront. Het klinkt cliché, maar ik heb het aan den lijve ondervonden: zonder de onvoorwaardelijke steun en het onuitputtelijke geduld van Jan, Tessa en Bram was het echt niet gelukt dit sluitstuk te volbrengen!

Harriet Poot

16 juni 2006

Samenvatting

Deze scriptie beschrijft een onderzoek naar intercollegiale bejegening – als onderdeel van kwaliteit van arbeid – op de operatiekamercomplexen van Universitair Medische Centra in Nederland. Het onderzoek maakt deel uit van het NFU¹ project “Benchmarking OK”. Dit project heeft als centrale focus dat de operatiekamercomplexen van de acht UMC's in Nederland van elkaar leren op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid. Het doel van deze studie is om te exploreren of de leden van het OK team tijdens de operatie intercollegiale spanning ervaren, die naar hun oordeel belemmerend is voor de uitkomsten van het werk, wat kenmerken en oorzaken van deze spanning zijn en welk effect intercollegiale spanning heeft op de medewerkersatisfactie en het welbevinden van medewerkers.

Het onderzoek is exploratief en beschrijvend van aard. Er is gekozen voor het uitzetten van een vragenlijst onder de verschillende OK disciplines in twee UMC's. Operationalisatie van de vragenlijst vond plaats op basis van het conceptueel model ‘Intercollegiale bejegening’. In dit model staan mogelijke relaties uitgedrukt tussen het vóórkomen van intercollegiale spanning tijdens de operatie, beïnvloedende factoren op teamfunctioneren en uitkomsten van het werk in termen van medewerkersatisfactie en welbevinden. Het conceptueel model is ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek en een kwalitatieve voorstudie.

De conclusies van de kwantitatieve studie zijn als volgt. Intercollegiale spanning tijdens de operatie komt soms voor. De meeste spanning wordt gerapporteerd tussen chirurg en ondersteunend personeel. De perceptie van intercollegiale spanning is verschillend voor de afzonderlijke disciplines. Chirurgen oordelen in vergelijking met alle andere leden van het OK team positiever over intercollegiale bejegening. Intercollegiale spanning komt vooral tot uiting door de wijze waarop professionals (niet) met elkaar communiceren en onderlinge frustraties op elkaar afreageren. Conflicten over taakverdeling en leiderschap spelen – in tegenstelling tot wat hierover gezegd wordt in de internationale literatuur – geen prominente rol.

Er is een verband gevonden tussen organisatiekenmerken en teamsamenwerking enerzijds en het ontstaan van intercollegiale spanning anderzijds. Organiekekenmerken zijn naar het oordeel van de gehele groep respondenten het meest van invloed op het ontstaan van intercollegiale spanning. De organisatiekenmerken hebben vooral te maken met de voorbereiding van de OK. Het ontbreken van (kwalitatief goed) instrumentarium is de belangrijkste trigger voor het ontstaan van intercollegiale spanning.

Een constructieve teamsamenwerking en ervaren onderlinge solidariteit hebben een positief effect op intercollegiale bejegening. Wanneer de samenwerking binnen het team onder druk komt te staan wordt de medewerkersatisfactie hier negatief door beïnvloed. Er wordt geen

¹ Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

relatie gevonden tussen het vóórkomen van intercollegiale spanning enerzijds en medewerkersatisfactie en welbevinden anderzijds. Wanneer medewerkers te maken krijgen met conflict, is de meest gehanteerde strategie om dit met de betrokken persoon onder vier ogen te bespreken.

In het kader van de benchmark is gekeken naar mogelijke verschillen tussen de twee UMC's. Deze verschillen worden alleen gevonden bij het aangeven van oorzaken van intercollegiale spanning. Op alle andere fronten zijn de reacties van de medewerkers van de ziekenhuizen zeer vergelijkbaar.

Summary

This paper describes a research project on teamcommunication and collaboration between professionals in the operating rooms of University Medical Centres, as an aspect of quality of labour. The research was carried out within the wider context of the NFU project 'Benchmarking OR'. The central focus of this project is to stimulate mutual learning processes among eight UMC's in the Netherlands, in order to enhance efficiency, quality of healthcare and quality of labour in the operating room.

The main objective of this study is to find out if members of the OR team experience tension that in their perception is detrimental to the outcome of their work. It also proposes to identify the characteristics and causes of the tension and the extent to which failures in communication between team members influence their job satisfaction and well-being.

The present research project is explorative and descriptive in its outset. It was decided to distribute questionnaires among the different OR disciplines of two UMCs. Operationalisation of the questionnaire was carried out on the basis of a conceptual framework for team communication. This framework expresses possible relations between the occurrence of tension, factors that influence team functioning, and the outcome of the operation in terms of job satisfaction and well-being of the team members. The conceptual model was developed on the basis of literature and preliminary qualitative research.

The results of the quantitative study are as follows. Tension between team members occurs occasionally. Most of the tension is reported to take place between the surgeon(s) on the one hand and the nurses on the other. The perception of tension between team members differs in outlook according to the discipline: surgeons are more positive about team communication than the other team-members. Tension in team communication expresses itself in the way that professionals (don't) communicate with each other or work off their frustrations on each other. However, conflicts about allocation of responsibilities or leadership roles, contrary to what is found in international literature on the topic, do not play a prominent role in the participating UMCs.

Furthermore, the study identifies a relationship between institutional context and team co-operation on the one hand, and the occurrence of tension between team members on the other. According to the majority of the respondents the organisational setting (i.e. preparations carried out prior to the operation) contributes most to enhancing tension between team members. The absence of proper instruments is considered to be the main trigger of tension between team members.

Constructive team co-operation and solidarity as experienced by team members have a positive effect on team communication. When co-operation between team members is under pressure, job satisfaction suffers accordingly. No relationship is found between the

occurrence of tension on the one hand, and job satisfaction and well-being on the other. When team members are in conflict, the preferred coping strategy is to address the implied person privately.

In the context of the bench-mark project the study searched for possible differences between the two participating UMCs. Only when respondents indicate the causes of tension between team members, differences are found. In other aspects the two UMCs are quite similar in their responses.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Summary	6
Inhoudsopgave	8
1. Inleiding	10
1.1 Probleemverkenning	10
1.2 Relevantie van het onderwerp	12
1.3 Probleemstelling	13
1.4 Leeswijzer	13
2. Theoretisch kader	14
2.1 Kenmerken van een OK team	14
2.2 Beschrijving van het teamfunctioneren	15
2.3 Intercollegiale spanning en conflict	17
2.4 Intercollegiale spanning op de OK, kenmerken en beïnvloedende factoren	18
2.5 Conceptueel model 'Intercollegiale bejegening'	20
3. Methoden van onderzoek	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Kwalitatieve voorstudie	23
3.2.1 Dataverzameling	23
3.2.2 Uitkomsten kwalitatieve voorstudie	24
3.3 Aanvullingen op het conceptueel model	24
3.4 Ontwikkeling vragenlijst 'Intercollegiale bejegening'	25
3.5 Kwantitatief onderzoek	27
3.5.1 Onderzoeksgroep en respons	27
3.5.2 Constructie van de schalen	28
3.5.3 Data-analyse	31
3.5.4 Betrouwbaarheid en validiteit	31
4. Resultaten	33
4.1 Het voorkomen van intercollegiale spanning tijdens de operatie	33

4.2	Kenmerken van intercollegiale spanning	36
4.3	Oorzaken van intercollegiale spanning	38
4.4	Effect van intercollegiale spanning op medewerkersatisfactie en welbevinden	42
4.4.1	Inputfactoren en teamgedragingen	42
4.4.2	Intercollegiale spanning en medewerkersatisfactie	43
4.4.3	Invloeden op het welbevinden van medewerkers	44
4.5	Omgaan met intercollegiale spanning	45
5.	Discussie en conclusie	47
6.	Aanbevelingen	52
	Literatuurverwijzingen	53
	Bijlagen	
Bijlage 1	Topiclijst interview	57
Bijlage 2	Uitkomsten kwalitatieve voorstudie	58
Bijlage 3	Onderliggend schema vragenlijst	63
Bijlage 4	Begeleidende brief bij vragenlijst	66
Bijlage 5	Vragenlijst 'Intercollegiale bejegening'	67
Bijlage 6	Constructie van de schalen	76
Bijlage 7	Kenmerken van intercollegiale spanning: een vergelijking tussen de disciplines	81
Bijlage 8	Meervoudig lineaire regressie-analyse 'Invloeden op welbevinden'	82
Bijlage 9	Spreadingdiagrammen 'Intercollegiale spanning – samenwerking – organisatie'	83

Inleiding

Het NFU-project “Benchmarking OK” heeft als centrale focus dat de operatiekamercomplexen van de acht universitair medische centra in Nederland van elkaar leren op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra 2005). De academische ziekenhuizen zijn gemotiveerd actief en kritisch te kijken naar verschillen en overeenkomsten in de inrichting, bedrijfsvoering en prestaties van hun operatiekamercomplexen om zo uitkomsten in de toekomst (verder) te verbeteren.

Dit onderzoek richt zich op de intercollegiale bejegening tussen de verschillende disciplines op de OK tijdens de operatie als deelaspect van het grotere aandachtsgebied “kwaliteit van arbeid”. Het doel van deze studie is om te exploreren of de verschillende disciplines op de OK tijdens hun werk onderlinge spanning ervaren, die naar hun oordeel belemmerend werkt op de uitkomsten van het werk en wat mogelijke oorzaken van deze spanning zijn. Op basis van de verkregen gegevens kan bekeken worden welke interventies eventueel nodig zijn om onderlinge samenwerking op de OK te ondersteunen.

1.1 Probleemverkenning

Een operatiekamercomplex is een kleine organisatie binnen de grote organisatie van het ziekenhuis. Professionals van verschillende vakgebieden -anesthesisten, chirurgen en verpleegkundigen - werken hier samen in teams, die geformeerd worden rondom de te opereren patiënt. Leden van een OK team zijn sterk op elkaar aangewezen. Tijdens de operatie moeten zij, ook wanneer het spannend wordt, van elkaar op aan kunnen. De OK wordt in de internationale literatuur regelmatig vergeleken met de luchtvaart aangezien er relatief vaak sprake is van stresssituaties. Binnen korte tijd moeten belangrijke beslissingen gemaakt worden die te maken kunnen hebben met leven en dood (Sexton, Thomas & Helmreich 2000). Zowel piloten als artsen werken in een complexe omgeving waar aan technische en niet-technische vaardigheden hoge eisen worden gesteld. Onderzoek in de luchtvaart heeft uitgewezen dat 70% van de ongelukken die plaatsvinden niet te maken heeft met technische defecten, maar met menselijk falen (Helmreich 2000). Klampfer (2001) vult hierbij aan dat dit menselijk falen in stressvolle luchtvaartsituaties wordt veroorzaakt door onvoldoende samenwerking binnen het team.

In de gezondheidszorg is ook belangstelling voor de relatie tussen stresssituaties, samenwerking in het team en uitkomsten van zorg, niet in de laatste plaats omdat er zorgen zijn over de kloof die er bestaat tussen beoogde en gerealiseerde kwaliteit (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000; Berg & Schellekens 2005). Er is in toenemende mate wetenschappelijk bewijs dat er een relatie bestaat tussen teamwerk en (patiënt)veiligheid in de gezondheidszorg (Firth-Cozens 2001). Bij het observeren en beoordelen van teamwerk

wordt nadrukkelijk gekeken naar een cluster van technische en niet-technische gedragingen (Lingard et al. 2004). Onder niet-technische vaardigheden worden onder andere gerekend communicatie, coördinatie van werkzaamheden, coöperatie, leiderschap en bewustzijn van de omstandigheden tijdens het werk (Healey 2004).

Het belang van niet-technische vaardigheden en met name van adequate communicatie voor de uitkomsten van zorg is groot. Ritz & Friesdorf (2003) stellen in hun artikel 'Team performance in high risk environment' dat empirische data bewijzen dat de kans dat een patiënt in de OK slachtoffer wordt van een verkeerde behandeling ongeveer 10% is. Miscommunicatie tussen teamleden is in de meeste gevallen debet aan deze verkeerde behandeling. Helmreich (2000: 783) beschrijft dat professionals zich hier zelf bewust van zijn. In antwoord op de open vraag in een vragenlijst naar wat het meest nodig is om veiligheid en efficiency binnen het ziekenhuis te verbeteren, antwoorden ongeveer 66% van de artsen en verpleegkundigen: verbetering van de onderlinge communicatie. Bij effectieve, onderlinge communicatie gaat het om het overbrengen en begrijpen van relevante informatie. Open communicatie en informatie-uitwisseling zorgen ervoor dat de teamleden weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en wanneer ze dat kunnen verwachten (Woods 1999, in Lemmens et al. 2004:35).

In haar etnografische studie naar communicatief gedrag op de OK concludeert Lingard (2004:330) dat de manier waarop teamleden met elkaar communiceren vaak reactief is en dat gerapporteerde spanningen gerelateerd aan miscommunicatie op de OK met regelmaat (te) hoog zijn. Deze communicatieve spanning heeft naar het oordeel van betrokkenen een negatief effect op de kwaliteit van de geboden zorg.

Samenwerking, communicatie en spanning zijn in werksituaties echter onlosmakelijk met elkaar verbonden. Waar mensen werkzaamheden moeten verdelen en coördineren, is het onvermijdelijk dat er op gezette tijden spanning ontstaat. De kans hierop wordt alleen maar groter wanneer teamleden van elkaar afhankelijk zijn voor het bereiken van gestelde doelen (Wittek 1999). Wanneer intercollegiale spanning tot conflicten leidt, kan dit schadelijk zijn voor (de uitkomsten van) het team. Firth-Cozens zegt hier in haar artikel 'Celebrating teamwork' over: "Conflict is an inevitable part of all relationships and it is by no means an indicator of a poor team. Conflict causes a team to function badly only when it is not dealt with so that it escalates..." (1998:S6). Pape sluit zich aan bij deze visie door te stellen dat intensief teamwerk, het moeten nemen van snelle beslissingen en het werken in een krappe ruimte de kans op conflict op de OK vergroten (1999:551). Wanneer conflicten genegeerd worden kan dit volgens Pape er toe leiden dat individuen hun vermogen om effectief met elkaar te communiceren verliezen. Dit heeft uiteindelijk tot gevolg dat de effectiviteit van het team vermindert (ibid.:551). Het doel van conflicthantering op de OK is niet om conflicten uit

te bannen, maar om de stress die het individuen oplevert te verminderen en de effectiviteit van het team te vergroten (ibid.:565).

1.2 Relevantie van het onderwerp

In de wetenschappelijke literatuur is -getuige bovenstaand overzicht- in de afgelopen jaren regelmatig aandacht geschonken aan het onderwerp teamwerk, teamcommunicatie, intercollegiale spanning en conflict op de OK. Over de Nederlandse situatie is er tot op heden echter weinig bekend. Resultaten uit buitenlands wetenschappelijk onderzoek mogen niet zomaar toegepast worden op de Nederlandse situatie, omdat er sprake kan zijn van aanzienlijke culturele verschillen.

In de media wordt met enige regelmaat gesproken over intercollegiale problemen in het ziekenhuis die schadelijk zijn voor de kwaliteit van zorg en arbeid. Zeer recent werd de cardiologie OK van een academisch ziekenhuis gesloten op last van de Inspectie voor de Volksgezondheid in verband met opvallend hoge mortaliteitcijfers. Als oorzaken van de slechte kwaliteit van zorg werden genoemd miscommunicatie en spanning tussen professionals.

Intercollegiale bejegening is een aspect van kwaliteit van arbeid. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) noemt kwaliteit van arbeid een belangrijk onderdeel van de totale bedrijfsvoering binnen de OK complexen. Om intercollegiale bejegening uiteindelijk zo te kunnen beïnvloeden dat het een optimale kwaliteit van zorg en arbeid tot gevolg heeft, is het nodig inzicht te krijgen in de mate waarin intercollegiale spanning op de werkvloer van de OK voorkomt en in mogelijke factoren die dit beïnvloeden. Dit kan in eerste instantie tot nut zijn van het onderzochte ziekenhuis zelf. Door meerdere ziekenhuizen in het onderzoek te betrekken is het bovendien mogelijk om te bekijken waar verschillen en overeenkomsten tussen de OK-complexen liggen op het gebied van intercollegiale bejegening. In het kader van de benchmark is dit naar verwachting een stimulans tot verdere verbetering van kwaliteit van zorg en arbeid.

1.3 Probleemstelling

Deze exploratieve studie richt zich op de volgende vragen:

In hoeverre is er tijdens de operatie naar het oordeel van betrokken disciplines sprake van intercollegiale spanning²?

- Komt intercollegiale spanning tijdens de operatie voor en zo ja, wat zijn de kenmerken?
- Wat zijn oorzaken van het ontstaan van intercollegiale spanning tijdens de operatie?

Heeft intercollegiale spanning een effect op medewerkersatisfactie en welbevinden?

- Is er een verband tussen intercollegiale spanning, medewerkersatisfactie en welbevinden?
- Hoe gaan medewerkers om met spanning en conflict tijdens de operatie?

1.4 Leeswijzer

De rapportage van het onderzoek is als volgt ingedeeld. In het eerste hoofdstuk wordt aangegeven wat de relevantie van het onderwerp is en op welke vragen het onderzoek zich heeft gericht. Het tweede hoofdstuk bestaat uit het theoretisch kader. Hier wordt een overzicht gegeven van relevante literatuur rondom het thema en wordt een eerste model geschetst van waaruit de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd kunnen worden. Het derde hoofdstuk behandelt het onderzoeksdesign en geeft een verantwoording van de keuzen die binnen dit design zijn gemaakt. In dit hoofdstuk worden tevens de resultaten uit de kwalitatieve voorstudie en de aanpassing van het conceptueel model beschreven. Vervolgens wordt de constructie van de vragenlijst toegelicht en verantwoord. In hoofdstuk vier wordt aan de hand van de onderzoeksvragen een overzicht gegeven van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek. Hoofdstuk vijf vat de belangrijkste resultaten samen en legt een relatie met het theoretisch kader. In dit hoofdstuk is er ruimte voor conclusies en discussie. In hoofdstuk zes volgen tenslotte aanbevelingen voor verder onderzoek.

² Met intercollegiale spanning wordt negatieve spanning bedoeld die tot conflict leidt en naar het oordeel van betrokkenen een negatief effect heeft op de uitkomsten van het werk.

2. Theoretisch kader

In het theoretisch kader worden concepten die verband houden met de probleemstelling nader uitgewerkt. Allereerst worden relevante kenmerken van het OK team toegelicht (paragraaf 2.1). Hierna volgt een uiteenzetting over het functioneren van een OK team. Solidariteit – als belangrijk onderdeel van samenwerking – krijgt hierbij specifieke aandacht (paragraaf 2.2). In de twee daarop volgende paragrafen ligt de nadruk allereerst op het beschrijven van intercollegiale spanning in het algemeen (paragraaf 2.3) om daarna in te zoomen op kenmerken en oorzaken van intercollegiale spanning op de OK (paragraaf 2.4). Tenslotte wordt op basis van de literatuur een conceptueel model voorgesteld dat mogelijke verbanden tussen teamgedragingen, verschillende invloeden op het team en medewerkersatisfactie en welbevinden visualiseert (paragraaf 2.5).

2.1 Kenmerken van een OK team

Het OK team kan gekarakteriseerd worden als een zorgprocesteam met wisselende personele samenstelling. Een zorgprocesteam onderscheidt zich van een organisatorisch of vast team (Lemmens 2004:15). Medewerkers werken niet in een vaste teamsamenstelling, maar worden ad hoc rondom een bepaald zorgproces gegroepeerd. In een zorgprocesteam staat een goede planning en taakafstemming centraal. Omdat medewerkers niet over een langere periode met steeds dezelfde personen samenwerken, is de primaire focus niet gericht op het investeren in persoonlijke samenwerkingsrelaties. Afspraken rondom de verdeling van werkinhoud en verantwoordelijkheden zijn daarentegen zeer van belang en moeten betrouwbaar en helder zijn (ibid.: 50).

Een OK team is per definitie een multidisciplinair team en bestaat in feite uit twee professionele teams. Chirurgen en OK-assistenten vormen het chirurgisch team; anesthesisten en anesthesie-assistenten vormen het anesthesiologisch team. Naast de specialisten zelf zijn er – zeker in de academische setting – ook specialisten in opleiding aanwezig. Bij het observeren van en het vragen naar samenwerking, communicatie en bejegening op de OK moet men zich realiseren dat er verschillende verbanden bestaan tussen de disciplines. Healey (2004) benadrukt in zijn artikel “Developing observational measures of performance in surgical teams” dat bij het interpreteren van gedragsobservaties meegenomen moet worden dat er zowel inter- als intradisciplinaire gedragingen zijn. Uitkomsten van gedrag kunnen binnen een discipline anders zijn, dan tussen verschillende disciplines (ibid.:38). Buback bevestigt deze observatie in haar onderzoek naar ‘verbal abuse’ op de OK; zij maakt onderscheid tussen horizontale en verticale bejegening (2004:149). De term ‘horizontaal’ verwijst naar een relatie tussen twee professionals van eenzelfde (hiërarchisch) niveau. Deze professionals kunnen afkomstig zijn uit verschillende

disciplines. De term 'verticaal' verwijst naar een hiërarchische relatie tussen twee professionals (bijvoorbeeld specialist – verpleegkundige).

De leden van het team werken tijdens de operatie in onderlinge afhankelijkheid; zij hebben elkaar nodig voor het bereiken van het gestelde doel. Een team kan beschouwd worden als “.. een klein aantal mensen met aanvullende vaardigheden en kennis, die zich verbonden hebben aan een gemeenschappelijk doel, een aantal uitkomsten en een aanpak waarvoor zij elkaar wederzijds verantwoordelijk stellen” (Katzenbach & Smith 1993). Walburg vult hierbij aan dat het bij een team gaat om zowel individuele resultaten als om gemeenschappelijke resultaten (2003:62). Voor het OK team kan derhalve verondersteld worden dat er doelen zijn op het niveau van het gehele team, de afzonderlijke professionele teams en de individuele professional.

2.2 Beschrijving van het teamfunctioneren

Het werkproces op een OK kan in drie fasen onderverdeeld worden: pre-operatief, intra-operatief en post-operatief (Healey 2004:i34). In de pre-operatieve fase wordt de benodigde voorbereiding voor de operatie getroffen, de intra-operatieve fase behelst de operatie zelf (van eerste incisie tot 'sluiting van de patiënt'). De post-operatieve fase bestrijkt de periode van einde operatie tot en met transfer naar de verpleegafdeling. De werkinhoud, taken en verantwoordelijkheden van de OK-teamleden wisselen per fase. De werkomstandigheden zijn deels fasegebonden. Tijdens de intra-operatieve fase moeten bijvoorbeeld medewerkers met elkaar samenwerken binnen de steriele zone en mogen zij hun werkplek niet verlaten.

Helmreich en Schaefer (in: Fletcher 2002) hebben een model ontwikkeld om het werk van een OK team te beschrijven. Het model omvat drie onderdelen, namelijk input voor het teamfunctioneren, het functioneren van het team tijdens de operatie en de uitkomsten van het team. Onderstaand zullen de verschillende onderdelen nader toegelicht worden.

Input voor het teamfunctioneren

In de literatuur is consensus over het feit dat teamfunctioneren beïnvloed wordt door diverse inputfactoren. Lemieux et al. (2002:536) benoemt in haar artikel naar kwaliteitsverbetering binnen teams factoren op het niveau van de organisatie, het team en de individuele professional.

Bij organisatiefactoren kan gedacht worden aan de cultuur van de organisatie als geheel en van afzonderlijke beroepsgroepen in het bijzonder, de mate van hiërarchie, de organisatie van het werk – bijvoorbeeld het inroosteren van personeel –, de arbeidsomstandigheden op de OK en de aard van het patiëntenaanbod.

Onder de noemer teamfactoren valt bijvoorbeeld de samenstelling van het OK team met een chirurgisch en anesthesiologisch 'subteam'. Door deze constructie kan er sprake zijn van verschillende normen en omgangsvormen binnen de subteams. Verder benadrukken Helmreich en Schaefer dat de mate van samenwerking essentieel is. Wanneer mensen regelmatig met elkaar werken, zijn hun verwachtingen over het algemeen beter afgestemd en zijn ze meer op de hoogte van elkaars vaardigheden en werkpraktijk. Tenslotte spelen individuele inputfactoren een rol. De bagage van een professional in de vorm van kennis, vaardigheden en attitude drukt een stempel op de prestatie van het hele OK team.

Het teamfunctioneren

Bij het functioneren van het OK team tijdens de operatie vallen twee typen gedragingen of handelingen te onderscheiden, namelijk technische en niet-technische. Zoals aangegeven in de probleemverkenning van deze scriptie zijn niet-technische vaardigheden van groot belang voor de effectiviteit van het team. Niet-technische vaardigheden kunnen onderverdeeld worden in cognitieve of mentale vaardigheden (zoals bewustzijn van de situatie en besluitvorming) en sociale of interpersoonlijke vaardigheden (zoals communicatie, leiderschap en samenwerking) (Fletcher et al. 2002:419). De benoemde deelaspecten sluiten aan bij de indeling van Healey (2004). Hij werkt de niet-technische vaardigheden als volgt uit:

- communicatie
 - informatie delen, opdrachten geven, vragen stellen
 - mening geven over gang van zaken
 - evalueren van het werk
- coördinatie van werkzaamheden
 - verdelen van taken (bevoegdheden, verantwoordelijkheden)
 - onderling afstemmen tijdens het werk
- coöperatie
 - ondersteunen van anderen in het team, rekening houden met elkaar
 - problemen samen oplossen
- leiderschap
 - voortouw nemen bij besluitvorming
 - formele leiderschapsrol bekleden, informeel leiderschap opeisen
- bewustzijn
 - op elkaar letten
 - op de omstandigheden in de OK letten (temperatuur, steriliteit etc.)
 - op de tijd letten

Coöperatie en onderlinge solidariteit zijn wezenlijke aspecten van teamfunctioneren en komen terug in literatuur over samenwerking binnen groepen. Lindenberg (1997) onderscheidt binnen het concept solidariteit vijf soorten gedragingen. Deze gedragingen worden als volgt gedefinieerd:

1. Common good: er is een gemeenschappelijk doel, men helpt elkaar.
2. Fair share: mensen houden rekening met elkaars belangen. Men probeert niet ten koste van een ander zelf beter te worden.
3. Helping others in need: men biedt elkaar hulp waar nodig.
4. Breach temptation: men komt afspraken na, ook als dit ten koste gaan van het eigen voordeel.
5. Mishap: men biedt excuses aan, als zaken anders verlopen dan verwacht.

Lindenbergs stelling is dat al deze vijf gedragingen in de interactie tussen twee of meer personen aanwezig moeten zijn om daadwerkelijk te kunnen spreken van onderlinge solidariteit (Lindenberg 1997:2). Bij de beoordeling van solidariteit in een team als onderdeel van het totale teamfunctioneren zullen deze aspecten derhalve afzonderlijk beoordeeld moeten worden.

Uitkomsten van het team

De uitkomsten van het teamfunctioneren tijdens de operatie verdelen zich over verschillende niveaus. De kwaliteit van de geboden zorg en de patiëntveiligheid is de meest in het oog springende uitkomst. Daarnaast is de tevredenheid van de individuele medewerker (kwaliteit van arbeid) een belangrijke uitkomstmaat. Helmreich en Schaefer geloven dat “team processes that are perceived by participants as having been effective in maintaining patient safety should impact on morale and job satisfaction favourably” (in: Fletcher 2002).

2.3 Intercollegiale spanning en conflict

Het teamfunctioneren en de uitkomsten van een OK team komen onder druk te staan wanneer er belemmerende spanning ontstaat tijdens de operatie. Deze spanning kan getriggerd worden door het feit dat een OK team regelmatig onder stressvolle omstandigheden moet samenwerken. De laatste jaren is er regelmatig gepubliceerd over het voorkomen van intercollegiale spanning in medische teams in het algemeen en OK teams in het bijzonder (Buback 2004; Firth-Cozens 2001; Ginsburg et al. 2000; Helmreich 2000; Lingard et al. 2002, 2004; Pape 1999; Ritz et al. 2003; Sexton et al. 2000). Om een beeld te krijgen van het concept intercollegiale spanning zal in deze paragraaf het vóórkomen van spanning en conflict in een team in het algemeen besproken worden.

Een conflict kan ontstaan als gevolg van spanning tussen teamleden over werkelijke of veronderstelde verschillen van inzicht (De Dreu & Weingart 2003:741). In hun review-artikel werken De Dreu en Weingart (2003) diverse aspecten van teamconflicten verder uit op basis van literatuur over dit onderwerp vanaf 1994. Samenvattend belichten zij daarbij de volgende zaken:

- Conflicten kunnen relatie- of taakgebonden zijn. Bij relatieconflicten gaat het bijvoorbeeld om een verschil van mening over persoonlijke smaak, normen en waarden of politieke overtuiging. Voorbeelden van taakconflicten zijn onenigheid over de verdeling van hulpmiddelen, het volgen van procedures, de verdeling van verantwoordelijkheden. Bij taakconflicten is de complexiteit van de uit te voeren taak relevant voor de impact van onenigheid. Bij complexe taken kan een meningsverschil bevorderend zijn voor het creatief vermogen van het team. Het conflict maakt duidelijk dat er verschillende zienswijzen mogelijk zijn. Bij een routinetaak is er geen sprake van een direct voordeel. Hier werkt het conflict belemmerend op de uitkomsten van het werk.
- Spanning binnen een team kan positief of negatief uitwerken. Carnevale en Probst (in: De Dreu & Weingart 2003:741) geven aan dat 'lage spanning' in een team flexibiliteit en creativiteit kan stimuleren – iedereen staat als het ware weer even op scherp – terwijl een competitieve en vijandige sfeer in het team flexibiliteit en creativiteit juist drastisch doet afnemen. Carnevale en Probst verklaren dit vanuit het perspectief van cognitieve belasting. Een klein beetje spanning stimuleert cognitieve processen, maar teveel spanning zorgt er juist voor dat het cognitieve systeem en daarmee de informatieverwerking blokkeert. Het is aannemelijk dat het teamfunctioneren hieronder lijdt (ibid.:742).
- Het effect van negatieve spanning en conflict is zichtbaar in de uitkomsten van het team, i.e. teamprestaties en medewerkersatisfactie. Relatie- en taakconflicten zijn beide schadelijk voor zowel de teamprestaties als de medewerkersatisfactie. Een kleine nuance is mogelijk. Taakconflicten correleren negatief met medewerkersatisfactie maar kunnen teamprestaties nog enigszins ten goede komen, mits het conflict mild is en er veel vertrouwen en openheid in het team is. Relatieconflicten zijn het meest schadelijk voor medewerkersatisfactie; zij komen nooit ten goede aan het team (ibid.:746).

2.4 Intercollegiale spanning in het OK team, kenmerken en beïnvloedende factoren

In de OK literatuur worden kenmerken en oorzaken van intercollegiale, negatieve spanning op verschillende manieren beschreven. Intercollegiale spanning en conflict bestaat volgens Helmreich uit openlijke vijandigheid en onderlinge frustratie (Helmreich 2000: 783). Davies (2005:900) geeft geen definitie van intercollegiale spanning maar benadrukt het belang van 'groepsatmosfeer', eerlijkheid en vertrouwen om spanning tegen te gaan en conflict te

vermijden of op te lossen. Lingard (2002:234) gaat heel uitgebreid in op het fenomeen intercollegiale spanning. Zij verbindt oorzaken van spanning aan thema's waar veelvuldig over gecommuniceerd wordt:

- Tijd (wisselen van de patiënt, aflasten van een operatie, inroosteren van een nieuwe patiënt)
- Hulpmiddelen (zowel personeel als materieel)
- Taken, verantwoordelijkheden, rollen
- Veiligheid en steriliteit
- Controle over de situatie in de OK (vb. temperatuur, procedures)

Lingard (2004:693) rapporteert in haar onderzoek wisselend hoge spanning tijdens de communicatie tussen met name chirurgen en verpleegkundig personeel. Het spanningsniveau wordt zichtbaar door de inhoud van de boodschap, de non-verbale aanwijzingen, de intonatie en het veelvuldig herhalen en benadrukken van de boodschap. Daarnaast lijkt het zo te zijn dat intercollegiale spanning een cumulatief effect heeft; spanningsvolle momenten versterken elkaar in de tijd en de frustratietolerantie van teamleden daalt met elke nieuwe gebeurtenis (ibid.:695).

In haar artikel "Communication failures in the operating room..." gaat Lingard in op het voorkomen van communicatiefouten tijdens de operatie (2004). Uit haar onderzoek blijkt dat in 36,4% van de geobserveerde communicatiefouten resulteerden in zichtbare resultaten. De belangrijkste communicatiefouten betreffen fouten waarbij er sprake is van suboptimale timing (de communicatie komt te laat of past niet – meer – goed binnen de context) of suboptimaal resultaat (het doel van de communicatie is niet helder of wordt niet bereikt). Afnemende teameffectiviteit en toenemende onderlinge spanning waren de meest significante uitkomsten bij dergelijke communicatiefouten (ibid.:332). Toenemende spanning werd in dit verband beschreven als emotionele reactie tussen twee personen met soms een uitstralend effect naar andere teamleden (ibid.:333).

Voor het ontstaan van spanning en de impact die het heeft op een team en op de individuele medewerker lijkt het van belang hoe teamleden omgaan met ongewenst gedrag van collega's. Nauta et al. (2001) noemen in hun artikel over oorzaken en gevolgen van arbeidsconflict vier strategieën, te weten oplossen, forceren, toegeven en vermijden. Zij stellen dat conflicthantering bepalend is voor ziekteverzuim, verloopintentie, werktevredenheid en organisatiebetrokkenheid. In hun onderzoek naar de aard en oorzaak van spanning en conflict is het naar hun overtuiging van belang ook de wijze waarop mensen met conflict omgaan uit te vragen.

Wittek (1999:8) sluit hier bij aan. Hij stelt dat mensen in een werksituatie vijf controlestrategieën hanteren om onwenselijk gedrag van anderen te sanctioneren. Hij

benoemt deze strategieën als passief, indirect, direct, formeel en publiek. De passieve controlestrategie bestaat uit het vermijden van de persoon waarmee verschil van mening bestaat. Het conflict wordt niet uitgesproken of besproken. Bij de indirecte controlestrategie bespreekt de medewerker het conflict met een derde, terwijl bij de directe strategie de gewraakte persoon zelf wordt aangesproken en het conflict op tafel wordt gelegd. Bij de formele controlestrategie kiest de medewerker er voor het conflict aan de leidinggevende voor te leggen. Wittek geeft aan dat dit kan wijzen op het falen van het informele systeem, i.e. de medewerker is niet in staat het conflict zelf op te lossen. De publieke controlestrategie tenslotte staat voor het bespreken van het conflict temidden van het team; de medewerker wordt aangesproken in het bijzijn van anderen (ibid.:9).

Het kijken naar conflicthantering vanuit het perspectief van deze controlestrategieën is interessant omdat er volgens Wittek een verband bestaat tussen onderlinge afhankelijkheid en solidariteit in het team en de keuze voor een controlestrategie (1999:300). In zijn studie komt hij – onder andere – tot de conclusie dat het gebruik van indirecte controlestrategieën de kans op samenwerking altijd verlaagt, passieve en formele controlestrategieën het gevolg zijn van onduidelijke functionele afhankelijkheidsstructuren en directe controle het meest voorkomt wanneer teamleden beperkt afhankelijk van elkaar zijn en een zwakke onderlinge solidariteit ervaren. De conclusie van het review-artikel van De Dreu & Weingart (2003) sluit hier enigszins op aan, omdat ook deze auteurs benadrukken dat de manier waarop mensen met een conflict omgaan en de mogelijke impact van het conflict alles te maken hebben met de mate van coöperatie in het team. Vertrouwen en openheid in het team, het werken aan gemeenschappelijke doelen en een coöperatieve in plaats van competitieve sfeer verminderen de invloed van taakconflicten (ibid.:748).

Het OK team werkt in functionele afhankelijkheid van elkaar. Of teamleden onderlinge solidariteit en een open sfeer in het team ervaren en welke controlestrategieën zij bij problemen hanteren, zijn vragen voor dit onderzoek.

2.5 Conceptueel model 'Intercollegiale bejegening'

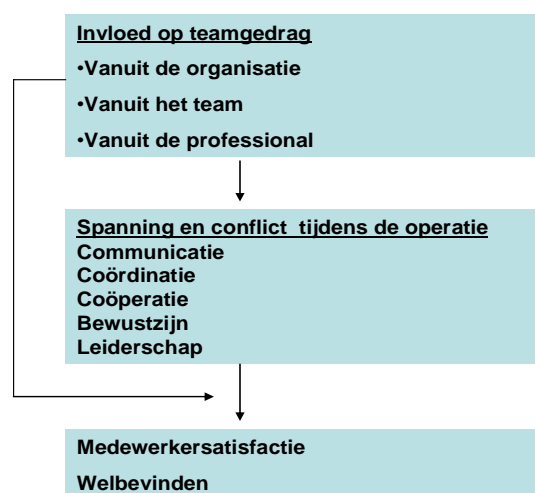
Op basis van bovenstaand beschreven literatuur kan met de nodige voorzichtigheid een eerste veronderstelling geformuleerd worden over mogelijke factoren die van invloed zijn op het ontstaan van negatieve spanning en conflict op een OK en over de gevolgen van dergelijke spanning. Het model van Helmreich en Schaefer (in: Fletcher 2002) fungeert hierbij als raamwerk. Centraal staan niet-technische gedragingen tijdens de operatie. Wanneer negatief gedrag tentoon wordt gespreid tijdens de operatie, kan een conflict ontstaan. Dit conflict kan gaan over taken en verantwoordelijkheden, maar kan ook een meer persoonlijk karakter hebben. Negatieve spanning en conflict zijn belemmerend voor de uitkomsten van het werk en hebben een negatief effect op medewerkersatisfactie. De manier

waarop mensen met conflicten omgaan is enerzijds van belang voor de impact van het conflict en zegt anderzijds iets over de manier waarop mensen met elkaar samenwerken en de mate van solidariteit die zij ervaren.

Teamgedragingen staan onder invloed van diverse factoren op het niveau van de organisatie, het team en het individu. Deze factoren zouden bepalend kunnen zijn voor de mate waarin conflict de kans krijgt te ontstaan. Wanneer een team goed met elkaar kan samenwerken en tijdens de operatie de druk hoog oploopt en er spanning ontstaat, is het team wellicht in staat te voorkomen dat deze spanning tot conflict leidt.

Deze vooronderstellingen leiden tot een voorlopig conceptueel model betreffende intercollegiale spanning tijdens de operatie, mogelijke gevolgen en beïnvloedende factoren:

Figuur 2.1 Conceptueel model 'Intercollegiale bejegening'



In het schema wordt de relatie tussen invloed op teamgedrag, het teamgedrag zelf en medewerkersatisfactie en welbevinden beschreven. Het schema drukt een momentopname uit met éézijdige relaties. Het is echter goed mogelijk dat door de tijd heen deze relaties ook tweezijdig zijn. Zo kan spanning en conflict tot dalende medewerkersatisfactie leiden, maar is het omgekeerd ook mogelijk dat een ontevreden medewerker zijn of haar privé-spanning binnen het werk afreageert.

Het conceptueel model beschrijft de verschillende concepten in hoofdlijnen en heeft nadere invulling. Op basis van de kwalitatieve voorstudie beschreven in hoofdstuk 3 is het model nader ingevuld en is een vragenlijst naar intercollegiale bejegening op de OK ontwikkeld, die de verschillende concepten in kaart brengt.

3. Methoden van onderzoek

3.1 Inleiding

Dit onderzoek is exploratief en descriptief van aard. Het onderzoek omvat een kwantitatieve analyse van het vóórkomen van intercollegiale spanning op de OK van academische ziekenhuizen en de mogelijke gevolgen hiervan. Tijdens de kwantitatieve onderzoeksfase is een vragenlijst verspreid onder de diverse OK disciplines in twee academische ziekenhuizen. Ten behoeve van de ontwikkeling van deze vragenlijst is een kwalitatieve voorstudie uitgevoerd. Tijdens deze voorstudie is de aandacht gericht geweest op het operationaliseren van concepten uit het model 'Intercollegiale bejegening' dat op basis van literatuuronderzoek is ontwikkeld. Het model heeft als basis gediend voor de constructie van de vragenlijst. In de hierna volgende paragrafen worden achtereenvolgens de kwalitatieve voorstudie, het conceptueel model, de ontwikkeling van de vragenlijst en het kwantitatieve onderzoeksgedeelte nader uitgewerkt en verantwoord.

3.2 Kwalitatieve voorstudie

3.2.1 Dataverzameling

De interviews waren gericht op de ervaringen en meningen van betrokkenen rondom het thema intercollegiale bejegening en het vóórkomen van spanning op de OK. Om een representatief beeld te krijgen, zijn verschillende OK disciplines uit het Leids Universitair Medisch Centrum over dit onderwerp geïnterviewd (professor chirurgie, anesthesist, OK-assistent, anesthesieassistent, OK manager). Het LUMC is één van de acht universitair medische centra in Nederland.

Tijdens de interviews heeft de topiclijst (zie bijlage 1) – gebaseerd op het theoretisch kader – als raamwerk gefungeerd. Er is gebruik gemaakt van open vragen om zo door middel van doorvragen achter de ideeën van betrokkenen te komen en relevante variabelen op te sporen. Door de vraagstelling breed te beginnen en gaandeweg in te zoomen is een zo groot mogelijke objectiviteit betracht (Maso & Smaling 1998). Aan het eind van ieder interview zijn thema's uit de topiclijst die tot dan toe nog niet aan de orde waren gekomen aan de respondent voorgelegd en is om een reactie gevraagd. Er is nadrukkelijk voor gekozen met medewerkers van verschillende disciplines te spreken vanuit de veronderstelling dat de positie van de medewerker binnen het OK team van invloed is op ervaringen rondom intercollegiale spanning. Het was aanvankelijk de bedoeling om alle leden van een standaard academisch OK team te interviewen, i.e. ook een chirurg in opleiding en een anesthesist in opleiding. Na een vijftal interviews bleek echter dat er geen nieuwe inzichten naar voren kwamen en is de interviewfase afgerond. De interviews vonden face-to-face plaats en hadden een gemiddelde duur van 30 minuten. Tijdens de interviews zijn door de onderzoeker aantekeningen gemaakt die direct na afloop zijn uitgewerkt.

3.2.2 Uitkomsten kwalitatieve voorstudie

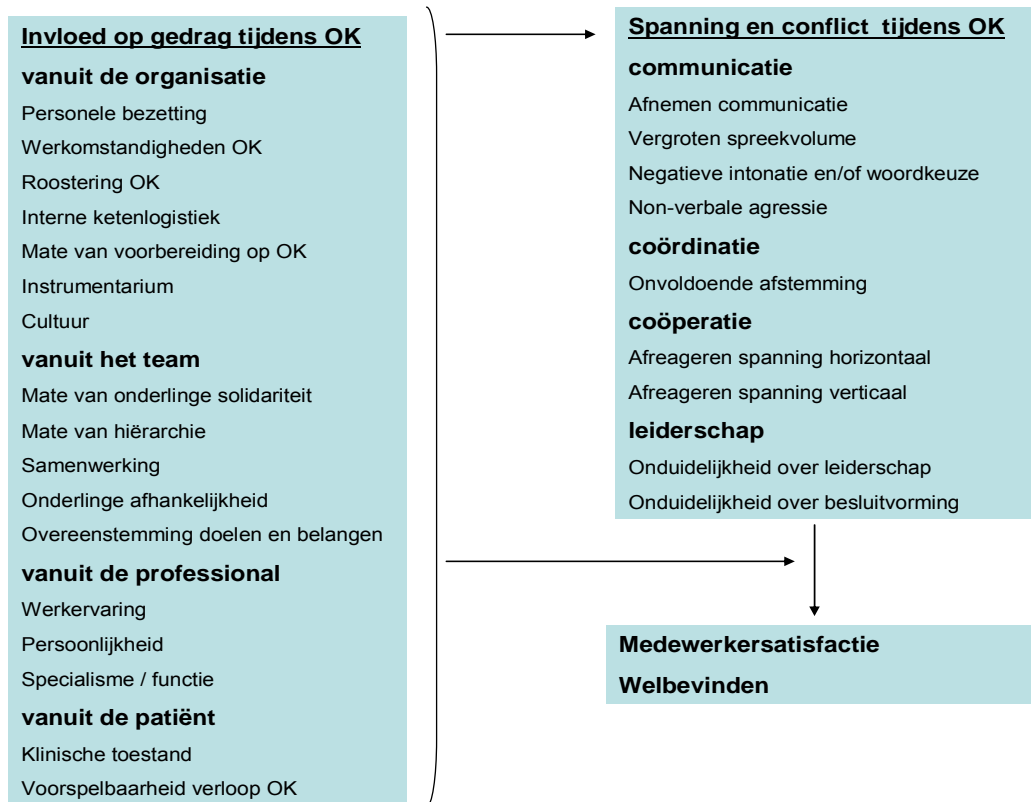
De resultaten uit de kwalitatieve voorstudie (zie bijlage 2 voor een volledige uitwerking van de gehouden interviews) geven geen aanleiding om het conceptueel model ingrijpend te wijzigen. De beschreven concepten in het model kunnen aan de hand van de verkregen data wel nader uitgewerkt worden.

Tijdens de interviews komt samenvattend naar voren dat er – ook in de Nederlandse setting – sprake is van horizontale en verticale intercollegiale spanning tijdens de operatie, die belemmerend is voor de uitkomsten van het werk. Over de frequentie van het vóórkomen van deze spanning is wel verschil van mening; de range loopt van soms tot regelmatig. De respondenten noemen verschillende oorzaken, waarbij ‘onvoorspelbare wendingen tijdens de OK’ als belangrijke trigger opvalt. Genoemde oorzaken en beïnvloedende factoren kunnen geclusterd worden in organisatiegebonden en teamgebonden factoren en factoren die te maken hebben met de individuele professional. De respondenten voegen hier wel een categorie aan toe, namelijk de klinische toestand van de patiënt. Wanneer deze (plotseling) verslechtert, doet dit de spanning stijgen. Intercollegiale spanning kenmerkt zich met name door een afname van of verandering in de verbale communicatie. Non-verbale uitingen – zoals het gooien met instrumenten – worden ook genoemd. Door alle respondenten wordt benadrukt dat het al dan niet ontstaan van spanning en conflict als gevolg van negatief teamgedrag sterk afhankelijk is van de context. Op de OK is er regelmatig sprake van een acute situatie en kan de spanning hoog oplopen. Wanneer negatieve teamgedragingen – zoals bijvoorbeeld snauwen – binnen een bepaalde context passend zijn, geven ze geen aanleiding tot conflict.

3.3 Aanvullingen op het conceptueel model

Het conceptueel model is op basis van de uitkomsten uit het kwalitatief vooronderzoek nader uitgewerkt. De genoemde kenmerken en oorzaken sluiten voor een groot deel aan bij de gevonden literatuur. Door de combinatie van informatie uit verschillende bronnen is de robuustheid van het model vergroot. Dit maakt het conceptueel model een goed uitgangspunt voor de ontwikkeling van de vragenlijst ‘Intercollegiale bejegening’.

Figuur 3.1 Conceptueel model 'Intercollegiale bejegening'



3.4 Ontwikkeling vragenlijst 'Intercollegiale bejegening'

Om een indruk te krijgen van de mening van een (groot) aantal respondenten over het object van onderzoek is het uitzetten van een schriftelijke vragenlijst opportuun (Swanborn 1991:94). Aangezien er geen Nederlandstalig gevalideerd instrument over dit thema in omloop is, is een vragenlijst ontwikkeld, waarin waar mogelijk delen van gevalideerde instrumenten zijn opgenomen. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst hebben diverse overwegingen de revue gepasseerd. Medewerkers op de OK zijn veelal drukbezet en niet gemotiveerd om lange vragenlijsten in te vullen. Er is daarom geprobeerd de vragenlijst zo kort mogelijk te houden met als responsmogelijkheid een Likertschaal (Bowling 2002:289). Bij de opbouw van de lijst is rekening gehouden met de introductie van mogelijk gevoelige thema's. Het thema 'Intercollegiale spanning' wordt daarom niet gelijk geïntroduceerd. De vragenlijst start met een serie meer neutrale vragen over samenwerking en solidariteit in het team. De vragen over psychisch welbevinden zitten in het laatste deel van de lijst gevolgd door vragen over persoonskenmerken.

Bij het construeren van een vragenlijst is de meest essentiële vraag of de concepten in de vragenlijst toereikend worden geoperationaliseerd (Kidder & Judd 1986:31) en of

verschillende vragen gericht zijn op hetzelfde onderliggende concept. Er zijn bij het construeren van de vragenlijst 'Intercollegiale bejegening' diverse bestaande, gevalideerde lijsten bestudeerd (Flin et al. 2003, Aroujo & Sofield 2003, Sexton & Thomas 2003) om voor alle concepten tot een zo verantwoord mogelijke set vragen te komen. Het conceptueel model met bijbehorend onderliggend schema, waarin concepten zijn uitgewerkt naar aspecten en items heeft steeds als basis gediend. Het schema laat zien welke vraagnummers in de vragenlijst bij welke variabelen horen (zie bijlage 3 voor het onderliggend schema).

In de vragenlijst zijn onafhankelijke en afhankelijke variabelen per concept uitgewerkt.

De onafhankelijke variabelen zijn:

- Organisatiekenmerken zoals roostering van personeel, voorbereiding van de OK, aanwezigheid van instrumenten, deugdelijkheid van instrumenten, werkomstandigheden op de OK;
- Solidariteit uitgewerkt naar common good, fair share, helping others in need, breach temptation, mishap;
- Teamsamenwerking zoals algehele samenwerking, mate van hiërarchie, frequentie van samenwerking, mogelijkheid tot het geven van feedback, hanteren van controlestrategieën (coping);
- Professionele kenmerken zoals deskundigheid en positie (specialisme, functie), werkervaring en persoonskenmerken;
- Patiëntkenmerken zoals klinische toestand van de patiënt tijdens de OK en een onvoorspelbaar (medisch) verloop van de operatie;
- Mate van spanning tijdens de OK onderverdeeld naar horizontale spanning (tussen specialisten, tussen ondersteunend personeel) en verticale spanning (tussen specialist en specialist in opleiding, tussen specialist en ondersteunend personeel).

De afhankelijke variabelen zijn:

- Medewerkersatisfactie uitgewerkt naar tevredenheid over het werk, passendheid van het werk, uitdaging en plezier in het werk (Prismant 2004);
- Welbevinden. Hiervoor is de verkorte versie van de 'General Health Questionnaire' (GHQ12) gebruikt. In de GHQ12 worden verschillende factoren uitgevraagd die het gevolg kunnen zijn van ervaren 'disstress' (slaapproblemen, zorgen, gebrek aan zelfvertrouwen, gebrek aan zelfrespect e.d.) (Goldberg & Williams, 1988; Koeter & Ormel, 1991);

- Mate van intercollegiale spanning tijdens de OK onderverdeeld naar horizontale spanning (tussen specialisten, tussen ondersteunend personeel) en verticale spanning (tussen specialist en specialist in opleiding, tussen specialist en ondersteunend personeel).

Na de ontwikkelfase is de vragenlijst voorgelegd aan diverse personen om te peilen of de lijst volgens betrokkenen begrijpelijk, herkenbaar en logisch opgebouwd is ('face validity'). Deze groep bestond uit een verpleegkundige, een anesthesie-assistent, een arts en een GZ beleidsmedewerker. De vragenlijst en de begeleidende brief is hierna aangepast (zie bijlage 4 voor de begeleidende brief en bijlage 5 voor de vragenlijst).

3.5 Kwantitatief onderzoek

3.5.1 Onderzoeksgroep en respons

De vragenlijst 'Intercollegiale bejegening op de OK' is uitgezet in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het medisch centrum van de Vrije Universiteit te Amsterdam (VUMC). De vragenlijst is via random selectie verspreid onder alle OK-disciplines. Aan de hand van de medewerkerlijst zijn de namen van medewerkers volgens de tombolamethode met een van tevoren vastgesteld interval geselecteerd. Bij de verdeling is rekening is gehouden met de verhoudingen binnen het OK-team (1 chirurg, 1 chirurg in opleiding, 1 anesthesist³, 1 anesthesist in opleiding, 2 OK assistenten, 1 anesthesieassistent). Een lastig punt bleek de variatie in specialismen binnen chirurgie. Met de ziekenhuizen is afgesproken de chirurgen van de vakgroepen Algemene Heelkunde en Orthopedie te benaderen. De chirurgen van deze vakgroepen zijn met grote regelmaat op de OK werkzaam. Het VU Medisch Centrum had de wens meerdere specialismen te betrekken. Hier is aan tegemoet gekomen door de lijst beperkt onder aanvullende specialismen uit te zetten. Het gedeelte 'achtergrondinformatie' van de vragenlijst is uitgebreid met de vraag naar het specialisme. Voorafgaand aan de data-analyse is binnen de groep chirurgen uit het VU Medisch Centrum de verdeling naar specialisme bekeken⁴. Aangezien er geen significante beoordelingsverschillen werden gevonden samenhangend met het specialisme, is in de data-analyse de hele groep chirurgen van het VU Medisch Centrum opgenomen.

De vragenlijsten zijn door de respondenten na het invullen in een gesloten envelop ingeleverd bij het OK-management. In de begeleidende brief is expliciet aangegeven dat anonimiteit van de betrokkene gewaarborgd zou worden. Om de non-respons te beperken heeft de onderzoeker regelmatig contact onderhouden met het OK-management en de

³ In het VUMC wordt gerekend met een 'halve anesthesist' aangezien de anesthesist tegelijkertijd voor twee operaties geroosterd staat.

⁴ Aantal chirurgen per specialisme: Algemene Heelkunde / Orthopedie 7; KNO 2; Neurochirurgie 2; Longchirurgie 1.

voortgang besproken. De retourtermijn is vastgesteld op twee weken met een tussentijdse reminder door het OK-management. In de begeleidende brief is de bereikbaarheid van de onderzoeker per e-mail en per telefoon aangegeven.

In onderstaand overzicht staat uitgifte van de vragenlijst en respons⁵ per categorie aangegeven. In totaal zijn er 192 vragenlijsten geretourneerd. Dit is een respons van 32%. Er zijn 3 vragenlijsten niet betrokken bij de analyses, aangezien er geen functie ingevuld stond.

Figuur 3.2 Aantal uitgezette vragenlijsten en respons uitgesplitst naar ziekenhuis en functie

	Totaal zkh.	Chirurg	Chirurg i.o.	OK ass.	Anesthesist	Anesth. i.o.	Anest. ass.	Anders
UMCG	375 117 (31,2%)	45 18 (40%)	30 6 (20%)	120 44 (36,6%)	50 14 (28%)	50 6 (12%)	80 25 (31,2%)	4
VUMC	225 72 (32%)	55 12 (21,8%)	55 7 (12,7%)	50 30 (60%)	20 6 (30%)	20 7 (35%)	25 9 (36%)	1
Totaal	600 189 (31,5%)	100 30 (30%)	85 13 (15,3%)	170 74 (43,5%)	70 20 (28,6%)	70 13 (18,6%)	105 34 (32,9%)	5

Er is een relatief lage respons bij de groep specialisten in opleiding. Deze groep is wel in de analyse betrokken; er is bij de interpretatie echter wel rekening gehouden met het feit dat het om kleinere aantallen respondenten gaat. Om inhoudelijke redenen is er niet voor gekozen de groep specialisten in opleiding toe te voegen aan de specialisten van de eigen discipline. Het is aannemelijk dat tussen deze groepen verschillen bestaan in onder andere positie en status binnen het OK team, leeftijd en werkervaring.

De groep 'anders' bestaat uit 3 personen met zorgadministratieve taken, één functionaris bedrijfsvoering en één arts assistent in opleiding, waarbij geen specialisme is vermeld. In de analyses is de groep 'anders' buiten beschouwing gelaten.

3.5.2 Constructie van de schalen

De verkregen data zijn ingevoerd in SPSS versie 12.0.1. Er is een factoranalyse uitgevoerd om de verschillende dimensies te identificeren die samen een instrument of schaal vormen (Bowling 2002:149). Per concept zijn verschillende aspecten geanalyseerd en is de samenhang beoordeeld. Hierbij is een "Cronbach's alpha" (coëfficiënt om de inter-item correlatie uit de drukken) van 0,70 als uitgangspunt genomen. Items die een samenhang lieten zien lager dan 0,20 of een negatieve inter-item correlatie hadden zijn uit de schaal verwijderd. Dit heeft geleid tot de volgende schalen (zie bijlage 6 voor een overzicht):

⁵ de respons staat in het rood genoteerd in de tabel

- Schaal Organisatie-invloeden:

De negentien vragen behorend bij de onafhankelijke variabele 'organisatiekenmerken' zijn in de schaal opgenomen, behalve het aspect 'cultuur' (item: aanwezigheid protocol bejegening). De schaal heeft een Cronbach's alpha van 0,79.

De vragenset behorend bij deze schaal peilt in hoeverre negatieve spanning tijdens de OK ontstaat door organisatorische kenmerken zoals:

- Personele onderbezetting
- Het werken in een kleine ruimte
- Het ontbreken van instrumenten
- Ondeugdelijke instrumenten
- Te hoge werkdruk en tijdsdruk
- Onveilige werkomstandigheden

- Schaal Solidariteit:

De zes vragen rondom de onafhankelijke variabele solidariteit vertonen voldoende samenhang met elkaar met uitzondering van vraag 1d ('In het OK team tijdens de operatie laten collega's het vaak afweten als er iets moet gebeuren'). Na het verwijderen van deze vraag is de Cronbach's alpha 0,71.

Voorbeelden van vragen zijn:

- In het OK team tijdens de operatie helpen we elkaar als dat nodig is.
- In het OK team tijdens de operatie houden collega's zich slecht aan afspraken.
- In het OK team tijdens de operatie bieden collega's hun excuses aan als er iets misloopt.

- Schaal Samenwerking Team:

Deze schaal bestaat uit 11 items rondom de onafhankelijke variabele teamsamenwerking. De items gericht op solidariteit zijn aan de schaal toegevoegd aangezien de mate van ervaren solidariteit een belangrijk aspect is van teamsamenwerking. Er zijn twee vragen verwijderd in verband met de geringe samenhang, namelijk 'In het OK team tijdens de operatie streven professionals hun eigen doelen na' (vraag 1m) en 'In het OK team tijdens de operatie zijn we afhankelijk van elkaar voor het welslagen van de operatie' (vraag 1l). De Cronbach's alpha komt uit op 0,82.

Voorbeelden van vragen met betrekking tot samenwerking in het team zijn:

- In het OK team tijdens de operatie werk ik vaak met dezelfde collega's samen.
- In het OK team tijdens de operatie corrigeert het medisch ondersteunend personeel de specialist als er sprake is van onheuse bejegening.

- In het OK team tijdens de operatie wordt de inbreng van ondersteunend personeel goed ontvangen.
 - In het OK team tijdens de operatie kan ik goed samenwerken met collega's.
- Schaal Intercollegiale spanning:
De vragen over het vóórkomen van spanning vormen een samenhangende schaal met een Cronbach's alpha van 0,77. Alle items zijn geïnccludeerd. De vragen behorend bij deze schaal peilen het vóórkomen van negatieve spanning tijdens de operatie tussen:
 - De leden van het gehele OK team
 - Specialisten van verschillende disciplines (horizontale spanning)
 - De chirurg en de chirurg in opleiding (verticale spanning)
 - De anesthesist en de anesthesist in opleiding (verticale spanning)
 - De chirurg en het medisch ondersteunend personeel (verticale spanning)
 - De anesthesist en het medisch ondersteunend personeel (verticale spanning)
 - Tussen medisch ondersteunend personeel onderling (horizontale spanning)
- Schaal Welbevinden:
Voor de vragen rondom welbevinden is gebruik gemaakt van het gevalideerde meetinstrument GHQ12. Dit is een verkorte vragenlijst naar ervaren gezondheid in de afgelopen weken met onder andere de volgende vragen:
 - Bent u de laatste tijd veel slaap tekort gekomen?
 - Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?
 - Bent u de laatste tijd in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?
 - Heeft u zich de laatste tijd, alles bij elkaar, redelijk gelukkig gevoeld?
 - Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?
- Schaal Medewerkersatisfactie:
De vier vragen op deze schaal liggen sterk in elkaars verlengde en lijken niet veel onderscheidend vermogen te hebben. Aangezien de vragenset onderdeel is van de Prismantvragenlijst 'Personeel in Beeld'(2004) zijn voor de schaal de oorspronkelijke vragen gehandhaafd. De Cronbach's alpha is 0,94.
De vragenset ziet er als volgt uit:
 - Mijn werk past bij mij.
 - Mijn werk is voldoende uitdagend.
 - Ik heb plezier in mijn werk.
 - Ik ben tevreden met mijn werk.

3.5.3 Data-analyse

De data zijn geanalyseerd voor de gehele groep, per ziekenhuis en per discipline. Bij de analyse is voor de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag (het vóórkomen van intercollegiale spanning, kenmerken en oorzaken van intercollegiale spanning) gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek (frequentieverdeling, gemiddelde scores, range, standaarddeviaties), t-toetsen, f-toetsen en de Chi-kwadraat toets. In de overzichten van de resultaten zijn significante uitkomsten aangegeven, waarbij een betrouwbaarheidsinterval van 95% is aangehouden. Bij het toepassen van de Chi-kwadraat toets is rekening gehouden met de twee voorwaarden ten aanzien van celfrequenties, namelijk:

1. alle verwachte celfrequenties moeten groter of gelijk zijn aan 1;
2. maximaal 20% van de celfrequenties mag tussen 1-5 liggen (De Vocht 2000).

Bij de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag (het effect van spanning op medewerkersatisfactie en welbevinden, het verband tussen beïnvloedende factoren – waaronder coping – en spanning en conflict) is een meervoudige lineaire regressie verricht om voor het vóórkomen van intercollegiale spanning en de mate van medewerkersatisfactie en welbevinden verklarende factoren in onderlinge samenhang te achterhalen. De volgende meervoudige lineaire regressie-analyses zijn uitgevoerd:

- het verband tussen de intercollegiale spanning (afhankelijke variabele) en beïnvloedende factoren op teamgedrag (organisatiekenmerken, teamkenmerken, kenmerken vanuit de professional, patiëntkenmerken);
- het verband tussen medewerkersatisfactie (afhankelijke variabele) en beïnvloedende factoren op teamgedrag (stap 1) en spanning en conflict (stap 2);
- het verband tussen welbevinden (afhankelijke variabele) en beïnvloedende factoren op teamgedrag (stap 1), spanning en conflict (stap 2) en medewerkersatisfactie (stap 3).

Aangezien het aantal missende waarden per variabele minder dan 10% bleek te zijn, is hiervoor niet gecorrigeerd. De meervoudige lineaire regressie-analyse is uitgevoerd volgens de enterprocedure, waardoor ook variabelen die geen significante bijdrage leveren zijn opgenomen in de vergelijking.

3.5.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Gedurende het onderzoek heeft de onderzoeker een logboek bijgehouden, waarin geschreven stukken, aantekeningen, schriftelijke afwegingen en dergelijke zijn bewaard. Zo is het mogelijk na afloop na te gaan welke keuzes tijdens het onderzoek zijn gemaakt en wat hiervoor de motivatie was. Dit verhoogt de interne betrouwbaarheid van het onderzoek (Maso & Smaling 1998:69). Daarnaast is er regelmatig overleg geweest met de begeleider over de voortgang en de resultaten van het onderzoek.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden bij twee van de acht academische ziekenhuizen in Nederland. Na het interpreteren en analyseren van de verkregen data is een antwoord mogelijk op de vraag of intercollegiale spanning in de geselecteerde ziekenhuizen voorkomt en zo ja in welke mate, met welke kenmerken en met welke oorzaken naar het oordeel van de betrokkenen. Gezien de omvang van het onderzoek kunnen de resultaten niet zo maar gegeneraliseerd worden naar de andere zes academische ziekenhuizen, maar is er wel een eerste beeld geschetst van intercollegiale spanning op de OK.

4. Resultaten

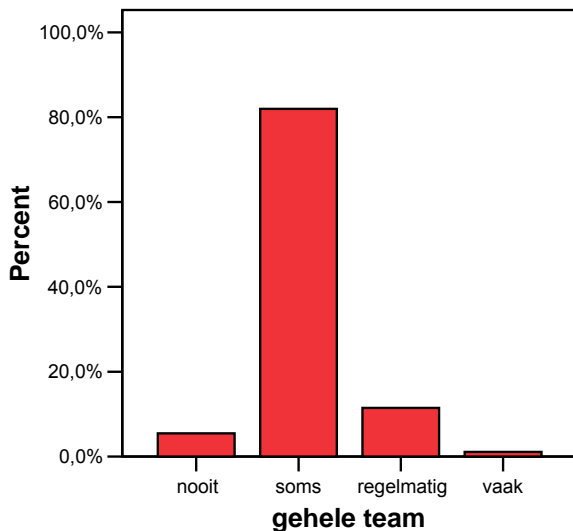
De resultaten verkregen uit het kwantitatieve onderzoek zullen aan de hand van de gestelde onderzoeksvragen worden gepresenteerd. Door middel van beschrijvende statistiek zal inzicht gegeven worden in het vóórkomen van intercollegiale spanning tijdens de operatie naar het oordeel van de respondenten. Gerapporteerde kenmerken en oorzaken zullen overzichtelijk worden gepresenteerd. Aan de hand van statistische analyse zal vervolgens beschreven worden of en zo ja welke verbanden er bestaan tussen invloed op teamgedrag, spanning en conflict, medewerkersatisfactie en welbevinden.

4.1 Het vóórkomen van intercollegiale spanning tijdens de operatie

Het vóórkomen van intercollegiale spanning tijdens de operatie is onderzocht door te vragen naar ervaren negatieve spanning die belemmerend is voor de uitkomsten van het werk binnen het gehele OK team, tussen specialisten onderling, tussen specialist en specialist in opleiding, tussen specialist en ondersteunend personeel en tussen ondersteunend personeel onderling. De respondenten is gevraagd het voorkomen van intercollegiale spanning aan te geven op een vijfpunt schaal met de volgende indeling: nooit (1); soms (2); regelmatig (3); vaak (4); altijd (5).

Bij het beoordelen van intercollegiale spanning binnen het gehele OK team geeft het grootste deel van de respondenten (79,9%) aan dat dit soms voorkomt. Een klein deel van de respondenten kiest voor de optie regelmatig (11,5%), nooit (5,2%) of vaak (1,0%).

Figuur 4.1 Beoordeling voorkomen van intercollegiale spanning in gehele OK team door totale groep respondenten (N=189).



Het OK team is onderverdeeld in een chirurgisch team (chirurg, chirurg in opleiding en OK assistent) en een anesthesiologisch team (anesthesist, anesthesist in opleiding, anesthesie-

assistent). Bij het vergelijken van intercollegiale spanning tussen de verschillende groepen professionals wordt zichtbaar dat naar het inzicht van de respondenten intercollegiale spanning binnen het chirurgisch team, namelijk tussen tussen chirurg en ondersteunend personeel, het meest voorkomt.

Tabel 4.1 Gemiddelde scores op zeven uitingsvormen van intercollegiale spanning voor de totale groep.

Intercollegiale spanning tijdens de operatie	Totale groep		
	N	Gemiddelde	SD
In het gehele OK team	187	2,09	0,46
Tussen specialisten onderling	185	2,10	0,56
Tussen chirurg en chirurg in opleiding	186	2,01	0,50
Tussen anesthesist en anesthesist in opleiding	182	1,95	0,37
Tussen chirurg en ondersteunend personeel	186	2,20	0,53
Tussen anesthesist en ondersteunend personeel	183	1,99	0,36
Tussen ondersteunend personeel onderling	184	2,02	0,38

Gemiddelde scores geven zicht op het oordeel van de gehele groep. Dit wil echter niet zeggen dat de verschillende disciplines binnen deze groep eenzelfde mening zijn toegedaan. Nadere analyse leert dat het verschil in het beoordelen van intercollegiale spanning tussen disciplines groter is dan binnen disciplines voor de volgende items:

- Intercollegiale spanning in het gehele OK team
- Intercollegiale spanning tussen specialisten
- Intercollegiale spanning tussen chirurg en chirurg in opleiding
- Intercollegiale spanning tussen chirurg en ondersteunend personeel

Chirurgen oordelen op alle vier items positiever (i.e. geven aan dat er minder frequent sprake is van intercollegiale spanning) dan OK-assistenten, anesthesie-assistenten en anesthesisten.

Tabel 4.2 Vergelijking gemiddelde scores op deelvragen over intercollegiale spanning tussen chirurgen (N=30) en andere leden van het OK team

Intercollegiale spanning in het gehele OK team				
F	Sig.	OK assistent (N=74)	Anesth. ass. (N=34)	Anesthesisten (N=20)
3,482	,005	-,315*	-,409*	

Intercollegiale spanning tussen specialisten				
F	Sig.	OK assistent (N=74)	Anesth. ass. (N=34)	Anesthesisten (N=20)
3,754	,003	-,384*	-,567*	

Intercollegiale spanning tussen chirurg en chirurg in opleiding				
F	Sig.	OK assistent (N=74)	Anesth. ass. (N=34)	Anesthesisten (N=20)
6,642	,000	-,528*	-,529*	-,440*

Intercollegiale spanning tussen chirurg en ondersteunend personeel				
F	Sig.	OK assistent (N=74)	Anesth. ass. (N=34)	Anesthesisten (N=20)
2,253	,051	-,350*		

*p<0.05

Drie disciplines namelijk de OK assistenten, de anesthesie-assistenten en de anesthesisten beoordelen het voorkomen van intercollegiale spanning tussen de chirurg en de chirurg in opleiding als frequenter dan de chirurgen zelf.

Als gekeken wordt naar de mening van de chirurgen in opleiding (data hier niet gerapporteerd) wordt zichtbaar dat zij wel iets negatiever zijn dan de chirurg, maar dat dit verschil in oordeel niet significant is (gemiddeld verschil = -,149). Dit geeft aanleiding te veronderstellen dat de perceptie van intercollegiale spanning in het geval van de chirurgen specialismengebonden is.

Bij een vergelijking tussen de overige disciplines in het OK team worden geen duidelijke verschillen gevonden in de beoordeling van het vóórkomen van intercollegiale spanning.

In tabel 4.3 worden het UMCG en het VUMC met elkaar vergeleken.

Tabel 4.3 Gemiddelde scores op zeven uitingsvormen van intercollegiale spanning voor de twee ziekenhuizen UMCG en VUMC.

Intercollegiale spanning tijdens de operatie	UMCG			VUMC		
	N	Gemiddelde	Std.	N	Gemiddelde	Std.
In OK team	115	2,10	0,48	72	2,07	0,42
Tussen specialisten onderling	114	2,13	0,51	71	2,06	0,63
Tussen chirurg en chirurg in opleiding	114	2,01	0,47	72	2,00	0,58
Tussen anesthesist en anesth. i.o.	113	1,97	0,34	69	1,91	0,41
Tussen chirurg en onderst. personeel	114	2,18	0,47	72	2,24	0,62
Tussen anesthesist en onderst. pers.	112	1,98	0,33	71	2,00	0,41
Tussen onderst. personeel onderling	112	2,02	0,40	72	2,01	0,36

De scores van de ziekenhuizen onderling zijn goed vergelijkbaar; er zijn geen significante verschillen en eenzelfde trend in de hoogte van de scores wordt waargenomen.

Samenvattend kan gesteld worden dat intercollegiale spanning tijdens de operatie soms voorkomt. Intercollegiale spanning treedt het meest op tussen chirurg en OK assistent. In vergelijking met de andere disciplines kennen chirurgen de laagste score toe aan het vóórkomen van intercollegiale spanning. Er is hierbij geen significant verschil tussen de ziekenhuizen.

4.2 Kenmerken van intercollegiale spanning

Tijdens de operatie kan intercollegiale spanning op verschillende manieren tot uiting komen in gedragingen binnen het team. In het conceptueel model staan deze teamgedragingen gerangschikt onder de niet-technische vaardigheden communicatie, coördinatie, coöperatie en leiderschap. In de vragenlijst zijn dertien kenmerken van intercollegiale spanning voorgelegd.

In de respons (zie tabel 4.4) is zichtbaar dat van de vijf meest voorkomende kenmerken van intercollegiale spanning er drie vallen onder communicatie (ongeduldige herhaling opdracht; op boze toon communiceren; gespannen stilte) en twee onder coöperatie (afreageren door specialisten op ondersteunend personeel; afreageren van frustratie). Items rondom het coördineren van werkzaamheden en leiderschap laten een lagere score zien. Het gooien met instrumenten is volgens de analyse een weinig voorkomend verschijnsel en heeft met afstand de laagste score.

Tabel 4.4 Gemiddelde scores op dertien kenmerken van intercollegiale spanning tijdens de operatie voor de totale groep

Kenmerken van intercollegiale spanning tijdens de OK	N	Gemiddelde	SD
Opdrachten worden ongeduldig herhaald.	184	2,22	0,63
Specialisten reageren onderlinge spanning af op het ondersteunend personeel.	183	2,14	0,68
Er wordt op boze toon gecommuniceerd.	184	2,02	0,45
Medewerkers reageren frustraties op elkaar af.	183	2,01	0,57
Er valt een gespannen stilte.	184	1,96	0,47
Er is onenigheid over een besluit.	183	1,93	0,52
Er zijn persoonlijke botsingen tussen één of meer collega's.	183	1,90	0,52
Het ondersteunend personeel is onaardig tegen elkaar.	184	1,90	0,50
Er worden harde woorden gesproken tussen specialisten.	184	1,84	0,47
Er is onenigheid over de verdeling van taken.	184	1,78	0,54
Er is onenigheid over de verdeling van verantwoordelijkheden.	182	1,74	0,61
Er is spanning over wie de baas is.	184	1,58	0,54
Er wordt met instrumenten gegooid.	183	1,24	0,44

Noot: De respondenten is gevraagd het voorkomen van deze kenmerken van intercollegiale spanning aan te geven op een vijfpunt schaal met de volgende indeling: nooit (1); soms (2); regelmatig (3); vaak (4); altijd (5).

Tussen de ziekenhuizen wordt geen verschil gevonden in het aangeven van kenmerken van intercollegiale spanning. Dit is echter wel het geval tussen disciplines; voor alle items

behalve 'het ondersteunend personeel is onaardig tegen elkaar' is het verschil tussen de disciplines significant groter dan het verschil binnen de disciplines (zie bijlage 7). Een nadere beschouwing leert dat deze beoordelingsverschillen bij alle twaalf kenmerken spelen tussen de chirurgen en de rest van het OK team. De gemiddelde scores zijn telkens afgetrokken van de gemiddelde score van de chirurgen. De chirurgen hebben een positiever beeld (i.e. geven een lagere score aan bij de responscategorie) dan andere disciplines. De chirurgen verschillen acht keer van mening met de OK-assistenten, zeven keer van mening met de anesthesie-assistent en drie keer van mening met de anesthesist. De verschillen in beoordeling gelden voor alle niet-technische vaardigheden, i.e. communicatie, coördinatie, coöperatie en leiderschap.

Tabel 4.5 Verschil in gemiddelde score met betrekking tot kenmerken van intercollegiale spanning tussen chirurgen (N=30) en andere leden van het OK team

Kenmerk intercollegiale spanning	Chirurg i.o. (N=13)	OK ass. (N=74)	Anesth. (N=20)	Anesth. i.o. (N=13)	Anesth. ass. (N=34)
Gespannen stilte	,228	-,274	-,183	-,233	-,351*
Harde woorden tussen specialisten	-,182	-4,72*	-,567*	-,413	-,625*
Gooien met instrumenten	-,044	-,323*	-,117	-,197	-,261
Onenigheid over taakverdeling	-,055	-,277	-,267	-,313	-,437*
Onenigheid over verantwoordelijkheden	,082	-,246	-,433	-,379	-,564*
Persoonlijke botsingen	0,62	-,427*	-,300	-,169	-,459*
Ongeduldig herhalen boodschap	-,221	-,405*	-,117	-,221	-,420
Afreageren frustraties	-,003	-,355*	-,333	-,079	-,294
Onenigheid over leiderschap	,026	-,288	-,467*	-,205	-,37
Op boze toon communiceren	-,079	-,395*	-,233	-,079	-,292
Onenigheid over besluitvorming	-,217	-,507*	-,617*	-,236	-,496*
Afreageren spanning op ondersteunend personeel	,033	-,692*	-,250	-,377	-,565*

*p<0,05

Tussen de groep chirurgen in opleiding en het ondersteunend personeel worden ook enkele significante verschillen (p<0,05) gevonden. Dit betreft de volgende kenmerken:

- Persoonlijke botsingen (verschil gemiddelde met OK assistent -,489*; met anesthesie-assistent -,520*)
- Afreageren spanning op ondersteunend personeel (verschil gemiddelde met OK assistent -,725*).

In de vragenlijsten hebben respondenten zelf ook diverse aanvullingen op de kenmerken beschreven. Communicatieve uitingen van intercollegiale spanning worden daarbij het meest genoemd (vloeken, zeuren, klagen, commanderen, hardnekkig zwijgen, negeren).

Samenvattend kan gesteld worden dat door de gehele groep het ongeduldig herhalen van de boodschap en het afreageren van horizontale spanning (tussen specialisten) naar ondersteunend personeel als meest voorkomende kenmerken van intercollegiale spanning worden genoemd. Bij een vergelijking tussen disciplines komt naar voren dat de chirurgen over deze meest vóórkomende kenmerken van intercollegiale spanning van mening verschillen met de OK assistenten en de anesthesie-assistenten. Analoog aan de beoordeling van het vóórkomen van intercollegiale spanning oordelen chirurgen over de kenmerken van intercollegiale spanning positiever dan de rest van het OK team. Het verschil tussen chirurgen en ondersteunend personeel in het algemeen is daarbij het grootst. Er is geen significant verschil tussen de ziekenhuizen.

4.3 Oorzaken van intercollegiale spanning

Intercollegiale spanning tijdens de operatie die belemmerend werkt op de uitkomsten van het team kan door verschillende factoren veroorzaakt worden. In het conceptueel model staat aangegeven dat diverse factoren het gedrag binnen het team – en daarmee het mogelijk ontstaan van spanning – kunnen beïnvloeden, namelijk factoren rondom de organisatie van de OK, de teamsamenwerking, invloed vanuit de verschillende professionals in het OK team en de toestand van de patiënt als de operatie plaatsvindt.

In de vragenlijst zijn negentien oorzaken van intercollegiale spanning genoemd.

Tabel 4.6 Gemiddelde scores op 18 kenmerken⁶ van intercollegiale spanning tijdens de operatie voor de totale groep.

Oorzaak intercollegiale spanning	N	Gemiddelde	SD	Type oorzaak
Ontbreken van instrumenten	184	2,74	0,81	organisatie
Ondeugdelijke instrumenten	184	2,56	0,84	organisatie
Tijdsdruk / Hoge werkdruk	183	2,33	0,81	organisatie
Informatieverschillen tussen professionals	180	2,24	0,68	organisatie
Verschil in prioriteiten tussen specialisten	180	2,23	0,72	team
Personele onderbezetting	183	2,22	0,82	organisatie
Verslechtering patiënt	183	2,13	0,7	patiënt
Gebrek aan werkervaring	183	2,09	0,71	professional
Onvoorspelbare verandering patiënt	183	2,04	0,65	patiënt
Geen bedplaats volgende afdeling	182	2,03	0,83	organisatie
Geen rekening houden met steriliteit	184	1,93	0,73	professional
Medische fouten	182	1,91	0,63	Professional / team
Persoonlijke antipathie	183	1,90	0,68	professional
Onduidelijkheid over bevoegdheden	182	1,88	0,64	team
Werken in een kleine ruimte	184	1,79	0,81	organisatie
Onduidelijkheid over taakverdeling	183	1,77	0,67	team
Onduidelijkheid over leiderschap	183	1,72	0,67	team
Onveilige werkomstandigheden	183	1,64	0,71	organisatie

Noot: De respondenten is gevraagd het voorkomen van deze oorzaken aan te geven op een vijfpunt schaal met de volgende indeling: nooit (1); soms (2); regelmatig (3); vaak (4); altijd (5).

Bij de zes meest genoemde oorzaken van intercollegiale spanning zijn er vijf van organisatorische aard. Problemen met de instrumenten die nodig zijn tijdens de operatie springt er als oorzaak uit. De voorbereiding van de OK geeft naar het oordeel van betrokkenen aanleiding tot spanning (soms tot regelmatig) met onvoldoende instrumentarium en informatieverschillen tussen professionals voorafgaand aan de OK. Het aspect tijdsdruk / hoge werkdruk kan hier mogelijk een rol in spelen; er is onvoldoende tijd en rust om goed voorbereid aan de operatie te beginnen. Het verschil in prioriteiten tussen specialisten hoeft in dit geval niet alleen te duiden op een verschil van mening tussen chirurg en anesthesist. Het komt regelmatig voor dat er tijdens (complexe) operaties chirurgen van meerdere specialismen betrokken zijn. In de kwalitatieve voorstudie werd dit probleem ook aangekaart door de OK assistent. Zij gaf aan dat het soms lastig blijkt te bepalen wie als eerste 'bij de patiënt mag'. Het is goed mogelijk dat respondenten vanuit dit referentiekader op dit item hebben gescoord.

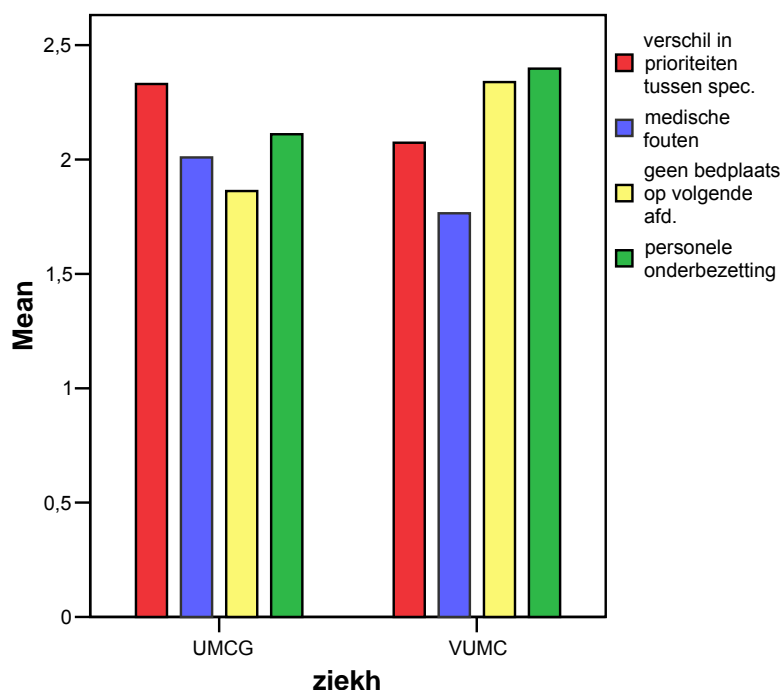
De middelste zes oorzaken zijn vooral gerelateerd aan de professional en de toestand van de patiënt. Drie van de zes oorzaken hebben te maken met het verloop van de operatie zelf: de patiënt verslechtert, er is een onvoorspelbare wending in het verloop van de operatie, er ontstaan medische fouten.

⁶ Gezien de inhoudelijke overlap tussen werkdruk en tijdsdruk tijdens de operatie zijn deze twee items samengevoegd in het overzicht. Aangezien de N voor beide items 183 was, zijn de gemiddelde scores samengevoegd en gedeeld.

In de zes kenmerken die het laagst scoren (gemiddelde onder score 2=soms) komen de teamkenmerken naar voren. Onenigheid of onduidelijkheid over taken, bevoegdheden en leiderschap zijn volgens de respondenten geen belangrijke oorzaak voor het ontstaan van negatieve spanning. Ook persoonlijke botsingen en antipathieën tussen professionals scoren in deze laagste categorie.

Bij het vergelijken van de verschillende groepen met elkaar komt het volgende naar voren. De ziekenhuizen zijn verschillend in hun oordeel ($p < 0,05$) over vier oorzaken van intercollegiale spanning namelijk verschil in prioriteiten tussen specialisten, medische fouten, personele onderbezetting en interne logistiek (bedplaats volgende afdeling).

Figuur 4.2 Verschillen in gemiddelde score voor vier oorzaken van intercollegiale spanning tussen het UMCG (N=113) en het VUMC (N=71)



Bij de oorzaken 'verschil in prioriteiten tussen specialisten' en 'medische fouten' laat het UMCG een hogere score zien, bij de oorzaken 'personele onderbezetting' en 'geen bedplaats op de volgende afdeling' scoort het VUMC hoger. Bekeken vanuit het conceptueel model lijken de oorzaken van intercollegiale spanning tijdens de OK binnen het UMCG wat meer op de afstemming en het handelen tijdens de operatie zelf gericht en in het VUMC wat meer op de organisatie van de OK.

Tussen de disciplines zijn er verschillen van inzicht ($p < 0.05$) over acht van de negentien oorzaken van intercollegiale spanning. De chirurg en de anesthesist verschillen het meest frequent van mening, namelijk 7 maal. De chirurg en de OK-assistent verschillen drie maal van mening, evenals de chirurg en de anesthesie-assistent. Tussen de anesthesist en de OK-assistent is er twee maal een verschil in score zichtbaar. Analooq aan de resultaten bij het vóórkomen en de kenmerken van intercollegiale spanning komt hier naar voren dat in de meeste gevallen de chirurg een andere, positievere mening is toegedaan dan de andere leden van het OK team. Binnen het anesthesiologisch team zijn er geen opvallende verschillen van inzicht.

Tabel 4.6 Verschil in gemiddelde score met betrekking tot oorzaken van intercollegiale spanning tussen chirurgen (N=30) en andere leden van het OK team

Oorzaken van intercollegiale spanning	Chirurg i.o. (N=13)	OK ass. (N=74)	Anesth. (N=20)	Anesth. i.o. (N=13)	Anesth.ass. (N=34)
Werken in een kleine ruimte	-,292	-,316	-,950*	-,292	-,629*
Onduidelijkheid over leiderschap	-,067	-,242	-,717*	-,336	-,449
Tijdsdruk	-,131	-,224	-,750*	-,208	-,371
Persoonlijke antipathie	-,067	-,481*	-,500	-,092	-,224
Te hoge werkdruk	-,167	-,491*	-,967*	-,397	-,637*
Onveilige werkomstandigheden	,236	-,150	-,633*	,005	-,327
Geen rekening houden met steriliteit	-,092	-,468*	-,450	-,400	-,312
Informatieverschillen	,060	-,377	-,581*	-,338	-,578*

* $p < 0.05$

Tabel 4.7 Verschil in gemiddelde score met betrekking tot oorzaken van intercollegiale spanning tussen anesthesisten (N=20) en OK assistenten (N=74)

Oorzaken van intercollegiale spanning	OK assistenten
Werken in een kleine ruimte	-,634*
Onduidelijkheid over leiderschap	,474*

* $p < 0.05$

Bij de respons op de open vraag naar andere oorzaken wordt het volgende benadrukt:

- logistieke problemen en OK beleid (electieve patiënten vallen af, vertraging van het programma, de OK tijd is op terwijl nog niet alle patiënten van die dag geopereerd zijn)
- luiheid van collegae, desinteresse, onvoldoende motivatie, onvoldoende deskundigheid
- persoonlijke antipathie, moeite hebben om met elkaar samen te werken.

Samenvattend kan gesteld worden dat naar de mening van de gehele groep respondenten organisatiekenmerken het meest van invloed zijn op het ontstaan van intercollegiale spanning. Deze organisatiekenmerken hebben vooral te maken met de voorbereiding van de OK. Er zijn verschillen van mening zichtbaar tussen zowel de ziekenhuizen onderling, als tussen de disciplines. De chirurgen schatten oorzaken van intercollegiale het laagst in (i.e. geven de laagste score op het optreden van de oorzaak); dit is in lijn met de eerdere resultaten. De chirurgen en anesthesisten verschillen opmerkelijk vaak van mening over het optreden van oorzaken van intercollegiale spanning, bijvoorbeeld als het gaat om hoge werkdruk, werken in een kleine ruimte en spanningen rondom leiderschap. De chirurg oordeelt in alle gevallen positiever dan de anesthesist.

4.4 Effect van intercollegiale spanning op medewerkersatisfactie en welbevinden

Een meervoudige lineaire regressie is verricht om voor het vóórkomen van intercollegiale spanning en de mate van medewerkersatisfactie en welbevinden verklarende factoren in onderlinge samenhang te achterhalen. In het conceptuele model zijn verschillende relaties verondersteld. Onderstaand worden de verschillende analyses gepresenteerd en nader toegelicht.

4.4.1 Inputfactoren en teamgedragingen

Om het verband tussen de intercollegiale spanning (afhankelijke variabele) en beïnvloedende factoren op teamgedrag (organisatiekenmerken, teamkenmerken, kenmerken vanuit de professional, patiëntkenmerken) te beoordelen is een meervoudig lineaire regressie-analyse uitgevoerd. Het conceptueel model volgend zijn achtereenvolgens invloed vanuit de organisatie, vanuit het team, vanuit de professional en vanuit de patiënt toegevoegd. Voor de eerste twee factoren (organisatie en team) is gebruik gemaakt van de geconstrueerde schalen. Voor invloeden vanuit de professional en vanuit de patiënt zijn de afzonderlijke items ingevoerd.

Uit de analyse blijkt dat ervaren intercollegiale spanning wordt beïnvloed vanuit de organisatie en vanuit het team. In verband met de manier van responderen op de vragenlijst is het verband tussen invloed vanuit de organisatie en ervaren intercollegiale spanning positief (i.e. hoe meer belemmerende organisatorische invloeden er zijn, des te hoger de intercollegiale spanning oploopt); het verband tussen teamsamenwerking en ervaren intercollegiale spanning is negatief (i.e. hoe slechter de samenwerking en onderlinge solidariteit, des te hoger de ervaren intercollegiale spanning). Een dergelijk effect wordt niet gevonden voor invloeden vanuit de professional en de patiënt.

Tabel 4.8 Uitkomsten meervoudige lineaire regressie na toevoeging van invloeden uit de organisatie, het team, de professional, de patiënt op ervaren intercollegiale spanning

	R ² Change	F Change	Beta			
			Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4
Stap 1: organisatie	,135	25,668				
Schaal voor organisatie			,368*	,295*	,296*	,221*
Stap 2: teamsamenwerking	,159	36,792				
Schaal voor teamsamenwerking				-,406*	-,370*	-,373*
Stap 3: professional	,014	,819				
Werkzaam in de huidige functie					-,017	-,005
Contracturen per week					,000	-,007
Geslacht					,124	,100
Leeftijd					-,002	-,026
Stap 4: patiënt	,016	1,839				
Verslechtering patiënt						,132
Onvoorspelbare wending operatie						,026
Totaal voor vergelijking	,325					

* p<0.05

4.4.2 Intercollegiale spanning en medewerkersatisfactie

In het conceptueel model wordt verondersteld dat er een mogelijke relatie is tussen spanning en conflict tijdens de operatie en medewerkersatisfactie. Daarnaast staat in het model uitgedrukt dat invloeden vanuit de organisatie, het team, de professional en de patiënt hier een rol bij zouden kunnen spelen. Met andere woorden, wanneer spanning en conflict aanleiding geven tot een dalende medewerkersatisfactie maar bijvoorbeeld de solidariteit en samenwerking binnen het team uitstekend zijn, zou dit kunnen voorkómen dat de medewerkersatisfactie negatief beïnvloed wordt. Er is een meervoudige lineaire regressie uitgevoerd om te beoordelen of de gegevens deze veronderstelling ondersteunen.

Tabel 4.9 Uitkomsten meervoudige lineaire regressie na toevoeging van invloeden teamgedrag en spanning op medewerkersatisfactie

	R ² change	F Change	Beta	
			Stap 1	Stap 2
Stap 1: Invloed op teamgedrag	,093	1,991		
organisatie			-,067	-,076
samenwerking			,228*	,242*
Werkzaam in huidige functie			,124	,124
Contracturen per week			-,054	-,054
Geslacht			,100	,097
Leeftijd			,029	,030
Verslechtering patiënt			,096	0,91
Onvoorspelbare wending operatie			,048	,047
Stap 2: Intercollegiale spanning	,001	,161		
Schaal voor spanning				,037
Totaal voor vergelijking	,094			

*p<0.05

Deze analyse laat zien dat samenwerking en solidariteit in het team als enige factor invloed heeft op medewerkersatisfactie ($p < 0.05$). Er is geen significante relatie aangetroffen tussen intercollegiale spanning en medewerkersatisfactie. Om dit verder uit te diepen is gekeken naar de groep die als het meeste spanning aangeven (bovenste 10%; $N=23$). Ook bij deze groep is geen significant verschil te vinden tussen spanning en medewerkersatisfactie ($F=2,138$, Sig. ,146).

Daar waar invloeden vanuit de organisatie wel samenhangen met het vóórkomen van intercollegiale spanning, is er geen direct verband zichtbaar tussen deze organisatie-invloeden en medewerkersatisfactie. Met andere woorden, in het team kan spanning ontstaan door een slechte organisatie van het werk, maar dit heeft geen zichtbare invloed op de werkbeleving van medewerkers. Dit effect is pas meetbaar als samenwerking en solidariteit onder druk komen te staan.

4.4.3 Invloeden op het welbevinden van medewerkers

De laatste vraag bij de beoordeling van het model is of en zo ja waardoor het welbevinden van medewerkers wordt beïnvloed. In een meervoudige lineaire regressie-analyse zijn de verschillende variabelen toegevoegd (zie bijlage 8 voor de uitwerking). Er worden geen significante verbanden ($p < 0.05$) aangetroffen tussen de afhankelijke variabele (welbevinden) en de onafhankelijke variabelen (invloed op teamgedrag- organisatie, team, professional, patiënt-, spanning en conflict, medewerkersatisfactie). Bij deze regressie-analyse is ook gekeken naar de groep medewerkers met de hoogste spanningscore (bovenste 10%; $N=23$). Zij vertonen geen significant lagere score op welbevinden ($F=,311$; Sig. ,578).

Een nadere beschouwing leert dat op de GHQ-12 de gemiddelde scores laag zijn. De respondenten is gevraagd vragen rondom welbevinden en gezondheid te beantwoorden op een vierpunt schaal met de volgende indeling: helemaal niet (1); niet meer dan gewoonlijk (2); wat meer dan gewoonlijk (3); veel meer dan gewoonlijk (4). Slechts op drie items is de gemiddelde score hoger dan 2:

- Vermogen te concentreren (gemiddeld 2,10; SD 0,34)
- Ongelukkig gevoel (gemiddeld 2,07; SD 0,55)
- Geen plezier in dagelijkse bezigheden (gemiddeld 2,06; SD 0,54)

Bij een vergelijking tussen de verschillende disciplines wordt alleen een verschil aangetroffen op het item 'voortdurend onder druk staan' ($p < 0.05$). Dit verschil komt echter niet terug in de vergelijking tussen de afzonderlijke disciplines.

Samenvattend kan gesteld worden dat intercollegiale spanning en conflict samenhangt met invloeden vanuit de organisatie en het team. Hoe meer belemmerende organisatorische invloeden er zijn, des te hoger de intercollegiale spanning oploopt; hoe slechter de

samenwerking en onderlinge solidariteit, des te hoger de ervaren intercollegiale spanning (zie bijlage 9). Een dergelijk effect wordt niet gevonden voor invloeden vanuit de professional en de patiënt.

Samenwerking binnen het OK team en onderlinge solidariteit laten een verband zien met medewerkersatisfactie. Het welbevinden van medewerkers lijkt hier los van te staan; op de vragenset naar ervaren welbevinden wordt positief gescoord en er worden geen verbanden aangetroffen met de genoemde onafhankelijke variabelen.

4.5 Omgaan met spanning

Het omgaan met spanning en conflict is in het theoretisch kader nader uitgewerkt aan de hand van controlestrategieën (Wittek 1999). Door het hanteren van strategieën proberen medewerkers invloed uit te oefenen op het vóórkomen van ongewenst gedrag en conflict. Het gebruik van controlestrategieën is waarschijnlijk afhankelijk van de persoon zelf, maar ook van de cultuur binnen het team en mogelijk zelfs de organisatie.

De gemiddelde scores op controlestrategieën laten zien dat het conflict uitpraten onder vier ogen het meest frequent wordt toegepast, waarbij wordt opgemerkt dat er een relatief grote spreiding bestaat. Bij een vergelijking tussen de ziekenhuizen worden er geen verschillen gevonden ($p < 0.05$). Bij een vergelijking tussen de disciplines is het verschil tussen de disciplines groter dan het verschil binnen de disciplines ($p < 0.05$) bij de passieve controlestrategie (vermijden van de persoon in kwestie). Bij een nadere vergelijking tussen de diverse functies wordt dit verschil niet meer teruggevonden.

Tabel 4.10 Gemiddelde scores op controlestrategieën voor de totale groep

Controlestrategieën	Totale groep		
Onder vier ogen bespreken ((direct)	183	3,27	1,32
Bespreken met collega's (indirect)	183	2,30	0,84
Conflict bespreken met leiding (formeel)	183	2,09	0,92
Vermijden van de persoon (passief)	182	1,70	0,84
Opmerking maken in bijzijn van anderen (publiek)	182	1,62	0,63

Om te beoordelen of copingstrategieën van invloed zijn op ervaren spanning, medewerkersatisfactie of welbevinden zijn in de beschreven meervoudige lineaire regressie-analyses de verschillende variabelen rondom coping éénmalig opgenomen. Alhoewel het aannemelijk is dat de keuze voor controlestrategieën van invloed is op het ervaren van conflicten en de impact van conflicten op medewerkersatisfactie en welbevinden wordt er geen direct verband gevonden tussen deze variabelen ($p < 0.05$).

Geconcludeerd kan worden dat de directe controlestrategie door alle disciplines het meest frequent wordt gehanteerd. Tussen de disciplines is er een verschil waargenomen in het hanteren van de passieve controlestrategie; de werknemers van de twee betrokken ziekenhuizen zijn vergelijkbaar in het omgaan met spanning en conflict.

5. Discussie en conclusie

Aan het eind van deze studie is kritische reflectie op zijn plaats. Met een respons van ongeveer 30% in beide ziekenhuizen is 70% van de benaderde medewerkers niet gehoord. Dit maakt dat uitspraken over het vóórkomen van intercollegiale spanning met de nodige voorzichtigheid gedaan moeten worden. Alhoewel een random selectie van medewerkers heeft plaatsgevonden, is generalisatie naar de gehele groep lastig omdat er geen zicht is op de aard van de non-respons. Theoretisch is het mogelijk dat juist die medewerkers die grote intercollegiale spanning ervaren, niet hebben gereageerd. Anderzijds is ook mogelijk dat medewerkers zo weinig last hebben van intercollegiale spanning, dat zij zich niet gemotiveerd hebben gevoeld om de vragenlijst in te vullen.

Aangezien het hier gaat om een cross-sectionele studie zijn eventuele relaties tussen variabelen in de tijd niet getoetst. Dit is een mogelijke verklaring voor het feit dat medewerkers enerzijds aangeven dat zij intercollegiale spanning ervaren en anderzijds geen effect op medewerkersatisfactie en welbevinden rapporteren. Bij een longitudinale studie is het mogelijk om bijvoorbeeld na afloop van een conflict te onderzoeken of er een effect is op medewerkersatisfactie. De kans dat er bij dergelijk onderzoek wel een verband wordt aangetroffen lijkt groter. In het huidige onderzoek gaat het alleen om een momentopname, waarbij respondenten op dit moment aangeven of zij last hebben van intercollegiale spanning.

Bij de vragenlijst moeten enkele kritische kanttekeningen geplaatst worden. Bij het construeren van de vragenlijst is er voor gekozen de antwoordcategorie 'geen mening' niet op te nemen om (grote) neutrale respons te voorkomen. Bij de analyse van de data wordt duidelijk dat bij veel vragen de antwoordcategorie 'soms' is gekozen. Bij de interpretatie van gegevens is duidelijk dat deze categorie weinig specifieke informatie verschaft. Het verdient daarom aanbeveling om bij een volgende studie naar dit onderwerp de daadwerkelijke frequentie uit te vragen (vb. respondent frequentie per week aan te laten geven). In de begeleidende brief bij de vragenlijst is aangegeven dat er gevraagd wordt naar intercollegiale spanning die belemmerend is voor de uitkomsten van het werk. Alhoewel deze zinsnede in de brief onderstreept staat, is het mogelijk dat sommige respondenten de factor 'belemmerend voor de uitkomsten van het werk' onvoldoende in het hoofd hebben gehad tijdens het invullen van de vragenlijst. Dit valt echter niet te achterhalen, aangezien het om een onderzoek gaat met gegarandeerde anonimiteit.

Bij het operationaliseren van abstracte concepten is het altijd de vraag of de juiste operationalisaties wel zijn gebruikt. Kidder & Judd (1986:67) zeggen hierover: "Measuring abstract constructs with concrete operational definitions involves us in a curious transaction between having an image of something and not being sure how to trace it". Intercollegiale spanning is een concept dat onmiddellijk een gevoel, een idee oproept maar toch lastig te

operationaliseren valt. De kwaliteit van de vragenlijst is verhoogd door aan te sluiten bij de literatuur en door een kwalitatieve voorstudie te verrichten.

Ten behoeve van de lengte van de vragenlijst is er geen vragenset opgenomen over 'persoonlijkheid'. Wat betreft de kenmerken van de professional gaat het om objectieve gegevens zoals contracturen en functie. Het is zeker interessant om bij een vervolgstudie te toetsen of persoonlijkheid van invloed is op het ervaren van spanning, medewerkersatisfactie en welbevinden.

Een significante relatie tussen ervaren spanning en medewerkersatisfactie en welbevinden wordt in deze studie niet gevonden. Dit kan verschillende redenen hebben:

- Intercollegiale spanning komt wel voor, maar niet zodanig frequent dat dit een negatieve uitwerking heeft op medewerkersatisfactie en welbevinden;
- De samenwerking en solidariteit in het team is zodanig goed, dat spanning wel ervaren wordt maar negatieve gevolgen voor medewerkersatisfactie en welbevinden uitblijven;
- Medewerkersatisfactie en welbevinden worden door vele factoren (op het werk en in het privé-leven van mensen) bepaald. Een mogelijk negatieve invloed door intercollegiale spanning kan derhalve goed geneutraliseerd worden door andere beïnvloedende factoren.

Met deze kritische reflectie in gedachten is het mogelijk op basis van de gevonden resultaten de volgende conclusies uit deze studie te trekken.

De organisatie van de OK als bepalende factor

De drie meest genoemde oorzaken van het ontstaan van intercollegiale spanning liggen op het gebied van de organisatie van de OK. Ergernissen over de aanwezigheid en de kwaliteit van materialen worden met afstand het meest gerapporteerd. Ook een hoge werkdruk en informatiever schillen tussen professionals worden veel genoemd. De slechte organisatie van het werk heeft geen direct effect op medewerkersatisfactie en welbevinden.

Het aanwezig zijn van goed instrumentarium en vanuit eenzelfde referentiekader de operatie starten heeft te maken met een adequate voorbereiding van de OK. Lingard (2005) gaat in haar artikel "Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR" in op deze voorbereiding. Zij stelt het gebruik van een checklist voor om de communicatie te verhogen en daarmee mogelijk de spanning ex ante te elimineren. Deze checklist wordt voorafgaand aan de operatie doorgenomen, wanneer het gehele OK team aanwezig is. Uit de pilotstudie blijkt dat de pre-operatieve checklist een effectief instrument is om teamcommunicatie en teamcohesie te bevorderen. Een knelpunt is wel om het gehele team tijdig voorafgaand aan de operatie in de OK te krijgen (ibid.: 344). Gezien de uitkomsten van de analyse in deze studie is het overbruggen van informatiever schillen voorafgaand aan de operatie zinvol maar niet

toereikend. Het tijdig beschikken over het juiste materiaal is een essentiële randvoorwaarde voor een soepel verloop van de OK en kan de kans op het uitbreken van een conflict verminderen.

De perceptie van intercollegiale spanning

Intercollegiale spanning die belemmerend werkt voor de uitkomsten van het team komt tijdens de operatie soms voor. De meeste spanning wordt gerapporteerd tussen de chirurgen en OK assistenten. Het verschil in perceptie van spanning tussen chirurg en ondersteunend personeel is groot. Een dergelijk verschil in perceptie tussen leden van eenzelfde (professioneel) team wordt vaker gerapporteerd in de literatuur. Zo beargumenteren Sexton & Thomas (2000:751) in hun artikel "Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys" dat er een relatie is tussen de perceptie van teamfunctioneren en status. Chirurgen schatten het teamfunctioneren en de intercollegiale communicatie hoger in dan de rest van het team. Eenzelfde bevinding doen zij op de Intensive Care, waar dokters de kwaliteit van de samenwerking hoog en verpleegkundigen de kwaliteit van de samenwerking laag scoren (ibid.:752). De perceptie van de kwaliteit van de samenwerking lijkt gekoppeld te zijn aan de positie van de professional in het team, maar lijkt ook afhankelijk te zijn van het specialisme. De chirurgen zijn in vergelijking met alle andere leden van het OK team – i.e. ook de anesthesisten – positiever over intercollegiale spanning. In het anesthesieteam wordt geen verschil in de perceptie van spanning tussen anesthesisten en ondersteunend personeel gevonden.

De aard van spanning en conflict

Intercollegiale spanning komt vooral tot uitdrukking in de communicatie tussen teamleden. Deze bevinding sluit aan bij de resultaten gevonden door Lingard et.al. (2002, 2004). In de top vijf van kenmerken van intercollegiale spanning komt het afreageren van ervaren spanning op anderen (ondersteunend personeel, collega's) twee maal voor. Dit sluit aan bij de opmerkingen van beide specialisten in de kwalitatieve voorstudie. Zowel de professor chirurgie als de anesthesist gaven tijdens het interview spontaan aan dat het verticaal afreageren van horizontale spanning een veel voorkomend verschijnsel is. Daarnaast valt op dat in de gegeven aanvullingen op kenmerken van spanning tijdens de operatie voornamelijk relatieconflicten genoemd worden. Relatieconflicten op het werk behoeven aandacht omdat ze een negatief effect hebben op de uitkomsten van het team (De Dreu & Weingart 2003). Een significante relatie tussen ervaren spanning en medewerkersatisfactie en welbevinden wordt in deze studie niet gevonden. In de discussie is aangegeven wat hier mogelijk aan ten grondslag ligt.

Intercollegiale spanning komt vooral tot uiting door de wijze waarop professionals (niet) met elkaar communiceren. Intercollegiale spanning is volgens het oordeel van de gehele groep respondenten niet zichtbaar in onenigheid over taakverdeling en leiderschap. Dit is opmerkelijk aangezien in de literatuur – onder andere door Lingard (2004) – conflicten over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden wel benadrukt worden. De resultaten van deze studie wijzen er op dat de taakverdeling op de OK duidelijk is. Het OK team lijkt beschouwd te kunnen worden als een zorgprocessteam volgens de definitie van Lemmens (2004) met een duidelijke verdeling van werkinhoud en verantwoordelijkheden. Een kleine nuance wat betreft duidelijkheid rondom leiderschap past echter wel. Op de vraag of onduidelijkheid over leiderschap een oorzaak is van intercollegiale spanning geven anesthesisten een significant hogere score aan dan chirurgen. Dit sluit aan bij de opmerkingen van de anesthesist in de kwalitatieve voorstudie. Hij geeft aan dat de hiërarchie tussen chirurg en anesthesist in Nederland veel minder scherp ligt dan bijvoorbeeld in Duitsland of de Verenigde Staten, waar de chirurg de baas is. Dit leidt tot een schemergebied tussen chirurg en anesthesist, waar gevochten wordt om leiderschap.

De kracht van samenwerking en solidariteit

In het streven naar een goede uitkomst van het werk is het OK team eensgezind: circa 90% van de respondenten geeft aan dat men van elkaar afhankelijk is voor het welslagen van de operatie. Samenwerking en solidariteit zijn van groot belang voor het teamfunctioneren tijdens de operatie. Naarmate samenwerking en solidariteit toenemen, neemt de intercollegiale spanning af. Daarnaast is er een verband tussen ervaren samenwerking en medewerkersatisfactie ($p < 0.05$). Bij het omgaan met spanning en conflict valt op dat medewerkers het meest frequent kiezen voor de directe controlestrategie, i.e. het onder vier ogen bespreken van het conflict. Wittek (1999) geeft in zijn studie aan dat deze controlestrategie past in een samenwerkingssituatie waar mensen zich beperkt afhankelijk voelen van elkaar en een zwakke onderlinge solidariteit ervaren. Dit lijkt in eerste instantie in tegenspraak met de bevindingen uit deze studie. Wanneer echter bedacht wordt dat onderlinge afhankelijkheid en hechte samenwerking van belang zijn tijdens de operatie en medewerkers bij een volgende operatie weer met een ander team rondom de operatietafel staan, is het passend dat men een directe controlestrategie hanteert. In een zorgprocessteam is het immers minder nodig te investeren in persoonlijke relaties, dan in een vast team (Lemmens 2004).

Het model 'Intercollegiale bejegening'

Het model 'Intercollegiale bejegening' visualiseert een verband tussen inputfactoren (vanuit organisatie, team, professional en patiënt) en het vóórkomen van intercollegiale spanning.

Daarnaast visualiseert het model de veronderstelling dat een verband tussen intercollegiale spanning en medewerkersatisfactie en welbevinden wordt beïnvloed door deze inputfactoren. Met andere woorden, de context bepaalt of intercollegiale spanning leidt tot een dalend niveau van medewerkersatisfactie of welbevinden. Deze studie bevestigt beide veronderstellingen, waarbij aangetekend moet worden dat organisatiekenmerken en teamsamenwerking en solidariteit als belangrijkste onafhankelijke variabelen naar voren komen. Het model visualiseert ook een relatie tussen intercollegiale spanning als onafhankelijke variabele en medewerkersatisfactie. Deze relatie is alleen dan zichtbaar, wanneer teamsamenwerking onder druk komt te staan; de context is van groot belang. Een relatie tussen intercollegiale spanning en welbevinden wordt niet gevonden.

Het model is geschikt gebleken om de onderzoeksvragen mee te beantwoorden. Verdere toetsing van het model is nodig om de volgende redenen:

- Om een mogelijk verband vast te kunnen stellen tussen de individuele professional (onafhankelijke variabele) en intercollegiale spanning moet deze onafhankelijke variabele verder geoperationaliseerd worden (vb. vragenset gericht op persoonlijkheid).
- De variabele welbevinden geeft geen relatie aan met de rest van het model en zou derhalve verwijderd kunnen worden. Het verdient aanbeveling de afhankelijke variabele medewerkersatisfactie nader te operationaliseren. De gehanteerde vragenset in deze studie was erg beperkt. Een uitgebreidere vragenset – mede gericht op het persoonlijk functioneren van medewerkers gerelateerd aan het werk – geeft mogelijk meer informatie over verbanden tussen intercollegiale spanning en medewerkersatisfactie.

6. Aanbevelingen

In haar onderzoek naar de perceptie en beoordeling van spanning tijdens de OK laat Lingard (2005:577) professionals van verschillende disciplines videobeelden van intercollegiale spanning tijdens de operatie beoordelen. De uitkomst van haar onderzoek is, dat professionals van verschillende disciplines het eens zijn over het vóórkomen en de ernst van de spanning. Ze verschillen echter van mening over het aandeel van de eigen discipline bij het creëren van de spanning. De algemene perceptie is dat de eigen discipline minder verantwoordelijkheid draagt voor de ontstane spanning – en dus niet de eerste is die het moet oplossen – dan de andere OK disciplines. Het onderzoek is in Canada aanleiding om intercollegiale spanning via videotraining bespreekbaar te maken (ibid.:578). In deze studie komt naar voren dat de perceptie van spanning – in het chirurgisch team – verschillend is. Een video-experiment om dit ter discussie te stellen en vervolgens verantwoordelijkheden rondom het ontstaan en het oplossen van spanning bespreekbaar te maken verdient aanbeveling. Alhoewel er op dit moment nog geen empirisch onderzoek bestaat dat positieve effecten van een dergelijke training heeft aangetoond, is een dergelijke interventie toch gerechtvaardigd. Het feit dat intercollegiale spanning de veiligheid van patiënten bedreigt, is voldoende reden om tot (experimentele) actie over te gaan.

Een volgende stap in het onderzoek naar intercollegiale spanning op de OK zou er als volgt uit kunnen zien:

- Een kwalitatieve studie naar copingstrategieën tijdens de operatie als intercollegiale spanning optreedt. Een dergelijke studie zou gericht kunnen zijn op de redenen waarom medewerkers voor een bepaalde copingstrategie kiezen en de effectiviteit van de gekozen strategie. Daarnaast kan diepgaand geanalyseerd worden of er verschillen bestaan tussen de disciplines;
- Een longitudinale studie naar het verband tussen intercollegiale spanning en medewerkersatisfactie. Om te beoordelen of het veronderstelde verband in het conceptueel model gerechtvaardigd is, is een verzameling van data in de tijd nodig. Op deze wijze kunnen ook tweezijdige relaties – bijvoorbeeld de relatie tussen medewerkersatisfactie als onafhankelijke variabele en teamsamenwerking en solidariteit – worden geanalyseerd.

Literatuurverwijzingen

Araujo, S. & L. Sofield. 1999. 'Verbal abuse survey'. Welcome tot Laura's Corner.

<http://www.laurasofield.com>.

Berg, M., C. Bergen & W. Schellekens. 2005. 'Bridging the Quality Chasm: Integrating Professional and Organization Quality'. *International Journal for Quality in Health Care* 17 (1):75-82.

Bowling, A. 2002. *Research methods in health: Investigating Health and health services*. United Kingdom: Open University Press.

Buback, D. 2004. 'Assertiveness training to prevent verbal abuse in the OR'. *AORN Journal* 79 (1):148-164.

Davies, J.M. 2005. 'Team communication in the operating room'. *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 49:898-893.

De Dreu, C.K.W. & L.R. Weingart. 2003. 'Task versus relationship conflict, team performance and team member satisfaction: a Meta-analyse'. *Journal of Applied Psychology* 88 (4):741-749.

De Vocht, A. 2000. *Basishandboek SPSS 10*. Utrecht: Bijleveld Press.

Dickinson, T.L. & R.M. McIntyre. 1997. 'A conceptual framework for teamwork measurement'. In: Brannick M.T., Salas E. & C. Prince. *Team performance assessment and measurement: theory, methods, and applications*. Series in applied psychology. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Firth-Cozen, J. 1998. 'Celebrating Teamwork'. *Quality in Health Care* 7 (suppl.):S3-S7.

Firth-Cozens, J. 2001. 'Multidisciplinary teamwork: the good, the bad, and everything in between'. *Quality Health Care* 10:65-66.

Fletcher, C.G.L., McGeorge, P. & R.H. Flin. 2002. 'The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature'. *British Journal of Anaesthesia* 88:418-429.

Flin R., Fletcher, G. & P. McGeorge. 2003. 'Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia* 58:233-242.

Ginsburg, S., Regehr, G. & R. Hatala. 2000. 'Context, conflict and resolution'. *Academic Medicine* 75:S6-S11.

Goldberg, D. & Williams, P. 1988. *A User's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.

Kidder L.H. & C.M. Judd. 1986. *Research Methods in Social Relations*. CBS Publishing Japan LTD.

Koeter, M.W.J., & Ormel, J. 1991. *General Health Questionnaire; Nederlandse bewerking en handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Healy, A.N., Undre, S & C.A. Vincent. 2004. 'Developing observational measures of performance in surgical teams'. *Quality Safety Health Care* 13:i33-i40.

Helmreich R.L. 2000. 'On error management: Lessons from aviation'. *BMJ* 320:781-785.

Katzenbach, J.R. & D.K. Smith. 1993. 'The discipline of teams'. *Harvard Business Review* 71 (2): 111-124.

Klampfner, Hausler, Fahnenbruck, Naef. 2001. Group Interaction in High Risk Environments – Behavioral markers workshop. Kolleg group interaction in high risk environments.

Kohn L.T., Corrigan J.M. & M.S. Donaldson, eds. 2000. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press.

Lemieux-Charles, L., Murray, M. & G. Ross-Baker. 2002. 'The effects of quality improvement practices on team effectiveness: a mediation model'. *Journal of Organizational Behavior* 23:533-553.

Lemmens, K., Van Dijk, A. & J. Walburg. 2004. *Meer resultaat in het team*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Lindenberg, S. 1997. 'Solidarity: Its microfoundations and macro dependence. A framing approach'. In: Doreian P. & T.J. Fararo, eds. *The problem of solidarity: theories en models*. Gordon & Breach.

Lingard, L., Reznick R. & I. DeVito. 2002. 'Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room'. *Medical Education* 36:728-734.

Lingard, L. , Reznick R. et al. 2002. 'Team communication in the operating room: Talk patterns, sites of tension, and implications for novices'. *Academic Medicine* 77:232-237.

Lingard, L. & S. Espin et al. 2004. 'Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects'. *Quality Safety Health Care* 13:330-334.

Lingard, L., Garwood S. & D. Poenaru. 2004. 'Tension influencing operating room team function: does institutional context make a difference?' *Medical Education* 38:691-699.

Lingard L. & S. Espin et al. 2005. 'Getting team to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR'. *Quality Safety Health Care* 14:340-346.

Lingard L. & G. Regehr et al. 2005. 'Perceptions of operating room tension across professions: Building generalizable evidence and educational resources'. *Academic Medicine* 80(10):S75-S79.

Maso, I. & A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Meppel: Boom.

Nauta, A., De Vries, S., Bosch, K. & J. van Schie. 2001. 'Gezonde conflicten op het werk. Een theoretisch model.' *Gedrag en Organisatie* 14: 331-345.

NFU (Nederlandse Federatie van Universitair medische centra). 2005. *Benchmarking OK: Van appels met peren naar Elstar met Jonagold. Deel I: Doel, Visie, Methode & Systemkenmerken*.

Pape, T. 1999. 'A System approach to resolve OR conflict'. *AORN Journal* 69 (3):551-566.

Prismant 2004. *Personeel in Beeld*. Utrecht: Stichting Prismant.

Ritz, F. & W. Friesdorf. 2003. 'Team performance in High Risk Environment: Communication in the Operating Room'. *Ergonomia Verlag*: Stuttgart.

Sexton J.B., Thomas E.J. & R.L. Helmreich. 2000. 'Error, stress, teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys'. *BMJ* 320:745-749.

Sexton J.B. & E.J. Thomas. 2003. *The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Guidelines for administration*. University of Texas.

Swanborn, P.G. 1991. *Basisboek Sociaal Onderzoek*. Meppel: Boom.

Walburg, J.A. 2003. *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Wittek, R. 1999. *Interdependence and informal control in organizations*. RUG (proefschrift)

Bijlage 1 Topiclijst Interviews

Beginvraag

“U werkt als (invullen discipline) hier in Leiden. Kunt u me vertellen hoe u de samenwerking en onderlinge bejegening tijdens de operatie ervaart ?”

Antwoorden steeds samenvatten, explorerend doorvragen op de gegeven informatie. Vragen vooral richten op verduidelijking van het gezegde.

Aan het eind van het interview check of diverse thema's de revue zijn gepasseerd. Zo niet: een fictief persoon uit dezelfde discipline opvoeren (of aangeven hierover gelezen te hebben) en vertellen dat deze het volgende opmerkte. Navragen of de persoon dit herkent.

Topiclijst

- Voorkomen van intercollegiale spanning
 - Horizontaal (binnen een discipline)
 - Verticaal (tussen disciplines)
 - Verbonden aan specialisme / type OK?
- Kenmerken van deze spanning
 - Merkbaar in de verbale communicatie
 - Intonatie
 - Herhaling van de boodschap
 - Inhoud van de boodschap, woordgebruik (aanvallend, agressief, openlijk vijandig)
 - Merkbaar in de non-verbale communicatie
 - Tekenen van onderlinge frustratie
- Oorzaken van intercollegiale spanning
 - Tijdsdruk
 - De operatie loopt achter op schema
 - De roostering van de patiënt is niet correct
 - Onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden
 - Afstemmingsproblemen tijdens het werk
 - Doorbreken van hiërarchie (vb. openlijk vragen stellen over werkwijze door ondergeschikte)
 - Assertief gedrag door medewerkers
 - Gebrek aan middelen
 - Materieel
 - Personeel
 - Verhindering doorstroom naar andere afdelingen
 - Veiligheid en steriliteit
 - Controle over de situatie in de OK (temperatuur, gevolgde procedures etc.)
 - Plotselinge verslechtering in toestand patiënt

Eind interview

- Geslacht
- Leeftijd
- Aantal jaren werkervaring en percentage dienstverband
- Allround of op specifieke OK werkzaam?

Bijlage 2 Uitkomsten kwalitatieve voorstudie

De kwalitatieve voorstudie is met name gericht geweest op het exploreren van de volgende thema's:

- Het voorkomen van intercollegiale spanning tijdens de operatie
- Kenmerken en oorzaken van intercollegiale spanning

Het voorkomen van intercollegiale spanning op de OK

Alhoewel alle respondenten van mening zijn dat er intercollegiale spanning kan ontstaan tijdens de operatie, is er wel verschil van inzicht over de frequentie van optreden. De chirurg, de OK-assistent en de OK manager geven aan dat intercollegiale spanning weinig voorkomt; de anesthesist en de anesthesieassistent beoordelen de frequentie als 'regelmatig'.

Spanning kan ontstaan op verschillende plaatsen in het OK-team:

- tussen specialisten met als onderliggend thema 'professionele autonomie';
- tussen specialist en ondersteunend personeel. Opvallend is dat zowel de chirurg als de anesthesist spontaan aangeven dat spanning tussen specialisten wordt afgereageerd op het ondersteunend personeel. Horizontale spanning vertaalt zich naar verticale spanning. De anesthesist zegt hierover: "Het is vaak lastig om op elkaar af te reageren. Dan dient het ondersteunend personeel als bliksemafleider. Dit wordt eerder geaccepteerd dan elkaar als specialist onheus te bejegenen".

Door enkelen wordt opgemerkt dat intercollegiale spanning verbonden kan zijn aan specialisme en/of discipline. Bij een specialisme waar een sterke hiërarchie heerst en er sprake is van statuscompetitie, komt intercollegiale spanning sneller voor. Als voorbeeld wordt Thoraxchirurgie genoemd.

Alle betrokkenen geven aan dat er binnen het OK team in zekere zin twee teams werkzaam zijn, namelijk het chirurgisch team en het anesthesieteam en dat deze teams in samenwerkingscultuur van elkaar verschillen. In het chirurgisch team is er sprake van een heldere taakverdeling en duidelijke gezagsverhoudingen. Iedere speler heeft zijn of haar eigen werkzaamheden en men werkt in onderlinge afhankelijkheid. Er is dus enerzijds een duidelijke hiërarchie – die spanning in de hand kan werken – maar anderzijds ook een sterke gerichtheid op samenwerking. In het anesthesieteam ligt de taakafbakening veel minder scherp. De anesthesist, de anesthesist in opleiding en de anesthesieassistent nemen tijdens de OK werk van elkaar over. Zo kan de anesthesist de OK verlaten als alles naar wens verloopt en houdt de anesthesieassistent de diverse monitoren in de gaten. Binnen het anesthesieteam leidt deze overlap enerzijds tot minder sterke gezagsverhoudingen en een ontspannen samenwerking, maar roept het anderzijds ook een gevoel van bedreigde professionele autonomie op met onderlinge spanning als gevolg.

De OK manager geeft als aanvulling dat het essentieel is te differentiëren tussen belemmerende en constructieve spanning. Spanning is negatief en belemmerend voor de uitkomsten van het werk als zij niet passend is binnen de context. Zij zegt hierover “Wanneer er een acute situatie is en er wordt gesnauwd, dan zal het geaccepteerd worden. Iedereen begrijpt immers de druk van de situatie. Als er zonder aanleiding gesnauwd wordt, dan zal er spanning optreden”.

Kenmerken van intercollegiale spanning

Intercollegiale spanning wordt meestentijds hoorbaar in de onderlinge communicatie of het ontbreken daarvan. Als communicatieve kenmerken worden genoemd:

- afname van communicatie (tot aan ‘doodse stilte’ toe)
- negatieve woordkeuze (scherpe woorden, agressief taalgebruik e.d.)
- negatieve intonatie of met te groot volume spreken (‘bulderen’)

De OK assistent en de anesthesieassistent geven daarnaast aan dat spanning zich ook op non-verbale wijze kan presenteren. Instrumenten worden te hard weggelegd of er wordt mee gegooid. Ook hier is de context van doorslaggevend belang voor de interpretatie van het gedrag. Het wegwerpen van een instrument is passend als er heel snel gehandeld moet worden, maar werkt bevreemdend als er geen noodzaak toe is.

Oorzaken van intercollegiale spanning

Er kan een veelheid aan oorzaken ten grondslag liggen aan intercollegiale spanning. Als heel relevante factor wordt door de respondenten ‘onvoorspelbaarheid’ genoemd.

Onvoorspelbaarheid kan op verschillende manieren naar voren komen (verslechtering patiënt, een missend instrument e.d.) en is een belangrijke trigger voor spanning.

De antwoorden van de respondenten zijn te clusteren in oorzaken die de organisatie van het werk, het teamwerk en de toestand van de patiënt betreffen. In de organisatie van het werk komt de voorbereiding van de OK sterk naar voren. Het komt regelmatig voor dat instrumenten niet klaar liggen of ondeugdelijk zijn. Dit roept irritatie op. De OK assistent maakt de kanttekening dat de relatie ook omgekeerd kan liggen. Zij zegt hierover “Het ligt lang niet altijd aan de middelen zelf maar vaak aan het feit dat de chirurg een handeling niet voor elkaar krijgt, geïrriteerd raakt en dan het hulpmiddel de schuld geeft. Hier worden ook wel grapjes over gemaakt ‘oh, de schaar knipt zeker niet goed?’ ”.

Onderbezetting en roostertechnische problemen kunnen werkdruk en spanning oproepen, al is de OK manager van mening dat dit soort spanning de laatste jaren sterk is afgenomen door een verbeterde planning van de OK. Het lang achter elkaar werken in de relatief beperkte ruimte van de OK is ook niet altijd eenvoudig. Het chirurgisch team heeft hier mee te maken en wel in het bijzonder de teamleden die tijdens de OK steriel dienen te staan. Zij

zijn voor de duur van de operatie tot elkaars gezelschap veroordeeld en kunnen niet even een 'time-out' nemen.

Oorzaken op teamniveau worden door de leden van het OK team het meest genoemd. Met name tussen specialisten komt spanning voor over leiderschap, taken en verantwoordelijkheden, onderlinge afhankelijkheid, bedreiging van professionele autonomie en een verschil in professionele doelen. De anesthesist geeft aan dat naar zijn oordeel in Nederland de hiërarchie tussen anesthesist en chirurg veel minder scherp ligt dan bijvoorbeeld in Duitsland of de Verenigde Staten, waar de chirurg de baas is. Dit leidt in Nederland wel tot schemergebieden waar gevochten wordt om leiderschap. De OK-assistent is ook van mening dat er geen duidelijke hiërarchie bestaat tussen de specialisten en dat dit tot spanning kan leiden wanneer er een beslissing genomen moet worden. Zij noemt als voorbeeld de ligging van de patiënt. De anesthesist wil de patiënt wat omlaag hebben, maar dan kan de chirurg er niet goed bij. Volgens de OK-assistent weegt in dergelijke situaties het woord van de chirurg wel het zwaarst. De afbakening van taken en verantwoordelijkheden kan ook te sterk zijn vastgelegd. De anesthesieassistent geeft aan dat afbakening soms zo sterk is vastgelegd dat er geen soepelheid meer bestaat. Dit werkt belemmerende spanning in de hand.

In het OK team kan er sprake zijn van informatiever schillen. Dit speelt zich soms af op microniveau, i.e. de verschillende teamleden hebben niet dezelfde informatie gekregen over de patiënt en handelen dus vanuit een verschillende referentiekader. Op macroniveau leidt informatiever schil tot gescheiden werelden tussen anesthesie en chirurgie. De anesthesieassistent merkt op dat de beroepsgroepen bijvoorbeeld apart zitten in de koffiekamer. Zij zegt hierover "Dit is niet goed voor het begrip voor elkaar. Het kan er voor zorgen dat er tijdens het werk sneller irritatie ontstaat". Naar haar inschatting heeft dit ook te maken met de institutionele context; door de grootte van het OK complex werken mensen niet regelmatig met elkaar en bouwen ze onvoldoende een persoonlijke relatie op. Door de anderen wordt een belemmering vanuit de institutionele context niet genoemd.

Alle respondenten zijn van mening dat het belang van de patiënt tijdens de OK voorop staat. Dit betekent ook dat een plotselinge verslechtering van de toestand van de patiënt of het voorkomen van medische fouten als ernstig wordt ervaren en spanning kan oproepen. In de interviews is merkbaar dat causale relaties twee kanten op kunnen lopen. Zo kunnen klinische fouten spanning veroorzaken, maar kan andersom ook door spanning (en bijvoorbeeld het drastisch afnemen van communicatie) een klinische fout ontstaan.

Er spelen op de OK ook zaken die niet onder de categorie kenmerken of oorzaken geschaard kunnen worden, maar wel van invloed zijn op het voorkomen van intercollegiale spanning. Deze factoren zijn verbonden aan de individuele professional. De respondenten geven zonder uitzondering aan dat werkervaring en persoonskenmerken (vb. ongeduldig

zijn, onzekerheid) van grote invloed zijn op het ontstaan van spanning. Wanneer het ondersteunend personeel zich assertief opstelt en een opmerking maakt wanneer er sprake is van onheuse bejegening, werkt dit gunstig op de intercollegiale verhoudingen. De chirurg geeft aan dat voorbeeldgedrag essentieel is. Niet een protocol maar gewenst gedrag in de praktijk voordoen maakt dat professionals zich goed gedragen op een OK. In de OK moet volgens hem veiligheid en rust de boventoon voeren. In een dergelijke setting zullen professionals niet zo snel ontsporen.

Bijlage 3 Onderliggend schema vragenlijst 'Intercollegiale bejegening'

Niveau	Concept	Aspect	Item	Vraag	
Invloed op teamedrag	Organisatie	personele bezetting werkomstandigheden in de OK	ruimte	4a	
			veiligheid	4c	
			steriliteit	4m	
			werkdruk	4n	
			roostering OK	4l	
		logistiek intern instrumentarium cultuur	krappe planning	4i	
			overplaatsing	4o	
			deugdelijkheid	4g	
			protocol bejegening	8g	
			Team	mate van solidariteit	common good
	fair share	1f; 1g			
	helping others in need	1b			
	breach temptation	1j			
	mishap	1k			
	hiërarchie	mate		1c; 1e; 1o	
		leiderschap		4f	
		samenwerken		frequentie	1n
				beoordeling	1a; 2a
				horizontaal	2b; 29
	onderlinge afhankelijkheid	verticaal	2c; 2d; 2e; 2f		
afstemming		1h; 1l			
taakverdeling		4h; 4r			
overeenstemming doelen/belangen		1m; 4q			
mate van voorbereiding		materiaal informatie	4e 4s		

Niveau	Concept	Aspect	Item	Vraag
	<i>Medewerker</i>	werkervaring		4k; 8b; 8c; 8f
		karakter/persoonlijkheid	onderlinge botsingen	3f; 4j
		geslacht		8d
		leeftijd		8e
		specialisme/functie		8a
	<i>Patient</i>	klinische toestand	verslechtering	4d
		voorspelbaarheid verloop operatie	medische fouten	4b
				4p

Niveau	Concept	Aspect	Item	Vraag	
Teamgedrag	<i>Communicatie</i>	intonatie		3k	
		herhaling boodschap		3g	
		woordkeuze		3b	
		mate van communicatie	afname communicatie	3a	
		nonverbaal uiten	gooien met instrumenten	3c	
	<i>Coördinatie</i>	mate van onderlinge afstemming	grijs gebied		3d; 3e
			vastomlijnde taken		3d; 3e
	<i>Coöperatie</i>	mate van getoonde frustratie	samenwerking horizontaal		3h
			samenwerking verticaal		3i
					3m
<i>Leiderschap</i>	besluitvorming	doorbreken hiërarchie	assertiviteit	3l	
		consensus over leiderschap		1o	
				3j	
<i>Awareness</i>		rekening houden met de ander		1f	
Negatieve spanning	<i>taakgerelateerd</i> <i>persoonsgerelateerd</i>			1d ;3d ;3e ;4h ;4r ; 3f; 4j	
Medewerkersatisfactie	<i>tevredenheid met werk</i> <i>gezondheid/welbevinden</i>			6a; 6b; 6c; 6d 7a t/m 7l	
Coping				5a; 5b; 5c; 5d; 5e	

Bijlage 4 **Begeleidende brief bij vragenlijst 'Intercollegiale bejegening'**

April 2006



Betreft Medewerkerraadpleging

Geachte mevrouw, meneer,

Het ziekenhuis waarin u werkzaam bent, doet mee aan een groot landelijk onderzoek genaamd 'Benchmarking OK'. De OK-complexen van de 8 Universitair Medische Centra in Nederland zetten hun deuren naar elkaar open om zo van elkaar te kunnen leren op het gebied van doelmatig werken, kwaliteit van zorg en kwaliteit van arbeid.

Deze vragenlijst past binnen een afstudeeronderzoek naar de kwaliteit van arbeid op de OK. De vragenlijst wordt verspreid op de OK in dit ziekenhuis onder medewerkers van verschillende disciplines. Het doel van de vragenlijst is te achterhalen welke ervaringen medewerkers op de OK hebben in de onderlinge samenwerking. Heel specifiek wordt gevraagd naar het vóórkomen van spanningen tussen medewerkers tijdens de operatie. Het gaat dan om spanning die in de beleving van de medewerker belemmerend werkt op de uitkomsten van het werk.

Ik wil u vragen aan dit onderzoek mee te doen door de bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Ieders deelname is zeer belangrijk voor het slagen van het onderzoek. Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer 10 minuten.

Privacy

De gegevens uit de ingevulde vragenlijsten worden anoniem verwerkt. De rapportage in het onderzoeksverslag zal gaan over groepen medewerkers. Individuele medewerkers zullen in de rapportage niet herkenbaar zijn.

De vragenlijst kunt u in de bijgevoegde envelop stoppen en dichtgeplakt inleveren bij [naam OK manager]. Ik verzoek u de vragenlijst **vóór vrijdag 28 april as.** in te leveren.

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen of opmerkingen hebben, dan kunt u contact opnemen met H.N. Poot, student iBMG, Erasmusuniversiteit (harriet.poot@inter.nl.net of telefoon 035-6929656).

Ik wil u bij voorbaat heel hartelijk danken voor uw deelname aan dit onderzoek.
Hoogachtend,

Harriet Poot

Bijlage 5 Vragenlijst 'Intercollegiale bejegening'



Vragenlijst

'Intercollegiale Bejegening op de OK'

April 2006

[Naam ziekenhuis]

Instructie

De vragenlijst bestaat uit een aantal onderdelen. Bij de meeste vragen moet u een keus maken tussen meerdere antwoordmogelijkheden. U beantwoordt de vraag door één van de vakjes aan te kruisen. Kruis steeds het vakje aan dat het dichtst bij uw mening ligt. Er zijn ook enkele open vragen opgenomen in deze vragenlijst.

Het is de bedoeling dat u de vragen zonder lang na te denken beantwoordt, want uw eerste reactie op een vraag is vaak de beste. We verzoeken u de vragen zelf, zonder overleg met anderen, te beantwoorden.

Toelichting

In deze vragenlijst wordt gesproken over het werken in een team. Op de OK bestaan geen vaste teams, maar wordt het team samengesteld rondom de te opereren patiënt. Het OK-team is multidisciplinair en bestaat doorgaans uit chirurgen, anesthesisten, specialisten in opleiding, OK-assistenten en anesthesieverpleegkundigen. Wanneer in het algemeen wordt gevraagd naar uw ervaringen met collega's worden de collega's van verschillende disciplines in het OK-team hier mee bedoeld.

1. In het OK team tijdens de operatie:

	Sterk mee oneens	Mee oneens	Noch eens Noch oneens	Mee eens	Sterk mee eens
a. kan ik goed samenwerken met collega's.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. helpen we elkaar als dat nodig is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. gaan we gelijkwaardig met elkaar om.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. laten collega's het vaak afweten als er iets moet gebeuren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. wordt de inbreng van ondersteunend personeel goed ontvangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. houden collega's rekening met elkaars belangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. is er veel competitie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. hoef ik weinig af te stemmen met anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. delen we de werklast samen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. houden collega's zich slecht aan afspraken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. bieden collega's hun excuses aan als er iets misloopt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. zijn we afhankelijk van elkaar voor het welslagen van de operatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. streven professionals hun eigen doelen na.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. werk ik vaak met dezelfde collega's samen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. corrigeert het medisch ondersteunend personeel de specialist als er sprake is van onheuse bejegening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. In hoeverre is er sprake van negatieve spanning tijdens de operatie:

	Nooit	Soms	Regel- matig	Vaak	Altijd
a. binnen het OK team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. tussen specialisten van verschillende disciplines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. tussen de chirurg en de chirurg in opleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tussen de anesthesist en de anesthesist in opleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. tussen de chirurg en het medisch ondersteunend personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. tussen de anesthesist en het medisch ondersteunend personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. tussen medisch ondersteunend personeel onderling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hoe vaak tijdens een operatie:

	Nooit	Soms	Regel- matig	Vaak	Altijd
a. valt er een gespannen stilte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. worden er harde woorden gesproken tussen specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. wordt er met instrumenten gegooid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. is er onenigheid over de verdeling van taken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. is er onenigheid over de verdeling van verantwoordelijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. zijn er persoonlijke botsingen tussen een of meer collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. worden opdrachten ongeduldig herhaald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. reageren medewerkers frustraties op elkaar af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. is het ondersteunend personeel onaardig tegen elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. is er spanning over wie de baas is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. wordt er op boze toon gecommuniceerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. is er onenigheid over een besluit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. reageren specialisten onderlinge spanning af op het medisch ondersteunend personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Negatieve spanning tijdens de operatie komt op een andere manier naar voren namelijk:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Negatieve spanning tijdens de operatie ontstaat door:

	Nooit	Soms	Regel- matig	Vaak	Altijd
a. personele onderbezetting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. medische fouten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. het werken in een kleine ruimte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. plotselinge verslechtering in de toestand van de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. het ontbreken van instrumenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. onduidelijkheid over leiderschap (wie neemt de beslissing?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ondeugdelijke instrumenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. onduidelijkheid over taakverdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. tijdsdruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. persoonlijke antipathie tussen professionals in het OK team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. een gebrek aan werkervaring bij professionals in het OK team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. te hoge werkdruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. onveilige werkomstandigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. geen rekening te houden met steriele gebieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. geen bedplaats te hebben op de volgende afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. onvoorspelbare verandering in de toestand van de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. verschil in prioriteiten tussen specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. onduidelijkheid over taken en bevoegdheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. informatieverschillen tussen collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intercollegiale negatieve spanning ontstaat door andere oorzaken namelijk:

.....

.....

.....

.....

5. Als ik met iemand binnen het OK team een conflict heb:

	Nooit	Soms	Regel- matig	Vaak	Altijd
a. bespreek ik dit met mijn leidinggevende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. maak ik in het bijzijn van anderen een opmerking.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. bespreek ik dit met collega's.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. wil ik die persoon onder vier ogen spreken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. probeer ik die persoon zoveel mogelijk te vermijden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Tevredenheid met het werk

	Sterk mee oneens	Mee oneens	Noch eens Noch oneens	Mee eens	Sterk mee eens
a. Mijn werk past bij mij.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mijn werk is voldoende uitdagend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ik heb plezier in mijn werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik ben tevreden met mijn werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wij willen graag weten hoe gezond u zich voelt en welke klachten u de afgelopen weken heeft gehad. Wilt u daarom alle onderstaande vragen beantwoorden door bij iedere vraag het cijfer voor het antwoord dat het meest op u van toepassing is te omcirkelen. Denk er om dat het bij deze vragen uitsluitend gaat om de klachten van dit moment of van de afgelopen paar weken en dus niet om klachten die u in het verleden ooit heeft gehad.

7. Gezondheid en welbevinden

- | | |
|---|---|
| a. Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen? | 1. helemaal niet
2. niet meer dan gewoonlijk
3. wat meer dan gewoonlijk
4. veel meer dan gewoonlijk |
| b. Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond? | 1. helemaal niet
2. niet meer dan gewoonlijk
3. wat meer dan gewoonlijk
4. veel meer dan gewoonlijk |
| c. Heeft u zich de laatste tijd kunnen concentreren op uw bezigheden? | 1. beter dan gewoonlijk
2. net zo goed als gewoonlijk
3. slechter dan gewoonlijk
4. veel slechter dan gewoonlijk |

- d. Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?
1. zinvoller dan gewoonlijk
 2. net zo zinvol als gewoonlijk
 3. minder zinvol dan gewoonlijk
 4. veel minder zinvol dan gewoonlijk
- e. Bent u de laatste tijd in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?
1. beter dan gewoonlijk
 2. net zo goed als gewoonlijk
 3. minder goed dan gewoonlijk
 4. veel minder goed dan gewoonlijk
- f. Voelde u zich de laatste tijd in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?
1. beter dan gewoonlijk
 2. net zo goed als gewoonlijk
 3. minder goed dan gewoonlijk
 4. veel minder goed dan gewoonlijk
- g. Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?
1. nee, dat gevoel had ik helemaal niet
 2. niet minder de baas dan gewoonlijk
 3. wat minder de baas dan gewoonlijk
 4. veel minder de baas dan gewoonlijk
- h. Heeft u zich de laatste tijd, alles bij elkaar, redelijk gelukkig gevoeld?
1. gelukkiger dan gewoonlijk
 2. even gelukkig dan gewoonlijk
 3. minder gelukkig dan gewoonlijk
 4. veel minder gelukkig dan gewoonlijk
- i. Heeft u de laatste tijd plezier kunnen beleven aan uw gewone dagelijkse bezigheden?
1. meer dan gewoonlijk
 2. even veel als gewoonlijk
 3. wat minder dan gewoonlijk
 4. veel minder dan gewoonlijk
- j. Heeft u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld?
1. helemaal niet
 2. niet meer dan gewoonlijk
 3. wat meer dan gewoonlijk
 4. veel meer dan gewoonlijk
- k. Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?
1. helemaal niet
 2. niet meer dan gewoonlijk
 3. wat meer dan gewoonlijk
 4. veel meer dan gewoonlijk
- l. Heeft u zich de laatste tijd als een waardeloos iemand beschouwd?
1. helemaal niet
 2. niet meer dan gewoonlijk
 3. wat meer dan gewoonlijk
 4. veel meer dan gewoonlijk

8. Achtergrond

a. Wat is uw functie?

- chirurg chirurg in opleiding OK-assistent
 anesthesist anesthesist in opleiding anesthesie-assistent
 anders namelijk:

b. Hoe lang werkt u al in deze organisatie?

- korter dan 3 maanden
 tussen 3 maanden en 1 jaar
 1 tot en met 5 jaar
 6 tot en met 10 jaar
 meer dan 10 jaar

c. Hoe lang werkt u al in uw huidige functie?

- korter dan 3 maanden
 tussen 3 maanden en 1 jaar
 1 tot en met 5 jaar
 6 tot en met 10 jaar
 meer dan 10 jaar

d. Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

e. Wat is uw leeftijd?

- 18 – 25 36 – 45 56 of ouder
 26 – 35 46 – 55

f. Hoeveel uur werkt u contractueel gemiddeld per week?

- minder dan 16 uur 16 tot 24 uur 24 tot 36 uur 36 uur of meer

g. Hanteert uw ziekenhuis op de OK een protocol met betrekking tot bejegening?

- ja nee weet ik niet

h. Indien van toepassing: Voor welk(e) specialisme(n) bent u werkzaam?

.....
.....
.....

**Wij verzoeken u de vragenlijst voor [datum] a.s. in te leveren bij het
werkplekmanagement.**

Heel hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 6 Constructie van de schalen

Schaal Organisatie

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
personele onderbezetting	17,34	11,064	,355	,184	,691
werken in kleine ruimte	17,68	10,508	,442	,234	,674
onveilige werkomstandigheden	17,82	10,394	,507	,333	,662
geen rek. houden met steriliteit	17,50	10,474	,496	,291	,664
te hoge werkdruk	17,21	9,957	,594	,452	,644
tijdsdruk	17,12	10,718	,405	,263	,681
geen bedplaats op volgende afd.	17,47	10,708	,402	,205	,682
slechte instrumenten	16,91	10,815	,328	,173	,698
aanwezigheid protocol	16,79	13,342	-,091	,048	,753

Aanwezigheid protocol bejegening (8g) is een variabele van een andere orde en derhalve niet aan de schaal toegevoegd.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
personele onderbezetting	17,39	15,976	,411	,280	,782
werken in kleine ruimte	17,83	15,695	,476	,293	,772
onveilige werkomstandigheden	17,97	16,109	,480	,326	,772
geen rek. houden met steriliteit	17,67	16,299	,437	,262	,778
te hoge werkdruk	17,31	14,776	,625	,518	,751
tijdsdruk	17,24	15,579	,496	,332	,770
geen bedplaats op volgende afd.	17,56	15,577	,485	,258	,771
slechte instrumenten	17,05	15,739	,441	,614	,778
ontbreken instrumenten	16,87	15,737	,472	,615	,773

Definitieve schaal 'Organisatiekenmerken'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,792	,793	9

Schaal Solidariteit**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
rafwet	20,8153	9,754	,191	,109	,701
werklast samen delen	20,9936	8,981	,454	,259	,622
rekening houden met belangen	20,9363	9,175	,431	,282	,629
rcomp	20,9363	9,124	,345	,135	,653
helpen	20,3376	9,738	,436	,240	,635
rafspr	21,0255	8,679	,460	,241	,619
excuus na fout	21,1338	8,565	,446	,233	,622

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,676	,689	7

Eén van de vragen naar 'Common good' (1d: collega's laten het afweten als er iets moet gebeuren) geeft minder samenhang aan met de andere vragen en is uit de schaal verwijderd.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
werklast samen delen	17,4304	7,062	,471	,257	,646
rekening houden met belangen	17,3797	7,091	,489	,276	,641
rcomp	17,3861	7,232	,342	,131	,690
helpen	16,7785	7,728	,467	,239	,656
rafspr	17,4620	7,142	,388	,169	,673
excuus na fout	17,5823	6,652	,465	,231	,647

Definitieve schaal 'Solidariteit'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,699	,709	6

Schaal Samenwerking Team

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
werklast samen delen	41,67	26,419	,481	,313	,759
rekening houden met belangen	41,63	25,905	,575	,408	,751
helpen	41,04	26,748	,602	,529	,753
excuus na fout	41,84	25,177	,538	,312	,752
samenwerking met collega's	40,83	27,826	,535	,428	,761
frequentie samenwerking	42,04	27,156	,241	,206	,789
gelijkwaardige omgang	41,46	24,750	,614	,553	,744
inbreng o.p.	41,42	26,034	,559	,424	,752
rcomp	41,65	26,980	,353	,251	,772
rafspr	41,71	26,801	,387	,276	,768
afhankelijk voor welslagen	40,62	30,303	,070	,128	,790
rdoel	42,75	28,951	,170	,213	,788
correctie specialist door o.p.	42,12	27,162	,325	,125	,775

Gezien de geringe samenhang zijn deze items uit de schaal samenwerking team verwijderd.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
werklast samen delen	34,96	24,763	,454	,250	,789
rekening houden met belangen	34,90	23,702	,613	,434	,773
helpen	34,33	24,563	,617	,553	,777
excuus na fout	35,10	23,325	,541	,313	,779
samenwerking met collega's	34,12	25,473	,571	,485	,783
frequentie samenwerking	35,31	24,980	,269	,171	,814
gelijkwaardige omgang	34,73	22,753	,639	,557	,768
inbreng o.p.	34,67	23,727	,614	,435	,773
rcomp	34,89	24,888	,367	,236	,798
rafspr	34,94	25,173	,360	,235	,798
correctie specialist door o.p.	35,32	25,784	,268	,098	,808

Definitieve schaal 'Samenwerking team'

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,803	,820	11

Schaal Intercollegiale Spanning

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
gehele team	12,32	3,232	,615	,396	,711
tussen specialisten	12,28	3,029	,584	,434	,717
chirurg en chirurg i.o.	12,40	3,308	,508	,326	,734
anesthesist en anest. i.o.	12,44	3,782	,455	,269	,748
chirurg en onderst. personeel	12,18	3,148	,516	,318	,734
anesthesist en onderst. pers.	12,40	3,696	,484	,295	,742
tussen onderst. personeel	12,40	3,896	,287	,194	,774

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,767	,768	7

Schaal Medewerkerstevredenheid**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
passend werk	25,4097	17,866	,876	,881	,723
voldoende uitdaging	25,6458	18,021	,813	,880	,734
plezier in het werk	25,4583	18,082	,904	,938	,727
rtevr	12,7986	4,414	,989	,983	,887

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,792	,945	4

Bijlage 7 Kenmerken van intercollegiale spanning: een vergelijking tussen de verschillende disciplines

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
gespannen stilte	Between Groups	4,778	5	,956	4,731	,000
	Within Groups	35,955	178	,202		
	Total	40,734	183			
harde woorden	Between Groups	8,073	5	1,615	6,480	,000
	Within Groups	44,356	178	,249		
	Total	52,429	183			
gooien met instrumenten	Between Groups	2,875	5	,575	3,127	,010
	Within Groups	32,546	177	,184		
	Total	35,421	182			
onigheid over taakverdeling	Between Groups	3,952	5	,790	2,819	,018
	Within Groups	49,912	178	,280		
	Total	53,864	183			
onigheid verdeling verantw.	Between Groups	7,376	5	1,475	4,330	,001
	Within Groups	59,964	176	,341		
	Total	67,341	181			
persoonlijke botsingen	Between Groups	6,661	5	1,332	5,566	,000
	Within Groups	42,366	177	,239		
	Total	49,027	182			
ongeduldige herhaling opdr.	Between Groups	4,784	5	,957	2,486	,033
	Within Groups	68,520	178	,385		
	Total	73,304	183			
afreageren frustraties	Between Groups	4,044	5	,809	2,605	,027
	Within Groups	54,951	177	,310		
	Total	58,995	182			
o.p. onaardig tegen elkaar	Between Groups	1,241	5	,248	,982	,430
	Within Groups	44,998	178	,253		
	Total	46,239	183			
wie is de baas	Between Groups	4,446	5	,889	3,275	,007
	Within Groups	48,331	178	,272		
	Total	52,777	183			
op boze toon communiceren	Between Groups	4,263	5	,853	4,643	,001
	Within Groups	32,688	178	,184		
	Total	36,951	183			
onigheid over besluit	Between Groups	7,653	5	1,531	6,702	,000
	Within Groups	40,423	177	,228		
	Total	48,077	182			
afreageren door spec op o.p.	Between Groups	14,492	5	2,898	7,425	,000
	Within Groups	69,093	177	,390		
	Total	83,585	182			

Bijlage 8 Invloed op het welbevinden van medewerkers

	R Sq. change	F Change	Beta		
			Stap 1	Stap 2	Stap 3
Stap 1: Invloed op teamgedrag	,050	1,007			
organisatie			,028	,032	,020
samenwerking			-,164	-,171	-,133
Werkzaam in huidige functie			,081	,081	,100
Contracturen per week			-,093	-,093	-,101
Geslacht			-,018	-,016	,004
Leeftijd			-,014	-,015	-,008
Verslechtering patiënt			-,060	-,057	-,038
Onvoorspelbare wending operatie			-,043	-,043	-,041
Stap 2: Intercollegiale spanning	,000	,036			
Schaal voor spanning				-,018	-,015
Stap 3: Medewerkersatisfactie	,024	3,833			
Schaal voor medewerkersatisfactie					-,162
Totaal voor vergelijking	,074				

* $p < 0.05$

Bijlage 9 Spreidingsdiagram intercollegiale spanning vs. organisatie en samenwerking

a Dependent Variable: spanning

