

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Lidewey Verbaas
Augustus 2011

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

3

Lidewey Verbaas

3066045

Research in Public Administration and Organisational Science
Universiteit Utrecht, Universiteit van Tilburg en Erasmus Universiteit Rotterdam

Masterscriptie

Begeleider: Dr. Marja Gastelaars
Tweede beoordelaar: Prof. mr. dr. Stavros Zouridis

Utrecht, Augustus 2011

12 augustus 2011

Met veel plezier ben ik het afgelopen jaar bezig geweest met het onderzoek waarvan het eindproduct nu voor u ligt. In de tussentijd heb ik veel geleerd, niet alleen over werkprocessen in de zorg en de gebouwen waarin deze werkprocessen plaatsvinden, maar juist ook wat het betekent om een jaar lang grotendeels met één onderwerp bezig te zijn. Over het gemak waarmee een contact gelegd kan worden, maar ook over de moeite die het soms kost een volgende persoon te bereiken. De titel van deze scriptie verwijst naar een uitspraak die een van de respondenten deed in een relaas over hoezeer een verandering van fysieke omgeving haar tegenviel. Ook ik heb gedurende dit onderzoek aan den lijve mogen ondervinden wat het betekent om een onderzoeker te zijn. Ik kan nu zeggen: het was al met al een mooie ervaring!

Via deze weg wil ik graag een aantal mensen bedanken voor hun hulp, medewerking en steun. Ten eerste alle medewerkers van de discipline neurologie met wie ik mee heb gelopen, die ik geïnterviewd heb en tegenkwam tijdens mijn observaties. Bedankt voor het laten zien en beleven van jullie dagelijks werk, ik heb er veel van geleerd en ervan genoten. Karin Kleijn, teamleider van de afdeling neurologie, heeft mij vanaf het eerste contact hartelijk ontvangen op de verpleegafdeling en me geholpen de rest van het ziekenhuis te leren kennen. Zij was voor dit onderzoek van onschatbare waarde. Ook Franka van Raalte, met wie ik het eerste contact legde, heeft mij bijgestaan in het vinden van mijn weg het ziekenhuis. Bedankt daarvoor, ook voor het mogelijk maken van toegang tot vele personen en veel informatie.

5

Marja Gastelaars heeft als begeleidster een grote bijdrage aan dit onderzoek geleverd. Haar nieuwsgierigheid en wijsheid dwongen mij telkens dieper het onderzoek in te gaan en mijn keuzes goed te overdenken. Dank ook aan Stavros Zouridis, in zijn rol als tweede lezer.

Als laatste dank aan iedereen die de afgelopen tijd heeft geholpen door mee te lezen, mee te praten en vooral door een gezellige bron van afleiding te zijn.

Lidewey Verbaas



INHOUDSOPGAVE

DEEL I

0	Inhoudsopgave	6
1	Introductie en onderzoeksvraag	10
2	Wetenschappelijke context: ruimte en organisatie	12
2.1	Tijd, ruimte en beweging	12
2.2	Werkprocessen	13
2.3	Mogelijkheden van de fysieke omgeving	14
2.4	Communicatie en interactie	15
2.5	Verandering van fysieke omgeving	15
2.6	Al met al	16
3	Onderzoekscontext: zorg, ziekenhuisgebouwen en het Maasstad Ziekenhuis	17
3.1	Ziekenhuiszorg in Nederland	17
3.2	Een korte geschiedenis van het ziekenhuisgebouw	18
3.3	Het Maasstad Ziekenhuis	18
3.4	Specialisme neurologie	20
4	Methode	22
4.1	Hoofdvraag en deelvragen	22
4.2	Relevantie	23
4.3	Type onderzoek	23
4.4	Het krijgen van toegang	24
4.5	Dataverzameling	24
4.5.1	Periode	25
4.5.2	Aanpassingen door uitstel van de verhuizing	25
4.5.3	Dynamische observaties	25
4.5.4	Statische observaties	27
4.5.5	Semigestructureerde interviews	28
4.5.6	Informele gesprekken	29
4.5.7	Foto's	29
4.5.8	Documenten	30
4.6	Analyse	30
4.7	Betrouwbaarheid, validiteit en mijn rol als onderzoeker	30

DEEL II

5	De gang van de neurologische patiënt door het Maasstad Ziekenhuis	34
5.1	Acute patiënten	35
5.2	Electieve patiënten	36
5.3	Chronische patiënten	37
5.4	Conclusie	37
6	Het primaire werkproces	39
6.1	39
6.2	De actoren	39
6.3	Activiteiten in het primaire proces	40
7	De inbreng van de fysieke omgeving in het primaire werkproces	42
7.1	Werken aan de patiënt	43
7.1.1	Polikliniek	43
7.1.2	Verpleegafdeling	49
7.1.3	Klinische Neurofysiologie en Neurologische Onderzoek	58
7.1.4	Deelconclusie	59
7.2	Overleg	62
7.2.1	Virtuele ruimte	62

7.2.2	Polikliniek.....	63
7.2.3	Stafcentrum	64
7.2.4	Verpleegafdeling.....	65
7.2.5	Deelconclusie	71
7.3	Administratie, voorbereiding en contact met interne en externe buitenstaanden.....	75
7.3.1	Polikliniek.....	75
7.3.2	Stafcentrum	76
7.3.3	Verpleegafdeling.....	76
7.3.4	Deelconclusie	80
7.4	Pauze	82
7.4.1	Verpleegafdeling.....	82
7.4.2	Rookplekken.....	84
7.4.3	Restaurant.....	85
7.4.4	Deelconclusie	85
7.5	Beweging tussen de activiteiten	87
7.5.1	Verpleegafdeling.....	87
7.5.2	Van en naar de verpleegafdeling.....	90
7.5.3	Oude situatie	90
7.5.4	Nieuwe situatie.....	91
7.5.5	Tussen twee ziekenhuizen	92
7.5.6	Deelconclusie	93

DEEL III

8	Conclusie.....	96
8.1	Het primaire werkproces	96
8.2	Niet-menselijke actoren	96
8.3	De inbreng van de fysieke omgeving	97
8.3.1	De fysieke omgeving heeft een grote inbreng in beweging en logistiek.....	97
8.3.2	De fysieke omgeving geeft al dan niet de ruimte aan het lichamelijke karakter van het werk in de zorg	97
8.3.3	De fysieke omgeving biedt (on)mogelijkheden tot handelen.....	98
8.3.4	De fysieke omgeving heeft soms een gebrek aan aanwijzingen voor handelen en geeft hierdoor liminale momenten.....	99
8.3.5	De fysieke omgeving geeft sociale en mentale afstand en nabijheid.....	99
8.4	De invloed van een nieuwe fysieke omgeving.....	100
8.4.1	Een nieuwe fysieke omgeving breekt oude routines af en consolideert nieuwe	100
8.4.2	Een verhuizing leidt tot een besef van ruimte en maakt hierdoor tot dan toe ongekende gevoelens van territorium los.....	101
8.4.3	Het nieuwe ziekenhuis als een liminale plaats, de periode van verhuizing als een liminaal moment ..	102
8.5	Binnen en buiten.....	102
8.6	Conclusie.....	103
9	Discussie en aanbevelingen	105
9.1	Bijdrage aan bestaande literatuur.....	105
9.2	Tekortkomingen	105
9.3	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	106
9.4	Aanbevelingen voor het Maasstad Ziekenhuis	106
9.5	Aanbevelingen voor het ontwerp van nieuwe ziekenhuizen	107
10	Samenvatting.....	108
11	Literatuur	109
12	Bijlagen.....	114
12.1	Plattegrond Clara.....	115
12.2	Plattegrond Zuider	116
12.3	Plattegrond nieuwe locatie	117
12.4	Polikliniek Clara	118
12.5	Polikliniek Zuider.....	119
12.6	Polikliniek nieuwbouw.....	120
12.7	Verpleegafdeling Clara	121
12.8	Verpleegafdeling nieuwbouw.....	122

Lijst van afbeeldingen

Afbeelding 1 Gevel locatie Zuider	9
Afbeelding 2 Buitenzijde oude locaties en nieuwe locatie	19
Afbeelding 3 Gevel locatie Clara	33
Afbeelding 4 Polikliniek Clara en Zuider	44
Afbeelding 5 Polikliniek Nieuwbouw	47
Afbeelding 6 COW	50
Afbeelding 7 Stroke unit met vier bedden locatie Clara	51
Afbeelding 8 Sanitair verpleegafdeling locatie Clara	54
Afbeelding 9 Zaal (links) en kamertje (rechts) met sanitair in de nieuwbouw	55
Afbeelding 10 stafcentrum	64
Afbeelding 11 Overlegplekken op de verpleegafdeling	66
Afbeelding 12 Afdelingskeuken, staat de koffiemachine	67
Afbeelding 13 Whiteboard en mededelingen op briefjes	69
Afbeelding 14 Administratie in de verpleegpost	79
Afbeelding 15 Plekken om koffie te drinken op de verpleegafdeling	82
Afbeelding 16 Kamer leerling-begeleidster (links) en huiskamer (rechts)	83
Afbeelding 17 Gang verpleegafdeling locatie Clara	87
Afbeelding 18 Gang verpleegafdeling nieuwe locatie	89
Afbeelding 19 Verplaatsing tussen locatie Clara en Zuider	92
Afbeelding 20 Gevel nieuwe locatie	95

Deel I

Introductie en methode

Daar zit je dan als patiënt in een groot ziekenhuis te wachten tot de arts komt. Je kijkt eens om je heen en bent verbaasd over de hoeveelheid mensen die ook aan het wachten zijn. Over hoe druk de mevrouw achter de balie het lijkt te hebben; ze is aan het bellen en typen tegelijk. Ondertussen lopen er artsen voorbij waarvan sommigen nog maar net de twintig gepasseerd lijken te zijn. Ook zie je verpleegkundigen lopen. Soms met een bed met patiënt erin. Soms met enkel een buisje bloed of een papiertje in de hand. Je vraagt je af hoe groot de rest van het ziekenhuis wel niet is, waar zou de verpleegafdeling zijn en waar de operatiekamer? En hoe kan het nu eigenlijk dat iedereen precies weet wat hij moet doen? Je wordt onderbroken in je mijmeringen door een stem die luid en duidelijk je achternaam noemt. Geschrokken kijk je om je heen. Eerst zie je niks, maar dan staat er in de hoek van de wachtkamer een man in witte jas die duidelijk naar jou kijkt, een knikje geeft en zegt: 'komt u maar mee'.

Met een zucht van verlichting en spanning tegelijk sta je op: je traject in het ziekenhuis kan beginnen.

Afbeelding 1 Gevel locatie Zuider

Een ziekenhuis is een complexe organisatie, met een grote hoeveelheid aan personeel dat verschillende taken uitvoert. Minstens zo complex als de taken en activiteiten in het ziekenhuis, is het gebouw waarin deze taken worden uitgevoerd. Er zijn de verpleegafdelingen, de poliklinieken, de operatiekamers en nog veel andere ruimtes en afdelingen, die elke weer opgedeeld zijn in kamers en subruimten met een elk een eigen functie. De fysieke ziekenhuisomgeving vormt niet alleen een losse schil waarbinnen het werk wordt uitgevoerd, maar krijgt ook steeds vaker een rol in de uitvoering van het werk toegedicht (Ulrich e.a., 2004; Ledema e.a., 2010; Niemeijer, 2010). De afgelopen jaren is er een toename in wetenschappelijke aandacht voor de ruimte waarin organisaties werken (onder andere: Baldry, 1999; Baldry en Hillier, 2009; Cummings, 2008; Dale en Burrell, 2008; Stang Våland, 2010; Van Marrewijk, 2009). Dit onderzoek richt zich vooralsnog vaak op kantoorgebouwen, omdat in moderne kantoorgebouwen veel aandacht wordt besteed aan de opbouw en inrichting van de fysieke omgeving. Termen als *community*, plezier en delen worden veelvuldig gebruikt om deze nieuwigheden te omschrijven (Baldry en Hillier, 2010). In ziekenhuizen lijkt de focus meer te liggen op functionaliteit dan op plezier in het werk (Mens en Wagenaar, 2010, 77). Hier krijgt vooral de ruimte waarin zorg wordt geboden aandacht. Dit is vaak vanuit het patiëntenperspectief. *Healing environment* (zie onder andere: Ulrich, 2004; De Vos, 2009) is hier een voorbeeld van. De ruimte wordt dan zo ingericht dat deze het beste werkt voor de patiënt.

10

Veel ziekenhuizen zoals ze nu in het Nederlandse landschap te zien zijn, zijn in de jaren '60 gebouwd. In de tweede helft van dat decennium openden elk jaar vijf tot tien nieuwe ziekenhuizen hun deuren (Mens en Wagenaar, 2010, 122). In die tijd werd de vraag naar zorg door een toenemende welvaart, ontwikkelingen in de medische technologie en de hierdoor stijgende levensverwachting steeds groter (RIVM, 2006). Dit leidde tot vergroting van de zorgvraag en ruimtebehoefte, waardoor in dit tijdperk veel ziekenhuizen werden neergezet. Veel van deze ziekenhuizen zijn nu aan vervanging toe. Veel ziekenhuizen zijn op dit moment dan ook bezig met de bouw van een nieuwe locatie of hebben die recent opgeleverd gekregen. Er lijkt tot nog toe weinig rekening gehouden te worden met de primaire werkprocessen die in deze gebouwen wordt uitgevoerd. In het ontwerp ligt het accent, zoals gezegd, ook op het zorgpad van de patiënt. Toch kan de fysieke zorgomgeving, net als in kantoorgebouwen, invloed hebben op de ordeningen en professionele repertoires in het primaire werkproces. Wanneer het patiëntenperspectief met het werknemersperspectief gecombineerd wordt, kunnen ziekenhuizen neergezet worden met een omgeving die werkbaar is voor de werknemers en prettig voor de patiënt. In dit onderzoek ligt de focus op het werkproces in ziekenhuizen.

Voor de werknemers in ziekenhuizen kan een verandering van fysieke omgeving bovendien gezien worden als een *stress life event* (zie onder andere Tennant en Andrews, 1976). Een ziekenhuis gaat ongeveer veertig jaar mee voor het een nieuwe bestemming krijgt of wordt afgebroken, waardoor een totale verandering van fysieke omgeving weinig voorkomt. Eén onderdeel van deze verandering, de logistiek rond de verhuizing van ziekenhuizen, is vaker onderwerp van onderzoek geweest (Struck, 2000). Wat er in het primaire proces gebeurt tijdens en vlak na een verhuizing echter niet. In andere werkomgevingen bestaat meer onderzoek op dit gebied, opnieuw vooral wat betreft kantoren (Vischer, 2005; Cummings, 2008). Het doel van deze explorerende studie is allereerst het in kaart brengen wat de rol van de fysieke omgeving in ziekenhuizen is, maar er zal ook aandacht worden besteed aan hoe een verandering van fysieke omgeving merkbaar is in het primaire werkproces. Daartoe is de rol van de fysieke omgeving en een verandering hiervan in ziekenhuizen bekeken met een focus

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

op het primaire werkproces binnen het specialisme neurologie van het Maasstad Ziekenhuis. Het ziekenhuis waar dit onderzoek wordt uitgevoerd is verhuisd tijdens de looptijd van dit onderzoek. Het specialisme neurologie vormt hierbinnen de case. De volgende onderzoeksvraag staat hierbij centraal:

‘Wat is de inbreng van de fysieke ziekenhuisomgeving in het primaire werkproces van de verschillende actoren van het specialisme neurologie in het Maasstad Ziekenhuis? Wat betekent het voor de beweging door tijd en ruimte van deze actoren om te verhuizen naar een nieuwe fysieke omgeving?’

Hierbij staan kortom degenen die werkzaam zijn in het primaire werkproces en niet de patiënten centraal. Naast het werk ter plaatse, komen ook de externe werkrelaties met afdelingen en personen buiten het specialisme neurologie die van belang zijn voor het primaire werkproces aan bod.

Deze scriptie bestaat uit drie delen, elk ingeleid door een kort narratief om in de sfeer van het ziekenhuis te komen.

In het eerste deel wordt een introductie gegeven in de bestaande literatuur rondom gebouw en organisatie en hoe ik mij hierin positioneer. Daarna zal ik de onderzoekscontext verder toelichten. Enerzijds de context van ziekenhuiszorg en ziekenhuisgebouwen in Nederland, anderzijds de context van het Maasstad Ziekenhuis, waar deze casestudy is uitgevoerd. Als laatste wordt de gebruikte onderzoeksmethode toegelicht.

In het tweede deel worden de resultaten en analyse van de casestudy besproken. Aan de hand van observaties en interviews wordt hier het primaire proces van de discipline neurologie in het Maasstad Ziekenhuis voor en tijdens de verhuizing naar een nieuw gebouw in kaart gebracht. De focus ligt hierbij niet alleen op de rol die de fysieke omgeving in het primaire proces speelt, maar ook op het gewenningsproces aan een nieuwe fysieke omgeving. In de verschillende deelconclusies worden deze beschrijvingen aan de hand van literatuur geanalyseerd.

In het laatste gedeelte worden de eerdere deelconclusies samengebracht in een overkoepelende conclusie. In deze conclusie probeer ik de rol die de fysieke omgeving kan hebben in het primaire werkproces in ziekenhuizegebouwen te vatten in enkele hoofdlijnen. Daarnaast geef ik hier een beschrijving van het proces van zoeken naar nieuwe routines die een verandering van fysieke omgeving met zich mee brengt. Ik sluit af met enkele aanbevelingen voor vervolgonderzoek en enkele aanbevelingen voor diegenen die in de praktijk bezig zijn met het ontwerp van ziekenhuisgebouwen. Degenen met weinig tijd raad ik aan hoofdstuk vijf en zes geheel te lezen, gevolgd door de deelconclusies in hoofdstuk zeven en de overkoepelende conclusie in hoofdstuk acht.

In dit hoofdstuk ga ik in op de manier waarop de fysieke omgeving benaderd wordt in dit onderzoek. Hierbij positioneer ik me ten opzichte van eerder verschenen onderzoeken naar de fysieke omgeving van organisaties en specifiek ziekenhuizen. Daarnaast worden een aantal andere begrippen en concepten die terug komen in de rest van het onderzoek besproken: werkprocessen binnen en buiten het primaire werkproces; affordances van de fysieke omgeving hierin; communicatie en personalisering in de fysieke omgeving; en territorium, liminaliteit en routineverandering bij een verandering van fysieke omgeving.

2.1 Tijd, ruimte en beweging

Giddens (1984, 175) noemt dat de kenmerken van het lichaam zelf en de omgeving waarin het lichaam handelt 'enabling as well as constraining' zijn. Routines en processen zijn volgens hem verbonden met zowel tijd als plaats (Giddens, 1984, 116). Hierdoor kan de fysieke omgeving een proces dus zowel mogelijk als onmogelijk maken. Een proces impliceert echter ook dat er sprake is van beweging. In dit onderzoek vormen tijd, ruimte en beweging daarom drie belangrijke kernbegrippen.

Onderzoek naar de rol van de fysieke omgeving in werkprocessen is niet nieuw. Een bekend voorbeeld van dergelijk onderzoek zijn de Hawthorne Experiments van Mayo (Mobach, 2008). Hoewel Mayo zelf de Hawthorne Experiments als mislukt zag, omdat in plaats van lichtintensiteit, vooral aandacht voor werknemers invloed bleek te hebben op hun prestaties en het onderzoek hierdoor uiteindelijk tot heel andere conclusies heeft geleid die vooral betrekking hebben op de informele organisatie, ligt hier wel de basis voor interesse in de invloed van de fysieke werkomgeving (Baldry e.a., 1998, 181-182). Hiervoor was Taylor overigens al bezig met het fysiek veranderen en opdelen van werkprocessen (Baldry, 1998).

In de organisatiwetenschap is de laatste twee decennia opnieuw toenemende aandacht te zien voor de fysieke context waarin de organisatie zich bevindt en waar het dagelijks werk wordt uitgevoerd (Kornberger en Clegg, 2004; Dale en Burrell, 2008; Vischer, 2005; Mobach, 2009; Yanow, 2010; Fayard en Weeks, 2007). Een vraag die in elk van deze onderzoeken en teksten terugkomt is wat de invloed van het gebouw op de organisatie is en andersom. Vaak wordt naar de trend om de ruimtelijke factor mee te nemen in de analyse van organisaties verwezen als de 'spatial turn' (Dale&Burrell, 2008; Stang Våland, 2002). Hoewel de teksten die tot nog toe verschenen zijn vaak vooral theoretisch zijn, neemt ook de hoeveelheid empirisch materiaal toe. Dit richt zich vooralsnog vaak op kantoorgebouwen (Baldry e.a., 1998; Vischer, 2005; Fayard en Weeks, 2007) en universiteiten (Gastelaars, 2010; Gorgievskie e.a., 2010). In Nederland hebben veel organisaties het nieuwe werken fysiek geïmplementeerd in hun gebouwen. Het nieuwe werken kan gedefinieerd worden als 'plaats- en tijdonafhankelijk uitvoeren van werkzaamheden' (Hinds, 2010). Dit wordt mogelijk gemaakt door de mogelijkheden die internet en laptops bieden voor thuiswerken (Meerbeek, 2010).

Een aantal stromingen in de organisatiekunde nemen de fysieke omgeving mee als een onderdeel van analyse van werkprocessen. *Labour process theory* gaat in op de controlemogelijkheden voor managers die de fysieke omgeving kan bieden en hoe sociale- en machtsverhoudingen in de fysieke ruimte tot uiting kunnen komen (Dale en Burrell, 2008, 208). In het organisationeel symbolisme gaat de aandacht uit naar de betekenisgeving aan esthetische elementen van de organisatie, de beleving van het subject staat hier meer centraal dan het object fysieke ruimte (Dale en Burrell, 2008, 208). Actor-netwerk theorie gaat er wel van uit dat materiële aspecten net als menselijke actoren deel nemen in de organisatie. Vaak

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

worden hierbij echter de organisatie en haar fysieke omgeving als los van elkaar opererend gezien (Dale en Burrell, 2008, 209). In zijn benadering van de actor-network theorie bijvoorbeeld, ziet Latour (2005) de fysieke omgeving wel als een actor. *Business proces redesign* ten slotte houdt zich met de fysieke opdeling en verandering van werkprocessen bezig. Een recent voorbeeld hiervan is het werk van Hillier (2007). In mijn onderzoek komen elementen van deze stromingen naar voren. De focus ligt op de fysieke vormgeving van werkprocessen. Hierin neem ik echter wel de beleving van de fysieke omgeving door degenen die deze werkprocessen uitvoeren mee, een element uit het organisationeel symbolisme. Ook ga ik ervan uit dat de fysieke omgeving als een actieve actor een inbreng heeft in werkprocessen. Het dagelijks werk in een ziekenhuis kent veel verschillende activiteiten, die elk op een andere plek in het gebouw plaatsvinden. De fysieke omgeving is verantwoordelijk voor de flow van materialen door het gebouw, zoals Baldry e.a. (1998, 536) omschrijven in een onderzoek met als thema 'management van ruimte in organisaties'. Het ziekenhuisgebouw speelt bovendien een rol in de flow van materiaal, medewerkers en patiënten en de choreografie van de activiteiten en handelingen die de medewerkers uitvoeren rondom het zorgpad van de patiënt. Zo blijkt uit een literatuurstudie van Ulrich e.a. (2004, 4) dat de fysieke omgeving in het ziekenhuisgebouw invloed kan hebben op de kwaliteit van zorg. Zij merken op dat: *'Jobs by nurses, physicians, and others often require a complex choreography of direct patient care, critical communications, charting, filling meds, access to technology and information, and other tasks.'* (Ulrich e.a., 2004, 5).

2.2 Werkprocessen

De genoemde choreografie van medewerkers, patiënten, materialen, activiteiten en handelingen in het ziekenhuis krijgt vorm door de verschillende werkprocessen die zich afspelen rond de gang van de patiënt door het ziekenhuis. Voor deze actoren en de patiënten kan een ziekenhuis verschillende functies hebben. Van der Geest (2008, 76-77) noemt hierbij dat het ziekenhuis vergeleken kan worden met zowel een dorp (voor de verpleegkundigen die al vele jaren samen in een team zitten), als een fabriek (vanwege de techniek en de operaties die er plaats vinden), als een zakencentrum (onderhandeling met zorgverzekeraars), een tempel (voor patiënten, om beter te kunnen worden) of universiteit (opleiding van specialisten en verpleegkundigen). Het komt er in alle gevallen op neer dat een ziekenhuis vele bewoners heeft. Iedere bewoner is onderdeel van het grotere proces en vormt hiermee een schakel in de kerntaak van de ziekenhuiszorg. Het primaire proces in het ziekenhuis heeft fordistische kenmerken (Elchardus, 2007, 326). De totstandkoming van auto's in een netwerk van verschillende actoren wordt door Ford (1926) zelf mooi omschreven op een manier die doet denken aan ziekenhuiszorg:

'Roughly, we buy twice as much as we manufacture, and it is safe to say that two hundred thousand men are employed in our work in outside factories... and this does not take into account the number of people who in some way or another assist in the distribution or the maintenance of these cars' (Ford, 1926, 1-2, in: Dale en Burrell, 2008, 154).

Dit citaat doet denken aan de ziekenhuiszorg, omdat ook hier een groot scala aan direct betrokken actoren is. De patiënt wordt behandeld door een verscheidenheid aan actoren binnen en buiten de poliklinieken en verpleegafdelingen die elk een kleine handeling uitvoeren aan het 'product' de patiënt. Deze zijn weer op hun beurt afhankelijk van anderen in het ziekenhuis bij het op de juiste wijze doorlopen van het primaire proces. Het primaire werkproces speelt zich zowel direct bij de patiënt af, als buiten diens zichtveld. Groen (1995, 90) noemt dit op verpleegafdelingen het verschil tussen *hands-on* en *hands-off* werk. Het *hands-on* werk vindt meestal plaats door één verpleegkundige, specialist of andere actor aan de patiënt. Het *hands-off* werk is niet direct te zien of merken voor de patiënt. Hierbij zijn meerdere actoren betrokken, vaak om te overleggen of om gegevens vast te leggen. Dit kunnen

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

een arts, verpleegkundige en medewerkers persoonlijke service zijn. Vaker nog is hier een niet-lichamelijke actor bij aanwezig, zoals een computer of medicijnkar die bijgevuld wordt.

Naast de handelingen die de actoren in het primaire werkproces zelf uitvoeren, worden er ook handelingen uitbesteed aan personen en apparaten elders in het ziekenhuis. Voorbeelden van deze diensten zijn de afdeling beeldende technieken, de apotheek, het laboratorium en de vervoersdienst. De term interne dienstverlening is hier passend, omdat het laat zien dat het product wat uiteindelijk geleverd wordt, ontstaat in een netwerk van verschillende actoren binnen dezelfde organisatie (Grönross, 1991, 213). Degenen die werkzaam zijn in het ziekenhuis zal ik vanaf nu aanduiden met de verzamelnaam 'actoren'.

Tussen de actoren die werkzaam zijn in het primaire proces en de actoren die gezien kunnen worden als interne dienstverleners vindt niet alleen digitaal of telefonisch, maar juist ook fysiek contact plaats. Materialen en patiënten moeten naar hen toe gebracht worden en er is voortdurend contact over gemaakte afspraken. Hoewel deze diensten voor de patiënt en andere actoren niet altijd zichtbaar zijn, is er altijd contact mee en zijn zij meestal fysiek in hetzelfde gebouw aanwezig. In dit onderzoek is het primaire werkproces de focus, de interne dienstverlening ligt in de context. Ik zal daarom niet direct ingaan op de werkprocessen binnen deze externe diensten. De diensten komen alleen aan bod wanneer actoren in het primaire werkproces er mee in aanraking komen.

Het werken in de zorg zie ik als een *embodied practice* in zijn fysieke omgeving (Mol en Law, 2004). Aan de ene kant is er het lichaam van de patiënt waar iets mis mee is en wat verzorgd of behandeld moet worden. Aan de andere kant is er het lichaam van degene die deze handelingen uitvoert en vaak zijn lichaam als instrument inzet bij deze handelingen. Alle activiteiten in het zorgproces zijn *embodied* (Dale en Burrell, 2008, 216) en het is deze lichamelijke component die voor elke handeling een specifiek type ruimte verlangt. Mol en Law (2004, 9) benadrukken hierbij dat een mens niet alleen een lichaam is of een lichaam heeft, maar ook een lichaam 'doet'. Deze benadering is tot stand gekomen in een etnografisch onderzoek naar patiënten met diabetes en hoe zij en hun omgeving (bestaande uit naasten, maar ook uit artsen en verpleegkundigen) hiermee omgaan. Enerzijds is er het lichaam wat iets doet, 'they act' en aan de andere kant wordt er veel aan deze lichamen gedaan, al dan niet met hulpmiddelen, 'they are being enacted' (Mol, Law, 2004, 9). In dit onderzoek gaat daarom aandacht uit naar de manier waarop het lichaam van de actor gebruik maakt en beïnvloed wordt door de fysieke omgeving. Ook wordt aandacht besteed aan hoe elke actor zijn lichaam in samenspel met de fysieke omgeving gebruikt.

2.3 Mogelijkheden van de fysieke omgeving

De bekende woorden van de architect Le Corbusier, 'a house is a machine for living in', gevolgd door 'an armchair is a machine for sitting in and so on' (Le Corbusier 1923: 4-95, in: Kornberger en Clegg, 2004, 1101) laten zien dat een gebouw of voorwerp de mogelijkheid biedt tot een bepaald soort activiteit. De mogelijkheid die het object biedt is afhankelijk van wat een individuele actor (Gibson, 1986, 128) ermee wil doen en ervan verwacht. Gibson (1986) introduceerde de term *affordance* om de mogelijkheden die de omgeving een individu biedt te omschrijven. Deze term geeft volgens Fayard en Weeks (2007, 606) handvatten om te beschrijven hoe menselijk handelen gevormd, maar niet volledig gedetermineerd, wordt door de fysieke omgeving. Deze *affordances* zijn niet voor iedereen hetzelfde, maar afhankelijk van zowel de situatie als de individuele actor. Cook en Brown (1999, 390) geven daarom aan dat er ook dynamische *affordances* zijn. Dit heeft te maken met een leerproces tijdens de interactie tussen een object of ruimte en een actor. 'When people interact through, around or with technologies, it is necessary for them to find ways of managing the constraints on their possibilities for action that emerge from those artifacts' *affordances*' (Hutchby, 2001, 450). Volgens Hutchby (2001) ontstaat een mogelijkheid dan ook pas op het moment dat iemand er gebruik van maakt. De dynamiek in *affordances* en het verschil van betekenis voor elke

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

individueel wordt meegenomen in de analyse van de inbreng van de fysieke omgeving in de uitvoer van het primaire werkproces. De *affordances* van de fysieke omgeving hangen samen met het medium, de substantie waaruit de omgeving bestaat, de structuur en lay-out, de objecten die erin staan, andere personen in de omgeving en de plaatsen die er terug te vinden zijn (Gibson, 1986, 130-137). In de ziekenhuisomgeving zijn de structuur en lay-out van belang, net als de objecten in het gebouw, de personen en de plekken.

2.4 Communicatie en interactie

Communicatie is in ziekenhuizen van groot belang voor een goed verloop van het primaire proces (Waring en Bischoff, 2010). In bestaande literatuur worden de mogelijkheden die de fysieke omgeving biedt voor communicatie op verschillende manieren benoemd. Voor dit onderzoek zijn twee manieren van belang: ten eerste maakt de fysieke omgeving bepaalde typen face-to-face communicatie tussen verschillende actoren mogelijk (zie onder andere Fayard en Weeks, 2008; Iedema e.a., 2010; Waring en Bischoff, 2010), ten tweede kan er een boodschap gecommuniceerd worden door middel van het personaliseren van de fysieke omgeving (zie onder andere Yanow, 2010; Dale en Burrell, 2008; Vischer, 2005).

Volgens Waring en Bischoff (2010) is de communicatie in wandelgangen en op andere plekken in het ziekenhuis waar actoren of 'bewoners' elkaar ontmoeten van cruciaal belang voor het verloop van het primaire werkproces. Ook onderzoek van Iedema e.a. (2010) laat zien dat gangen en nissen in ziekenhuizen zich goed lenen voor ongeplande communicatie. Doordat een specifieke functie ontbreekt in deze ruimte ontstaat een manier van communiceren waarbij gebruikelijke sociale grenzen vervagen. Om deze reden noemen zij deze ruimtes liminaal. Fayard en Weeks (2007) zien privacy en nabijheid als van groot belang om communicatie te stimuleren en mogelijk te maken.

Persoonlijke artefacten zijn een fysieke manier om enerzijds de identiteit van werknemers te bevestigen en anderzijds hun eigenaarschap van de ruimte naar andere werknemers laat uitstralen (Vischer, 2005, 67). Vischer (2005, 53) stelt namelijk dat werknemers hun werkplek zien als hun huis in de organisatie. De eigen werkplek maakt dat zij zich thuis voelen en het geeft een gevoel van identiteit. De identiteit wordt daarom gecommuniceerd door de inrichting van de fysieke ruimte met persoonlijke eigendommen (Yanow, 1996, 158). Door het personaliseren van de werkplek wordt de rol en status naar anderen toe duidelijk gemaakt. Dit is niet alleen op individueel niveau te zien, maar ook afdelingen en departementen decoreren hun 'thuis' in de organisatie om hiermee eigendom en identiteit te communiceren naar buitenstaanders. Een deel van de identiteit die een actor in zijn werk heeft, wordt daarmee ontleend aan de fysieke omgeving waarin dit werk plaats vindt.

2.5 Verandering van fysieke omgeving

Over verhuizingen wordt gezegd dat het *major life events* zijn voor de direct betrokkenen (zie onder andere Tennant en Andrews, 1976; Huff en Clark, 1978). Struck (1990) geeft zelfs aan dat het een half jaar kan duren voor de 'post-relocation stress' na de verhuizing van een ziekenhuis voorbij is. De grote impact van een verhuizing heeft volgens Cutcher (2009) onder andere te maken met gevoelens van identiteit. Een plaats kan opgevat worden als de arena voor het dagelijks werk. Bovendien wordt de fysieke omgeving van het werk vaak geassocieerd met het sociale leven wat er op de plek plaatsvindt (Brown en Humphrey, 2006, in: Cutcher, 2009, 252). De verandering die een verhuizing mee brengt en de shock die hierdoor kan ontstaan uit zich vaak in gevoelens van (het verliezen van) identiteit (Vischer, 2005). Cutcher (2009, 277) noemt in dit verband dat volgens Herod e.a. (2007) een werkplek niet alleen een 'location' en 'locale' is, maar ook een 'locus of identity, [...] a focus for personal and collective loyalty, affect and commitment'. Het mentaal eigenaarschap van een werkplek wat gevoeld wordt door

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

deze *locus of identity* vervalt door de verandering ervan (Spicer, 2009). Hierdoor kunnen gevoelens van boosheid en frustratie ontstaan.

Territorialiteit is hierbij een belangrijk begrip. Het kan zowel omschreven worden in termen van controle via het markeren en verdedigen van de eigen ruimte, als in sociale processen zoals dominantie en elementen die identiteit zichtbaar maken (Vischer, 2005, 52). ‘When workspace is about to change, people’s gut level attachment to territory comes to the fore’ (Vischer, 2005, 28). Met dit citaat geeft Vischer (2005) aan dat mensen oplettender wat betreft ruimte worden zodra een verandering ervan op het spel staat. Zij verklaart dit door te stellen dat een nieuwe ruimtelijke ordening een nieuwe sociale ordening kan betekenen. Op zijn beurt betekent dit dat werknemers in een nieuwe fysieke ruimte zullen proberen de bestaande sociale ordening in de nieuwe ruimte voort te zetten.

Een nieuwe fysieke omgeving, die nog geen duidelijke sociaalruimtelijke ordening heeft kan als een tijdelijk liminale omgeving gezien worden. De term limaal werd voor het eerst in deze betekenis gebruikt door de antropoloog Van Gennep (1909, 21), als een fase tussen het losmaken van wat men was en de opname in wat men wordt. Hij noemt de fase van het losmaken uit een situatie preliminaal, de overgang naar een nieuw situatie limaal en het aankomen in een nieuwe situatie postliminaal. Turner omschreef liminaliteit later als ‘a social space that is ‘betwixt and between the original positions arrayed by law, custom, convention and ceremony’ (Turner, 1977, in: Sturdy e.a., 2006, 930). Liminaliteit wordt intussen door verschillende onderzoekers op diverse manieren opgevat en theoretisch neergezet. De samenhang in al deze vormen van liminaliteit, is dat in elke vorm uitgegaan wordt van ‘in-between-ness’ (Beech, 2010, 15), of dit nu een situatie (Sturdy e.a., 2006), een plaats (Iedema, 2010) of een persoon (Garsten, 1999; Beech, 2010) is. Zo beschrijft Beech liminaliteit als een ‘temporary transition through which identity is reconstructed, and/or it can be thought of as a more longitudinal experience of ambiguity and in-between-ness within a changeful context’ (Beech, 2010, 4). Een verhuizing zie ik als een overgangssituatie, waarbij van de ene omgeving radicaal veranderd wordt naar een nieuwe omgeving.

Door deze radicale verandering zullen onder andere de routines in het primaire werkproces aan verandering onderhevig zijn. Routines zijn handelingen die niet alleen op een vast moment, maar ook op een vast plek plaatsvinden. Ze zijn gebonden aan tijd, beweging én ruimte. Wanneer de ruimte verandert, kan de routine niet op dezelfde manier als voorheen plaats vinden. Lewin (1951) gaf ruim zestig jaar geleden al aan dat verandering plaatsvindt in drie fasen: unfreeze, change en refreeze. Ook nu nog worden deze termen gebruikt wanneer er gesproken wordt over organisatieverandering (Weick, 1999, 363). In het geval van een verandering van fysieke omgeving kunnen deze termen ook een handvat zijn om gebeurtenissen rond de verandering beter te begrijpen en te kunnen plaatsen. Cummings (2008) stelt dat een verandering van omgeving ‘[can] create facilities or frustrations. Facilities result when more is afforded and frustrations result when less is afforded’ (Cummings, 2008, 7).

2.6 Al met al

De fysieke ruimte en het werkproces van de verschillende actoren hierin zie ik in dit onderzoek als nauw met elkaar verbonden. Hierbij is de notie dat de zorg een embodied practice is leidend in de analyse van werkprocessen. De focus ligt op routines in het primaire werkproces, met als context de diensten die ondersteunend zijn bij het stellen van een diagnose. Op individueel niveau kijk ik vooral naar territorialiteit en het personaliseren van de werkplek. Dit is met name in de periode van verhuizing van belang.

In dit hoofdstuk wordt de maatschappelijke onderzoekscontext besproken. Als eerste komt de ontwikkeling van ziekenhuiszorg in Nederland kort aan bod, gevolgd door een beschrijving van het ziekenhuisgebouw in de afgelopen eeuw. Hierna ga ik in op ontwikkelingen in het ziekenhuis waar dit onderzoek is uitgevoerd en specifiek op het specialisme neurologie.

3.1 Ziekenhuiszorg in Nederland

De Nederlandse zorgsector maakte de afgelopen decennia verschillende veranderingen door. Tendensen van vergrijzing en ontgroening, in combinatie met allerlei innovaties die de levensduur verlengen, maken dat de zorg steeds duurder wordt en de vraag naar zorg blijft toenemen (Niemeijer, 2010). Er zijn en worden daarom verschillende maatregelen genomen om de zorgkosten te drukken. Niet alleen komt er steeds meer nadruk te liggen op het inzichtelijk maken van de prestaties van verschillende ziekenhuizen, ook institutioneel zijn er grote veranderingen doorgevoerd die enerzijds voor kostenreductie en anderzijds voor inzichtelijkheid zorg moeten dragen. Na de invoering van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006, met als doel gereguleerde marktwerking, worden ziekenhuizen namelijk steeds meer zelf verantwoordelijk voor hun patiëntenkring, relatie met de zorgverzekeraars en hun financiële bedrijfsvoering. Daarnaast is in januari 2006 de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Met de komst van deze wet is in 2008 de vergunningverlening aan ziekenhuizen voor nieuwbouw afgeschaft. Waar voorheen de vastgoedkosten één op één gedekt werden door de overheid, zijn ziekenhuizen nu zelf financieel verantwoordelijk (Kriek en Dooyeweerd, 2009, 22). Dit betekent in veel gevallen dat er minder budget beschikbaar komt voor het ziekenhuisgebouw. De verantwoordelijkheid voor goede en toegankelijke zorg wordt door deze en andere hervormingen van het zorgstelsel dus steeds meer van de overheid naar het individuele ziekenhuis verschoven. In een tijd waarin de behoefte aan meer zorg voor minder geld steeds groter wordt, vormt dit een grote uitdaging.

Op dit moment zijn veel ziekenhuizen aan verbouwing of zelfs nieuwbouw toe, doordat de gebouwen die in de periode 1950-1970 zijn neergezet beginnen te verouderen (Mens en Wagenaar, 2010). Dit valt samen met de zojuist genoemde wetwijzigingen die op hun beurt lijken te vragen om andere manieren van werken. TNO Zorg & Bouw, het voormalige College Bouw Zorginstellingen, heeft daarom verschillende onderzoeken en adviezen gedaan voor een andere opbouw en vormgeving van ziekenhuizen (CBZ, 2007). De invloed van deze adviezen is echter minder groot dan voorheen, aangezien de wettelijke rol van TNO Zorg & Bouw van een beslissende is omgezet in een adviserende¹. TNO stelt richtlijnen op voor het ontwerp en de bouw van ziekenhuizen, die door de meeste architecten en ingenieurs nog steeds opgevolgd worden. Hierbij ligt de nadruk vooral op ruimtebesparing en flexibel bouwen. De ruimten in het ziekenhuis moeten hierdoor op termijn ook voor andere doelen bruikbaar zijn (Scheerder en Verweij, 2005,191).

¹

Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) is in januari 2009 opgeheven, doordat de wijziging in het bouwregime in het kader van de WTZi deze instellingen overbodig maakte. Zorginstellingen hoeven immers geen bouwvergunning van het CBZ te ontvangen.

3.2 Een korte geschiedenis van het ziekenhuisgebouw

Een veranderend ziekenhuisgebouw naar aanleiding van wetgeving is niet nieuw, maar al zichtbaar sinds de eerste Nederlandse ziekenhuizen gebouwd werden. Waar tot halverwege de 19de eeuw ziekenhuizen vooral armeninstellingen, vaak gelieerd aan de kerk waren, werd vanaf de Tweede Wereldoorlog door de invoering van de Ziekenfondswet (1941) de zorg steeds meer door de overheid gereguleerd (Kruijthof, 2005). Ook ontstond de politieke wens gelijke zorg voor iedereen te bieden, waardoor er grootschalige ziekenhuizen kwamen. Doordat iedereen zich moest aansluiten bij het ziekenfonds, werd de vraag naar zorg groter. De oplopende zorgkosten (door een grotere zorgvraag, maar ook door technische ontwikkelingen) en de uitbreiding van ziekenhuizen die dit met zich meebracht, leidden er op hun beurt toe dat er manieren gezocht werden om het ziekenhuisgebouw te standaardiseren. Tot op de dag van vandaag is dit niet echt gelukt. Wel zijn er sinds deze tijd steeds meer standaarden en vaste maatverhoudingen gekomen. In de jaren '60 en '70 wordt er steeds meer hoogbouw toegepast om de rijzende grondprijzen te ondervangen. In de jaren '90 komt de nadruk te liggen op flexibiliteit van het gebouw, omdat men zich realiseert dat de zorgvraag steeds sneller verandert en het gebouw hierop voorbereid moet zijn (Mens en Wagenaar, 2010). Op dit moment ligt volgens Mens en Wagenaar (2010) het grootste vraagstuk voor architecten op de spanning tussen techniek/logistiek en de manier waarop een gebouw wordt ervaren door patiënt en medewerker. Het debat in de architectuur richt zich daarnaast op de vraag hoe het ziekenhuisgebouw meer commercieel gebouwd en ingericht kan worden. Enerzijds om de strijd om de patiënt te winnen, anderzijds om buitenstaanders aan te trekken om gebruik te maken van de (commerciële) faciliteiten van het ziekenhuis. Dit komt vooral tot uiting in een flexibele bouw, beddenreductie en efficiëntere (kleinere en meer gedeelde) ruimten (Mens en Wagenaar, 2010). Flexibele bouw betekent dat het ziekenhuis zo gebouwd wordt, dat er gemakkelijk nieuwe delen aan vastgebouwd kunnen worden en dat bestaande delen makkelijk een nieuwe functie kunnen krijgen.

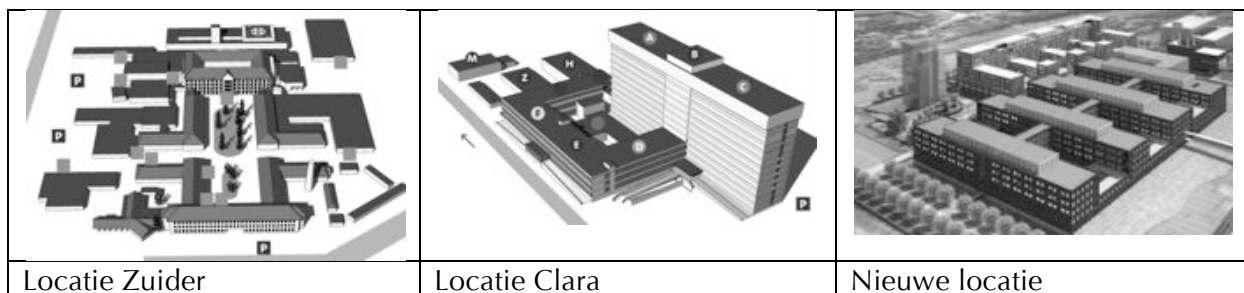
3.3 Het Maasstad Ziekenhuis

Ook het Maasstad Ziekenhuis kent een roerige geschiedenis. Die geschiedenis gaat terug tot 1939, toen in Rotterdam Zuid het Zuider Ziekenhuis werd neer gezet. In 1949 volgde een tweede ziekenhuis in het zuiden van Rotterdam, het Clara Ziekenhuis. In die tijd hadden de twee ziekenhuizen nog weinig met elkaar te maken. Er waren maatschappen die in beide ziekenhuizen werkzaam waren, waaronder de neurologen, maar verder dan dit ging de samenwerking niet. In 2000 werden de twee ziekenhuizen samengevoegd onder de naam Medisch Centrum Rotterdam Zuid. Het Zuider Ziekenhuis werd het centrum van de zogenaamd snijdende specialismen, de meeste beschouwende specialismen gingen naar de locatie Clara. Een laatste groep wordt gevormd door de ondersteunende specialismen, zij waren te vinden op beide locaties². Onder snijdende specialismen vallen de disciplines die daadwerkelijk snijden in patiënten, de chirurgen natuurlijk, maar ook de urologie en keel-neus-oorheelkunde (Kruijthof, 2005, 26). Beschouwende specialismen zijn in medische termen de disciplines die niet snijden, maar enkel 'kijken' naar de patiënt en hiermee een diagnose stellen, die verholpen wordt met medicijnen of een doorverwijzing naar een snijdend specialisme betekent. Hier valt de neurologie onder, maar bijvoorbeeld ook cardiologie, psychiatrie en dermatologie (Kruijthof, 2005, 26). Ondersteunende specialisten hebben geen 'eigen' patiënten, maar doen onderzoeken en behandelingen in opdracht van de beschouwende en snijdende specialisten. Onder deze groep vallen onder andere de radiologen, anesthesisten, pathologen en revalidatieartsen (Kruijthof, 2005, 26).

2

http://www.maasstadziekenhuis.nl/Informatie_over_het_ziekenhuis/Historie

Deze scheiding in snijdend en beschouwend leidde er toe dat de spoedeisende hulp op de Clara werd gesloten: de chirurgen zijn namelijk degenen die de meeste patiënten die met spoed binnenkomen zien. Neurologisch patiënten die een hersenbloeding- of infarct hebben komen echter met spoed binnen in het ziekenhuis. Dit heeft tot twee aanpassingen in de oorspronkelijk strikte scheiding geleid: in het Zuider kregen de neurologen toch twee kamers om polikliniek te draaien en in het Clara werd de zogenaamde 'verwijspoli' geopend. De neurologiekamers in het Zuider waren er zodat er altijd een neuroloog aanwezig zou zijn voor het geval een neurologisch patiënt met spoed binnen kwam. De verwijspoli in het Clara werd geopend om patiënten met een neurologische klacht die door een huisarts met spoed verwezen werden naar het ziekenhuis op te vangen. Deze patiënten konden dan direct door een neuroloog gezien worden en in hetzelfde ziekenhuis naar de verpleegafdeling gebracht worden. De spoedpoli was alleen open van maandag tot en met vrijdag tussen 09.00 en 17.00. In 2008 werd de naam Medisch Centrum Rotterdam Zuid veranderd in Maastad Ziekenhuis. Dit gebeurde in voorbereiding op een tweede grote verandering. Voor februari 2011 stond namelijk de verhuizing naar een nieuw ziekenhuisgebouw gepland. Beide locaties werden hierbij samengevoegd in een nieuw gebouw. Helaas kwam hier een kleine hobbel in de weg: door een vertraging in de bouw van de bijbehorende parkeergarage moest de verhuizing uitgesteld worden tot mei 2011. Op onderstaande afbeelding zijn de buitenkant van de twee oude locaties en de nieuwe locatie te zien.



Afbeelding 2 Buitenzijde oude locaties en nieuwe locatie

De verhuizing naar een nieuw ziekenhuisgebouw ging gepaard met enkele organisatieveranderingen, die al ruim voor de verhuizing ingezet werden. Zo werd er een elektronisch dossier geïntroduceerd in 2009. Het doel hiervan was van de nieuwbouw een papierloos ziekenhuis te maken, waar alle patiëntinformatie op elke plek in het ziekenhuis digitaal in te zien is. Daarnaast veranderde in 2010 de functie van voedingsmedewerker in Medewerker Patiënten Service. Naast deze en andere organisatieveranderingen voorafgaand aan de verhuizing, is de verhuizing zélf niet door de directie ingezet als een organisatieverandering, wat zoals omschreven in het vorige hoofdstuk wel zou kunnen. Onderstaande tijdsbalk laat de gebeurtenissen zien en hoe dit onderzoek in de gebeurtenissen in het Maastad Ziekenhuis past. De eerste periode van veldwerk werd gedaan in de vijf maanden voorafgaand aan de verhuizing, de twee periode in de laatste twee weken voor en eerste vier weken na de verhuizing



“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Binnen de tijdsgrenzen van dit onderzoek was het niet mogelijk om het hele Maasstad Ziekenhuis in het onderzoek mee te nemen. Daarom is de discipline neurologie als case gekozen. Het gehele primaire werkproces van deze discipline is onderzocht. De focus lag hierbij op de actoren die werkzaam zijn in het primaire werkproces en niet op de patiënt.

3.4 Specialisme neurologie

In het Maasstad Ziekenhuis worden patiënten op de verpleegafdeling neurologie opgenomen ter observatie en om een diagnose te kunnen stellen. Nadat de diagnose gesteld is, vaak binnen een week, worden patiënten meestal doorverwezen naar een revalidatiecentrum of verpleeghuis. Het grootste gedeelte van deze patiënten heeft te maken gehad met een CVA (dit is een hersenbloeding of een herseninfarct), maar ook Parkinson, hersentumoren en andere neurologische aandoeningen worden er behandeld. In 2009 werden 1.176 patiënten opgenomen op de afdeling neurologie en kwamen er 1.078 voor de dagbehandeling (Jaarverslag Maasstad Ziekenhuis 2010). Een groot deel van de opgenomen patiënten zijn binnengekomen via de spoedeisende hulp.

Daarnaast kunnen patiënten een bezoek brengen aan de polikliniek, waar zij zoals gezegd gezien worden door een neuroloog. De klachten van deze groep patiënten lopen uiteen, van verminderd gevoel in de armen of benen tot vergeetachtigheid. In 2009 werd er 18.857 maal een bezoek gebracht aan een van de neurologen (Jaarverslag Maasstad Ziekenhuis 2010). De weg van de neurologisch patiënt wordt in hoofdstuk 5 verder uitgewerkt.

De neurologie onderscheidt zich van andere specialismen op een aantal punten. Het is ten eerste een beschouwend specialisme. Zoals eerder aangegeven betekent dit dat de neurologen niet zozeer bezig zijn met het behandelen van de patiënt door operaties, maar met het stellen van diagnoses. Na de diagnose wordt een patiënt vaak niet beter, maar worden de symptomen van de aandoening met medicijnen onderdrukt. De verpleegafdeling heeft door de grote hoeveelheid onderzoeken die buiten de afdeling uitgevoerd worden veel contact met andere afdelingen en personen in het ziekenhuis. Patiënten verblijven op de verpleegafdeling wanneer zij te ziek zijn om thuis of in een verzorgingshuis te verblijven tussen de diverse onderzoeken die tot een diagnose moeten leiden door. Vaak zijn deze patiënten niet mobiel en niet in staat om zich zelfstandig te verzorgen. Verpleegkundigen houden zich dan ook veel bezig met het helpen bij de verzorging. Hier worden allerlei hulpmiddelen, zoals tilliften, rolstoelen en postoele bij gebruikt. Het werk op de verpleegafdeling kan omschreven worden als 'rustig', omdat er weinig calamiteiten zijn en de patiënten zelf niet in staat zijn om rond te lopen of veel aandacht te vragen. De neurologen zijn ook afhankelijk van verschillende afdelingen en personen elders in het ziekenhuis om een diagnose te kunnen stellen. Met die afdelingen en personen hebben zij dan ook frequent contact.

In het Maasstad Ziekenhuis heeft het specialisme neurologie voor de verhuizing twee poliklinieken (op elke locatie één) met in totaal negen spreekonderzoekkamers en een verpleegafdeling met 26 bedden in locatie Clara. Na de verhuizing kent het specialisme één polikliniek met zes kamers, een stafcentrum met negen bureaus en 24 bedden op de gecombineerde verpleegafdeling Neurologie, Plastische Chirurgie, KNO en Interne Geneeskunde. Binnen het specialisme zijn neurologen, arts-assistenten, verpleegkundigen, medewerkers persoonlijke service, polikliniekassistentes, een nazorgconsulent en een afdelingssecretaresse werkzaam. Het schema op de volgende bladzijde laat het aantal personen per functie en een globaal overzicht van hun werkzaamheden zien.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Functie	Aantal	Werkzaamheden
Verpleegkundige	17	Verzorgt de patiënt op de verpleegafdeling en doet kleine onderzoeken.
Leerling-verpleegkundige	4	Verpleegkundige in opleiding, met dezelfde werkzaamheden als de reguliere verpleegkundigen.
Medewerker Patiënten Service (MPS)	6	Verantwoordelijk voor de 'hotelfunctie' op de verpleegafdeling: brengen de maaltijden rond, maken bedden op en zorgen voor het aanvullen van linnengoed.
Afdelingssecretaresse	1	Werkzaam op de verpleegafdeling, ontvangt patiënten, maakt afspraken met interne dienstverleners, artsen en huisartsen en regelt vervoer door het ziekenhuis van spullen en patiënten.
Nazorgconsulent	1	Verantwoordelijk voor de doorstroom van patiënten van de verpleegafdeling naar andere zorginstellingen of naar huis met nazorg, werkzaam op de verpleegafdeling.
Teamleider	1	Zorgt voor de dagelijkse aansturing op de verpleegafdeling en is het aanspreekpunt voor zowel verpleegkundigen als zorgmanagers en artsen.
Arts-assistent	4	Afgestudeerd arts die nog niet in opleiding is tot specialist, het Maasstad Ziekenhuis is namelijk geen opleidingsziekenhuis. Vooral werkzaam op de verpleegafdeling, voor de diagnose en behandeling van patiënten.
Neuroloog	9	De specialist in de discipline neurologie, werkt met name op de polikliniek en is eindverantwoordelijk voor de arts-assistenten.
Polikliniekassistent	5	Werkzaam achter de balie op de polikliniek. Ontvangt patiënten en maakt (vervolg)afspraken voor de patiënt met neuroloog, huisarts, andere specialisten en functieonderzoek. Ondersteunt de neuroloog in patiëntenplanning en het schrijven van brieven.

Naast de in het schema genoemde actoren, zijn er ook drie coassistenten werkzaam op de verpleegafdeling en polikliniek. De zorgmanager neemt geen deel in het primaire werkproces en bevindt zich op een aparte stafafdeling in het ziekenhuis. De IT in het ziekenhuis is ook een belangrijke actor, met name in de communicatie en informatie-uitwisseling tussen de verschillende andere actoren.

21 De verhuizing naar het nieuwe gebouw brengt voor de verpleegkundigen en de medewerkers patiëntenservice nog een tweede grote verandering met zich mee. De verpleegafdeling wordt namelijk uitgebreid met zes bedden, die bedoeld zijn voor patiënten van Keel-, Neus- en Oorheelkunde, Plastische Chirurgie en Interne Geneeskunde. Dit is een groep patiënten die een andere verzorging vraagt dan de neurologisch patiënten. Bovendien wordt er verder gewerkt met dezelfde hoeveelheid personeel, waardoor er meer personele druk ontstaat.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

In dit hoofdstuk wordt de hoofdvraag verder uitgewerkt met deelvragen en de bijbehorende concepten. Hierna ga ik in op de manier waarop de data verzameld en geanalyseerd zijn.

4.1 Hoofdvraag en deelvragen

‘Wat is de inbreng van de fysieke ziekenhuisomgeving in het primaire werkproces van de verschillende actoren van het specialisme neurologie in het Maastricht Ziekenhuis? Wat betekent het voor de beweging door tijd en ruimte van deze actoren om te verhuizen naar een nieuwe fysieke omgeving?’

De volgende deelvragen gaven verder richting aan het beantwoorden van de hoofdvraag:

- Hoe ziet het primaire werkproces voor het specialisme neurologie er uit?
- Welke inbreng heeft de fysieke omgeving in de verschillende onderdelen van het primaire werkproces?
- Op welke manier heeft de discipline neurologie contact met de afdelingen waarmee zij interne dienstverleningsrelaties onderhoudt en welke rol speelt de fysieke omgeving hierin?
- Hoe beïnvloedt de (periode van) verandering van fysieke omgeving het primaire werkproces volgens de verschillende actoren?

22

Concepten

Fysieke omgeving

Het ziekenhuisgebouw en de manier waarop deze is ingericht. Steward Brandt (1994) stelt dat een onderscheid gemaakt kan worden in verschillende lagen van het gebouw. Er is de plaats waar het gebouw staat, de buitenkant van het gebouw, de vaste delen van het gebouw (de dragende constructie), de losse niet-dragende muren, de spullen in het gebouw en de voorzieningen. De voorzieningen bestaan uit IT, het draadloos netwerk, telefoons, etc.. In dit onderzoek ligt de focus op de plattegrond van het gebouw, de spullen die erin staan en de voorzieningen.

Primaire werkprocessen

Met primaire werkprocessen worden alle handelingen en activiteiten bedoeld die de verschillende actoren uitvoeren rondom het analyseren en veranderen van de gezondheidstoestand van de patiënt en de verzorging tussen deze handelingen door. Het gaat hier dus om de primaire zorg voor de patiënt en niet om het managen van deze zorg.

Beweging in tijd en ruimte

Tijdens de uitvoering van het primaire proces verstrijkt de tijd, de timing van het proces is de ordening in tijd. Daarnaast wordt niet elke handeling op dezelfde plek uitgevoerd, waardoor er bewogen moet worden door de ruimte. Het primaire proces hangt hierdoor op verschillende manieren samen met het bewegen van de verschillende actoren door tijd en ruimte. Deze actoren voeren verschillende handelingen synchroon uit.

Actoren

Hiermee wordt bedoeld op degenen die werkzaam zijn in het primaire werkproces van het specialisme neurologie. Dit zijn verpleegkundigen, specialisten, arts-assistenten,

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

nazorgconsulent, afdelingsecretaresses, polikliniekassistentes en medewerkers patiënten service. Daarnaast zijn er de niet-menselijke actoren, die bestaan uit technologie, materialen en het gebouw zelf, voor zover die deel nemen in het primaire proces. Ik volg hierbij de stelling van Bruno Latour (2007) dat een 'ding' een actor wordt zodra deze het primaire proces stuurt of er actief in deelneemt.

Diensten buiten de polikliniek en verpleegafdeling

Bij het verlenen van zorg zijn actoren vaak afhankelijk van informatie en handelingen die door andere afdelingen en dienstverleners geleverd worden. Hierbij kan gedacht worden aan de röntgenafdeling voor het maken van MRI-scans, de vervoersdienst en het laboratorium voor de uitslagen van bloedtesten. De onderlinge relaties tussen de actoren in het primaire werkproces en deze afdelingen en diensten zie ik als interne klantrelaties.

Inbreng van niet-menselijke actoren

De fysieke omgeving zie ik als een verzameling actoren in het primaire zorgproces. De inbreng van deze actoren is de manier waarop ze invloed hebben op het verloop van het primaire proces. Het gebouw beïnvloedt door zijn opbouw bijvoorbeeld de tijd die het kost om van de ene plaats in het primaire proces naar de andere te lopen. Deze invloed uit zich op meerdere manieren, die verderop in dit onderzoek aan bod komen.

4.2 Relevantie

Wetenschappelijk gezien draagt dit onderzoek bij door de kennis over de rol van ruimte in organisaties te vergroten en meer empirisch materiaal te leveren wat past binnen de 'spatial turn' binnen de organisatiewetenschap (Dale en Burrell, 2008). Bovendien geeft het onderzoek meer inzicht in de manier waarop het gehele primaire proces in ziekenhuizen zich afspeelt, doordat gekeken wordt naar het werkproces van zowel de artsen als de verpleegkundigen en alle andere functies in het primaire werkproces van de verpleegafdeling en polikliniek.

Daarnaast kan dit onderzoek bijdragen aan de kennis over de invloed van de fysieke omgeving op het werk in ziekenhuizen. Deze informatie kan voor onder andere architecten en managers van het ontwerpproces waardevol zijn (zie o.a. Mobach, 2009). Ook gebruikers van een gebouw hebben hier voordeel van, doordat het gebouw beter aansluit op hun dagelijks werk. Ziekenhuisgebouwen kunnen hierdoor weer een stukje beter 'evidence-based' (Ulrich, 2006) gebouwd worden.

Voor het Maasstad Ziekenhuis is het onderzoek relevant, omdat het inzicht biedt in werkprocessen en de beleving hiervan door de werknemers. De aandacht voor diensten buiten het primaire proces is daarnaast in overleg met het Maasstad Ziekenhuis tot stand gekomen, omdat dit onderwerp voor hen op dit moment een aandachtspunt is. Vanuit bewegingen in tijd en ruimte is dit bovendien heel interessant, omdat er veel beweging is tussen het primaire werkproces en de diensten en processen hierbuiten.

4.3 Type onderzoek

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gekozen voor het uitvoeren van een casestudy. Een casestudy is geschikt voor een explorerend onderzoek naar een onderwerp waar nog niet veel onderzoek naar gedaan is. Het explorerende karakter van het onderzoek komt tot uiting in de redelijk 'open' wat-vraag (Groen, 1995, 48) waarop zonder scherpe hypothese een antwoord wordt gezocht (Baarde en de Goede, 2001, 95). Een casestudy biedt ook de mogelijkheid om te werken met 'a full variety of evidence' (Yin, 1994, 8), doordat er op vele verschillende manieren data verzameld kunnen worden in de context van processen die niet gemanipuleerd kunnen worden. Het geeft een 'intense focus on a single phenomenon within its real-life context' (Yin, 1991, 1211). Door werkprocessen in hun fysieke omgeving en de verhuizing hiervan van dichtbij te bekijken, kan een *thick description* (Geertz, 1973) van het fenomeen gegeven worden. Dit is een beschrijving van de processen zoals deze door de

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

betrokkenen zelf gezien worden. Ik wil bovendien de onderzoeksvraag in de lokale context kunnen beantwoorden.

Van Marrewijk en Yanow (2010) geven bovendien aan dat een interpretatieve casestudy een goede onderzoeksstrategie is voor onderzoek naar ruimte en organisatie. Deze onderzoeksstrategie brengt namelijk ‘the meanings these spaces and other objects hold for those passing through and/or using them’ (Van Marrewijk en Yanow, 2010, 7) goed in kaart. Gedurende het onderzoek heb ik me laten leiden door de data, waardoor de onderzoeksvraag tussendoor is aangepast en er gedurende het onderzoek thema’s en concepten bijgekomen en weggelaten zijn (zie ook 4.5.2). Het proces van onderzoek had hierdoor een sterk interpretatief karakter.

Loes Berendsen (2008, 29) maakt een onderscheid tussen lokale en extralokale context. De lokale context is de directe context van het onderzoek, het hier en nu waarin deze plaats vindt. De extralokale context is het bredere geheel waarin het onderzoek zich afspeelt, het ‘buiten’. Ook de context van dit onderzoek bestaat uit meerdere lagen. Er is de extralokale context van veranderende zorg, de lokale context van het Maasstad Ziekenhuis als geheel en daarnaast opnieuw een lokale context van de discipline neurologie. De diensten die buiten de polikliniek en verpleegafdeling neurologie aangeboden worden vormen hiervan de extralokale context.

4.4 Het krijgen van toegang

Het eerste contact met het ziekenhuis is gelegd via het Team Advies en Ontwikkeling. Mijn contactpersoon, Franka van Raalte, heeft het plan voorgelegd aan de Raad van Bestuur, die het heeft goedgekeurd. Via het Team Advies en Ontwikkeling is contact gelegd met de discipline neurologie. Het Team Advies en Ontwikkeling heeft vanuit de rol als opdrachtgever gevraagd het thema interne dienstverlening mee te nemen in het onderzoek.

4.5 Dataverzameling

Gedurende het onderzoek heb ik op verschillende manieren data verzameld om daarmee een compleet beeld te krijgen van het primaire werkproces binnen het specialisme neurologie en de rol die de fysieke omgeving hierin speelt. De totale dataset is tot stand gekomen met observaties, interviews, foto’s en plattegronden. Door de methodische triangulatie die deze dataset kenmerkt is het onderzoek sterker geworden (Yin, 1999, 1218; Boeije, 2000, 152; Maxwell, 2005, 94). Bovendien: ‘the fluidity and complexity of the clinical environment and the need to appreciate clinicians’ decision making and cognitive load require studies in which interviews and verbal protocols are combined with observation’ (Vincent en Wears, 2002, 410). De verschillende manieren van dataverzameling hebben verschillende soorten data opgeleverd. Daaronder bevinden zich de data uit observaties. Deze hebben in veel gevallen geen betrekking op geschreven of gesproken tekst, maar op waarneming, gevoel en beweging tijdens de observatie van het primaire proces en de materiële omgeving waarin het primaire proces plaatsvindt (Yanow, 2010). Deze data die geen betrekking hebben op tekst gaven ten eerste input voor het in kaart brengen van tijd, ruimte en beweging. Daarnaast brachten deze data de interactie tussen verschillende actoren in beeld. Als laatste hielpen deze data bij het begrijpen en interpreteren van de teksten. Andersom zijn de data die wel als tekst gezien kunnen worden, interviews en de observaties waarin gesproken werd, gebruikt om de niet-tekstuele data beter te begrijpen. Van der Haar (2007, 34) maakt hierbij bovendien een onderscheid in *practices* en *accounts*. De *practices* zijn de geobserveerde data. Hierbij is betekenisgeving aan de situatie door de geobserveerde actoren vaak impliciet. Deze impliciete elementen worden in interviews veel explicieter gemaakt. Hierdoor hebben de twee typen data elkaar goed aangevuld. In het resultatenhoofdstuk wordt dan ook een combinatie van deze typen data gepresenteerd. Tijdens de observaties werd ook gesproken tekst waargenomen. Het voordeel hiervan was dat ik de tekst letterlijk in zijn fysieke context zag en hoorde (McDonald, 2005, 457). In de zorg is wat gezegd wordt vaak gerelateerd aan de omgeving waarin gewerkt

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

wordt, waardoor deze 'running commentary' (McDonald, 2005, 457) juist hier van grote waarde is.

4.5.1 Periode

De data zijn verzameld in twee perioden:

1. Voor de verhuizing van januari tot en met maart 2011.
2. Tijdens de verhuizing, van begin mei tot half juni. De eerste twee weken van mei was dit in de oude situatie, de eerste twee weken van juni in de nieuwe situatie.

Beide perioden van dataverzameling gaven informatie over het karakter van het primaire werkproces en de inbreng van de fysieke omgeving hierin. De data die in de eerste periode zijn verzameld geven informatie over de periode voor de verhuizing naar een nieuwe fysieke omgeving. De data uit de tweede periode geven informatie over het proces van de verhuizing en het gewend raken aan een nieuwe fysieke omgeving. Bovendien heeft het meemaken van een verhuizing naar een nieuwe fysieke omgeving me meer inzicht gegeven in de rol die de fysieke omgeving in werkprocessen kan hebben.

4.5.2 Aanpassingen door uitstel van de verhuizing

Aanvankelijk zou de verhuizing van de twee oude locaties naar het nieuwe ziekenhuisgebouw plaatsvinden op 26 en 27 februari 2011. Door de vertraagde oplevering van de parkeergarage bij het ziekenhuis werd de verhuizing echter uitgesteld naar 14 en 15 mei 2011. Deze wijziging van de plannen werd drie weken voor het oorspronkelijke moment van verhuizen bekend gemaakt. Dit heeft de dataverzameling en daarmee het onderzoek beïnvloed. In eerste instantie was het de bedoeling in de beide situaties een gelijkwaardige periode van dataverzameling uit te voeren. Omwille de doorlooptijd van het onderzoek is besloten de eerste periode uit te breiden en de tweede in te korten. De data uit de eerste periode zijn hierdoor uitgebreider dan de data uit de tweede periode. Waar het aanvankelijk mijn plan was om in de nieuwe situatie mee te lopen met dezelfde actoren en ook dezelfde respondenten te interviewen als in de periode voor de verhuizing, bleek dit niet mogelijk. De eerste oorzaak hiervoor is dat ik zelf door het uitstellen van de verhuizing en de uiterste inleverdatum van dit verslag minder tijd beschikbaar had dan in eerste instantie gepland. Daarnaast bracht de verhuizing zoals ook later zal blijken zoveel verwarring en drukte met zich mee dat respondenten vaak geen tijd vrij konden maken voor een interview of om mij een dagdeel mee te laten lopen. Dit geldt voor de arts-assistenten, een deel van de verpleegkundigen en de assistentes op de polikliniek. Een laatste struikelblok was een hoog ziekteverzuim tijdens de eerste weken na de verhuizing. Hierdoor hadden degenen die wel werkten meer te doen en heb ik daarnaast enkele respondenten niet kunnen interviewen door afwezigheid. Zo waren beide Medewerkers Patiëntenservice afwezig.

Door het uitstel van de verhuizing heb ik besloten de focus van het onderzoek van een vergelijking 'voor' en 'na' te verleggen naar de stabiele situatie voor de verhuizing en de impact van de verhuizing zelf, die ten tijde van het onderzoek nog niet gestabiliseerd was. In het resultatenhoofdstuk is dit terug te zien doordat de data in de nieuwe situatie vooral informatie geven over het wennen aan deze nieuwe situatie.

4.5.3 Dynamische observaties

Beide perioden van dataverzameling zijn begonnen met een aantal dagdelen meelopen met verschillende actoren om hiermee een beeld te krijgen van het werk van de verschillende actoren in het primaire werkproces. Deze meeloopsessies vonden altijd plaats vanaf de start van de dag tot en met de lunch of tot en met het einde van de dienst. Dit was afhankelijk van

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

de wensen en beschikbaarheid van de betreffende actoren. De observaties zijn te zien in onderstaande tabel.

Actor	1 ^e periode	2 ^e periode
Verpleegkundige	2 dagen 1 avond	1 dag
Arts-assistent	1 dagdeel	1 dagdeel
Neuroloog	2 dagdelen	2 dagdelen
Secretaresse	1 dag	
Assistente polikliniek	1 dag	
Nazorgconsulent	1 dag	
Medewerkers patiëntenservice (MPS)	1 dag	

Tijdens de observaties heb ik de actor de gehele dag geschaduwd (zie ook: McDonald, 2005), wat de reden is om dit type observaties *dynamisch* te noemen. Soms vroegen de actoren om ondersteuning bij bepaalde handelingen. Zolang het voelde of ik deze ondersteuning kon bieden, heb ik die geboden. Tijdens het meelopen met de MPS heb ik eten uitgedeeld en brood gesmeerd, met de verpleegkundigen heb ik patiënten helpen aankleden en voor de neuroloog ben ik af en toe naar de printer gelopen om een medicijnbriefje te halen.

Observaties die worden uitgevoerd in een aaneengesloten periode worden ook wel *sequential observations* genoemd (Kruijthof, 2005: 65). De observaties gaven inzicht in de dagelijkse praktijken en het 'echte werk'. Een grote bijdrage ervan is dat '[it] can produce the sort of first-hand, detailed data that gives the organizational researcher access to both the trivial or mundane and the difficult to articulate' (McDonald, 2005, 457). Ook vertelden de actoren veel tijdens deze sessies, over het werk, hoe zij dit ervaren, maar ook over de fysieke omgeving.

Loes Berendsen (2008, 15) maakt een onderscheid in twee soorten activiteiten die gezien kunnen worden bij het observeren van de dagelijkse handelingspraktijk: soloactiviteiten en sociale interacties. Dit is een belangrijk onderscheid, omdat deze handelingspraktijken elk een heel andere aard hebben. Het onderzoek van Berendsen richtte zich op managers, die vaak alleen op een kamer aan het werk zijn. De sociale interacties die zij beschrijft zijn interacties met andere werknemers. In de zorg komt individueel werken achter een gesloten deur weinig voor: in de zorg ben je nooit alleen. Sociale interacties definieer ik in dit onderzoek daarom als interacties met andere actoren in het primaire proces. Soloactiviteiten zijn hier, naast het werk dat daadwerkelijk alleen gebeurt, ook het alleen uitvoeren van handelingen aan de patiënt. Hoewel de patiënt hierbij aanwezig is en er dus sprake is van een sociale interactie, wordt de *handeling zelf* enkel door de actor uitgevoerd. Vanuit het perspectief van de actor in het primaire werkproces is daarom sprake van een soloactiviteit.

Voor wat betreft de ruimten en hun werking was mijn eigen lichaam nadrukkelijk het belangrijkste onderzoeksinstrument voor fysieke en zintuiglijke waarnemingen. Het observeren van ruimte is iets wat van de lichamelijke beleving van de onderzoeker uit gaat (Yanow, 2010, 146). Tijdens het meelopen kon ik namelijk niet alleen het dagelijks werk ervaren, maar ook de ruimten waarin dit dagelijks werk plaatsvond. De actoren met wie ik meeliep vertelden vaak tijdens het werk over deze ruimten, wat de manier waarop zij ruimte hanteren inzichtelijk en herkenbaar maakt. Dit maakt niet alleen het primaire proces in de zorg een *embodied practice*, maar ook het doen van onderzoek hiernaar.

Tijdens de dynamische observaties vertelden de actoren veel, zeker op momenten dat we van de ene afdeling naar de andere liepen. Bijvoorbeeld tijdens het wegbrengen van bloed naar het laboratorium of van de polikliniek naar het stafcentrum. Deze wandelingen namen vaak enkele minuten in beslag en kunnen gezien worden als *walking interviews* (Jones e.a., 2008). Jones e.a. geven aan dat dit type interviews nog redelijk onbekend is, maar 'it has great potential to shed light on how participants use and understand different spaces' (Jones e.a., 2008, 8).

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Doordat de respondenten in plaats van in een aparte ruimte in hun normale werksetting geïnterviewd worden, kunnen andere onderwerpen naar voren komen die persoonlijker of lastiger te vertellen zijn. Dit heeft onder andere te maken met het verschuiven van de machtsverhouding tussen interviewer en respondent, die door beweging vaak minder zwaar lijken te tellen (Jones e.a., 2008, 3). De verhalen tijdens deze interviews hadden in dit onderzoek vaak betrekking op herinneringen uit het verleden, wat er op kan wijzen dat persoonlijke ervaringen en geschiedenis een grote rol spelen in hoe ruimte beleefd wordt. Tijdens de observaties had ik altijd een klein opschrijfboekje bij me, waarin ik korte aantekeningen maakte over dingen die mij opvielen, uitspraken van verschillende actoren en het verloop van de dag. Als er geen goed moment was om aantekeningen te maken tijdens het meelopen, zonderde ik me kort af op de gang of op een andere rustige plek. De korte aantekeningen verwerkte ik zo snel mogelijk tot een verslag. Dit probeerde ik in de trein terug naar Utrecht te doen, of kort na aankomst thuis. Door de aantekeningen snel te verwerken tot een verslag, heb ik het risico op het vergeten van details verminderd.

4.5.4 Statische observaties

Gedurende het onderzoek heb ik op onofficiële onderzoeksmomenten veel gezien en gehoord. Dit zijn de momenten waarop ik op weg was naar een afspraak, aan het wachten was op een afspraak of zomaar een rondje liep door het ziekenhuis. Tijdens deze observaties bleef ik vaak op één plek en was ik in ieder geval niet in beweging samen met één van de actoren, wat de reden is om dit *statische* observaties te noemen. In de oude situatie heb ik observaties gedaan vanuit de wachtkamers van beide poliklinieken, vanuit de zusterpost op de verpleegafdeling, in de afdelingskeuken, in de kamer van de leerling-begeleidster en op de gang van de verpleegafdeling. In het nieuwe ziekenhuis waren deze observaties uitgebreider dan in het oude ziekenhuis. Er was namelijk minder gelegenheid om mee te lopen en daardoor dynamische observaties te doen. Daarnaast was ik vaak langer aan het wachten op interviews dan gepland, doordat de actoren minder tijd over hadden bij de uitvoer van het primaire proces. Van die gelegenheden heb ik gebruik gemaakt door te observeren vanaf de verpleegpost, de huiskamer en de wachtkamer van de poliklinieken. Ook zorgde ik dat ik vaak aanwezig was bij de koffiepauze op de verpleegafdeling, waar het gesprek vaak ging over het wennen aan de nieuwe fysieke omgeving. Ook tijdens deze observaties maakte ik korte aantekeningen, om deze in de trein of kort na thuiskomst in een verslag te verwerken.

Deze momenten gaven me de mogelijkheid de normale werkzaamheden vanaf de zijlijn te bekijken. Daarnaast had ik op deze momenten veel informele gesprekken met verschillende actoren. In deze informele gesprekken kwam veel informatie naar boven. Bijvoorbeeld over de verhuizing en over de manier waarop ruimte ervaren wordt. Ook gaven juist de informele momenten me veel inzicht in frontstage en backstage processen (De Ruijter, Verweel en Siebers, 2002). Frontstage en backstage zie ik in dit onderzoek vanuit het oogpunt van de patiënt. Onder frontstage versta ik hier gesprekken en handelingen over, met en in de buurt van de patiënt. Deze gesprekken en handelingen vinden plaats tussen patiënt en verpleegkundige, arts-assistent of arts, maar ook tussen de actoren onderling. Backstage vinden gesprekken plaats die niet gehoord worden door patiënten. Deze gesprekken hebben vaak wel betrekking op de patiënt of het handelen rondom de patiënt. Daarnaast zijn er nog de koffie- en rookpauzes en momenten in de lift. Hierbij worden onderlinge verhoudingen en status vergeten of genegeerd en wordt informeel gesproken over uiteenlopende zaken. In informele gesprekken komt vaak gevoelige en vertrouwelijke informatie naar boven die in een formelere setting niet genoemd wordt (Iedema e.a., 2010, 44). Ondanks mijn aanwezigheid als buitenstaander, werd er backstage toch veel informatie uitgewisseld. Dit komt misschien doordat er in het ziekenhuis vaak personele wisselingen zijn, waardoor de medewerkers snel gewend zijn aan een nieuw gezicht.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

4.5.5 Semigestructureerde interviews

Tijdens het veldwerk heb ik in totaal 27 interviews afgenomen, negentien in de oude en acht in de nieuwe fysieke omgeving. Alle actoren in het primaire proces zijn hierbij aan bod gekomen: artsen, arts-assistenten, verpleegkundigen, medewerkers patiënten service, nazorgconsulent, assistent, secretaresse en teamleider. Onderstaand overzicht laat de interviews zien.

Actor	Afkorting in tekst	1 ^e periode	2 ^e periode
Verpleegkundige	VP1-VP9	9	4
Arts-assistent	AA1-AA2	2	0
Neuroloog	NE1-NE2	2	2
Secretaresse	SA	1	0
Assistente polikliniek	AP1	1	0
Nazorgconsulent	NC	1	1
MPS	MPS1-MPS2	2	0
Teamleider	TL	1	1
Totaal		19	8

Ook voor de interviews geldt dat ik er in de tweede periode dataverzameling minder heb kunnen doen. Dit lag zowel aan het kortere tijdsbestek van deze periode van dataverzameling als aan een gebrek aan tijd van de respondenten. Een aantal respondenten uit de eerste sessies was langdurig ziek of met vakantie. De arts-assistenten hadden door een vergroting van hun takenpakket geen tijd. Doordat de spoedeisende hulp en de verpleegafdeling zich in het nieuwe ziekenhuis in hetzelfde gebouw bevinden, draaien zij nu ook diensten op de spoedeisende hulp. Bovendien zijn de arts-assistenten in tegenstelling tot voorheen nu ook verantwoordelijk voor de neurologisch consulten op andere verpleegafdelingen. De secretaresse en assistente polikliniek tenslotte gaven beiden aan het drukker te hebben dan voorheen, waardoor ook zij geen tijd vrij konden maken. In korte informele gesprekken heb ik wel met hen over de nieuwe fysieke omgeving gesproken (zie paragraaf Informele gesprekken). De interviews heb ik opgenomen en later letterlijk getranscribeerd.

De interviews hadden drie doelen. Ten eerste sprak ik met de respondenten over het primaire proces, om de bevindingen uit observaties te vergelijken met de manier waarop zij het werk zien. Ten tweede kwam de situatie en verwarring voor en na de verhuizing ter sprake, om een beeld vanuit de optiek van de respondent hierover te kunnen vormen. Het laatste punt wat aan bod kwam was de beleving van de fysieke omgeving. Dit was voor respondenten vaak het lastigste gedeelte van het interview. Het duurde vaak even voor zij antwoord konden geven op vragen als: 'op welke plaats in het ziekenhuis kom je graag' en 'waar drink je koffie? Kun je die keuze toelichten?'. De fysieke omgeving wordt niet bewust ervaren, wat het praten hierover lastig maakte (Krein, 2010, 202). Door voorbeelden te geven probeerde ik de respondenten te helpen hier over na te denken. Hierbij noemde ik concrete plekken (het restaurant, de zusterpost, etc.) en voor- en nadelen van die plaatsen (rustig, rumoerig, overzichtelijk, etc.). In veel gevallen hielp dit inderdaad bij het bewust worden van de fysieke omgeving.

De setting van het interview bleek overigens altijd van invloed te zijn op het verloop van het gesprek. Vaak werd er verwezen naar de ruimte ter ondersteuning van het verhaal. Daarnaast was de setting vaak een bevestiging van de bewering dat er te weinig ruimte voor rustig overleg is op de verpleegafdeling (zie resultaten en analyse). Meer dan eens werd het gesprek verplaatst naar een andere ruimte door bijvoorbeeld een nieuwe opname, bezoekers die in de gang aan tafel kwamen zitten of een verpleegkundige die aangaf de ruimte nodig te hebben. De ruimten waren altijd rustig genoeg om een interview te houden, maar de verstoringen hadden zeker invloed. Participanten raakten soms de draad van het verhaal kwijt en ik zelf ook. Om dit te

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

voorkomen ben ik later mee gaan schrijven tijdens de interviews, zodat ik na een verandering van setting het laatst besproken onderwerp opnieuw aan kon dragen.

4.5.6 Informele gesprekken

Tijdens de observaties voerde ik zoals eerder omschreven vaak korte gesprekken met de actoren die ik hierbij tegenkwam. In de tekst wordt ook naar deze informele gesprekken verwezen. Wanneer ik met de betreffende actor ook een interview heb gehouden, wordt naar hen op dezelfde manier verwezen als in formele interviews. Onderstaande tabel laat de actoren zien waarvan de korte gesprekken als data mee genomen zijn.

Actor	Aantal actoren informeel gesproken	Afkorting in tekst
Verpleegkundige	10	VP1-VP10
Arts-assistent	3	AA1-AA3
Neuroloog	3	NE1-NE3
Secretaresse	1	SA
Assistente polikliniek	2	AP1-AP2
Nazorgconsulent	1	NC
MPS	2	MPS1-MPS2
Teamleider	1	TL
Totaal	23	

4.5.7 Foto's

Het gebruik van visuele middelen is 'most usefull when observing spaces, places, the environment and objects' (Boeije, 2010, 66). Door het gebruik van foto's kan de fysieke omgeving goed in kaart worden gebracht. Gezien het karakter van dit onderzoek, wat immers gaat over de fysieke omgeving, is deze manier van dataverzameling onmisbaar. Er zijn foto's genomen van de situatie in de oude en het nieuwe gebouw. Foto's worden in dit onderzoek op drie verschillende manieren ingezet.

In de eerste plaats dienden de foto's voor mijzelf ter herinnering aan de situatie voor de verhuizing, ook wanneer de twee oude locaties niet langer toegankelijk zijn. Deze inzet van foto's is vooral bedoeld als documentatie voor de onderzoeker en de lezer.

Ten tweede zijn de foto's gebruikt in de tweede ronde interviews. Aan de hand van de foto's van het oude heb ik met de respondenten gesproken over het nieuwe gebouw. Deze methode wordt ook wel 'photo-elicitation' interviewen genoemd (Clark-Ibáñez, 2004). De foto's hebben een bijdrage aan de interviews geleverd, doordat deze het voor de respondenten mogelijk maakten het nieuwe gebouw vanuit het perspectief van het oude te laten zien. Vaak werd er aan het begin van de interviews in de nieuwe fysieke omgeving negatief gesproken over de nieuwe situatie. Na het zien van de foto's van de oude situatie waren de respondenten opvallend positiever over de nieuwe omgeving dan ervoor. Vooral op esthetisch vlak waren zij positief over de nieuwe situatie. Clark-Ibáñez (2007, in Boeije, 2010) stelt bovendien dat het gebruik van foto's de conversatie tussen respondent en onderzoeker makkelijker en vrijer maakt. Zo geven afbeeldingen de respondenten de kans, onderwerpen in te brengen die zij zonder foto niet zouden noemen.

Als laatste heb ik enkele respondenten in de oude fysieke omgeving gevraagd naar plekken in de werkomgeving die voor hen belangrijk zijn. Van deze plekken heb ik een foto gemaakt en mee genomen naar de interviews in het nieuwe ziekenhuisgebouw. Hierdoor gaf ik de respondenten meer kans om hun eigen verhaal te vertellen aan de hand van de genomen foto (Clark-Ibáñez, 2004; Warren, 2002). De plekken die de respondenten in het oude ziekenhuis

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

noemden als hun favoriete plek, brachten bij het zien van foto's van deze plek emotionele reacties teweeg.

4.5.8 Documenten

De plattegronden van het oude en het nieuwe ziekenhuis vormen een belangrijke bron van informatie over hoe het ziekenhuis opgebouwd is. De plattegronden heb ik bekeken voor elke observatie en erna, om de afgelegde weg terug te zien.

De overige documentanalyse (personeelsblad, website, intranet, jaarverslag en foldermateriaal voor patiënten) is vooral ondersteunend geweest aan mijn eigen beeldvorming rond het nieuwe ziekenhuis en de dagelijkse praktijken in de lokale context van het oude ziekenhuis.

4.6 Analyse

Tijdens de observaties heb ik aantekeningen gemaakt. Deze veldnoten werkte ik vervolgens onderweg of thuis direct uit in observatieverslagen. De interviews heb ik opgenomen en getranscribeerd. Beide soorten tekst heb ik vervolgens met hulp van MaxQda gecodeerd en geanalyseerd. De foto's en plattegronden van het oude en nieuwe ziekenhuis hebben mij geholpen bij het begrijpen van de interviews. Ook waren deze behulpzaam bij het activeren van mijn herinnering aan de drie locaties in de analysefase van het onderzoek.

Tijdens de analyse kwamen verschillende thema's naar boven, zoals embodied practice en veranderende routines. Naar deze thema's heb ik vervolgens extra literatuuronderzoek gedaan, om hierna opnieuw terug te gaan naar de data. De analyse is hiermee interpretatief en inductief. Het voordeel van deze inductieve manier van werken is dat hierdoor nieuwe thema's konden opkomen, die met een vooraf gemaakt analysekader over het hoofd zouden zijn gezien. Dit past goed bij explorierend onderzoek. Het nadeel is dat de analyse niet goed navolgbaar en reproduceerbaar is.

Hoewel ik de daadwerkelijke analyse pas gestart ben na het veldonderzoek, veranderden de interviews en observaties wel gedurende het onderzoek. Mijn inzicht in het primaire proces nam toe, net als het inzicht in de mogelijke rol van de fysieke omgeving. De interviews werden hierdoor naarmate de tijd vorderde gericht. Tijdens observaties richtte ik mijn aandacht steeds meer op specifieke handelingen en gebeurtenissen. De plaatsen voor statische observaties (zie ook paragraaf 4.5.4) bepaalde ik deels aan de hand van eerdere dynamische observaties. Zo bleken de zusterpost, keuken en kamer van de leerlingbegeleidster in de oude situatie belangrijke plekken voor informele gesprekken te zijn. Dit vormde een reden om vanaf hier enkele observaties te doen.

Tijdens de analyse heb ik regelmatig met zowel de teamleider als andere actoren die ik tegenkwam in de koffiepauzes over de resultaten gesproken. Hierdoor werd ik soms op nieuwe ideeën gebracht. Deze gesprekken waren niet gepland, maar meestal wel relevant. De analyse heb ik hierdoor niet alleen individueel gedaan, maar ook in samenspraak met anderen.

4.7 Betrouwbaarheid, validiteit en mijn rol als onderzoeker

Externe validiteit, ook wel generaliseerbaarheid genoemd, is moeilijk te realiseren in kwalitatief onderzoek (Boeije, 2010, 180; Flyvbjerg, 2006). De resultaten van deze casestudy zijn immers lokaal onderzocht en daardoor contextgebonden. Het resultaat van dit onderzoek zal dan ook niet toepasbaar zijn op elke fysieke omgeving. Het zal eerder een idee geven van de mogelijke rol van de fysieke omgeving in primaire werkprocessen in ziekenhuizen. Yin (1999, 1212) stelt bijvoorbeeld dat 'investigators doing casestudies are not "theory driven"(a criticism that has been raised by some), but are "driven to theory"'. Hieruit blijkt het inductieve karakter van dit onderzoek, waar ik enerzijds vanuit bestaande literatuur de situatie in het Maasstad Ziekenhuis probeer te verklaren en anderzijds de bestaande literatuur inductief hoop uit te breiden.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Eén van de kwaliteitscriteria in dit onderzoek is betrouwbaarheid. Een kwalitatief onderzoek is nooit volledig herhaalbaar, wat de betrouwbaarheid vermindert. Aangezien de onderzoeker het onderzoeksinstrument is (Walsh, 2004, 223), hangt het onderzoek sterk samen met degene die het uitvoert. Daarnaast is de onderzoekscontext voortdurend in beweging, waardoor resultaten een representatie zijn van de gebeurtenissen die ik heb kunnen observeren. Dit kan een vertekend beeld geven, doordat een onderzoeker vaak niet op de plek aanwezig is waar ‘het’ gebeurt, of net te vroeg of te laat hier aan komt (Gastelaars en Vermeulen, 2000, 10). Dit nadeel van onderzoek met een etnografisch karakter heb ik geprobeerd te ondervangen door een groot aantal observaties te doen. In de tekst worden observaties die specifiek voor het moment lijken zoveel mogelijk aangegeven als ‘eigen observatie’. Observaties die ik op meerdere dagen en tijdstippen heb gedaan worden meer als meer voorkomend beschreven en niet specifiek benoemd. Hiermee hoop ik dat de observaties navolgbaar zijn voor de lezer.

Reactiviteit kan een bedreiging van de kwaliteit van het onderzoek vormen in zowel de observaties als de interviews (Maxwell, 2005, 109). Respondenten zullen hun gedrag altijd aanpassen aan de situatie en de situatie is anders dan ‘normaal’ wanneer er een onderzoeker aanwezig is. Tijdens de observaties was de reactiviteit niet echt duidelijk waar te nemen. Ik verbaasde me soms over de persoonlijke onderwerpen die tussen actoren ter sprake kwamen terwijl ik ernaast stond. Dit kan komen doordat het in de zorg normaal gevonden wordt dat er leerlingen meelopen. Ik werd ook gezien als een leerling, maar dan één met weinig verstand van de zorg. Dit was merkbaar doordat de neurologen soms medisch inhoudelijke vragen stelden en mij vroegen wat ik van het ziektebeeld zag. Pas als ik zei: ‘ik ben geen co-assistent, ik zou het niet weten’, beseften zij dat ik in een andere rol zat. Ook de verpleegkundigen vroegen mij soms te helpen met handelingen die ik niet kon, opnieuw doordat ik voor leerling werd aangezien. In de interviews was de reactiviteit echter duidelijk merkbaar. Veel respondenten gaven bij de vragen over de fysieke omgeving aan hier nooit echt over nagedacht te hebben. Dit is logisch, de fysieke omgeving wordt vaak ‘tacitly’ ervaren (Yanow, 2010). De interviews zetten de respondenten aan tot een andere manier van kijken naar de fysieke omgeving.

Dit sluit aan bij Maxwell (2005, 109), die stelt dat reactiviteit een groter probleem is bij interviews dan bij observaties. Bij observaties heeft de gehele setting namelijk invloed op het gedrag en de aanwezigheid van een onderzoeker verandert de setting nauwelijks. Bij een interview is dit effect sterker, omdat hier de interviewer één op één praat met de respondent en hierdoor erg aanwezig is.

Etnografisch onderzoek in de ruimtelijke setting brengt een aantal specifieke uitdagingen met zich mee. Ten eerste is dit onderzoek deels gebaseerd op zintuiglijke waarnemen, omdat taal vaak niet toereikend is. Hierdoor ben ik als onderzoeker het voornaamste onderzoeksinstrument (Yanow, 2010). Dit brengt met zich mee dat de geobserveerde werkelijkheid de werkelijkheid is zoals ik deze zie. De interpretatie van de onderzoeker is uiteindelijk altijd bepalend voor de manier waarop de data gerepresenteerd worden.

Als onderzoeker ben ik degene die accounts en practices interpreteert, er vanuit mijn eigen wetenschappelijke en persoonlijke achtergrond betekenis aan geeft en het vervolgens representeert. Reismann (1993, 10) geeft in dit kader aan dat elk onderzoek vijf momenten van representatie kent die het onderzoek gaandeweg transformeren. Ten eerste is de onderzoeker aanwezig bij gebeurtenissen, waar de eerste transformatie plaatsvindt. De onderzoeker vertelt vervolgens aan studiegenoten, vrienden en anderen die niet werkzaam zijn in het ziekenhuis over haar ervaring, wat de beleving van de gebeurtenis verandert voor zowel de onderzoeker als degene met wie zij in dialoog is. De volgende twee stappen zijn het opschrijven van de bevindingen en de analyse hiervan. Vooral in de analyse zal door interpretatie van de data veel van de achtergrond van de onderzoeker naar voren komen. De laatste stap is het moment waarop anderen de onderzoeksresultaten lezen en op hun beurt weer interpreteren. Het is belangrijk om tijdens het onderzoek door te hebben dat de ‘ruwe’ data in zoveel stappen

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

verwerkt en veranderd worden. Reismann (1993, 10) verwoordt dit zo: 'we are interpreting and creating texts at every juncture, letting symbols stand for or take place of the primary experience, to which we have no direct access.' Er kan alleen bewust met data omgegaan worden om te begrijpen wat deze werkelijk vertellen, wanneer af en toe stilgestaan wordt bij de manier waarop de data gedurende het onderzoek transformeren.

Deel II

Resultaten en analyse

Het was wel even zoeken dit keer, voor je de onderzoeksafdeling had gevonden. Hoe kon je nu weten dat elke discipline een eigen onderzoeksafdeling heeft, waarvan de naam in de verste verte niet lijkt op die van het specialisme waar je de vorige keer kwam? Peinzend over de moeite die het soms kost de juiste weg te vinden ga je op een stoel in de wachtkamer zitten. Voordat je telefoon goed en wel uit je tas is om je mail te checken staat er een onbekende voor je, in witte jas. Ze ziet er niet uit als een arts. Toch noemt ze je naam. Of je mee wilt komen naar de onderzoekskamer? Dat wil je best, het kan eigenlijk niet anders. In de onderzoekskamer wachten de arts en een groot apparaat je op. Of je even wilt gaan liggen op de onderzoeksbank, ondergoed aanhouden alstublieft? Waarom ook niet. Hoewel je niet begrijpt wat er gaat gebeuren en wat dat grote apparaat daar doet, vertrouwt je de arts volledig. Er gebeurt van alles om je heen, er wordt op knoppen gedrukt en met naalden geprikt. Na een kwartier kan je gaan. De volgende afspraak staat alweer gepland. Je loopt met een knikje van de arts weg en hoopt dat het de volgende keer dan echt duidelijk wordt wat er aan de hand is.

33

Afbeelding 3 Gevel locatie Clara ^aWij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Om een indruk te krijgen van de grootte van het Maasstad Ziekenhuis en de verscheidenheid aan functies en faciliteiten wordt hier de gang van neurologische patiënt door het ziekenhuis beschreven. De mogelijk gang van de patiënt vormt hiermee het substraat voor de rest van het onderzoek. De voorbeelden gaan uit van de oude situatie, maar zijn wat betreft de aard van de handelingen door de diverse actoren aan de patiënt ook representatief voor de nieuwe situatie. Deze gang verschilt van patiënt tot patiënt, afhankelijk van de klacht en het ziektebeeld. Gastelaars (2006, 84) omschrijft dat een klant over het algemeen in vijf fasen door een dienstverlenende organisatie gaat: werving, selectie, classificatie, transformatie en afronding of nazorg. Tijdens de werving wordt een klant binnengehaald bij de organisatie, in de selectie wordt gekeken of de klant geschikt is, de classificatie geeft een diagnose, de transformatie zorgt voor de verandering in de toestand van of rond de klant en de afronding is de laatste fase, waarna een klant naar huis kan. De eerste fase, werving, vindt meestal buiten het ziekenhuis plaats en laat ik hier buiten beschouwing. De selectie van patiënten vindt ook vaak plaats voor deze met het ziekenhuis in aanraking komen, namelijk door de huisarts of de ambulanceverpleegkundigen, een groot gedeelte van de neurologische patiënten komt met een acute klacht binnen via de spoedeisende hulp, via de huisartsenpost of via de ambulance. De selectie van degenen die wel of niet in het ziekenhuis blijven wordt gemaakt door een spoedeisende hulp(SEH)-arts of neuroloog. Dit zijn de acute patiënten. Een andere groep patiënten wordt ook wel electieve of planbare patiënten genoemd en maakt opwachting na een afspraak gemaakt te hebben in de polikliniek of op de verpleegafdeling. De eerste keer dat deze patiënten in het ziekenhuis komen, is altijd na verwijzing door de huisarts. De huisarts heeft hiermee de selectie gemaakt. Een derde groep patiënten vormt de chronische patiënten, zij komen gedurende hun leven meerdere malen terug in de polikliniek en op de verpleegafdeling. De eerste selectie van deze patiënten vindt ook vaak plaats door de huisarts.

Met ingang van de classificatiefase kan de patiënt in het ziekenhuis aanwezig zijn. Een neuroloog of een neurologische arts-assistent beoordeelt de patiënten die binnen komen en neemt het eindbesluit over de te volgen strategie in de transformatiefase. Diagnostiek is een belangrijke taak binnen de neurologie in deze fase. De transformatie vindt ook plaats in het ziekenhuis. Hierbij wordt een patiënt waar mogelijk lichamelijk behandeld, of er wordt een diagnose gesteld waaraan medicijnen gekoppeld worden. De behandeling kan chronisch zijn en bestaat dan niet zozeer uit een verandering van de gezondheidstoestand, als wel uit het zoveel mogelijk onderdrukken van symptomen die met de diagnose te maken hebben. De afronding vindt in de meeste gevallen ook plaats in het ziekenhuis tijdens een exitgesprek of vervolgspraak op de polikliniek. De nazorg wordt indien nodig vanuit het ziekenhuis gepland, maar in veel gevallen elders aangeboden. Dit kan zijn in een verpleeg- of verzorgingshuis of in de praktijk van fysiotherapeut en logopedist. Chronische patiënten komen herhaaldelijk in het ziekenhuis terug en komen hierdoor nooit definitief in de nazorgfase of afsluiting terecht. Ook hierin wordt door het ziekenhuis voorzien. In sommige gevallen wordt de gang van de patiënt beëindigd doordat deze overlijdt in het ziekenhuis.

Eerder werd al het verschil tussen acute, electieve en chronische patiënten genoemd. In de volgende drie paragrafen wordt ter illustratie het individuele patiëntproces van deze drie groepen beschreven, ondersteund met een fictief voorbeeld uit de praktijk. Deze fictieve beschrijvingen zijn gebaseerd op observaties en interviews en dienen ter introductie van het primaire werkproces van de discipline neurologie en de locaties waar dit uitgevoerd wordt.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

5.1 Acute patiënten

Acute patiënten worden met spoed binnen gebracht op de Spoed Eisende Hulp (SEH) of op de verwijspoli. Dit kan via de ambulance, op eigen initiatief of na verwijzing van de huisarts. Een huisarts belt na doorverwijzing met de verwijspoli om de patiënt aan te kondigen, zodat er alvast een plek vrij gehouden kan worden. Neurologische patiënten die via de SEH het ziekenhuis binnen komen, hebben in de meeste gevallen een hersenbloeding of -infarct gehad. Op de SEH stelt een arts-assistent of specialist aan de hand van een elektrocardiogram, hartslag, bloeddruk en enkele andere testen een diagnose. Hierna kan de patiënt naar huis gestuurd worden met een afspraak bij de poli, of naar de verpleegafdeling gebracht worden. Op de verpleegafdeling worden eventuele infarcten of *strokes* (de medische term voor kleine hersenbloedingen) opgevangen en wordt met aanvullende onderzoeken een diagnose gesteld en bepaald wat de volgende stap is in diagnose en/of behandeling. Ondertussen krijgen patiënten een fysiotherapeut te zien om te mobiliseren of om te leren gaan met een gedeeltelijke verlamming. Ook komt een logopediste vaak langs, omdat een herseninfarct kan leiden tot spraak- en slikproblemen. Veel patiënten krijgen op de verpleegafdeling ook nog te maken met de nazorgconsulent, die hulp biedt bij het vinden van een verpleeghuis, revalidatiecentrum of tijdelijke thuishulp. Neurologische patiënten kunnen namelijk in de meeste niet direct of zelfs nooit genezen worden, maar moeten elders genezen en/of revalideren. De tijd dat zij in het ziekenhuis liggen wordt vooral gebruikt om een diagnose te stellen.

De meeste handelingen aan acute patiënten gebeuren frontstage, behalve de administratie en deels het stellen van een diagnose. De actoren worden gedeeltelijk al vanaf buiten het ziekenhuis geactiveerd.

35

Voorbeeld

Meneer Janssen laat tijdens de verjaardag van zijn zoon plotseling zijn glas vallen, begint onverstaanbaar te mompelen en kan de linkerkant van zijn lichaam niet meer goed bewegen. Zijn zoon schrikt en belt snel de huisarts, die aangeeft dat ze zo snel mogelijk naar de verwijspoli op locatie Clara moeten gaan. Hij geeft aan dat ze eventueel ook 112 kunnen bellen, zodat meneer Janssen met de ambulance naar de SEH op locatie Zuider kan gaan. Er wordt besloten zelf te rijden. Het is even zoeken naar de verwijspoli in het Clara, maar daar aangekomen vraagt de verpleegkundige van achter een hoog glazen raam wat ze kan doen voor hen. De zoon geeft aan dat de huisarts al had gebeld, waarop ze door gelaten worden naar een kamer met twee smalle bedden waar een gordijn tussen hangt. De aanwezige verpleegkundige prikt alvast twee infusen, waarna twee minuten later de arts-assistent binnen komt. Deze kijkt en praat even met meneer Janssen en geeft aan dat er snel een hersenscan gemaakt moet worden. Terwijl de scan gemaakt wordt overlegt hij met zijn supervisor en besluiten ze meneer na behandeling op te nemen voor verder onderzoek en om een nieuw infarct voor te kunnen zijn. Uit de scan blijkt dat meneer een herseninfarct heeft, waarop direct besloten wordt een infuus aan te sluiten met bloedverdunner om het propje in de hersenen vloeibaar te laten worden. Als dit gebeurd is halen iemand van het patiëntenvervoer en een hoofdverpleegkundige van de afdeling meneer op. Zij brengen hem met de lift naar de zevende verdieping, waar hij wordt geplaatst op de 'stroke unit'. Hier meet een verpleegkundige elke twee uur zijn hartslag en bloeddruk. Een paar uur na aankomst komt een leerling-verpleegkundige hem inschrijven op de afdeling en de secretaresse brengt een polsbandje. Vervolgens komt een medewerker patiënten service (MPS) om hem wat verdikt water en een bakje vla te brengen. Meneer Janssen verwondert zich over alle verschillende mensen die langs komen die elk iets anders aan hem vragen of doen. Aan het einde van de dag loopt de arts-assistent nog even langs met een coassistent naast zich om te vertellen wat er aan de hand is en dat er de volgende dag nogmaals bloed afgenomen wordt en een scan wordt gemaakt. Zij roepen er nog een verpleegkundige bij om de waarden van hartslag en bloeddruk te vragen, deze waren nog niet digitaal gemaakt en waren slechts bekend op het briefje in de zak van de

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

verpleegkundige. Als de arts-assistent en verpleegkundige de kamer verlaten, hoort meneer ze nog over hem overleggen. De volgende dag mag hij naar een normale kamer op de verpleegafdeling. Drie dagen in het ziekenhuis en enkele onderzoeken later komt de nazorgconsulent langs tijdens het bezoekuur. Ze vertelt meneer en zijn zoon dat het beter is een tijdje naar een revalidatiecentrum te gaan en dat ze bovendien al een plek voor hem gevonden heeft. Een dag haalt later zijn zoon meneer Janssen op om het ziekenhuis te verlaten, met in zijn hand een afsprakenkaart voor een afspraak op de polikliniek met de neuroloog en medicijnen voor de komende dagen. Die heeft de verpleegkundige hem gegeven, het briefje met vervolgsafspraken kreeg hij van de secretaresse.

5.2 Electieve patiënten

Patiënten met klachten die geen directe actie vereisen, komen vaak in het ziekenhuis na doorverwijzing door de huisarts. Patiënten die het spreekuur van een neuroloog bezoeken hebben vaak klachten over verlies van controle, warrigheid, hoofdpijn en slecht lopen. Tijdens een bezoek aan de polikliniek worden vaak enkele functieonderzoeken gedaan door de neuroloog. Hierbij worden het reactievermogen en de manier van bewegen van de patiënt getest. Er wordt tijdens zo'n bezoek dus niet alleen gepraat en geluisterd, maar ook de fysieke functies worden getest. Wanneer dit nodig is, worden na het bezoek aan de polikliniek vaak nog aanvullende onderzoeken gedaan, zoals het maken van een MRI-scan of Electromyografie door de klinische neurofysiologie. Ook kan na een bezoek aan de polikliniek een geplande opname op de verpleegafdeling volgen, bijvoorbeeld om medicijnen toe te dienen of een ruggenprik te nemen. Ook hier is de reden van opname in de meeste gevallen het stellen van een diagnose en het vaststellen van een behandelplan.

Een groot gedeelte van het onderzoek wordt bij electieve patiënten frontstage gedaan. De administratie vindt grotendeels backstage plaats.

36

Voorbeeld

Mevrouw van Dijk is 81 jaar en heeft sinds kort last van geheugenverlies. Bovendien heeft zij last van trillende handen en loopt ze wat onzeker. Er is via de huisarts een afspraak gemaakt bij dokter van Donselaar. Mevrouw van Dijk komt samen met haar dochter aan bij de hoofdingang van de locatie Clara. Ze loopt met haar rollator naar binnen en neemt aan de rechterkant van de hal de lift naar de kelder, waar zich de polikliniek neurologie bevindt. Een mevrouw achter de balie bij de hoofdingang heeft dit verteld aan haar en haar dochter. Het is beneden wat moeilijk om de juiste balie te vinden, maar eenmaal daar geeft ze haar brief aan de polikliniek assistente, die via het elektronisch dossier aan dokter Van Donselaar aangeeft dat mevrouw Van Dijk aanwezig is. Mevrouw van Dijk loopt ondertussen een stukje terug de lange gang in en neemt plaats in de wachtkamer. Enkele minuten later komt de dokter de wachtkamer ingelopen om haar op te halen. De kamer van de dokter is helemaal achter in de gang, maar hij neemt de tijd om rustig met haar mee te lopen en kijkt ondertussen goed naar haar bewegingen. Mevrouw van Dijk heeft dit zelf niet door. In de spreekkamer praat de dokter kort met haar en geeft dan aan een lichamenlijk onderzoek te willen doen en vraagt haar daarom zich helemaal uit te kleden op het ondergoed na. Haar dochter helpt haar hierbij. Er hangt een soort gordijn in de kamer bij wijze van omkleedruimte, maar hier maakt zij geen gebruik van. Haar kleding hangt ze aan het haakje en dan neemt ze plaats op de onderzoeksbank. Na de reacties getest te hebben vraagt de dokter haar een klein stukje te lopen door de kamer. Gelukkig is deze hier groot genoeg voor. Na het onderzoek geeft de dokter aan dat hij vermoedt dat mevrouw Van Dijk Parkinson heeft en dat hij daarom wat extra testen wil laten doen elders in het ziekenhuis. Zo moet zij een MRI-scan laten maken en bloed laten prikken. Over vier weken ziet hij haar graag terug. Hij vertelt dat ze een afspraak kan maken bij de balie, ook voor de onderzoeken. Ze krijgt een hand en schuifelt samen met haar dochter terug door de lange gang naar de balie van de polikliniek. De assistente staat haar te woord en ziet in het dossier dat de dokter mevrouw Van Dijk graag over een maand terug wil zien. Ook de

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

opdracht tot verder onderzoek staat hier in. Via de computer die achter de balie staat maakt zij een vervolgspraak voor over vier weken. Ook de afspraak voor verder onderzoek wordt via de computer gemaakt, maar voor de zekerheid belt de assistente toch nog even naar de afdeling klinische neurofysiologie (KNF) om deze te bevestigen en aan te geven dat mevrouw Van Dijk wat angstig is voor de scan. Mevrouw krijgt een afsprakenkaart mee naar huis en verlaat het ziekenhuis via lift en hoofdingang om weer naar huis te gaan.

5.3 Chronische patiënten

Sommige patiënten hebben een chronische aandoening, een ziekte die zij de rest van hun leven bij zich dragen. Het bekendste voorbeeld hiervan onder neurologische patiënten is epilepsie; ook Parkinson komt op latere leeftijd veel voor. Daarnaast is er een groep patiënten die regelmatig met botox behandeld wordt om het trekken van bepaalde spieren te voorkomen. Patiënten met epilepsie komen met enige regelmaat naar het spreekuur op de polikliniek voor controle. Daarnaast zijn er chronische patiënten die af en toe op de verpleegafdeling belanden, bijvoorbeeld bij dusdanig zware klachten dat de thuissituatie niet langer veilig is. Bij chronische patiënten vinden alle handelingen behalve de administratie frontstage plaats.

Voorbeeld

Meneer Mossel heeft al sinds zijn zeventiende last van een trekkend gevoel in zijn nek, waardoor hij zijn hoofd scheef houdt en niet kan bewegen zoals hij zou willen. Vlak daarna is de diagnose spasmodische torticollis (halsdraaikramp) gesteld en sindsdien komt hij regelmatig naar het Maasstad Ziekenhuis om zijn spieren te laten ontspannen. Hij wordt hiervoor altijd door dezelfde neuroloog behandeld. De weg in het Clara kent hij inmiddels erg goed en ook de verschillende secretaresses en assistentes kent hij bij voornaam. Bij de klinische neurofysiologie wacht hij altijd geduldig in de wachtkamer tot hij geholpen wordt, hij weet dat er vanzelf iemand komt, ook al is er geen balie waar hij zich kan melden. Eenmaal in de behandelkamer trekt hij zijn shirt als vanzelfsprekend uit en maakt tijdens de behandeling, waarbij hij op de onderzoeksbank zit, een praatje met de neuroloog en de laborante. Na de behandeling kan hij direct door naar huis, omdat de laborante altijd van te voren zijn vervolgspraken vast legt en deze mee geeft op een kaartje.

5.4 Conclusie

In hun gang door het ziekenhuis tijdens hun zorgproces, komen patiënten op verschillende locaties terecht. Zij komen op de spoedeisende hulp of de polikliniek. Hier worden kleine onderzoeken uitgevoerd om een eerste diagnose te stellen. Voor verder onderzoek moeten zij echter verder het ziekenhuis in, naar een van de onderzoeksafdelingen. Dit kan de klinische neurofysiologie zijn, maar ook de radiologie, bloedafname of medische fotografie. Tussen de verschillende onderzoeken door gaan de electieve patiënten vaak naar huis, terwijl veel acute patiënten op de verpleegafdeling verblijven. Hier worden kleine controles en onderzoeken uitgevoerd. Het traject in het ziekenhuis eindigt meestal in de kamer van de nazorgconsulent of op de polikliniek. Veel neurologische aandoeningen zijn uiteindelijk echter chronisch, waardoor de patiënt terug blijft keren in het ziekenhuis en er nooit sprake is van een definitieve afronding van het zorgpad.

De locaties waarop chronische, electieve en acute patiënten in het ziekenhuis komen, komen dus voor een groot gedeelte overeen. Het grootste verschil zit in de plekken waar zij zich tussen de verschillende stappen bevinden en de plek waar zij de arts ontmoeten. Een deel van de patiënten verblijft tussen de verschillende stappen door in het ziekenhuis. Een belangrijke groep actoren is hierbij de verpleegkundigen. Zij spelen in de bovenstaande fasen meer een achtergrondrol, maar hebben een hoofdrol in het verblijf van patiënten op de verpleegafdeling tussen de fases in. Wanneer de patiënten niet worden onderzocht of een behandeling

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

ondergaan, zijn zij degene die de patiënt het meest zien en tussendoor kleine controles uitvoeren. Deze controles zijn niet direct onderzoeken te noemen, maar worden door de arts wel vaak gebruikt bij de diagnose van de gezondheidstoestand. De patiënten die niet opgenomen zijn verblijven tussen de stappen in elders.

Bij een acute of een electieve patiënt die is opgenomen op de verpleegafdeling vinden ontmoetingen met de arts meestal plaats op de verpleegafdeling. De niet opgenomen chronische en electieve patiënten ontmoeten de arts in de polikliniek.

De plek van behandeling met medicijnen, revalidatie of logopedie verschilt van patiënt tot patiënt. Dit kan afhankelijk van de gezondheidstoestand van de patiënt in het ziekenhuis zelf plaats vinden, maar ook op een andere locatie bij een fysiotherapeut of logopedist. In het ziekenhuis zelf kan behandeling op de verpleegafdeling, in de polikliniek, op de afdeling klinische neurofysiologie plaats vinden en een enkele keer in de operatiekamer.

In alle stappen die een patiënt door in zijn gang door het ziekenhuis zet, beweegt de patiënt langs allerlei actoren die zich op verschillende locaties in het ziekengebouw bevinden en hier de benoemde handelingen uitvoeren. Deze actoren blijven zelf vaak op dezelfde locatie. Sommige actoren hebben als kerntaak echter het vervoer van de patiënten tussen de verschillende locaties.

Veel van de processen rondom de drie typen patiënten vinden frontstage, dus zichtbaar voor de patiënt, plaats. Enkel administratie en sommige onderdelen van het stellen van de diagnose zijn niet zichtbaar. Bij de rest van de processen is de patiënt fysiek aanwezig. Deze processen worden gekenmerkt doordat ze compact zijn en hierdoor goed te overzien en stabiel. Zelfs de processen rond acute patiënten zijn compact te noemen, er is voor de patiënt weinig chaos waar te nemen.

Het type plaats waar de verschillende fasen plaats vinden zal door de verhuizing naar een nieuwe fysieke omgeving niet veranderen. De fasen die doorlopen worden blijven immers hetzelfde en het hiervoor benodigde type ruimte ook. Wat wel verandert is de positionering van deze plaatsen tegenover elkaar en de specifieke inrichting van deze fasen. De plattegronden van de ziekenhuizen zijn te vinden in bijlage 1 tot en met 3.

6.1

Zoals omschreven in het vorige hoofdstuk, komt een patiënt in zijn weg door het ziekenhuis veel verschillende personen, apparaten en materialen tegen op verschillende plaatsen en tijden. De personen die werken in primaire werkproces rond de patiënt, de apparaten en materialen die zij hierbij gebruiken en de ruimtes waarin zij de handelingen uitvoeren zijn de focus van dit onderzoek. In het komende hoofdstuk zal ik verder ingaan op de actoren die deelnemen aan het primaire werkproces in het specialisme neurologie. Hierna zal ik het primaire werkproces typeren in vijf activiteiten, die leidend zijn in de onderzoeksresultaten en analyse.

6.2 De actoren

Een patiënt maakt zoals hierboven beschreven in zijn gang door het ziekenhuis een proces mee dat bestaat uit een aaneenschakeling van verschillende handelingen, uitgevoerd door verschillende actoren op verschillende plekken. In de regel voert één persoon of afdeling één bepaald onderdeel van dit proces uit. De patiënt beweegt zich daarbij zelf of wordt bewogen tussen de verschillende handelingen (Gastelaars, 2006). Het gebouw vormt de context waarin deze handelingen plaatsvinden en kan van invloed zijn op de tijdsduur per handeling, de volgorde van handelingen en de tijd die tussen de handelingen wordt gepland. De aaneenschakeling van handelingen die rondom de patiënt verricht worden valt in dit onderzoek onder het primaire werkproces. Ook buiten het gezichtsveld van de patiënt om zijn de actoren bezig met de verzorging, diagnose en mogelijke genezing van de patiënt. Alle actoren die direct contact hebben met de patiënt zijn deelnemers aan dit primaire zorgproces. In dit onderzoek ligt de focus op deze verpleegkundigen, artsen, arts-assistenten, medewerkers persoonlijke service en de nazorgconsulent. Ook de secretaresse wordt meegenomen, omdat zij een cruciale rol speelt in het juiste verloop van het primaire proces. Ditzelfde geldt voor de assistentes in de polikliniek. De teamleider wordt enkel mee genomen wanneer zij zichtbaar deel neemt in het primaire proces. Het grootste gedeelte van de tijd heeft zij echter een coördinerende rol die niet direct merkbaar is hierin. Een overzicht van deze actoren en overzicht van hun voornaamste werkzaamheden is te vinden in paragraaf 3.4. Een bijzondere groep van actoren binnen de neurologie zijn het gebouw en de spullen die in het gebouw staan. De computers en het dossier wat bereikbaar is via deze computers is één van de belangrijkste niet-menselijke actoren. Deze vallen binnen de definitie van actor van Latour (2007) (zie ook paragraaf 4.1) en worden als zodanig behandeld.

Andere actoren, zoals fysiotherapeuten, logopedisten en revalidatieartsen doen hun werk veelal achter de schermen en buiten het ziekenhuis. Soms komen zij naar de verpleegafdeling, wanneer een patiënt niet mobiel genoeg is om naar de actor toe te komen. Het werk wat zij doen zie ik als interne dienstverlening. Ook de actoren die helpen bij de diagnostiek, zoals de röntgenafdeling en de klinische neurofysiologie zijn interne dienstverleners. Personen die helpen bij het vervoer van patiënten en materialen door het ziekenhuis, onderdeel van de afdeling logistiek, zijn ook interne dienstverleners. Deze actoren zullen enkel aan bod komen wanneer zij zichtbaar of merkbaar zijn in het primaire proces. De eigen processen van de interne dienstverleners liggen in de context van dit onderzoek en vormen derhalve niet de focus. Ze komen daarom enkel aan bod wanneer ze relevant zijn voor het primaire proces.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

6.3 Activiteiten in het primaire proces

De verschillende actoren komen ook op momenten die de patiënt niet ziet samen, bereiden het werk aan de patiënt voor en bewegen zich tussen de verschillende activiteiten. Het primaire proces in de zorg hangt samen door interactie tussen patiënt en zorgverlener en zorgverleners onderling. Het primaire proces typeer ik daarom zoals eerder genoemd als alle handelingen en activiteiten die de diverse actoren direct bij en/of in het kader van de patiënt uitvoeren om zijn gezondheidstoestand te analyseren en verbeteren of de patiënt tussen deze handelingen door te voorzien van dagelijkse verzorging. De patiënt staat hiermee centraal in het zorgproces, hoewel veel van de activiteiten in dit primaire proces zich backstage afspelen.

Net als de gang van de klant kan het primaire werkproces in verschillende activiteiten opgedeeld worden. In het verleden is vaker observatieonderzoek gedaan naar werkprocessen in de zorg. De uitkomsten hiervan vormen de basis voor de analyse van het primaire werkproces in de discipline neurologie in het Maasstad Ziekenhuis. Zo kwam Marjan Groen (1995) in een observatieonderzoek naar werken met technologie op de intensive care tot zeven activiteiten die verpleegkundigen uitvoeren in het primaire proces. Dit zijn: werken aan het bed, werken met technologie, voorzien van hulpmiddelen, hulp aan anderen in het team bieden, opleidingsmomenten, administratie en uitrusten. Volgens haar wisselt de frequentie en intensiteit waarmee deze activiteiten uitgevoerd worden van moment tot moment. Bij het specialisme neurologie is werken aan het bed waar te nemen en dit begrip is zelfs uit te breiden naar werken aan de patiënt. Dit gebeurt niet alleen aan het bed, maar ook in de polikliniek en op de onderzoeksafdelingen. Werken aan technologie komt vaak voor, vooral werken met de computer. Het voorzien van hulpmiddelen wordt vooral gedaan door interne dienstverleners. Het houden van pauze is belangrijk voor alle actoren. Opleidingsmomenten en besluitvorming zijn niet de focus van dit onderzoek. De administratie is een belangrijke activiteit die in de neurologie veel tijd in beslag neemt.

40

In een onderzoek van Karin Kruijthof (2005) wordt juist het primaire proces van specialisten geobserveerd. Hoewel het doel van dit onderzoek was uit te vinden wat de onderhandelingspatronen waren, is haar typering van het dagelijks werk van specialisten ook hier goed bruikbaar. Dit wordt door Kruijthof (2005) opgedeeld in vijf fasen: klacht, diagnostiek, medicatie, nazorg en heroverwegingen. Ook besluitvorming is volgens haar een fase, die voortdurend plaats vindt synchroon met de andere fasen. Het werk wat zich backstage vanuit het oogpunt van de patiënt afspeelt komt in deze typering echter niet naar voren. Het fysieke werkproces wordt door haar grotendeels vanuit het perspectief van de patiënt beschreven, waardoor belangrijke informatie over de delen van het primaire werkproces die de patiënt niet ziet niet allemaal aan bod komen. Deze activiteiten en handelingen die vanuit het oogpunt van de patiënt op de achtergrond plaats vinden, maar voor het primaire proces wel van groot belang zijn wil ik in deze studie wel mee nemen. De diagnostiek van Kruijthof is ook in de neurologie erg belangrijk. Dit is te merken aan onder andere het grote aantal verplaatsingen van patiënten richting de onderzoeksafdelingen. Overigens missen beide analyses een duidelijke beschrijving van tijd en plaats. De focus op de plaats van handeling en de manier waarop contact gelegd wordt zijn in het primaire zorgproces van belang en neem ik daarom wel mee in dit onderzoek.

Met de typering van Kruijthof (2005) en Groen (1995) als uitgangspunt ben ik op basis van mijn eigen observaties en interviews tot vijf activiteiten gekomen die uitgevoerd worden in het primaire werkproces: werken aan de patiënt; overleg met andere actoren; administratie, voorbereiding en interne dienstverlening; pauze; bewegen tussen activiteiten. Slechts in één van deze vijf activiteiten wordt er direct gewerkt aan de patiënt. Ook bij de activiteit is de patiënt soms fysiek aanwezig. In de rest van de activiteiten staat deze wel centraal, maar is niet fysiek aanwezig. Juist de activiteiten en handelingen buiten de patiënt om zijn van belang om het daadwerkelijk medisch handelen uit te kunnen voeren. Onderstaand schema laat de

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

verschillende activiteiten en de plaatsen in het ziekenhuis waar deze plaatsvinden zien. Het primaire proces van de neurologie speelt zich af op de locaties polikliniek, verpleegafdeling, klinische neurofysiologie en in de virtuele ruimte. De locaties kennen elk eigen plekken, zoals de spreekkamer, verpleegpost en afdelingskeuken. Deze plekken komen in de volgende hoofdstukken aan bod. De actoren buiten de discipline neurologie waar materiaal, informatie en patiënten voor onderzoek van en naar toe worden tijdens het primaire proces bevinden zich elders in het ziekenhuis.

Activiteit	Handelingen	Locaties
Werken aan de patiënt Werken aan de patiënt staat voor het daadwerkelijk medisch handelen. Het werk aan de patiënt kan plaatsvinden direct aan het bed, maar ook op de stoel in de polikliniek, op de onderzoeksbank in diezelfde polikliniek of op de behandelafel in op de afdeling neurologisch onderzoek.	Bespreken Onderzoeken Behandelen Verzorgen	Polikliniek Verpleegafdeling Neurologisch Onderzoek
Overleg Gedurende de dag wordt op formele en informele momenten overlegd over het verloop van het primaire proces en de gezondheidstoestand van de patiënten; zowel tussen actoren met dezelfde functie als tussen actoren met een andere functie.	Overleg met eigen functie Overleg met andere functie Diensten buiten het specialisme	Polikliniek Verpleegafdeling Virtuele ruimte
Vorbereiding, administratie en contact met interne en externe buitenstaanders De meeste actoren houden zich bezig met het verwerken van patiëntgegevens in de computer, het geven van opdrachten aan andere actoren via de computer en telefoon en het aanvragen en verlenen van interne diensten. Ook het wachten op informatie vanuit derden is een handeling. De administratie van de ene actor, vormt hiermee de voorbereiding voor de andere. Wanneer de individuele patiënt centraal staat in deze handelingen, reken ik ze tot het primaire werkproces.	Inlezen Vastleggen Opdracht geven Opdracht ontvangen	Polikliniek/stafcentrum Verpleegafdeling
Pauze De pauze is voor elke actor een belangrijk gedeelte van de dag. Tijdens de pauze worden bovendien veel werkgerelateerde zaken besproken.	Eten Roken Koffie drinken Overleggen	Verpleegafdeling Restaurant Rookplekken
Beweging Gedurende de dag zijn alle actoren bezig met bewegen van de ene handeling of activiteit naar de andere. Vaak worden tijdens deze beweging ook andere onderdelen van het primaire werkproces uitgevoerd. Onder het bewegen tussen activiteiten versta ik ook het verplaatsen van patiënten, materialen en actoren van en naar interne dienstverleners.	Tussen activiteiten Wegbrengen en ophalen Bewegen voor overzicht	Op de verpleegafdeling Buiten de verpleegafdeling Tussen twee locaties

41

In de volgende vijf hoofdstukken beschrijf en analyseer ik de bewegingen door tijd en ruimte en de rol die de fysieke omgeving hierin heeft in de oudbouw en tijdens de overgang naar het nieuwe ziekenhuis vanuit het gezichtspunt van de betrokken actoren. In de situatie vóór de verhuizing ga ik vooral in op de stabiele rol van de fysieke omgeving. De situatie ná de verhuizing laat het wennen aan een nieuwe fysieke omgeving zien en de (verander)processen die hierbij ontstaan. Doordat de actoren nog niet gewend zijn aan de nieuwe situatie, lijken vooral de ongemakken op te vallen. Het is belangrijk om dit tijdens het lezen in het achterhoofd te houden.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

7

DE INBRENG VAN DE FYSIEKE OMGEVING IN HET PRIMAIRE WERKPROCES

In dit hoofdstuk wordt elke van de vijf activiteiten waaruit het primaire werkproces van de actoren binnen de discipline neurologie in het Maasstad Ziekenhuis bestaat geanalyseerd en besproken. De focus ligt hierbij op wat er daadwerkelijk gebeurt aan handelingen binnen deze activiteiten op de werkvloer en hoe hierbij de bewegingen van de actoren door tijd en ruimte zijn. De handelingen worden besproken per locatie, waarbij ik een onderscheid maak in achtereenvolgens de polikliniek en stafcentrum, de verpleegafdeling, de afdeling klinische neurofysiologie (KNF) en plekken waar pauze gehouden wordt. De locaties bestaan uit verschillende plekken, zoals onderzoekskamers, patiëntenkamers en balies, deze komen in de tekst aan bod. Naast deze locaties, zijn er de plekken in het ziekenhuis waar de interne dienstverlening plaats vindt. Deze worden niet apart benoemd, maar komen aan de orde zodra hier patiënten, informatie of materialen vanuit het primaire proces naar toe verplaatst worden en vandaan komen. De plattegronden van de poliklinieken en de verpleegafdelingen zijn, met details van de belangrijkste ruimten, te vinden in de bijlage. Deze plattegronden kunnen tijdens het lezen uit geklapt worden, zodat de benoemde locaties en plekken altijd terug te vinden zijn.

7.1 Werken aan de patiënt

Op verschillende plekken in het ziekenhuis wordt er gewerkt aan de neurologische patiënt. In de spreekkamers van de polikliniek, in de behandelkamer van de afdeling neurologisch onderzoek, in een bed op de verpleegafdeling en op de gang van de verpleegafdeling vinden veruit de meeste handelingen aan de patiënt plaats. De handelingen waar mijn focus nu niet op legt, maar die wel in de context thuis horen, vinden plaats op de operatiekamers, op de onderzoeksafdelingen en op andere poliklinieken. Onder het werken aan de patiënt versta ik alle handelingen in het primaire proces waarbij de patiënt lijfelijk aanwezig is. Het werken aan de patiënt bestaat uit verzorgen, onderzoeken, behandelen en bespreken met de patiënt. De menselijke actoren nemen elk één of meerdere van deze activiteiten binnen de fase werken aan de patiënt op zich, maar er wordt ook vaak gewerkt met niet-menselijke actoren. De vier typen handelingen die vallen onder het werken aan de patiënt vinden plaats in de polikliniek, verpleegafdeling en de KNF, deze vormen samen de context waarin het handelen plaats vindt. Wat de patiënt zelf doet, blijft buiten beeld.

7.1.1 Polikliniek

In de polikliniek spreken de neurologen de electieve en chronische patiënten die zij onder behandeling hebben of krijgen. Een klein aantal van de consulten wordt ook door de arts-assistenten en co-assistenten gedaan. Een groot gedeelte van het werk van neurologen bestaat volgens een van hen uit het 'zien van patiënten' (NE1). Een andere neuroloog noemt daarbij bovendien dat neurologie 'een luxespecialisme [is], we hoeven de patiënt alleen te beschouwen en doen er verder niets mee' (NE3). De polikliniekassistentes ontvangen de patiënten vanachter de balie en registreren hun komst. Ook maken zij vervolgspraken nadat het bezoek aan de neuroloog afgelopen is. In de polikliniek zijn behalve de artsen, arts-assistenten, co-assistenten en polikliniekassistentes geen actoren werkzaam.

7.1.1.1 De oude situatie

Voor de verhuizing naar het nieuwe Maasstad Ziekenhuis, waren er op zowel de locatie Zuider als de locatie Clara poliklinieken. De polikliniek in de Clara werd gebruikt door zes neurologen, de polikliniek in het Zuider door twee. Elke neuroloog heeft een eigen spreekkamer.

Ontvangst vanachter een balie

Beide poliklinieken hebben een balie waarachter de polikliniek assistentes klaar zitten om de patiënt te ontvangen, telefonisch te woord te staan en vervolgspraken te maken. Op locatie Zuider is de balie meteen bij binnenkomst zichtbaar. Het is een lage balie, waardoor ook patiënten in een rolstoel op ooghoogte met de assistentes kunnen praten. Voor mobiele patiënten staat er een stoel klaar om aan de balie te gaan zitten. In de Clara is de balie op een verhoging gebouwd, waardoor de assistentes die er achter zitten op ooghoogte kunnen praten met patiënten die goed ter been zijn. Op patiënten in een rolstoel kijken zij echter neer. Als de patiënt zich gemeld heeft aan de balie, wordt deze verwezen naar de wachtkamer. Ondertussen geeft de assistente met een vinkje in het digitale dossier aan de neuroloog door dat zijn patiënt klaar zit in de wachtkamer. Dit is een belangrijke handeling. *'Tijdens een observatie in de polikliniek werd dit vinkje vergeten, waardoor een patiënt en neuroloog bijna een half uur op elkaar hebben gewacht. Het werd pas duidelijk dat de patiënt wél aanwezig was, toen de assistente dit face-to-face kwam vertellen'* (eigen observatie).

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing



Afbeelding 4 Polikliniek Clara en Zuider

De kamer van de neuroloog

Met de woorden 'kom anders eens een kijkje nemen in onze prachtige kelderpoli' (NE3) nodigde een van de neurologen mij uit, nadat hij gehoord had dat mijn onderzoek gaat over de fysieke omgeving. De polikliniek neurologie op de oude locatie Clara is inderdaad gevestigd in de kelder. Er is hier in geen van de kamers direct daglicht aanwezig, daarom hangen er daglichtlampen in de spreekkamers. Een neuroloog vertelt me dat hij zich dan 'niet zo opgesloten voelt' (NE1).

Elke neuroloog heeft een eigen spreekonderzoekkamer. Bij binnenkomst in de kamer van een van de specialisten op de locatie Clara vallen direct op de persoonlijke artefacten die er staan en hangen op. Aan de muur hangen grote portretten van zijn kinderen, de boekenkast achter zijn bureau staat gevuld met eigen boeken. Ook de spreekkamer op de locatie Zuider waar ik

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

binnen kom heeft persoonlijke foto's en schilderijen. De kamers zijn hierdoor duidelijk herkenbaar als toebehorend aan een bepaalde arts. Patiënten die binnen komen, werpen bijna allemaal een korte blik op deze persoonlijke spullen, er wordt nooit over gepraat.

Verschillende mogelijkheden van de gang

Als de patiënt zich gemeld heeft neemt hij plaats in de wachtkamer. Hier wacht hij tot de arts hem op haalt. Via de computer krijgt de arts te zien dat zijn patiënt binnen is. Alleen als de patiënt aangemeld is, wordt hij opgehaald voor zijn consult.

Op de locatie Clara bestaat de polikliniek uit een lange gang met aan twee kanten kamers. Van een van de kamers is een muur uitgebroken, deze nis doet nu dienst als wachtkamer. De kamer van de arts met wie ik mee loop is achter in deze lange gang gevestigd. Hij vertelt me dat hij 'niet altijd zin heeft' om de patiënt zelf te halen, omdat hier 'veel tijd in gaat zitten' en het 'gewoon een stuk lopen is'. Daarom heeft hij in zijn kamer een omroepsysteem waarvan de speaker uitkomt in de wachtkamer. Via de speaker roept de neuroloog zijn patiënt om, door zijn naam en het kamernummer waar hij verwacht wordt te noemen. Hij wacht vervolgens in de deuropening tot de patiënt er is. Wanneer patiënten moeilijk ter been zijn kan dit gevoelsmatig lang duren. De beleefde tijd is dan langer dan de kloktijd (Beukema, 2000, 28) Het eerst contact tussen neuroloog en patiënt vindt plaats in de deuropening. Toch haalt de arts soms ook zelf patiënten op in de wachtkamer. Dit is het geval bij patiënten die hij verdenkt van de ziekte van Parkinson. Deze patiënten hebben een herkenbaar loopt. De diagnose van deze patiënten begint dus al in de wachtkamer. De gang verandert hierdoor van een obstakel in een hulpmiddel en is een actor geworden in het primaire proces.

Op de locatie Zuider is de wachtkamer voor de balie waar de patiënt zich meldt gevestigd. De deur naar de spreekkamer zit in een nis achter de wachtkamer. De arts in het Zuider loopt dit nisje uit en roep hier de patiënt om hem hier ook op te wachten en mee te nemen naar de wachtkamer. De gang heeft hier geen dubbele functie, zoals in de locatie Clara.

45

De inbreng van de computer

De patiënt is de gang door en wordt bij binnenkomst altijd direct op de stoel gewezen die voor hem klaar staat, ook als de patiënt voor een herhaalconsult komt. De arts neemt plaats aan de andere kant van het bureau, achter de computer. Op deze computer heeft hij het dossier van de patiënt voor hem open staan. De ene arts heeft dit dossier al door gelezen voor hij de patiënt roept, de ander leest het dossier pas als de patiënt zit. Na de openingsvraag, vaak 'hoe gaat het met u', begint de arts direct het dossier bij te werken. De aandacht lijkt van die patiënt naar het patiëntendossier te verschuiven. De computer heeft in elke consult hierdoor een duidelijke rol: hij biedt informatie en vraagt ook informatie, door de verschillende vakjes die ingevuld moeten worden met gegevens van de patiënt. Soms wordt het scherm gedraaid, zodat de patiënt mee kan kijken naar röntgenfoto's of een hersenscan. Dit computergebruik is op beide locaties ongeveer hetzelfde. Een van de artsen vertelt me dat hij altijd probeert 'de eerste paar minuten niets op de computer te doen, het komt zo ongeïnteresseerd over'. Toch blijkt de computer veel aandacht te vragen in het consult, na elke vraag aan de patiënt valt er een korte stilte waarin de arts typt en niet lijkt te horen wat de patiënt zegt als deze toch begint te praten. De computer staat letterlijk en figuurlijk tussen de patiënt en de specialist in.

Lichamelijk onderzoek

Na het bespreken van de klachten met de patiënt, geeft de arts in de Clara vaak aan nog een lichamelijk onderzoek te willen doen. Hierbij vraagt hij de patiënt zich uit te kleden, maar het ondergoed aan te houden. De meeste patiënten kijken vertwijfeld in het rond, op zoek naar een plek om de kleding neer te leggen. Als de arts dat ziet, geeft hij de patiënt aan dat hij of zij 'de kleding daar wel neer kan leggen', wijzend op een krukje. Daarna mag de patiënt op het onderzoeksbed gaan zitten, wat in dezelfde kamer staat. Hier hangt een gordijn bij, wat om het bed getrokken kan worden, maar deze wordt nooit gebruikt. Bij het onderzoek maakt de arts

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

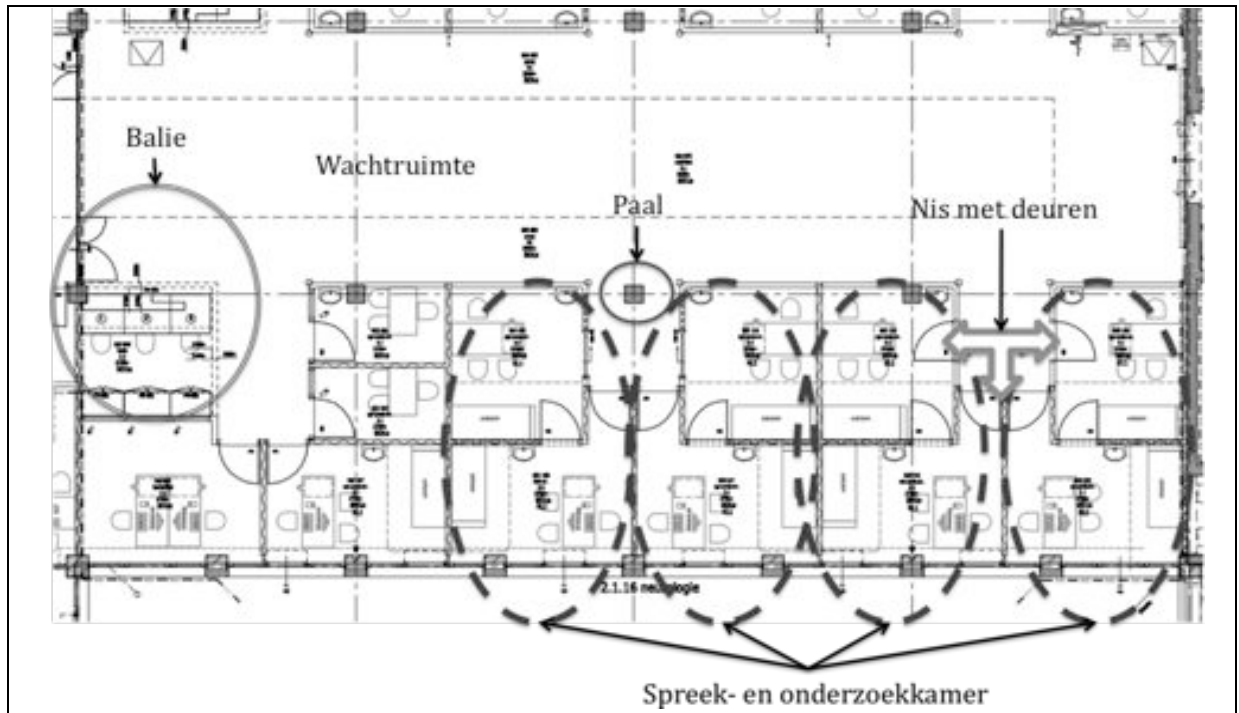
gebruik van een stethoscoop, kleine houtjes en een hamertje. De patiënt moet op tenen, hakken en normaal door de kamer lopen en oefeningen met de handen, benen en armen doen. Na het onderzoek mag de patiënt zich weer aankleden, wast de arts zijn handen en wacht achter zijn bureau tot de patiënt weer komt zitten. Alles gebeurt in dezelfde kamer.

Afsluiting

Na het lichamelijk onderzoek en de afsluiting van het consult staat de arts op en komt achter zijn bureau vandaan. Hij geeft de patiënt een hand, loopt mee tot de deur en sluit deze achter hem. Het consult is afgelopen en na enkele korte aantekeningen wordt het dossier van de volgende patiënt geopend op de computer. Hierna kan de volgende patiënt binnen geroepen worden. In dit laatste deel van het werken aan de patiënt op de polikliniek heb ik geen verschil gezien tussen de twee poliklinieken in de oude situatie.

7.1.1.2 De nieuwe situatie

In het nieuwe ziekenhuis ligt de polikliniek neurologie op de begane grond. Er is een balie waarachter twee assistentes staan, met daarvoor een kring van stoelen en ernaast een lange leestafel. De patiënt mag zelf ergens in deze hal vol zitplekken plaats nemen. De negen neurologen delen samen zes gecombineerde spreek- en onderzoekkamers. Deze gecombineerde kamers bestaan uit een spreekkamer met daglicht, met een deur naar een onderzoekskamer zonder daglicht. De kamers kunnen bij grote drukte ook apart gebruikt worden, maar zijn in principe bedoeld om beide gebruikt tegelijk gebruikt te worden door één specialist. De deuren naar deze kamers bevinden zich in nissen in de gang. Een deel van de plattegrond is te vinden op de volgende pagina.



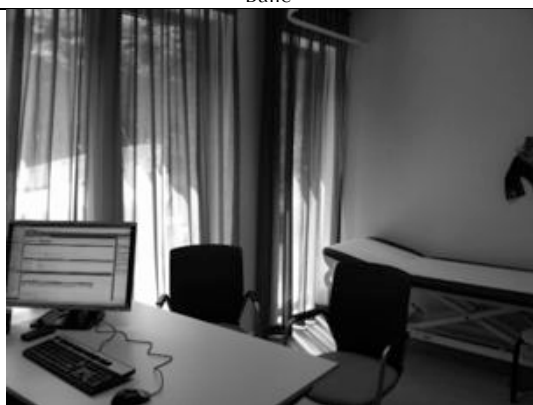
Plattegrond polikliniek



Balie



Wachtruimte



Spreekkamer



Onderzoeksbéd

Afbeelding 5 Polikliniek Nieuwbouw

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”
Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Ontvangst

Ook in de nieuwe situatie wordt de patiënt door de assistente ontvangen in de polikliniek. De balie ligt nu achter in de gang. Het is een hoge balie, waar de assistentes achter moeten staan. Na een paar weken besluiten zij echter barkrukken te kopen om te kunnen zitten. Zij vinden het staan namelijk 'een belachelijk idee van de directie, die vindt dat het hier op een hotel met lijken' (AP1). Ook vinden zij het niet fijn om zo op een patiënt te moeten neer kijken. Achter de balie is staan drie computers, één daarvan kan echter niet gebruikt worden. Naast de balie is namelijk een deur die opent in de richting van de balie. Een patiënt die bij deze computer staat, zou de openslaande deur tegen zich aan krijgen.

Het zoeken van de patiënt

Een andere onhandigheid volgens de neuroloog is de oppervlakte van de wachtkamer. De patiënt kan namelijk in drie verschillende blokken zitten. Als de arts de nis met vier deuren en een paal uit komt, moet hij naar voren, links en rechts kijken bij het roepen van de patiënt. De arts kan hier de patiënt niet vinden in de wachtkamer, terwijl voorheen de patiënt de wachtkamer en de arts niet kon vinden. Voor een van hen is dit reden om liever in een kamer te zitten om de hoek, waar maar één wachttopstelling is, recht tegenover de deur van de spreekonderzoekkamer (zie plattegrond). De patiënt komt uiteindelijk altijd aan lopen. Een obstakel voor sommige patiënten is echter de paal die in de nis met deuren staat. Hier komt een meneer in rolstoel moeilijk langs heen. Een tweede obstakel vormt vervolgens de tafel van de spreekkamer. Hier kan een rolstoel niet langs heen. Daarom wordt een patiënt in rolstoel door de onderzoekskamer de spreekkamer in gereden.

48

Verlies van territorium voor de neurologen

Doordat er minder kamers zijn dan neurologen, hebben de neurologen niet langer elk een eigen kamer. Bij de vraag wat ze vinden van het nieuwe ziekenhuis krijg ik twee keer te horen: 'mooi, maar ik heb dus geen eigen kamer meer' (NE1; NE2). Hierdoor hebben de neurologen naar eigen zeggen de spullen die ze nodig hebben niet meer bij de hand. Daarom heeft elke nu een klein bakje met papieren en 'gereedschap', wat vanaf de balie mee genomen wordt naar de spreekkamer. Dat werk wel vertelt een van hen, 'maar je loopt de hele tijd met *dat bakje* en ik vergeet hem vaak ook op te halen'. Het is vooral wennen om een kamer te delen, 'iedereen probeer ook meteen een plasje in een hoekje te doen', door spullen te laten liggen. In de kamer hangt geen enkel schilderij en er staan geen boeken. De patiënt kijkt hierdoor tegen een lege muur aan.

Naast de irritatie over het gemis aan eigen kamers, vinden de neurologen die ik spreek de polikliniek er wel mooi en netjes uit zien. Een van de neurologen zegt daarentegen dat voor hem de schoonheid van een gebouw eigenlijk ondergeschikt is, het 'moet gewoon goed werken' (NE2). 'Goed werken' naar de situatie die hij niet goed vindt werken, namelijk de gedeelde spreekonderzoekkamer.

Verandering van setting

Als de patiënt eenmaal binnen is, is de stoel die hij als eerste ziet staan in de helft van de gevallen de stoel waar hij op gaat zitten. Helaas is dit de stoel van de arts. Deze moet namelijk het dichtst bij de deur zitten volgens een veiligheidsnorm van het ziekenhuis, 'voor het geval een patiënt agressief wordt' (NE1). Met een grapje wordt deze gewezen op de stoel die wel voor hem bedoeld is. Het kan komen dat patiënten zo gewend zijn de eerst zichtbare stoel in een spreekkamer te nemen, dat zij de rest van signalen die wijzen op de juiste stoel niet op vangen. De arts heeft namelijk een bureaustoel met zicht op het computerscherm, terwijl de patiënt de achterkant van het scherm ziet en een normale stoel heeft.

Het bureau van de specialist is breed genoeg om met twee personen aan de kant te zitten. De computer neemt veel ruimte op het bureau in, waardoor de een van de twee personen achter

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

de tafel met zijn gezicht achter het scherm terecht komt. De patiënt wordt daarom altijd aan de kant van de tafel gezet waar geen scherm staat.

De arts die ik spreek is trots op de computerschermen, deze hebben een draaibare voet, zodat de patiënt makkelijk mee kan kijken. Tijdens de consulten duikt de arts al snel weer in zijn scherm. Hij merkt dit zelf ook op en zegt: 'eigenlijk moet een typediploma onderdeel zijn van het artsenexamen, ik kan niet blind typen namelijk'. Het gesprek in de spreekkamer verloopt verder op dezelfde manier als voorheen. De fysieke omgeving maakt in dit verloop geen verschil.

Lichamelijk onderzoek op een andere plaats

Tussen de spreekkamer en de onderzoekskamer zit een deur die altijd open staat. In de spreekkamer staat een bed voor onderzoek, maar dit bed wil de specialist liever niet gebruiken. De kamer heeft namelijk grote ramen die uit kijken op een binnentuin, ook al hanger er gordijnen voor die het zich naar binnen verhinderen. Naar buiten kijken kan echter wel. Daarom gebruikt de arts liever de aangrenzende onderzoekskamer voor lichamelijk onderzoek, 'anders sta ik bij elke patiënt weer uit te leggen dat je wel naar buiten kunt kijken en niet naar binnen en hoe dat kan' (NE1). Anders dan op de locatie Clara, twijfelt de patiënt hier niet over de juiste plek voor de kleding. Vlak bij het bed in de onderzoekskamer hangt namelijk een haakje wat iedereen gebruikt voor de kleding. De stukjes die de arts de patiënt laat lopen zijn korter, omdat de kamer kleiner is dan de oude. Volgens de arts maakt dat niet uit, omdat de patiënt ook de andere kamer in kan lopen. Toch zie ik dit geen enkele keer gebeuren.

Na het onderzoek loopt de arts terug naar de spreekkamer en werkt hier vast de onderzoeksresultaten uit. Zodra de patiënt weer zit, kan hij verder met de rest van het consult. Het lijkt of hierdoor de aandacht voor de patiënt groter is. Het computerwerk is immers al gedaan en daardoor staat het minder tussen arts en patiënt in.

7.1.2 Verpleegafdeling

Een deel van de neurologisch patiënten verblijft meerdere dagen op de verpleegafdeling van het ziekenhuis om een diagnose te laten stellen of om bij te komen na een epilepsieaanval of hersenbloeding. Hier worden zij tijdens hun verblijf in het ziekenhuis verzorgd, worden er onderzoeken gedaan, komen de revalidatiearts, logopedist en fysiotherapeut langs voor de revalidatie, komt de arts-assistent neurologie langs voor onderzoek, diagnose en eventuele behandeling en vanaf hier wordt de patiënt naar de operatiekamer, MRI-scan of CT-scan gebracht. Daarnaast zorgt de verpleging voor de dagelijkse verzorging en kleine controles en is de Medewerker Patiënten Service (MPS) verantwoordelijk voor de 'hotelfuncties' (maaltijden en bedden verschoneren). Als laatste werkt ook de nazorgconsulent hier aan de patiënt.

In de kamers en de sanitaire voorzieningen worden de patiënten in eerste instantie verzorgd, maar daarnaast ook onderzocht, behandeld en de stand van zaken omtrent het ziektebeeld wordt met hen besproken door de arts-assistent en nazorgconsulent. De verpleegafdeling is hiermee de plek waar de meeste actoren in het ziekenhuis samenkomen in het primaire zorgproces.

7.1.2.1 Oude situatie

De verpleegafdeling neurologie was gevestigd in de locatie Clara, op de zevende verdieping. De afdeling bestond uit een *stroke unit* (patiëntenkamer voor mensen die net een hersenbloeding hebben gehad) met vier bedden, een *stroke unit* met twee bedden, drie éénpersoons kamers, een tweepersoonskamer en drie zalen met vijf bedden. Deze patiëntenkamers lagen vanaf de ingang van de gang gezien aan de rechterkant, de éénpersoons kamers, kamertjes genoemd, lagen links achterin. Verder zijn er een artsenkamer, verpleegpost, diverse werkkamers, een keuken, spoelkeuken, behandelkamer en diverse sanitaire

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

voorzieningen te vinden. Het werken aan de patiënt gebeurt voornamelijk in de patiëntenkamers en in de sanitaire voorzieningen. Zie ook de plattegrond op in bijlage 8 .

De onmisbare inbreng van de computer

Door het hele ziekenhuis is de computer het medium waarin alle patiëntgegevens, controles en patiëntenadministratie worden bij gehouden. De computer bevat bovendien alle informatie die de verpleegkundigen nodig hebben bij de dagelijkse verzorging en het dagelijks onderzoek van de patiënt. Op één van de dagen dat ik mee liep met een verpleegkundige, lag het computernetwerk van het ziekenhuis er van 07.00 tot 11.00 uit. Dit bracht grote chaos met zich mee en leidde ertoe dat er tot het netwerk het weer deed geen medicijnen uitgedeeld konden worden. Ook de voeding moest met grote voorzichtigheid worden gebracht. Veel patiënten hebben een bepaald dieet, waardoor het gevaarlijk kan zijn ze het verkeerde eten te serveren. Zonder de informatie uit de computer, kan de dagelijkse verzorging van de patiënt blijkbaar geen doorgang vinden.

Op de verpleegafdeling zijn mobiele computers op wielen aanwezig, deze worden computer ondersteunende wagens, cows of koeien genoemd door de verpleegkundigen. De officiële naam is volgens het Jaarverslag 2009 overigens Computer on Wheels, afgekort inderdaad COW. Cows worden zowel tijdens de controles als tijdens de visites mee genomen door de verpleegkundigen.



Afbeelding 6 COW

Tijdens de controles door verpleegkundigen wordt naast een cow ook een wagentje met bloeddrukmeter, zuurstofsaturatiemeter en hartslagmeter mee genomen. Bij deze verpleegkundige controle wordt na een korte begroeting de patiënt verteld dat hij een aantal controles krijgt. Hierop wordt hij direct aan gesloten op de drie apparaten. Veel patiënten blijven hierbij in bed liggen of komen op de rand zitten. De cow wordt gebruikt om de gemeten waardes direct in te voeren. Het valt me op dat de verpleegkundige hierna vaak achter het apparaat blijft staan, zijn of haar hoofd achter de computer vandaan steekt en vraagt om de pijnscore, een beschrijving van hoe het gaat en of er ontlasting geweest is. Opnieuw staat er een computer tussen patiënt en actor in. Een verpleegkundige vertelt me dan ook: 'soms vergeet je dat er achter het machientje ook nog een echte patiënt ligt' (VP6). De computer stuurt hier bovendien het gesprek, doordat de verpleegkundige verschillende vakjes over de gezondheidstoestand van de patiënt moet invullen en pas af kan sluiten als alle vakjes in de juiste volgorde ingevuld zijn.

De visite

Tijdens de dagelijkse visite bezoekt de arts-assistent in het gezelschap van twee coassistenten en de verantwoordelijke teamouder van de verpleging de verschillende patiënten, vaak loopt er ook nog een leerling-verpleegkundige of andere geïnteresseerde mee. Twee keer in de week, tijdens de grote visite, is hier ook nog een neuroloog bij aanwezig. Tijdens de visite hebben de arts-assistenten meestal een laptop op een houten wagentje bij zich. Er zijn voor hen namelijk geen cows beschikbaar. De coassistent duwt dit wagentje meestal voort en maakt de aantekeningen in het dossier aan de hand van de gesprekken en onderzoeken bij de patiënt. Naast deze menselijke actoren, komen er tijdens de visite dus altijd minstens twee niet-menselijke actoren mee: de verpleegkundige heeft een cow bij zich en één van de coassistenten rijdt namens de arts-assistent het houten karretje met daarop een laptop met zich mee. Bij binnenkomst in een patiëntenkamer geven alle aanwezige artsen en artsen in opleiding de patiënt eerst een hand, om daarna in een grote kring rond het bed te gaan staan. Hierbij staat een vierpersoonskamer vol, bij de kleine kamers blijven er vaak wat actoren in de deuropening staan om mee te kijken. Hier past niet iedereen om het bed heen.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing



Afbeelding 7 Stroke unit met vier bedden locatie Clara

De arts-assistent gaat meestal bij het hoofdeinde staan of zitten en pakt de hand van de patiënt vast. Steevast wordt hierbij de opmerking 'ja, we zijn met een grote groep vandaag hoor, allemaal voor u' (NE3). De verpleegkundige staat ergens aan de rand en is vooral met de computer bezig. De arts-assistent is in gesprek met de patiënt en geeft intussen opdrachten voor vervolgonderzoek of verzorging aan de

verpleegkundigen. De coassistent maakt aantekeningen in de computer. Soms wordt er bij de visite ook een klein onderzoek gedaan om te bekijken wat de gezondheidstoestand van de patiënt is. De arts-assistent gaat hiervoor bij de patiënt staan en vraagt hem zijn vingen te volgen met de ogen, de tong uit te steken en kijkt naar de kracht die de patiënt in zijn armen en benen heeft. Ook hierbij blijven de andere aanwezigen meekijken en maakt de coassistent vanaf de zijlijn aantekeningen in de computer.

51

Meekijken en meeluisteren

Terwijl de arts tijdens zijn visite met een patiënt bezig is, kijken de andere patiënten in de zaal vaak mee vanuit bed. Niet alleen de ogen van de verpleegkundige en coassistenten zijn op de arts-assistent gericht, alle aanwezigen in de zaal kijken mee en volgen elke handeling. De gordijnen om het bed worden bij de visites niet dicht gedaan, dus hier is ook de mogelijkheid voor. Een gordijn zou ook niet helpen om het geluid tegen te houden, want 'in principe kan de hele zaal horen wat er gezegd wordt' (TL). Dit is een groot nadeel voor de privacy van de patiënt. Hier hebben de arts-assistenten het soms ook moeilijk mee en zij vinden het dan ook makkelijker om patiënten op een éénpersoonskamer te spreken: 'omdat je dan beter medische dingen kunt vertellen en zeker als het dan psychosociaal is dan vind ik het fijn als er niet te veel mensen bij zitten' (AA1).

Ook wanneer een verpleegkundige buiten de visite om een patiënt verzorg of onderzoekt kijken de andere patiënten mee. Het gaat hierbij ook vaak verder dan enkel mee kijken: de andere patiënten nemen tijdens onderzoek door verpleegkundigen soms zelfs deel aan het gesprek.

'We komen de zaal op en lopen naar het bed van mevrouw X, ik merk dat mevrouw Y ons ondertussen goed in de gaten houdt. Mevrouw X kan niet goed meer praten. Wanneer de verpleegkundige haar vraagt hoe het vandaag is, kan ze de juiste woorden niet vinden. Uit het andere bed zegt mevrouw Y dan "ze heeft wel een stuk beter geslapen dan gisteren en volgens mij heeft ze ook minder pijn". Ik ben verbaasd, maar de verpleegkundige laat merken dat dit voor haar een redelijk normale gang van zaken is. Ook als de bloeddruk van een andere patiënt gemeten wordt, laat de patiënt in het bed ernaast weten dat dit een betere waarde is dan gisteren.' (eigen aantekening).

Hoewel bovenstaande situatie voor mij als buitenstaander vooral lijkt op een groot gebrek aan privacy, wordt hier door de actoren op de verpleegafdeling het label sociale controle aan

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

gegeven. Een verpleegkundige stelt ‘we zijn daar een beetje afhankelijk van [sociale controle] en dan kun je praten als Brugman, maar juist in een ziekenhuis is dat heel belangrijk’ (VP7). Hiermee wijst zij bovendien op het nadeel van eenpersoonskamers, die volgens haar te veel positieve kwaliteiten krijgen toe geschreven. Er wordt door sommigen daarnaast ook op gerekend dat ‘je elkaar kunt betrekken bij een gesprek’ (VP2), waardoor het mee praten een sociale functie krijgt.

Zowel een arts-assistent als meerdere verpleegkundigen vertellen dat zij na de verhuizing op zien tegen de grote hoeveelheid éénpersoons kamers in het nieuwe ziekenhuis. Doordat ‘andere patiënten ook nog aan de bel kunnen trekken, als er op de zaal vier patiënten liggen als je druk bezig bent’ (VP3), worden kamers met een gerust hart een tijdje alleen gelaten. Deze opmerkzaamheid zijn de verpleegkundigen bang te missen in het nieuwe ziekenhuis, ‘omdat je het niet ziet als iemand insulten krijgt als je niet aanwezig bent en nu is het normaal dat patiënten die insulten krijgen goed door de anderen in de gaten gehouden worden’ (AA2).

Soms geeft een patiënt tijdens de visite aan pijn te hebben op een bepaalde plek of juist verminderd gevoel te hebben. Op dat moment wordt vaak over gegaan tot een lichamelijk onderzoek. Ook patiënten die recentelijk een herseninfarct hebben gehad worden tijdens de visite vaak lichamelijk onderzocht. Op de kamers met meerdere patiënten wordt hierbij soms het gordijn om het bed dicht getrokken. Alle actoren komen hierbij in de ‘tent’ staan die gecreëerd wordt door de gordijnen. Het zicht wordt hierbij aan de andere patiënten ontnomen, maar het geluid wat geproduceerd wordt blijft hoorbaar. MPS2 vertelt me: ‘je hebt hier niet zo veel privacy, want je bent met zes personen achter een gordijntje en als je de hik hebt, dan hoort de buurman het al’. Zeker wanneer het buiten een beetje donker is en er een lamp bij het bed aan staat, heeft het lichamelijk onderzoek achter een gordijn voor de buitenstaander het effect van een schimmenspel. De verschillende bewegingen en het bijbehorende geluid zijn waarneembaar, de precieze handelingen niet. Toch geeft het gordijn voor degenen die zich er achter bevinden, een verhoogd gevoel van privacy. Het niet kunnen zien van de ander, lijkt als effect een gevoel van onzichtbaarheid te hebben. Terwijl dit lang niet altijd zo hoeft te zijn.

Ook tijdens de lichamelijke verzorging van de patiënt gaat het gordijn vaak dicht. Bijvoorbeeld wanneer iemand gewassen moet worden, of een nieuwe katheter wordt ingebracht. Tijdens deze handelingen beperkt het gordijn de ruimte. Het tekort aan ruimte is hierbij goed waar te nemen, doordat het gordijn vaak naar achteren komt door de bewegingen van de verpleegkundige.

Lichamelijk onderzoek en verzorging waarbij de deken over de patiënt blijft of de kleding niet uit hoeft, gebeurt meestal met het gordijn open. De controle is hierbij zichtbaar voor alle patiënten. Zowel de artsen als de verpleegkundigen lijken hier geen moeite mee te hebben en kunnen zich er, zo lijkt het, helemaal voor af sluiten. Toch noemen de meeste actoren het gebrek aan privacy als een groot nadeel van het oude ziekenhuis: ‘als er verpleegkundigen bij staan is het gewoon goed, maar met andere patiënten erbij heb ik voor patiënten zelf het idee dat het prettiger is om dat niet op zaal te doen’ (AA1).

De patiëntenkamer als behandelkamer

Voor de behandeling van patiënten die een ruggenprik moeten krijgen en voor reanimaties is er een speciale behandelkamer. In dezelfde kamer is ook de medicijnkast en de tafel waar infusen worden klaargemaakt. De kamer staat goed vol. Misschien is dit de reden dat de behandeling van patiënten eigenlijk altijd op de kamer gebeurt en niet in de behandelkamer. Een ruggenprik wordt bijvoorbeeld op een tweepersoonskamer genomen, als daar op dat moment geen andere patiënt aanwezig is. Een arts-assistent vertelt me dat dit niet ideaal is, maar het beter is dan de behandelkamer, ‘dan moet je eerst de spullen van de verpleegkundigen verplaatsen om daar ruimte te maken’ (AA2).

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Privacy om te spreken over de thuissituatie

De nazorgconsulent bespreekt met de patiënt de situatie die zal ontstaan na het ontslag uit het ziekenhuis. Vaak doet ze dit in de patiëntenkamer, omdat veel van de neurologische patiënten die nazorg nodig hebben niet goed ter been zijn. Als het wel kan, nodigt ze de patiënt en zijn familie uit in haar kamer aan het begin van de gang. Omwille de privacy heeft dit haar voorkeur.

Ook patiënten die een CVA hebben gehad, nodigt zij zes weken na ontslag uit om op de verpleegafdeling te praten over de thuissituatie. Ze vertelt me dat dit vaak emotionele gesprekken zijn. Daarom is ze blij met haar kamer zonder zicht op de gang, 'zodat mensen toch het gevoel hebben dat ze rustig hun verhaal kunnen doen, [...] ze storten hier hun hart uit' (NC). De gesprekken die op de zaal gevoerd worden, worden vaak door anderen gehoord. Vaak is het volume waarop gepraat wordt hierdoor zachter.

Niet-menselijke actoren om uitgevallen bewegingen te compenseren

Neurologische patiënten zijn vaak deels verlamd door een hersenbloeding of epilepsie. De verzorging van deze patiënten is dan ook heel intensief, 'je bent echt aan het zorgen' (VP6). Om deze patiënten goed te kunnen verzorgen, wordt er van allerlei hulpmiddelen gebruik gemaakt, die als het ware het normale functioneren vervangen. Een tillift wordt gebruikt om patiënten uit bed te tillen, een rolstoel om hen voort te bewegen, een kathedr kan ingebracht worden bij patiënten met blaasproblemen. Voor deze apparaten is ruimte nodig om het bed, 'je bent altijd aan het schuiven en sjuwen hier op de afdeling [...] iemand met een tillift uit bed halen, daar heb je ruimte voor nodig' (VP3). Een tillift is een groot apparaat met een uitschuifbare haak waaraan een hangmat hangt. Hiermee kan een patiënt uit bed getild worden en in een zittende houding op een stoel gezet worden. Daardoor kan een patiënt bijvoorbeeld naar de douche gereden worden in een rolstoel. Vroeger bestonden dergelijke vervangers van het natuurlijk functioneren niet en werd een patiënt 'aan kop en kont uit bed getild' (TL). Naast de tillift zijn er op de verpleegafdeling verschillende typen rolstoelen aanwezig. Er zijn rolstoelen die geschikt zijn voor de douche, rolstoelen voor mensen die rechtop kunnen zitten en rolstoelen voor patiënten die niet goed rechtop kunnen zitten.

De ruimte die voor deze handelingen met hulpmiddelen nodig is, wordt door verschillende verpleegkundigen als een probleem gezien. Ze proberen 'te plannen dat mensen die veel zorg nodig hebben op een bed te plannen waar een plek naast vrij is, er is daardoor meer ruimte', 'en je hebt hier natuurlijk toch wel mensen die redelijk rolstoelafhankelijk zijn en die ruimte heb je niet, om mensen op een goede manier uit bed te kunnen halen'. Bovendien 'moet je ook gewoon de ruimte om een bed heen hebben', want 'je moet mensen kunnen bewegen van het bed naar de stoel en andersom' (VP5).

Deze grote hoeveelheid hulpmiddelen staat vaak op de gang, klaar om door een verpleegkundige een zaal of kamer ingereken te kunnen worden. Veel opbergruimte is er niet op de afdeling, onder andere doordat 'er de afgelopen jaren veel spullen bij gekomen zijn'. Zo hebben naast de cows, ook de tillift en de karretjes met controleapparatuur hun intrede gedaan. Deze apparaten hebben ook veel ruimte nodig tijdens het verplaatsen ervan, 'je hebt die apparaten die je mee moet slepen, maar dat kan niet goed, omdat de zalen er te klein voor zijn en de bedden teveel plaats in beslag nemen' (VP7).

Sanitair

Op de verpleegafdeling zijn twee losse toiletten, twee kleine douches en twee grote badkamers voor de patiënten. Om een patiënt te douchen, moet de verpleegkundige daarom met patiënt de gang over naar de badkamer. Twee van deze badkamers zijn geschikt voor minder beweegbare patiënten, 'je hebt twee kleine douches waar je in feite alleen maar de zeer mobiele mensen in kan laten douchen, want daar kan je mensen niet in helpen' (VP1). Deze badkamers zijn aan de uiteinden van de gang gelegen, wat weleens een probleem oplevert tijdens de lichamelijke verzorging: 'heb je gekeken is hij leeg, kom je daar vervolgens met de

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

patiënt aan, nee is hij toch vol' (VP1). De teamleider vindt 'het toch een soort campinggevoel wat je hier krijgt. Ja toch, als je er goed over nadenkt en je trekt hier een deur open van zo'n kleine doucheruimte dan denk ik dat je tegenwoordig op de gemiddelde camping betere voorzieningen hebt dan wat wij hier nu onze patiënten aan bieden' (TL). Behalve de irritatie die een gebrek aan sanitaire voorzieningen geeft, is het voor degenen die werkzaam zijn op de verpleegafdeling zelfs een punt van schaamte. De secretaresse noemt het sanitair als het grootste minpunt van de afdeling: 'als patiënten in de rij moeten staan om te douchen en iemand moet heel nodig naar het toilet, dan zijn ze eigenlijk verplicht om hem op de po te zetten, dan hebben ze geen andere keuze' (SE). De beleving van de actoren dat de faciliteiten tekort schieten, maakt hen minder trots tegenover de patiënt op de omgeving waarin zijn zorg verlenen.



Douche met poststoel

Toilet met poststoel

Afbeelding 8 Sanitair verpleegafdeling locatie Clara

54

Taal, geluid en zicht

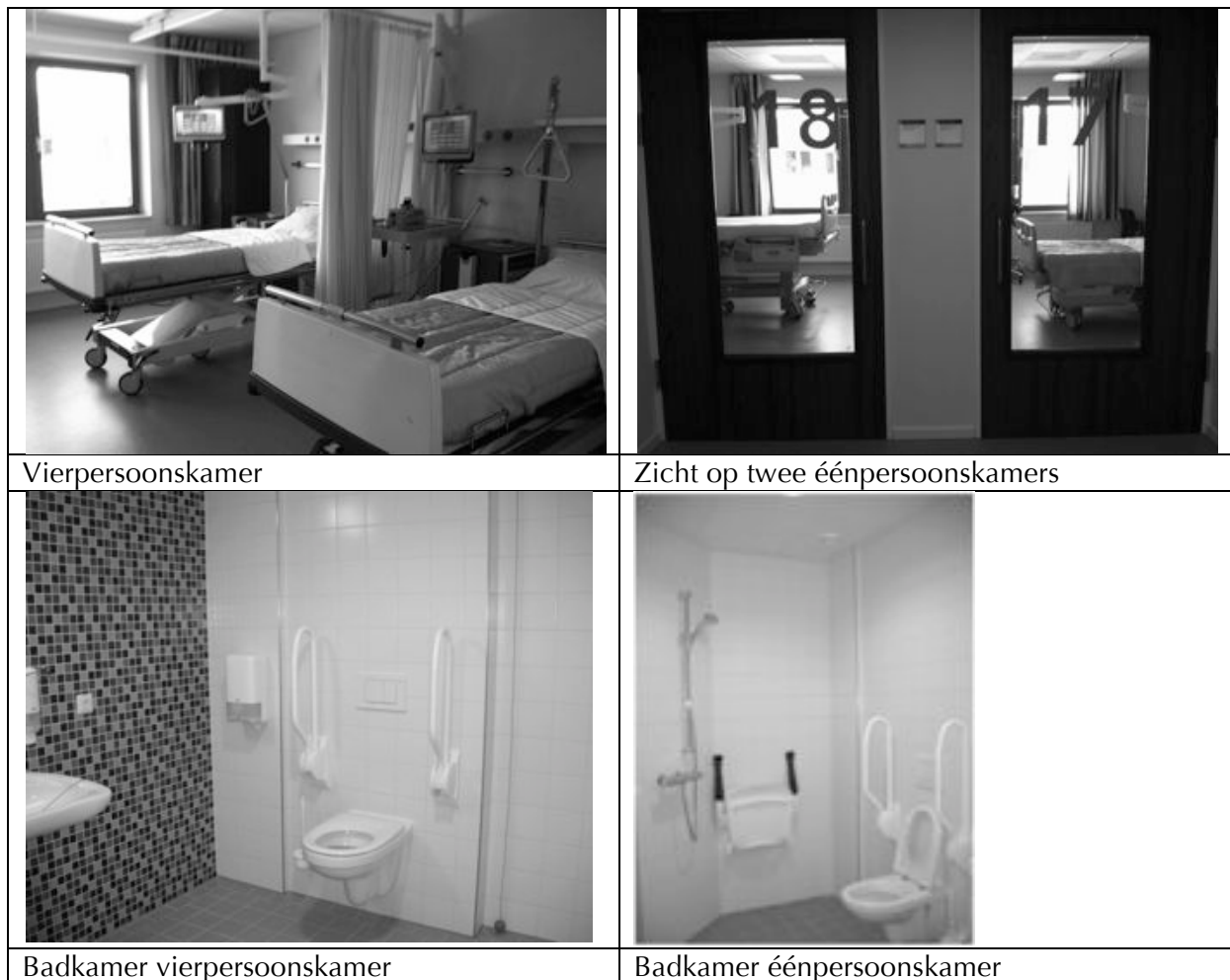
Het eerste wat verpleegkundigen en arts-assistenten zeggen te doen als ze een kamer binnen lopen, is bekijken 'hoe iedereen er bij ligt'. In een oogopslag is de toestand van vijf patiënten duidelijk vertellen zij. De teamleider geeft me aan dat ondanks de positie van haar kamer helemaal achterin de gang van de afdeling, zij met haar deur open alles kan horen wat er gezegd en gedaan wordt. Hoewel zij niet direct bezig is met werken aan de patiënt, heeft zij tijdens de uitvoering van haar andere taken wel precies in de gaten wat er op de afdeling gebeurt. Hierbij zet zij taal en geluid in, in plaats van het zicht wat normaal van belang is om overzicht te behouden.

7.1.2.2 Nieuwe situatie

De verpleegafdeling in het nieuwe ziekenhuis bestaat uit vier vierpersoonskamers (ook wel grote kamers of zalen genoemd) en zestien éénpersoonskamers (ook wel kleine kamers of kamertjes genoemd). Een van de grote kamers en twee kleine kamers zijn in gericht als *stroke unit*. De patiënten hebben bij het bed een scherm aan een beweegbare poot. Op dit patiënt entertainment system kunnen zij aangeven wat en wanneer zij willen eten, televisie kijken, radio luisteren en spelletjes spelen. De kamers liggen aan beide kanten van een brede gang. In het midden van de gang zijn de verpleegpost, spoelkeuken, huiskamer en verschillende werkkamers gelegen. Hierdoor ontstaan er twee gangen: de voorzieningen liggen centraal in het midden en de patiëntenkamers aan weerszijden hiervan. De kleine kamers hebben elk een vanuit de kamer toegankelijke badkamer met douche en toilet. Bij elke zaal is een aparte doucheruimte en toilet te vinden.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing



Afbeelding 9 Zaal (links) en kamertje (rechts) met sanitair in de nieuwbouw

De basis van het zorgen blijft hetzelfde

Sommige verpleegkundigen geven aan dat zij het werken in het nieuwe ziekenhuis niet veel anders vinden dan in het oude ziekenhuis. 'Het werk blijft hetzelfde voor mij, of je nu hier werkt of daar werkt [...] de patiënten blijven hetzelfde, de categorie blijft hetzelfde, alleen een ander gebouw met een monitor erbij' (VP4). Ook een van de arts-assistenten denkt er op deze manier over: 'Ik denk niet dat het veel scheelt eerlijk gezegd, het werk is hetzelfde en je hebt nog steeds de artsenkamer waar je veel doet' (AA1). De zorg die aan de patiënt geleverd wordt is inderdaad dezelfde zorg als in het oude ziekenhuis. Er moet nog steeds gewassen worden en nog steeds krijgt iedereen zijn medicijnen en controles op gezette tijden. Toch verandert de context van het werk zoals uit bovenstaande beschrijvingen blijkt. De nazorgconsulent zegt hierover heel treffend: 'je werk blijft hetzelfde, maar je moet het anders organiseren en inplannen' (NC). Zij bedoelt hiermee dat handelingen zoveel mogelijk met elkaar gecombineerd moeten worden, om de tijd die besteed wordt aan lopen in te perken.

De organisatie en planning van het werk verandert door de nieuwe context

Deze andere organisatie van het werk is onder andere te merken aan het grote aantal sanitaire voorzieningen. In het nieuwe ziekenhuis heeft elke kamer namelijk een eigen badkamer. Dit heeft als voordeel dat 'mensen niet de hele tijd met waskommen hoeven te soppen, ze kunnen gewoon onder de douche [als ze mobiel genoeg zijn]' (VP5). Een nadeel is het gemis van een kastje met reserve verpleegkundig materiaal, zoals 'lakens, een wekkertje, inco[ntinentie]materiaal, handdoeken, washandjes' (VP5), daardoor 'loop je de hele tijd naar dingen te zoeken'. Deze materialen lagen in het oude ziekenhuis klaar in de patiëntenkamers,

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

zodat deze altijd direct wanneer nodig bij de hand waren. In de nieuwe kamers is geen opbergruimte voor dit soort materiaal, waardoor het uit de voorraadkast op de gang gehaald moet worden.

Het vinden van de juiste weg en de juiste spullen tijdens het werk aan de patiënt op de verpleegafdeling kost in de eerste weken na de verhuizing nog moeite. Het is lastig 'om in het vizier te krijgen welke patiënt waar ligt' (NC). En de nazorgconsulent heeft het gevoel 'dat het nu uit je handen glipt en nog moet komen, wat er was, dat is even vervaagd' (NC). De nazorgconsulent geeft aan dat het voor haar nog een tijd gaat duren voor ze haar draai terug gevonden heeft.

Het overzicht raakt zoek, de privacy en aandacht per persoon nemen toe

In het nieuwe ziekenhuis hoor ik veel verpleegkundigen en ook de MPS praten over het gebrek aan overzicht op de afdeling. De artsen en arts-assistenten loven juist de grote hoeveelheid kleine kamers. Zij hebben het idee er meer privacy te kunnen bieden en overleggen er rustiger met patiënt en familie. Het valt me op dat er per patiënt meer tijd besteed wordt op de éénpersoonskamers dan op de vierpersoons kamer. De ruimte om het bed daarentegen is wat kleiner in de kleine kamers, met minder uitwijkmogelijkheden de rest van een zaal in. Hierdoor past iedereen die mee komt met de overdracht amper in de kamers. Zeker als er ook familie aanwezig is, is de kamer helemaal vol. Het gevolg hiervan is dat de arts-assistent twee coassistenten die willen aansluiten bij de visite wegstuurt om iets anders te gaan doen. 'Zo veel mensen, daar kan ik echt even niet tegen en ook voor de patiënt vind ik dit te veel' (AA3), vertelt ze me even later.

Na het bezoek aan een patiënt op een éénpersoonskamer wordt het dossier op de gang verder ingevuld. Op de zalen gebeurt dit direct in de zaal. Het is dan ook niet logisch om na elke patiënt weg te lopen om de dossier bij te werken en even later weer terug te komen.

In de grote kamers, ook wel zalen genoemd, is het overzicht wel beter, 'als je in het midden staat heb je er aan elke kant twee [patiënten], dat is heel goed bedacht' (VP5). Op de gang is het overzicht niet echt goed, 'in het andere ziekenhuis keek je en je zag wat er gebeurde, hier kijk je die hoek om en die hoek en iedereen moet wennen' (VP3).

'Ik vind in de korte dagen dat ik hier nu werk wel dat de privacy erg fijn is' (NC), 'dat ik wel gelijk met familie kan praten en niet naar een aparte kamer hoeft' (NC).

Toch zien ook de arts-assistenten een groot nadeel in de eenpersoonskamers. Deze zijn namelijk goed geluiddicht gemaakt. Wanneer de deur dicht is, hoor je op de gang geen geluid vanuit de kamer. Wanneer een patiënt op zo'n kamer uit bed valt en niet in staat is om op de bel te drukken of te gillen, 'kan het zo zijn dat hij daar een paar uur ligt in de nacht, gewoon omdat niemand langs loopt' (AA1). Patiënten op de neurologie zijn namelijk vaak niet in staat te praten of zichzelf zo maar te bewegen: 'iemand die zwanger is kan wel gillen of op de bel drukken als er iets is, maar iemand die in de war is kan dat niet of iemand die een beroerte heeft gehad of een epileptische aanval heeft en dan zijn er toch wel spoedeisende dingen waar je niet al te lang mee wilt wachten' (TL). Wat hier bovendien ontbreekt is de onderlinge sociale controle van de grotere kamers die eerder genoemd werd. Zo kan het voordeel van privacy in geval van nood omslaan in een nadeel van isolatie. De balans hierin is lastig te vinden.

De eenzame patiënt

Deze soms moeizame balans tussen privacy en overzicht van het personeel en sociale controle door medepatiënten is vaker te zien op de verpleegafdeling in het nieuwe ziekenhuis. Als ik op een dag de verpleegafdeling op loop zie ik twee patiënten vanachter een glazen deur in hun kamer op een stoel zitten en voor zich uit staren. Ze zien er eenzaam uit en lijken zich te vervelen. Het kan natuurlijk een illusie zijn, toch 'is het zeker voor de oudere patiënten soms niet leuk, die zien het als een gezellig uitje om in het ziekenhuis te liggen, ja echt' (teamleider). Als ik even later een meneer in een rolstoel tegen een deur aan zie duwen, die niet open gaat, is dit voor mij een bevestiging dat een privékamer niet altijd een voordeel is. Niemand ziet hem

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

moeite doen om naar binnen te gaan en de geluidsdichte deur is dusdanig zwaar dat hij in zijn eentje niet naar binnen komt.

Toch is er ook een verpleegkundige die vindt dat de éénpersoonskamers ‘een en al luxe zijn’ en dat ‘is heel leuk voor de mensen’ (VP5). Een ander nuanceert dit: ‘het is misschien voor de patiënt leuk dat ze eigen faciliteiten en dingetjes hebben, maar soms ook niet: gisteren lag er iemand voor de OK en niemand ging kijken, die heeft een keer een washandje gekregen en verder niet’ (VP3). Hiermee wordt aan gegeven dat patiënten in kamertjes die weinig hulp nodig hebben snel vergeten worden. Er zijn immers geen patiënten op hun kamer aanwezig die wel hulp nodig hebben, waardoor de minder behoevende patiënt ook direct gezien wordt. Een andere verpleegkundige signaleert hetzelfde probleem: ‘liggen ze daar alleen op de kamer, wat wel heel rustig is nu, maar aan de andere kant moeten mensen er ook wel even uit soms’ (VP1).

En nog steeds ruimte tekort

Ook in het nieuwe ziekenhuis blijkt de zorg ruimte nodig te hebben. Hier is niet genoeg rekening gehouden met de lichamen van zowel patiënt als verpleegkundige die bij de verzorging ingezet worden, ondanks eerdere bedenken van de teamleider: ‘wij hebben echt een aantal handelingen verricht in de proefopstelling die we normaal ook doen. Dus een transfer vanuit een bed op een rolstoel of een poststoel. Een transfer met een tillift en dan rijden naar een stoel. Nou, toen hebben wij onze bedenkingen weergegeven op een formulier van wat in onze ogen de beperkingen waren’. Deze beperkingen zijn volgens haar niet verbeterd in het uiteindelijk ontwerp. Zo zijn de stoelen in de douche ongeschikt: ‘het is gewoon een klapstoeltje aan de wand voor een gemiddelde cva-patiënt die een slechte rompbalans heeft, dus eigenlijk zijn het nu dingen die meer in de weg zitten dan dat ik ze echt ga gebruiken’ (TL). Ook in de rest van badkamer is er niet de ruimte die de verpleegkundigen zouden willen. Na het werken met de proefopstellingen voor de badkamer is bijvoorbeeld veel kritiek geuit, maar ‘hier zien we niets van terug’ (VP6). Er staat bijvoorbeeld een douchestoel in een schuine hoek, ‘wil je iemand helpen met een transfer, dan kan dat niet’ (VP6).

In de zalen is gekozen voor een nieuw type tillift. Deze wordt niet naar het bed gereden, maar hangt aan een rail boven het bed. Dit is volgens een verpleegkundige geen goede keus doordat de lift nu enkel in een recht lijn bewogen kan worden, hierdoor ‘heb je gewoon beperkt de ruimte’, bovendien kon je de oude tillift ‘overall naartoe heen rijden waar je wilde’ (VP4). De nieuwe kan enkel een patiënt van een bed in een rolstoel tillen die precies op de juiste plek klaar staat.

Behalve ruimte om letterlijk aan de patiënt te werken, vragen ook de handelingen ervoor en erna de nodige ruimte. Voor het wassen van patiënten die niet de douche in kunnen worden bijvoorbeeld net als in het oude ziekenhuis waskommen gebruikt. Deze waskommen worden in de spoelkeuken gevuld en na de verzorging weer schoon gemaakt. Dit levert in de nieuwe spoelkeuken problemen op; de waskom past namelijk niet in de wasbak. Ook is er naast de wasbak geen ruimte om te schoongemaakte kom neer te zetten. De teamleider vertelt me dat het hierdoor regelmatig ‘een waterballet is’.

Door het gebrek aan ruimte wordt het werken niet zozeer tegen gehouden of veranderd, maar is de uitvoer ervan wel een stuk minder comfortabel. Dit geldt voor zowel de open ruimte om te kunnen draaien en bewegen als de ruimte die bepaalde materialen bij handelingen met deze materialen nodig hebben.

Samenwerken

In het nieuwe ziekenhuis zijn piepers geïntroduceerd. Deze vervangen de bellen van het oude ziekenhuis. Wanneer een patiënt nu op de hulpknop drukt, gaat er een lampje voor de kamer aan en de pieper van degene die verantwoordelijk is voor de kamer gaat af. Dit geeft een andere sociale dynamiek aan het werken. ‘de bel gaat en die gaat alleen bij mij, dan kan je wel om assistentie vragen, maar de anderen reageren haast niet, mensen zien hier wel dat de bel

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

gaat, maar ja, er staat iemand anders en die heeft de pieper, dat maakt de collegialiteit toch wel anders' (VP3).

7.1.3 Klinische Neurofysiologie en Neurologische Onderzoek

De KNF is een onderzoeksafdeling die buiten de polikliniek en verpleegafdeling ligt. Na een eerste bezoek aan de polikliniek of tijdens een opname worden sommige neurologisch patiënten doorverwezen naar de afdeling Klinische Neurofysiologie (KNF). Hier worden door laboranten verschillende onderzoeken gedaan, maar ook de neurologen voeren enkele onderzoeken en behandelingen uit op deze afdeling. Bij het maken van een elektromyografie (emg) moet bijvoorbeeld in spieren geprikt worden, enkel de arts is hier toe bevoegd. Hetzelfde geldt voor het toedienen van botox waarbij gebruik gemaakt wordt van de EMG techniek. Op de afdeling KNF wordt dus onderzocht, behandeld en besproken.

7.1.3.1 Oude situatie

In de oude situatie zijn er twee afdelingen klinische neurofysiologie, op elk van de locaties van het ziekenhuis één. Enkel op de locatie Zuider is ook een arts werkzaam. KNF is gevestigd op dezelfde plek als de polikliniek; de onderzoekskamer ligt tegenover de spreekkamer van de poli. Op de locatie Clara wordt al het werk door laboranten uitgevoerd en wordt daarom hier niet verder besproken, daar de focus op het werk van de neurologen ligt.

De patiënt ligt letterlijk aan een apparaat

De onderzoek- en behandelkamer op de locatie Zuider is een grote vierkante ruimte, met in het midden een onderzoeksbed en bij de deur een stoel. Als de patiënt binnenkomt, mag deze meteen op het bed komen zitten, degene die hem begeleidt neemt plaats op de stoel naast de deur. De arts gaat naast het bed zitten. Ook een laborant neemt plaats naast het bed, met voor zich een kar met daarop een computer en een bedieningspaneel. Met deze apparaten kan een EMG gemaakt worden. De patiënt wordt op de computer aangesloten om de snelheid in de zenuwen en spieren te meten. De arts plakt de aansluitingen op de juiste plek, de laborant bedient het paneel met stroomstootjes. De arts prikt ook kleine naalden in spieren om hiermee stroomstootjes toe te dienen. Het apparaat is hier een belangrijke actor in het onderzoek, die tussen arts en patiënt in staat.

7.1.3.2 Nieuwe locatie

Op de nieuwe locatie is een grote afdeling Neurologisch Onderzoek aanwezig, de naam KNF wordt door het ziekenhuis officieel niet meer gebruikt. Toch hangt in de wachtkamer van Neurologisch Onderzoek een briefje waarop staat: 'wij hebben geen balie, neemt u plaats in de wachtkamer, dan komen wij u vanzelf op halen, de KNF'. Er is dus geen balie op deze afdeling, wat ondanks het briefje wat onrust en verwarring bij patiënten. De oude afdelingsnaam wordt voorlopig dus vast gehouden. Er zijn veel meer kamers aanwezig dan op de oude locaties. De arts noemt de afdeling dan ook 'eigenlijk wat te groot'.

Afgesloten van de buitenwereld

De kamer waarin de EMG's gemaakt worden is net als in het oude ziekenhuis vierkant. Er is hier echter geen raam aanwezig. Om de onderzoeken goed uit te kunnen voeren, mag er namelijk zo min mogelijk verstoring van buitenaf komen. Daarom is er om de kamer een soort kooi gebouwd. Hierbij is men vergeten een raam te plaatsen. Hierdoor zitten arts en laborant de hele dag zonder daglicht, waardoor het 'makkelijk in slaap vallen is' (NE2). Ook laat de kooi geen telefoonsignalen door en een vaste telefoonlijn is bij de bouw vergeten. Tijdens de

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

onderzoeken zijn de arts en laborant dus helemaal af gesloten van de buitenwereld. Tussen de onderzoeken door lopen zij dan ook af en toe naar de gang telefonisch 'iets te regelen'.

Onduidelijke functie van de ruimte

Bij binnenkomst in de vierkante ruimte met alleen een bureau tegen de muur, een bed, drie stoelen, het EMG-apparaat en een karretje met spullen in de hoek, blijven patiënt en begeleider vaak even staan. Het is voor hen blijkbaar niet duidelijk waar ze plaats kunnen nemen of wat er van hen verwacht wordt. De arts wijst de begeleider daarna op een stoel en vertelt dat de tas in de kleedruimte kan worden gezet. Als de patiënt gevraagd wordt zich uit te kleden, legt deze zijn kleding eigenlijk altijd naast zich op het onderzoeksbed en niet in de kleedkamer. De aanwezigheid van de kleedkamer, die toegankelijk is vanuit de behandelkamer, is bekend, maar toch wordt deze niet gebruikt.

Tijdelijk missen van spullen

Tijdens het neurologisch onderzoek en de behandeling worden allerlei materialen gebruikt. Deze materialen geven afval, maar helaas is er nog geen prullenbak in de buurt van het onderzoeksbed. De arts zegt daarom tegen de laborant, 'laten we hier maar gewoon een afvalberg maken' en legt daarna al zijn spullen maar op de kar met schone materialen neer. Ook het onderzoeksbed wordt gebruikt om tijdelijk wat spullen op neer te leggen. De arts vertelt dat nog lang niet alle spullen uit het oude ziekenhuis hier in de behandelkamer staan. Tijdens het werken aan de patiënt laat hij dan ook een aantal keer vallen dat het 'frappant is hoeveel spullen die je gewend bent te hebben er missen' (NE2). Dit is niet alleen de prullenbak, maar ook een tweede computer, een werkende telefoon, karretje met reservemateriaal en genoeg stoelen.

59

7.1.4 Deelconclusie

(On)mogelijkheden van de fysieke ruimte tijdens het werken aan de patiënt

In het werken aan de patiënt kan de fysieke omgeving het primaire proces zowel belemmeren als mogelijk maken. Vaak heeft één onderdeel van de fysieke ruimte beide eigenschappen in zich, de affordances zijn niet eenduidig. Zo wordt het nadeel van een lange gang die gebruikt wordt om een patiënt op te halen veranderd in een voordeel door de gang te gebruiken als onderzoeksinstrument voor de mobiliteit van patiënten. De ambiguïteit van de gang blijkt uit de veranderende manier waarop deze gebruikt wordt. De mogelijkheden van de fysieke omgeving zijn zoals Gaver (1996, 2) zegt relatief aan wat de mens ermee doet en wil doen in een bepaalde situatie.

Een ruimte kan ook een onverwachte affordance geven, doordat de ruimte anders opgebouwd is dan verwacht. Cummings (2008, 6) omschrijft dit met de woorden: 'the environment affords, suggests and makes itself available to certain uses whilst constraining others'. Wanneer een patiënt de onderzoekskamer inloopt en plaats neemt op de stoel van de arts bijvoorbeeld. De stoel is inderdaad om op te zitten, maar bedoeld voor een ander persoon. Hetzelfde is te zien bij het mee kijken en praten van andere patiënten als een patiënt op de zaal onderzocht wordt. De gordijnen moeten hierbij de privacy vergroten, maar geven juist ook weer een ander zicht op de handelingen die er achter uitgevoerd worden. Zo veranderen mogelijkheden die de ruimte aan de ene persoon biedt in onmogelijkheden voor de andere persoon. Hetzelfde geldt voor de handelingen die zij er uit willen voeren.

Toezicht en overzicht

Toezicht en overzicht zijn twee belangrijke thema's bij het werken aan de patiënt op de verpleegafdeling. Wanneer er geen verpleegkundige of neuroloog in een patiëntenkamer aanwezig is, moet er toch een manier gevonden worden om toezicht te houden op de patiënten. Op de meerpersoonskamers wordt dit houden van toezicht deels overgenomen door

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

de medepatiënten op de zaal, die de verpleegkundigen vaak waarschuwen in het geval van nood. De zalen geven hierdoor de mogelijkheid om afwezig te zijn voor de verpleegkundigen, maar toch een bepaalde vorm van toezicht te houden. In de nieuwe situatie valt deze mogelijkheid grotendeels weg, door de grote hoeveelheid eenpersoonskamers. Er zal hier nog gezocht moeten worden naar nieuwe manieren van toezicht.

De computer speelt een belangrijke rol in het toezicht door de hoeveelheid aan patiënteninformatie die hierin vanaf elke plek in het ziekenhuis terug te vinden is, maar komt op sommige momenten letterlijk tussen patiënt en arts of verpleegkundige in te staan. Vaak zijn de computer en het dossier wat hierin staat zelfs leidend voor het contact met en de handelingen aan de patiënt. De computer is hiermee een actor geworden in het werken aan de patiënt (Latour, 2007).

Het belang van overzicht komt bijvoorbeeld tot uiting wanneer een verpleegkundige over een gang loopt, op weg naar de volgende patiënt. Hier kan hij of zij naar binnen kijken en de andere patiënten zien liggen, maar ook zonder te kijken al horen of er iets aan de hand is.

Privacy

De privacy van de patiënt wordt door verpleegkundigen, de nazorgconsulent en arts-assistenten op de verpleegafdeling belangrijk gevonden. Privacy van de patiënt heeft op de verpleegafdeling twee betekenissen: fysieke privacy en privacy van informatie. Met de eerste vorm van privacy doel ik op de zichtbaarheid van de patiënt. Er zijn allerlei mensen die de patiënt kunnen zien terwijl deze in bed ligt: alle op de verpleegafdeling werkzame actoren, maar ook medepatiënten en bezoekers. Dit wordt als normaal beschouwt, zolang het lichaam van de patiënt bedekt is. Pas wanneer het lichaam zichtbaar wordt, wordt deze met bijvoorbeeld een gordijn afgeschermd voor ongewenste meekijkers. De tweede vorm van privacy gaat over wat er verteld wordt aan de patiënt en wat hij zelf vertelt. Dit is hoorbaar voor eenieder die in de buurt ligt of zit, of voorbij loopt. De privacy van informatie wordt hierdoor geschonden. Beide vormen van privacy gaan volgens Gastelaars (1998, 157) over vertrouwelijkheid en het gaat volgens haar bij deze vorm van privacy over dingen die alleen de betrokkenen mogen weten en/of zien. Er zijn verschillende voorwerpen en structuren op de verpleegafdeling die de vertrouwelijkheid moeten bewaken. Zo hangen er op de meerpersoonskamers gordijnen om het bed om het zicht bij lichamelijk onderzoek en lichamelijke verzorging voor andere patiënten weg te nemen. Alles wat gezegd wordt blijft hierbij wel hoorbaar. Het lichaam blijft privé, wat er over het lichaam gezegd wordt niet. In het nieuwe ziekenhuis zijn er meer eenpersoonskamers, waar ook geluid tegen gehouden wordt voor ongewenste meeluisteraars. Het is opvallend dat de artsen en verpleegkundigen veel medische zaken met de patiënt op de zaal bespreken, terwijl de nazorgconsulent de patiënten die op zaal liggen altijd mee naar haar eigen kamer probeert te nemen om de privésituatie na ontslag te bespreken. Wanneer de thuissituatie van de patiënt aan bod komt, lijkt de privacy van informatie dus belangrijker te worden.

Lichamen en materialen

Tijdens de activiteit werken aan de patiënt wordt er altijd met lichamen gewerkt. Niet alleen het lichaam op zichzelf wordt ingezet bij het werken aan de patiënt, ook de losse delen van het lichaam en met name de zintuigen spelen een belangrijke rol. De arts ziet niet alleen een patiënt, hij hoort hem ook praten en voelt de kracht in de benen. Door de lichamelijke van alle aspecten van het werken aan de patiënt worden ruimte en ruimtelijkheid in het ziekenhuis van groot belang. Een lichaam heeft namelijk de ruimte nodig om te draaien en te bewegen. Zeker wanneer hier hulpmiddelen bij komen kijken die de uitgevallen functies van een patiënt over nemen. De tillift vervangt de kracht om zelf rechtop te gaan zitten of op te staan. Een rolstoel vervangt het kunnen lopen. Naarmate een patiënt slechter ter been is, wordt het rekening houden met lichamelijke dus belangrijker. De niet-menselijke actoren gaan hier in de oude en de nieuwe situatie een grotere rol spelen in de uitvoering van het primaire

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

werkproces en staan ook ten dienste van de menselijke helpers. . Deze apparaten en materialen spelen niet alleen een rol in het directe werken aan de patiënt, maar ook in het bewegen van en naar de patiënt toe. Deze apparaten moeten namelijk altijd meegenomen worden en dit kost tijd en vraagt genoeg ruimte voor het bewegen met de apparaten.

Werken aan de patiënt blijft in de basis altijd hetzelfde

Ook nu het ziekenhuis zich na de verhuizing in een nieuwe fysieke omgeving bevindt, met allerlei nieuwe ruimtes, blijft de basis voor het werken aan de patiënt hetzelfde. De handelingen van vragen hoe het gaat, tot onderzoeken en verzorging op de verpleegafdeling worden nog steeds op dezelfde manier uit gevoerd. De hoeveelheid tijd die aan een patiënt besteed wordt lijkt in de éénpersoonskamers in de nieuwe situatie langer dan in de zalen in de oude situatie. Maar, ook al worden gesprekken in een éénpersoonskamer niet langer afgeluisterd door anderen, toch worden dezelfde vragen gesteld. Dit is niet in overeenstemming met een onderzoek van Ulrich e.a. (2004), waarvan één van de uitkomsten is dat de indeling van kamers niet alleen van invloed is op de hoeveelheid tijd die verpleegkundigen besteden aan patiëntenzorg, maar dat deze tijd gestoken wordt in gesprekken en extra aandacht voor patiënt en familie. Voor zover ik heb gezien, wordt in het Maasstad Ziekenhuis deze extra tijd echter vooral gestoken in administratie of kleine pauzes achter de computer.

7.2 Overleg

In het primaire werkproces wordt er veel overlegd en besproken. Dit gebeurt tussen actoren met dezelfde functie en tussen actoren met verschillende functies. Dit overleg gaat over de behandeling, diagnose en verzorging van de patiënten. Verder wordt er overlegd om interne dienstverlening tot stand te brengen. Dit noem ik expliciet als een andere handeling, omdat dit een ander type overleg is, waarbij het doel niet samenwerken, maar opdracht geven is. De overleggen vinden op formele en informele momenten plaats en op formele en informele overlegplekken. Verder is er een onderscheid te maken tussen digitaal overleg en face-to-face overleg op de verpleegafdeling, in het restaurant, in de polikliniek en in het stafcentrum. De digitale ruimte neem ik mee als een specifieke plaats, omdat de digitale ruimte cruciaal is bij al het overleg tussen menselijke actoren in de interne dienstverlening.

7.2.1 Virtuele ruimte

Het elektronisch patiënten dossier, wat ik vanaf nu afkort tot dossier, speelt een belangrijke rol in het overleg tussen actoren en hiermee zelf een actor in het primaire proces. Het patiëntdossier ziet er voor iedere actor anders uit. De verpleegkundige, arts, arts-assistent, secretaresse en assistente hebben allemaal andere rechten en toegang tot andere delen van het dossier. Het dossier kan vanaf elke computer in het ziekenhuis geopend worden, door het invullen van een gebruikersnaam en wachtwoord.

In het dossier kunnen artsen opdrachten tot verzorging en kleine onderzoeken van patiënten aan verpleegkundigen geven. Ook houden artsen en verpleegkundigen elkaar op de hoogte van de gezondheidstoestand van de patiënt. Hoewel het geven van opdrachten via een dossier misschien niet direct klinkt als wederzijds overleg, is het wel een belangrijke manier van communiceren. In het dossier ziet de verpleegkundige welke medicijnen er toegediend moeten worden, hoe het dieet van de patiënt eruit ziet, welke controles er uitgevoerd moeten worden en welke extra handelingen er uitgevoerd moeten worden. De secretaresse ziet welke interne diensten aangevraagd moeten worden namens de arts. De assistente van de polikliniek ziet welke vervolgspraken zij moet maken en wat voor brieven er verstuurd moeten worden. De artsen en arts-assistenten ten slotte, voeren al deze opdrachten in en kunnen in het dossier de mening van hun collega's over een de toestand van elke patiënt terugzien.

7.2.1.1 Oude situatie

Het dossier is leidend

Elke controle, behandeling en opvallende gedraging van de patiënt wordt genoteerd in het dossier. Dit geldt ook voor het beleid wat voor elke patiënt gevoerd wordt. Ook de opdrachten die de artsen en arts-assistenten aan verpleegkundigen en secretaresse geven komen via dit dossier bij hen aan. Het dossier geeft hiermee sturing aan de handelingen die in het primaire proces uitgevoerd worden. Zonder dossier kan er niet meer gewerkt worden, doordat niet duidelijk is wat er moet gebeuren en hoe elke patiënt er aan toe is.

Digitaal wordt fysiek

Toch blijkt de informatie die door gegeven wordt via het dossier niet altijd genoeg te zijn. Tijdens een rookpauze doen twee verpleegkundigen hun beklag over dit systeem. Ze geven aan dat zij niet de hele dag in het systeem zitten en er hierdoor te vaak opdrachten vergeten worden. Dit veroorzaakt 'fouten in medicatie en behandeling' (VP1). Voor hen is het dan ook heel belangrijk dat de arts-assistent even langs komt om de opdracht te bevestigen. Zelf vinden zij ook dat het dossier soms tekort schiet. Hoewel het 'over het algemeen redelijk genoteerd staat, vind ik het heel onpersoonlijk, ik wil ook persoonlijk dingen kunnen overleggen met mensen' (AA1). Op de verpleegafdeling zie ik dan ook regelmatig een arts-assistent naar de

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

secretaresse of verpleegkundige toe lopen en vertellen dat ‘de opdrachten gereed staan’. Hierbij wordt soms wat meer uitleg gegeven bij een opdracht, of worden opmerkingen in het dossier wat genuanceerd. Ook in de polikliniek lopen de neurologen soms met een patiënt mee naar de balie, om daar aan de assistente te vertellen wat er precies moet gebeuren met de opdrachten die in het dossier zijn gegeven. Hierbij gaat het vaak om het zo snel mogelijk plannen van bepaalde afspraken. Door mee te lopen naar de balie, wordt het belang van een snel vervolg benadrukt.

7.2.1.2 Nieuwe situatie

De virtuele omgeving is niet veranderd; het dossier is hetzelfde gebleven.

Verplaatsing naar digitaal

Vaker dan in het oude ziekenhuis lijkt het of het dossier wordt in gezet voor overleg tussen arts-assistent en verpleegkundige. Ook de secretaresse zegt dat ze verzoeken liever in het dossier ziet: ‘doe je aanvragen via het systeem, ik kan het echt allemaal niet meer onthouden!’ (SE). Dit komt misschien door de grotere afstanden, maar ook doordat verzoeken in het dossier meteen ‘goed gedocumenteerd’ (AA2) zijn en hierdoor in de hitte van de verhuizing minder kans krijgen om vergeten te worden. Wanneer een neuroloog tijdens een afspraak met een patiënt op de poli een fout van de arts-assistent in een diagnose ontdekt, knipt en plakt hij delen van het dossier in een e-mail. Deze krijgt dus op de digitale weg ‘flink op zijn kop’ (NE1).

Verder blijft de situatie hetzelfde, opdrachten worden gegeven via het dossier en bevestigd in de wandelgangen als dat nodig is.

63

7.2.2 Polikliniek

In de polikliniek treffen artsen elkaar soms, maar er is op deze plek vooral overleg tussen artsen en assistentes van de polikliniek. Verder spreken artsen hun collega’s, andere specialisten en arts-assistenten ook vanaf deze plek. Hierbij zijn alleen zichzelf fysiek aanwezig, het contact wordt gelegd via e-mail, telefoon of het dossier.

7.2.2.1 Oude situatie

Voor een omschrijving van de fysieke omgeving van de poliklinieken, zie het vorige paragraaf 7.1.1.1.

De balie

De meeste opdrachten en aanvragen die de assistent moet verwerken komen binnen via het dossier. Terwijl de patiënt naar de balie loopt voor vervolgsafspraken, kan de assistente de aanvragen voor deze afspraken al binnen zien komen via de computer. Hier komen geen briefjes aan te pas. Soms loopt de neuroloog even mee, meestal als er veel onderzoeken gepland moeten worden of als er iets op de korte termijn moet gebeuren.

Aan de balie wordt veel overlegd. Niet alleen korte gesprekken tussen neuroloog en assistente vinden hier plaats, maar ook de neurologen lijken elkaar hier te ontmoeten of in ieder geval tegen het lijf te lopen en daarmee meteen informatie uit te wisselen. Dit gebeurt tussen de consulten door. Om het hoekje van de balie hangt ook vaak een coassistent rond, die op zoek is naar begeleiding. Ook is er rond de balie ook regelmatig een arts-assistent te vinden, die even geen patiënten heeft.

De artsen beginnen als ze achter de balie komen direct met praten tegen de assistente. Het maakt hierbij niet uit of zij aan de telefoon zitten, verdiept zijn in de computer of een patiënt helpen. De artsen wachten niet op beschikbaarheid, maar dwingen deze af door de ruimte

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

binnen te stappen en te beginnen met praten. Uiteindelijk wordt er altijd wel geluisterd (eigen observatie).

De assistentes werken zelf met de rug naar elkaar toe en beginnen zonder te kijken te praten als ze daar behoefte aan hebben of wat willen weten. Er wordt hier blijkbaar uitgegaan van directe beschikbaarheid van de ander. Wanneer er geen antwoord komt, kijken zij niet om, maar stellen de vraag even later nog een keer.

7.2.2.2 Nieuwe situatie

De oude routines worden vastgehouden. De artsen lopen nog steeds met de patiënt mee naar de balie bij bijzondere verzoeken. Ook treffen coassistent, arts-assistent en neuroloog elkaar op het hoekje bij de balie.

Tijdens de poli belt een arts-assistent verschillende keren vanaf de SEH. Deze telefoontjes worden snel afgehandeld door de neuroloog. Vaak met de mededeling 'dat moet je zelf maar even uit zoeken'. Dit bellen vanaf de SEH gebeurt vaker dan in het oude ziekenhuis, doordat er niet langer een verwijspolikliniek is waar de arts-assistenten werken, maar een volledige SEH. De arts-assistenten draaien hier diensten en zien hierdoor meer acute patiënten dan voorheen.

7.2.3 Stafcentrum

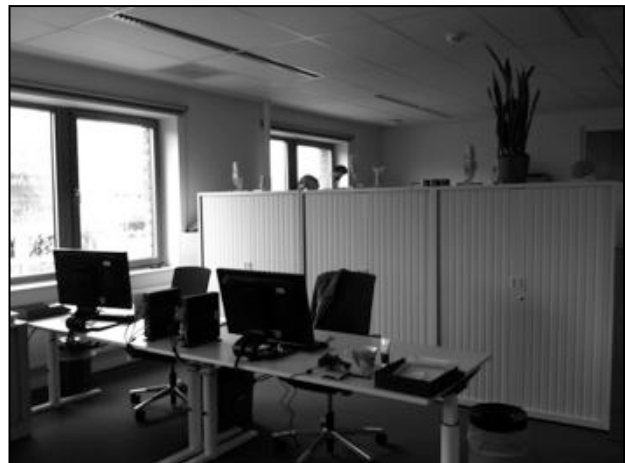
7.2.3.1 Oude situatie

In de oude situatie was er geen stafcentrum, maar werkten de specialisten altijd in hun polikliniekkamer.

7.2.3.2 Nieuwe situatie

Het stafcentrum is bedoeld als werkplek voor de specialisten in het ziekenhuis. De neurologie heeft een eigen hoek in het stafcentrum met voor elke neuroloog een eigen bureau in het open kantoor. De verschillende disciplines worden afgescheiden door hoge kasten.

Hoewel de artsen erg ontevreden zijn over het kwijt raken van de eigen kamer, zijn ze ook positief over het stafcentrum. Het is 'sociaal zeker een vooruitgang, er is meer contact met elkaar' (NE2). Ook specialisten van andere disciplines zijn door het stafcentrum beter bereikbaar, 'je weet waar je elkaar kunt vinden' (NE1). 'Je weet de internisten zitten links, anderen zijn rechts en daar loop je zo even heen of je spreekt elkaar onderweg aan' (NE2). Door de openheid lijkt de arts inderdaad goed bereikbaar.



Afbeelding 10 stafcentrum

Vanaf het moment dat hij binnenkomt in het stafcentrum loopt een secretaresse voortdurend langs om extra vragen te stellen. Eerder op deze dag heb ik haar niet horen bellen of een e-mail van haar langs zien komen (eigen observatie). De beschikbaarheid van de arts is door de fysieke aanwezigheid veel groter.

De werkplekken in het stafcentrum hebben al snel een persoonlijke uitstraling gekregen door de vele persoonlijke artefacten die er door de artsen neer gezet worden. De modellen van spieren en zenuwen op de boekenkast staan symbool voor hun specialisme.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

7.2.4 Verpleegafdeling

Op de verpleegafdeling komen bijna alle actoren die deelnemen in het primaire zorgproces samen, wat leidt tot veel overlegmomenten. De verpleegkundigen en arts-assistenten hebben hier hun werkplek, net als de secretaresse, MPS, teamleider en nazorgconsulent. Er zijn een twee formele overlegmomenten per dag tussen de actoren: de overdracht in de ochtend waarbij de verpleegkundigen die beginnen aan de dienst en degenen die klaar zijn met de nachtdienst aanwezig zijn en de visite rond 09.00 voor arts-assistent, verpleegkundige, coassistent en neuroloog. De overdracht vindt plaats aan het begin van de dienst van de verpleegkundigen. De nachtdienst vertelt hier aan de dagdienst alle bijzonderheden en vertelt hoe het met elke patiënt gaat. Tijdens de grote visite bezoekt een neuroloog met de arts-assistenten en de afdelingsoudste van de verpleging de verschillende patiënten. Het beleid wordt doorgesproken en de eerste opdrachten worden gegeven, deze worden later ook digitaal genoteerd. De grote visite is twee keer in de week, op de andere dagen is er enkel papieren visite: hierbij lopen een arts-assistent en de afdelingsoudste samen de patiënten een voor een door in het dossier. Ook hier wordt het beleid besproken en worden de opdrachten die in het dossier komen alvast besproken.

Daarnaast is het multidisciplinair overleg (MDO) een wekelijks formeel overlegmoment. Tijdens het MDO bespreken de arts-assistenten, teamleider, nazorgconsulent, afdelingsoudste, logopedisten, revalidatie en fysiotherapie de patiënten en overleggen over vervolgacties. In dit overleg ontmoeten de aanvragers hun interne diensten.

Naast deze formele overlegmomenten vinden er op een dag veel korte overlegmomenten plaats op de verpleegafdeling. Hierbij wordt afgestemd tussen actoren van dezelfde en tussen actoren met verschillende functies. De gang, de verpleegpost en de diverse werkkamers vormen hiervoor het decor.

65

7.2.4.1 Oude situatie

In de Clara vinden de overdracht en het MDO plaats in de koffiekamer; de kamer waar ook de teamleider haar werkplek heeft. De papieren visite vindt plaats in de artsenkamer. De vele informele, korte, overleggen vinden overal plaats waar er ruimte voor is. Dit kan in de gang zijn, in de verpleegpost, in de kamer van de leerlingbegeleider, in de keuken en in de behandelkamer. Ook op het balkon wordt graag een sigaret gerookt, met daarbij een kort informeel overleg. Veel overleg wordt buiten zicht en gehoor van de patiënt gevoerd.



Afbeelding 11 Overlegplekken op de verpleegafdeling

De visite

Als er geen grote visite is, gaat de teamoudste naar de artsenkamer om daar met een arts-assistent alle patiënten door te lopen. Het dossier is geopend op een van de vaste computers en is hierbij de leidraad. Bijzonderheden voor controle en verzorging schrijft de verpleegkundige op een papieren 'lijstje'. Deze visite wordt de papieren visite genoemd, omdat de patiënten niet bezocht worden, maar er alleen aan de hand van 'papier' overlegd wordt.

'Tijdens de grote visite komt de supervisor van de afdeling, een neuroloog, naar de afdeling. Eerst overlegt hij de verschillende patiëntsituaties met de arts-assistenten. Met zijn allen zitten ze om een kleine tafel vooraan in de artsenkamer. Iedereen kijkt mee op een computerscherm naar de hersenfilmpjes. Tussendoor wordt er gebeld met de secretaresse om een echo te regelen. Andere artsen komen binnen zonder groeten, om in dezelfde ruimte aan het werk te gaan. Opdrachten voor de verpleegkundigen worden in de computer genoteerd. Een arts die aan het werk is op dezelfde kamer, haakt halverwege even in, om mee te praten over een patiënt.'

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Als de helft van de patiënten besproken is, wordt er even koffie gehaald. In de keuken praten de artsen door over de patiënten, maar op een meer informele manier. De familie komt hierbij bijvoorbeeld aan bod, samen met andere opvallende zaken. Terug in de artsenkamer wordt het



Afbeelding 12 Afdelingskeuken, staat de koffiemachine

overleg meer gefocust. Als het overleg in de artsenkamer voorbij is, wordt de teamoudste van de verpleegkundigen opgezocht om samen met de supervisor, arts-assistenten en coassistenten de patiënten langs te gaan. Tijdens de visite wordt op de gang vluchtig besproken of een patiënt al dan niet naar huis mag. Ook wordt er na elk gesprek met de patiënt kort afgestemd wat de opvallende zaken zijn bij de volgende patiënt. Op de zaal vindt dit overleg tussen de bedden in plaats. Bijzonderheden worden met behulp van de cow meteen in het dossier gezet. De

verpleegkundige stelt vragen over de behandeling en aandachtspunten voor de verzorging aan de arts(-assistent). Andersom vraagt de arts(-assistent) de teamoudste om testuitslagen en de toestand van de patiënt. Deze gegevens worden in het dossier op gezocht, weer met behulp van de cow, en daarna doorgegeven. Aan de hand van deze gegevens voert de arts zijn gesprek met de patiënt.’ (Eigen observatie).

67

De keuken als het middelpunt van overleg

Er is veel overleg in de keuken, formeel en informeel. Iedereen komt hier samen. De keuken is de plek waar de medewerkers patiëntenservice dagelijks aan het werk zijn. Zij zetten hier koffie, bereiden de rondes met eten en drinken langs de patiënt voor en doen de afwas van glazen en bekertjes. Een van hen vertelt me: ‘er komt van alles binnen, er is taart en je hoort van allerlei kanten verhalen. De ene keer is het leuk en de andere keer is het minder leuk, het gaat ook over patiënten en dat mag niet in de keuken, maar ik hoor het wel en de dokters komen er ook’ (MPS1). Een andere MPS’er vertelt me hetzelfde: ‘Het is toch een ontmoetingsplek, iedereen die wat te drinken pakt en iedereen die toch wel een praatje maakt’ (MPS2). Het voordeel van de keuken als overlegplek is dat patiënten en bezoekers hier niet kunnen komen: ‘als je echt iets te bespreken hebt dan ga je achter in de keuken staan en kijk je elkaar aan en dan kan je dat bespreken zonder dat iemand daar hinder of last van heeft’ (MPS1).

Overzicht tijdens overleg

Na deze visite wordt met de rest van de verpleegkundige teamleden de stand van zaken doorgesproken. Soms vindt dit overlegvervolg plaats in de verpleegpost of medicijnkamer, vaker wordt er gekozen voor snelheid en vormt de gang het decor. Het ‘lijstje’ vormt hierbij de leidraad; een computer komt er niet aan te pas. Niet iedereen is het eens met deze gang van zaken en vindt dat het overleg nooit in de gang plaats moet vinden: ‘er lopen ook patiënten over de gang, dus dat is dan niet zo netjes, dus dan zoeken we even een plekje. De ene keer is dat de medicijnkamer, de andere keer een kamer waar niemand ligt’ (VP2). Het is opvallend hoe het idee van de actoren over deze momenten verschilt met wat er waar te nemen is in de wandelgangen. Misschien heeft dit te maken met het verschil tussen het formele gebruik en de informele alledaagse praktijk. Deze informele praktijken worden vaak onbewust uitgevoerd.

De koffiekamer wordt nooit gebruikt voor dit korte overlegmoment, ‘het is daar echt te ver weg’ (VP5). De verpleegkundigen zijn namelijk het liefst midden op de afdeling, om alles goed in de gaten te kunnen houden en ook aanspreekbaar te blijven tijdens overlegmomenten.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Toevallige ontmoetingen

Veel van de overlegmomenten tussen verpleegkundigen lijken toevallig plaats te vinden, op het moment dat zij elkaar tegenkomen in de gang of verpleegpost. Zelden gaan zij actief op zoek naar een ander. Tijdens deze korte overlegmomenten wordt meestal kort afgestemd over de verzorging of medicatie van een patiënt. Ook in de deuropening van de grote kamers en de deuropening van de verpleegpost en keuken vinden deze korte gesprekken plaats. 'Op de gang probeer je kleine dingen te overleggen, tussen de voor- en achterkant of er nog hulp nodig is of je iets kunt doen voor de ander' (VP3).

Bij de wisseling van dagdienst naar avonddienst zoeken de verpleegkundigen die beginnen met werken de collega's die bijna klaar zijn actief op. Hierbij worden er vragen gesteld die voortkomen uit het lezen van de verslagen van die dag. Dit gebeurt tijdens het bezoeken, wanneer patiënten, bezoekers, twee teams verpleegkundigen, arts-assistenten, logopedisten en fysiotherapeuten door elkaar heen lopen. Allen zijn op zoek naar informatie of op zoek naar de mogelijkheid informatie te brengen. Hier zijn de ontmoetingen dus niet toevallig, maar wordt er zodra er vragen zijn meteen gezocht naar iemand die het antwoord weet. Deze gesprekken vinden plaats 'waar de gelegenheid is'. Dit is vaak 'in de wandelgangen, maar ik zorg er wel altijd voor dat het niet onder het oor van een medepatiënt is' (VP2).

Na deze visite wordt met de rest van de verpleegkundige teamleden de stand van zaken doorgesproken. Soms vindt dit overlegvervolg plaats in de verpleegpost of medicijnkamer, vaker wordt er gekozen voor snelheid en vormt de gang het decor. Het 'lijstje' vormt hierbij de leidraad; een computer komt er niet aan te pas. Niet iedereen is het eens met deze gang van zaken en vindt dat het overleg nooit in de gang plaats moet vinden: 'er lopen ook patiënten over de gang, dus dat is dan niet zo netjes, dus dan zoeken we even een plekje. De ene keer is dat de medicijnkamer, de andere keer een kamer waar niemand ligt' (VP2). Het is opvallend hoe het idee van de actoren over deze momenten verschilt met wat er waar te nemen is in de wandelgangen. Misschien heeft dit te maken met het verschil tussen het formele gebruik en de informele alledaagse praktijk. Deze informele praktijken worden vaak onbewust uitgevoerd.

De koffiekamer wordt nooit gebruikt voor dit korte overlegmoment, 'het is daar echt te ver weg' (VP5). De verpleegkundigen zijn namelijk het liefst midden op de afdeling, om alles goed in de gaten te kunnen houden en ook aanspreekbaar te blijven tijdens overlegmomenten.

Van frontstage naar backstage

Toch blijft het overleg na toevallige ontmoeting niet altijd op de gang hangen. Het valt me op dat bij zaken die meer gevoelig liggen en patiënten die 'slecht liggen' (jargon voor patiënten die erg ziek zijn) het gesprek verplaatst naar een nis, de behandelkamer en de verpleegpost. Sommige teamoudsten nemen hun team mee de behandelkamer in. Om daar staande de laatste taken te verdelen en de laatste stand van zaken door te nemen. Ook de spoelruimte wordt hiervoor gebruikt, misschien omdat deze goed afsluitbaar is.

Geplande ontmoetingen

In de verpleegpost komen voortdurend mensen binnen met vragen en opmerkingen. Ook de secretaresse loopt veel heen en weer om vragen te stellen aan verpleegkundigen. Aangezien haar werk op een vaste plek plaatsvindt, moet zij zich wel bewegen om anderen tegen te komen. Opvallend is dat hierbij niet gebeld wordt naar de verpleegkundigen, maar altijd actief gezocht naar fysiek face-to-face contact.

Ook de nazorgconsulent is niet altijd aanwezig op de gang. Bij haar wordt actief binnengelopen om vragen te stellen. Als de deur open staat, komen mensen ook vaak binnen om even te kletsen. De deur van de artsenkamer is meestal dicht. Hier wordt netjes geklopt of er wordt zelfs gebeld om contact tot stand te brengen. De nazorgconsulent heeft haar kamer tegenover de artsenkamer, zij loopt hier gedurende de dag wel meerdere keren gemakkelijk binnen, ook andersom komt het overleg tot stand door binnen lopen.

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

De rust van een afgesloten kamer

Tijdens het lezen van dossiers in de kamer van de leerling-begeleidster wordt ook veel besproken. De deur is hier dicht, de sfeer redelijk ontspannen. Het lijkt wel of de oudere verpleegkundigen de deur hierbij vaker sluiten dan de jongere garde. De verpleegkundigen zitten zij aan zij en stellen elkaar vragen en bespreken gebeurtenissen van eerdere diensten. Hier wordt zeker in de middag veel tijd voor genomen. ‘Tijdens een van deze sessies komt er een leerling binnen, op zoek naar de begeleidster. Ze vraagt wat bedeesd om een gesprek. De begeleidster vraagt haar of het hier kan of privé moet. Liever privé, is het antwoord, dus moet er op zoek gegaan worden naar een rustige ruimte voor overleg. Dat blijkt lang niet gemakkelijk’ (eigen observatie).

Erg veel plekken om te overleggen zijn er namelijk niet op de verpleegafdeling, vooral is er ‘maar weinig ruimte om privé te overleggen’ (VP4). Hierover bestaat wat onvrede op de afdeling: ‘waarom moet ik op een patiëntenkamer gaan interviewen? We hebben geen faciliteiten daarvoor. Als je een leerling wilt bespreken of evalueren moet je ook een plek op zoeken waar niemand is. Vanmorgen was er iets, wil je overleggen, moet je het op de gang doen, want alles is vol’ (VP4). Een ander merkt op: ‘je hebt niet echt een plek waar je met zijn tweeën alleen kunt zitten en dat is heel vervelend. Kijk maar eens naar de kamer van de leerling-begeleidster, als je daar met drie zit krijg ik het al Spaans benauwd’ (VP7).

Nabijheid

De nazorgconsulent heeft een kamer op de afdeling, in tegenstelling tot de normale medewerkers van de transferafdeling. Ze is hier blij mee, omdat het contact met zowel artsen als patiënten hierdoor gemakkelijker loopt. Tijdens het lopen naar contact met de patiënt, komt meestal meteen ander contact met verpleegkundigen tot stand, net zoals wanneer zij zoals eerder beschreven koffie haalt. Haar meeste contact met buiten is telefonisch.

Ondanks de artsenkamer die op de verpleegafdeling ligt, ‘wordt er nog vaak gebeld, ondanks dat je tien meter bij elkaar vandaan zit, ook omdat ze vaak niet weten waar je bent’ (AA1). De artsen hebben een eigen telefoon, de verpleegkundigen worden gebeld via de secretaresse. Toch vindt deze arts-assistent het face-to-face contact handiger en prettiger dan enkel digitaal contact: ‘Vaak als ze bellen zeg ik dat ik wel eventjes kom. Dat vind ik toch prettiger dan over de telefoon. Dat computersysteem is wat dat betreft wel prima, want alles staat goed genoteerd, maar ik vind het zo onpersoonlijk. Ik wil ook persoonlijk dingen kunnen overleggen met mensen’ (AA1).

Ook de leerling-begeleidster is blij met haar plek op de afdeling, omdat zij ‘de collega’s [die] op het moment dat het erg druk is zeggen “kan je nog even medicijnen delen of kan je nog even hier naar kijken”’, ‘echt [zou] missen’ (VP6).

Briefjes

Verspreid over afdeling zijn er verschillende prikborden met daaraan niet alleen bedankkaarten van patiënten, maar ook veel informatieve papieren. In de verpleegpost bijvoorbeeld hangt een overzicht van patiënten die een nazorgplek in een verzorgingshuis hebben en degenen die dit nog moeten krijgen. Ook zijn hier de aankondigingen voor cursussen en bijscholingsavonden te vinden. Op de gang hangt aan het whiteboard een mededeling over het schoonmaken van bedden. In de koffiekamer annex kamer van de teamleider ten slotte hangt informatie met betrekking tot de nieuwbouw aan het prikbord.



Afbeelding 13 Whiteboard en mededelingen op briefjes

Deze briefjes geven de mogelijkheid korte

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

mededelingen door te geven. Op rustige momenten staan verpleegkundigen deze berichten vaak te lezen en brengen elkaar er ook van op de hoogte.

7.2.4.2 Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie wordt er gezocht naar een geschikte plek voor de formele overleggen. Op dit moment vinden de MDO, papieren visite en overdracht allemaal plaats in de artsenkamer. De koffiekamer bestaat niet langer in de vorm zoals die er was bij de Clara. Informele overleggen zijn zichtbaar in de verpleegpost, kamer van de leerlingbegeleider, het keukenblok bij de huiskamer en in de verschillende nisjes en tegen blinde muren. Vaste plekken zijn er nog niet, er wordt gezocht naar nieuwe plekken voor oude routines zoals verderop zal blijken.

Toenemende behoefte aan contact

Het valt me op dat zodra de teamleider of een arts-assistent vanuit de persoonlijke werkplek de gang oploopt, deze aangesproken wordt door verpleegkundigen, MPS en interne dienstverleners met allerlei vragen. Zodra het gesprek met de een afgelopen is, staat een ander alweer klaar met nieuwe vragen. Dit gebeurt nu veel meer dan in de oude situatie.

Een van de routines in het oude ziekenhuis was het voeren van korte gesprekken in de afdelingskeuken. In het nieuwe ziekenhuis is er geen afgesloten afdelingskeuken meer. Wat er over is, is een keukenblok in een uitsparing van de gang. De gesprekken die vroeger in de keuken plaats hadden gevonden, verplaatsen zich nu weer naar deze plek. Deze keuken echter is echter helemaal open, waardoor de gesprekken gevolgd kunnen worden door voorbijlopende andere actoren en patiënten. De teamleider probeert daarom deze gesprekken op een nieuwe plek te vestigen door aan de betrokkenen te vertellen dat 'alles te horen is', 'dat het een lawaai is' en of dit 'alsjeblieft ergens anders kan'. Haar grootste zorg is dat de patiënten 'dingen horen die niet voor hen bedoeld zijn' (TL).

Nieuwe functie van de ruimte

De overdracht vindt 's morgens in de artsenkamer plaats, omdat 'zij er toch nog niet zijn en we hier allemaal kunnen zitten' (VP1). Dat geldt ook voor het MDO. Het is de plek voor overleg met grote groepen geworden. De artsenkamer lijkt er alleen niet heel geschikt voor. De stoelen kunnen namelijk niet in een echte kring staan en mensen hebben de neiging aan een bureau te gaan zitten. Doordat de bureaus langs de muur staan kijkt iedereen een andere kant op.

Het overleg tussen de teamoudeste en de rest, na de overdracht, start vaak al bij de verpleegpost, wat toch het middelpunt van de afdeling blijkt te zijn, en gaat dan al lopend door, totdat er een goede plek is gevonden. Meestal is dit tot nu toe de kamer van de leerlingbegeleidster.

Waar vroeger de bureaus en kastjes in de verpleegpost gebruikt werden om op de leunen en zitten tijdens korte overleggen, zijn nu de muurtjes om de balie favoriet. Sommigen geven aan dat het er niet uit ziet, maar blijkbaar is het toch erg gemakkelijk om van een muurtje een stoel te maken.

Een arts-assistent die een korte overdracht wil doen loopt ook direct naar de verpleegpost, en zegt daar tegen een verpleegkundige: 'ik dacht al je hier te kunnen vinden' (AA1)

Op een gegeven moment staan er na de lunch acht mensen rond de balie om te overleggen en te praten. Nu is het echt een ontmoetingsplek geworden. 'Het kan ook niet anders', zegt een van de verpleegkundigen, 'er is gewoon geen andere plek waar je snel samen kunt gaan staan, dit is voor ons de meest logische' (VP10).

'De secretaresse is er ook niet altijd blij mee. Ze vraagt twee leerlingen die achter een computer documenten doornemen dit vooral in een gesloten kamer te gaan doen, in de verpleegpost geeft het lawaai en rommeligheid. Dit willen zij liever niet, omdat het overzicht dan kwijt raakt. Na een boze blik van de secretaresse vertrekken zij even later naar de kamer van de leerlingbegeleidster' (eigen observatie).

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

De gang blijft favoriet: nissen en blinde muren

De gang blijft een plek waar mensen elkaar tegen komen, dat zie ik ook in het nieuwe ziekenhuis vaak gebeuren. Hierbij staat men even stil, zet een stap op zij en loopt na het overleg weer elk een eigen kant op. Ook de deur bij de spoelkeuken is een plek die vaak gekozen wordt, maar dan bij gesprekken die iets meer privacy nodig hebben. Toch wordt er nu vaker op de gang overlegd dan in het oude ziekenhuis. Dit kan komen doordat de gang hier meer hoeken heeft om in te staan en blinde muren, waar niemand vanuit een kamer op kan kijken. De deuren van de spoelkeuken en medicijnkamer zijn bovendien vaak dicht, waardoor er niet makkelijk naar binnen gestapt kan worden.

Kleine roddels en geruchten worden ook verspreid op de gang. Er wordt hier gefluisterd over de parkeergarage, de kapotte klapstoelen en het brandalarm dat regelmatig af gaat.

Na de visite wordt er kort overlegd in het nisse van de vierpersoonskamers voordat er verder wordt gegaan naar de volgende kamer. Het staat hierbij goed vol.

Een nieuwe plek voor de briefjes

Op de vorige locatie werden er op verschillende plekken briefjes op gehangen, dat mag van de ziekenhuisdirectie niet langer en wordt in opdracht van de teamleider ook niet meer gedaan. In de medicijnkamer hangen nu soms briefjes met mededelingen. Niet elke actor komt hier vaak, waardoor de kans dat de informatie van de briefjes gemist wordt groter is. Deze vorm van communicatie wordt door de nazorgconsulent wel gemist: 'het zijn de leidraden in je werk en ik heb nu mijn lijstjes [met informatie over eventuele nazorg voor patiënten] allemaal niet meer. Die hangen nu in de dokterskamer: je moet wel visueel kunnen communiceren'.

7.2.5 Deelconclusie

Typen overleg

Er zijn verschillende typen overleg tussen actoren onderling te onderscheiden binnen de discipline neurologie: niet-fysiek werkgebonden overleg, fysiek werkgebonden overleg op formele momenten, fysiek werkgebonden overleg op informele momenten en fysiek niet werkgebonden overleg op informele momenten. Het niet-fysiek overleg vindt plaats via het dossier en de telefoon. De fysiek werkgebonden overleggen op formele momenten vinden plaats op vaste tijden en plekken. De overdracht op de verpleegafdeling 's morgens en het MDO vonden voorheen plaats in de koffiekamer en nu in de artsenkamer. De overleggen op informele momenten vinden in feite ook plaats op vaste plekken, al lijken deze overleggen spontaan te ontstaan. Korte gesprekken ontstaan op de verpleegafdeling vaak in de gang of bij de zusterpost en verplaatsen wanneer nodig naar een meer afgesloten plaats. Deze noodzaak hangt voor verpleegkundigen en artsen vaak samen met de vraag of patiënten het gesprek al dan niet mogen horen. Ook gesprekken in de polikliniek ontstaan vaak op basis van toeval en verplaatsen zich afhankelijk van het type gesprek en omgeving waarin het gesprek plaats vindt.

Fysieke bevestiging van niet-fysiek overleg

Op zowel de verpleegafdeling als de polikliniek valt het op dat de actoren het overleg wat zij in principe digitaal via het dossier voeren, in veel gevallen fysiek 'maken'. Het elektronisch dossier geeft richting aan de manier waarop de actoren in het ziekenhuis zich tot elkaar verhouden, maar ook de actoren geven richting aan het gebruik van het dossier, door de digitale afspraken fysiek te bevestigen. De beïnvloeding tussen de menselijke en niet-menselijke actoren is hier wederzijds en volgens Hutchby (2001, 444) kan technologie daarom niet als determinerend voor sociale relaties gezien worden, maar alleen als richtinggevend.

Het digitale overleg werkt hiermee goed, maar heeft altijd face-to-face aanvullingen nodig. Go en Van Fenema (2006, 67) stellen dat er vier dimensies van ruimte zijn: de materiële, informatie, mentale en sociale dimensie. Mensen kunnen in al deze ruimtedimensies dingen

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

meemaken en hier betekenis aan geven en 'connect their minds through technology or by physically meeting people and interacting with artifacts' (Go, Van Fenema, 2006, 75). Door de face-to-face aanvullingen verbinden de actoren deze dimensies van ruimte met elkaar (Go, Van Fenema, 2006, 67). Een opdracht of verzoek wat via het dossier gedaan wordt, wordt nog eens extra benadrukt door elkaar op te zoeken. Hoewel het gebruik van het dossier een 'intimacy at distance' (Hutchby, 2001, 444) geeft, wordt er blijkbaar toch gezocht naar rechtstreeks fysiek contact.

Affordances voor overleg

Zowel de werkgebonden als de niet-werkgebonden overleggen op informele momenten lijken plaats te vinden op basis van toeval. Wanneer de gang en de andere ruimten waar op informele momenten overleg plaats vindt als object wordt gezien, moet deze ook een mogelijkheid tot overleg voor de verschillende actoren mee brengen. In het ziekenhuis zijn er op zowel de verpleegafdeling als in de polikliniek ruimtes te vinden die in eerste instantie niet bedoeld zijn voor overleg, maar hier wel de mogelijkheid toe bieden. In het oude ziekenhuis ontstond overleg vaak op de gang, maar werd bij zaken die discretie nodig hadden al snel een stap de verpleegpost, nis voor de kamer van de teamleider, medicijnkamer of keuken in gedaan. Ook op de nieuwe verpleegafdeling ontstaat overleg vaak in de gang. Bij discrete zaken wordt hierbij ook verplaatst, maar eerder naar een andere plek in de gang dan een andere ruimte in. De deuren van de verschillende ruimten zijn hier namelijk minder groot en staan minder vaak open. Daarnaast kent de gang op de nieuwe verpleegafdeling meer hoeken. De gang is bovendien smaller en heeft blinde muren, waardoor actoren die overleggen minder goed zichtbaar zijn voor patiënten. Voor een ongepland overleg is blijkbaar een zekere discretie door afzondering nodig, die geboden kan worden door zowel een afgesloten ruimte als een gevoel van afgesloten zijn. Opvallend is hierbij dus het verschil tussen het oude en het nieuwe ziekenhuis in de plekken die gekozen worden voor informeel overleg. Volgens Fayard en Weeks (2007, 607) gaan theorieën over privacy ervan uit dat een besloten ruimte voor sociale interactie het meest comfortabel is als mensen zelf hun grenzen van gesprek kunnen bewaren, zoals door deuren. Maar hun eigen theorie over *propinquity* gaan er juist van uit dat conversatie tot stand komt op plekken waar mensen fysiek dicht bij elkaar moeten staan. Dat zien we ook gebeuren in de gangen van het Maasstad Ziekenhuis. In gevoelige situaties geldt juist dat er sprake moet zijn van *privacy* om tot een gesprek te komen. Deze *privacy* wordt opgezocht door te verplaatsen naar een andere ruimte die open staat of een stuk gang waarin de betrokken actoren zich meer in *privacy* wanen. Zo komt op de verpleegafdeling de *privacy* naar voren in de gesprekken die in de oude situatie in de keuken en in de nieuwe situatie bij blinde muren en in de zusterpost gevoerd worden. Deze gesprekken mogen meestal niet gehoord worden door patiënten. De gesprekken die ook betrekking hebben op het verloop van het primaire proces, maar waarvan het niet erg gevonden wordt als patiënten ze horen worden gevoerd op de gang en op andere plekken die wel zichtbaar zijn en waar door anderen meegeluisterd kan worden. Deze gesprekken komen vooral tot stand als mensen elkaar tegenkomen en dus dicht bij elkaar staan. *Propinquity* is hier dan meer van belang

Ook uit een onderzoek van Iedema e.a. (2010, 42) blijkt dat 'corridors play a critical role in the life of organization generally and of hospitals specifically' (Iedema e.a., 2010, 42). Dit wijten zij vooral aan het feit dat de gang en zeker kleine uitsparingen hierin geen voorbestemde functie hebben en hierdoor een liminale ruimte zijn. De kleine uitsparingen bieden een mogelijkheid om snel 'outside the flow of action' te komen (Iedema e.a., 2010, 53). Deze noodzaak om buiten de flow te komen is te herkennen in het eerder beschreven verschil tussen de oude en nieuwe fysieke omgeving van de verpleegafdeling. De professionele grenzen tussen de actoren die in de frontstage setting een informeel gesprek tegenhouden lijken hierbij te vervagen. Dit heeft onder andere te maken met het type ruimte. Behalve het feit dat deze ruimten altijd backstage vanuit het oogpunt van de patiënt zijn, kunnen deze liminaal genoemd worden. Er ontbreekt vaak een specifieke functie, zoals het geval is op het balkon en in de

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

gang, en hierdoor een verwachting over het gewenste gedrag in de ruimte. Er is hier niet zozeer sprake van een overgangssituatie zoals onder andere de eerste bedenker van deze term, Van Gennep (1908), liminaliteit beschrijft, maar wel van een plaats die 'leeg' en zonder functie tussen andere plaatsen in staat (Iedema e.a., 2010). Deze ruimten vormen een fysieke plaats die liminaliteit zoals omschreven door Turner (1977) kan veroorzaken. Turner (1977) omschrijft liminaliteit namelijk als een sociale plaats tussen de conventionele rangen en standen in.

persoonlijke gesprekken

De niet-werkgebonden overleggen vonden op de oude verpleegafdeling vaak plaats in de kamer van de leerling-begeleidster, in de afdelingskeuken en op het balkon. Op de nieuwe verpleegafdeling leent de zusterpost zich voor het informele overleg, maar ook het keukenblok in de huiskamer en de blinde muren en nissen. Tijdens deze informele overleggen bespreken verschillende typen actoren zaken als vakanties en de eigen thuissituatie. Daarnaast wordt er ook veel gesproken over eventuele problemen op de verpleegafdeling en in het primaire werkproces.

Symbolische betekenis van fysieke afstand

Stoopendaal (2009, 186) stelt dat er meerdere soorten afstand zijn in organisaties. De afstand waar vaak aan gedacht wordt, en de afstand die in dit onderzoek het belangrijkste is, is de fysieke afstand, ook wel de meetbare afstand tussen twee punten. Daarnaast noemt zij mentale, sociale en temporale afstand. Temporale afstand gaat over de tijd tussen twee ervaringen en 'hangt samen met de mentale menselijke mogelijkheden, je bent fysiek aanwezig in het heden, maar je kunt wel denken aan de toekomst of het verleden, aan de dingen die je hebt meegemaakt.' (Stoopendaal, 2008, 41). Mentale afstand staat voor de emotionele betrokkenheid en het verschil in kaders en perspectieven tussen actoren. De sociale afstand tenslotte gaat over sociale stratificatie en verschillen tussen professionele groepen en personen. Hoewel zij in haar onderzoek concludeert dat fysieke afstand niet bepalend is voor de afstand zoals deze sociaal en mentaal ervaren wordt (Stoopendaal, 2008), is deze tendens in het Maasstad Ziekenhuis op twee manieren wel te zien. Ten eerste is er in het nieuwe ziekenhuis het stafcentrum. In het stafcentrum is de fysieke afstand tussen verschillende specialismen in de nieuwe situatie korter dan in de oude. Bovendien zijn er hier geen tussenmuren meer. De neurologen geven aan dat zij hierdoor ook meer contact hebben met de andere specialismen en eerder met elkaar overleggen. Hiermee lijkt de mentale en sociale afstand minder groot. Het tegenover gestelde is te zien bij de medewerkers patiëntenservice op de verpleegafdeling. De keuken waar deze actoren een gedeelte van de dag besteden is niet langer op de afdeling te vinden, maar buiten de verpleegafdeling, in de gang tussen de afdelingen. Hierdoor voelt deze groep zich letterlijk en figuurlijk buiten de afdeling geplaatst en hebben zij het gevoel de informele en formele gesprekken minder dan voorheen mee te krijgen. De status die hun keuken in het oude ziekenhuis had, een plaats voor informeel overleg, is het in de nieuwe situatie kwijt geraakt. Zowel de fysieke, mentale als sociale afstand tussen de medewerkers patiëntenservice en actoren werkzaam op de afdeling is hiermee vergroot. De vergrootte fysieke afstand heeft daarmee bovendien een symbolische betekenis voor de medewerkers patiëntenservice. De keuken die voorheen op de afdeling aanwezig was, stond voor hen symbool voor de betrokkenheid bij de afdeling en gaf hen het gevoel onderdeel van de afdeling te zijn. De keuken die nu buiten de afdeling geplaatst is, is voor hen een fysiek symbool geworden voor het gevoel dat zij losgerukt zijn van hun oude positie.

Verandering overlegroutine

Het werkgebonden overleg op formele momenten vindt plaats op vaste plaatsen. De overdracht in de ochtend, het multidisciplinair overleg en de overleggen voorafgaand aan de grote visite en papieren visite reken ik tot dit werkgebonden overleg op formele momenten in het primaire werkproces. In de Clara vonden de eerste twee overleggen plaats in de kamer van de

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

teamleider. De grote hoeveelheid stoelen in de grote ruimte leken hiervoor doorslaggevend. De laatste twee overleggen vonden plaats in de artsenkamer. Dit was ten eerste het eigen terrein van de artsen en arts-assistenten en ten tweede waren hier altijd voldoende computers beschikbaar.

Hoewel er ook veel mogelijke plaatsen voor deze typen overleg leken te zijn in het nieuwe ziekenhuis, was het vooral voor de overdracht en het multidisciplinair overleg zoeken naar de juiste ruimte. De kamer van de teamleider bleek door een gebrek aan stoelen niet meer geschikt. De zithoek in de gang en de verpleegpost bleek te gehorig. Hoewel al snel daarna de artsenkamer door de teamleider werd aan gewezen als de juiste plek, bleven veel verpleegkundigen verward door deze situatie. Dit kan komen doordat aan deze ruimte een sociale 'code' vastzit, die bepaalt dat deze kamer enkel voor artsen en arts-assistenten bedoeld is. De kamer blijkt een exclusieve ruimte (Waring en Bishop, 2010) te zijn. Hoewel de ongeschiktheid van de andere ruimten, namelijk niet vrij van zicht en geluid voor patiënten, duidelijk was, bleek het door de exclusiviteit moeilijk te zijn de enige geschikt lijkende ruimte voor deze activiteit in te nemen.

De visites blijven zoals 'vroeger' plaats vinden in de artsenkamer, terwijl de overdracht onder artsen verplaatst wordt naar het stafcentrum. Hiermee is de artsenkamer op de verpleegafdeling de nieuwe plek geworden voor alle overleggen waarbij veel actoren aanwezig zijn.

De rol van de teamleider in dit proces van het zoeken naar nieuwe ruimte is opvallend. Zij is sturend geweest in het innemen van de nieuwe ruimte. Fayard en Weeks (2008, 626) beschrijven dat een ruimte vaak pas de juiste bestemming krijgt als er expliciete regels aan verbonden worden. Dat is in deze situatie ook het geval.

Gastelaars (2006) gebruikt de term fysieke inlijving bij klanten in dienstverlenende organisaties. De klant volgt een vast fysiek patroon, via 'ordeningen in tijd en beweging' (Gastelaars, 2006, 154) en kan hierdoor niet onder het regime van de instelling uit. Deze fysieke inlijving kan verder doorgetrokken worden naar de actoren werkzaam in een ziekenhuis. Ook zij zijn ingelijfd in de organisatie en zitten er vast in de routines in tijd en beweging die het werk dagelijks hetzelfde patroon in tijd en beweging meegeven. Een verandering van fysieke omgeving leidt tot een verandering van dit patroon, de fysieke inlijving wordt vernieuwd en aangepast aan de nieuwe omgeving.

7.3 Administratie, voorbereiding en contact met interne en externe buitenstaanders

De activiteit administratie, voorbereiding en contact met interne en externe buitenstaanders wordt vooral individueel uitgevoerd, hoewel er wel veel contact met anderen bij plaatsvindt. Ik plaats deze drie activiteiten onder één noemer omdat de administratie van de ene actor, weer de voorbereiding voor de volgende vormt. Het aanvragen en aanbieden van interne dienstverlening vloeien hier weer uit voort. Er zijn vijf handelingen bij deze activiteit horen: verslaglegging, werkvoorbereiding, opdrachten tot handelen, aanvragen van interne dienstverlening en het ontvangen van resultaten uit deze aanvragen. De patiënt krijgt deze handelingen niet actief mee, maar merkt alleen de gevolgen ervan. De activiteit vindt plaats op de verpleegafdeling, polikliniek of in het stafcentrum. De actoren hebben elk een eigen vaste plek waar deze activiteit plaats vindt.

7.3.1 Polikliniek

De poliklinieken zijn het domein van de arts en de (poli)assistentes. In de polikliniek zien de neurologen niet alleen hun patiënten, werkt zij ook graag de administratie hier bij. De polikliniekassistentes versturen vanaf de polikliniek in opdracht van de neurologen brieven naar huisartsen en verwerken hun aanvragen voor aanvullend onderzoek.

7.3.1.1 Oude situatie

In zowel de Clara als het Zuider hadden alle neurologen een eigen kamer. In deze kamer werden patiënten ontvangen, maar werd tussen afspraken door en als alle afspraken geweest waren ook de administratie bij gewerkt. De assistentes hebben in zowel de Clara als het Zuider een balie met daarachter twee of drie computers. Zij zijn volledig zichtbaar voor iedereen die langs loopt

Twee activiteiten tegelijk

Doordat de spreekkamer van de neuroloog ook meteen zijn werkkamer is, wordt er tussen de consulten door gewerkt aan de administratie. Er worden brieven opgesteld voor de huisarts en scans bekeken om hier een oordeel bij te schrijven. Doordat al het werk in dezelfde kamer gebeurt, waar geen anderen aanwezig zijn, noemt een van de artsen het werken op de polikliniek 'nogal individueel' (NE2). Alle informatie is beschikbaar via de computer, dit maakt het doorwerken tussen consulten door nog gemakkelijker.

Telefoneren en digitaal aanvragen

De assistentes zijn een groot gedeelte van de dag aan het bellen, met patiënten om afspraken te maken en met huisartsen en andere specialisten om informatie op de vragen. Ook maken zij digitaal afspraken voor patiënten die aan de balie langs komen. Dit doen zij voor zowel de vervolgonderzoeken als de vervolgafspraken met de neuroloog. Tussen het bellen door wordt er onderling veel gepraat, zowel over werkgerelateerde zaken als meer backstage onderwerpen als vakantie.

7.3.1.2 Nieuwe situatie

In het nieuwe ziekenhuis wordt het werken aan de patiënt en administreren van elkaar losgekoppeld voor zowel de artsen als de assistentes. De artsen hebben niet langer een eigen spreekkamer, maar delen de spreekkamers en hebben elk een eigen bureau in het stafcentrum. Dit wordt verder besproken in de paragraaf 'stafcentrum'. De assistentes werken in het nieuwe ziekenhuis met een *front office* en *back office* systeem. Er is een open balie, waarachter drie assistentes kunnen staan om patiënten te ontvangen en via de computer door te geven aan de neuroloog. Achter deze balie is een afgesloten ruimte met werkplekken waar gebeld kan

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

worden en waar computers staan. In deze back office worden alle telefoontjes afgehandeld en de brieven voor huisartsen klaargemaakt. De assistentes lijken het drukker te hebben dan voorheen. Helaas heb ik dit niet aan hun kunnen vragen, zij gaven aan het 'te druk' te hebben voor een interview.

7.3.2 Stafcentrum

Zie voor een beschrijving van het stafcentrum paragraaf 7.2.3.

Ruimte delen

De neurologen vinden 'het even wennen' (NE1), 'we hebben geen eigen kamer meer. Dat is voor ons een heel groot verschil' (NE2). Beiden vinden het vreemd om geen persoonlijke spullen en geen eigen ruimte meer bij de hand te hebben. Eén van de neurologen begrijpt echter wel 'de gedachte die er achter zit, het concept is wel goed' (NE1). Toch noemt een ander het concept niet geschikt voor artsen, 'wat een architect mooi vindt, sluit niet altijd aan bij wat functioneel is voor een specialist' (NE2). Hij heeft er bijvoorbeeld moeite mee, dat er minder privacy is, 'waar moet je nu bellen'. Als ik met hem in het stafcentrum zit om wat administratieve zaken af te ronden, zegt hij: 'dan moet ik hier maar patiënten bellen, gelukkig zien zij niet de anderen die hier zijn door de telefoon' (NE2). Ik bied nog aan om ergens anders heen te gaan, maar dat hoeft niet. Hij vindt namelijk dat hij moet wennen aan deze situatie, 'het blijkt er nu eenmaal bij te horen' (NE2).

76

7.3.3 Verpleegafdeling

De verpleegafdeling heeft veel verschillende plekken waar administratie, voorbereiding en interne dienstverlening uitgevoerd kan worden. Op de verpleegafdeling delen de arts-assistenten een kamer, heeft de nazorgconsulent een eigen kamer, net als de teamleider en ook de secretaresse heeft een vaste plek in de verpleegpost. Voor de verpleegkundigen zijn er verschillende plekken om te werken. De keuze voor een werkplek is zoals later zal blijken afhankelijk van beschikbaarheid.

7.3.3.1 Oude situatie

De arts-assistenten, teamleider, nazorgconsulent, leerlingbegeleider en secretaresse hebben een vaste werkplek in een eigen kamer. De verpleegkundigen hebben dit niet, zij kunnen gebruik maken van de vaste computer in de kamer van de leerlingbegeleider, medicijnkamer of verpleegpost en van de cows die overal op de afdeling staan. Deze cows worden gebruikt in de verpleegpost, in de kamer van de leerlingbegeleider, in de behandelkamer en op de gang. De medewerkers patiënten service zijn de enige die enkel aan fysieke werkvoorbereiding doen. In de keuken zetten zij koffie en thee en vullen zij de broodkar bij. Bestellingen vullen ze in op lijsten, meestal staande in de keuken, die bij de logistieke/facilitaire afdeling af gegeven worden. De computer gebruiken zij nooit.

Het allereerste begin van de dag

De dag begint voor zowel verpleegkundigen als MPS'ers met het aantrekken van een uniform. Hiervoor is buiten de verpleegafdeling een kleedruimte gemaakt, waarin iedereen een eigen kluisje heeft. De ruimte wordt niet gedeeld met een ander specialisme.

De dienst zelf begint voor verpleegkundigen met de eerder beschreven overdracht. Daarna begint de individuele voorbereiding van de dag. De dossiers worden dan doorgelezen, om de bijzonderheden bij iedere patiënt te zien en de verschillende opdrachten door te nemen. Dit wordt 'lezen' genoemd. Tijdens dit lezen wordt elke beschikbare vaste computer, laptop en

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

cow gebruikt. Hierbij worden muurtjes en kastjes ingezet om bij de cow een soort stoel te creëren. Belangrijke informatie wordt over genomen op hetzelfde persoonlijke 'lijstje' wat tijdens de overdracht gebruikt werd om bijzonderheden op te noteren. Vooral op de kamer van de leerling-verpleegkundige is het druk tijdens het lezen. Hoewel dit een kleine kamer is, staan er twee computers in en ook verschillende cows worden hier naartoe gereden. De populariteit van deze kamer komt onder andere voort uit de ligging: 'als je hier zit, kan je toch de *stroke* zien en je bent bereikbaar'. Iemand anders verklaart me echter dat: 'we een soort schapen [zijn], als iemand daar gaat zitten, komt de rest er vanzelf achter aan'.

Als na de voorbereiding van de werkdag de verzorging en controles worden gestart, neemt een aantal verpleegkundigen een cow mee naar de patiënt om het dossier direct bij het bed bij te kunnen werken. Er zijn echter ook verpleegkundigen die een cow 'niet handig' vinden en de controlegegevens noteren op een papiertje. Hetzelfde briefje waarop het dossier van digitaal naar analoog werd omgezet, wordt gebruikt om andere gegevens juist weer digitaal te maken. Het papierloos werken is blijkbaar niet zo papierloos als in eerste instantie de bedoeling is geweest. De computer ziet niet iedereen als een vooruitgang, een van de verpleegkundigen zegt hier over: 'ik zou het liever zonder computer doen, dat is veel sneller als je snel klaar wilt zijn. De computer moet je weer opstarten, je moet de patiënt opzoeken, de juiste categorie, dat kost veel tijd' (VP4).

Het invoeren van controlegegevens gebeurt meestal tegelijk met het bijwerken van het verpleegkundig dossier. Hierin wordt precies genoteerd hoe het met de patiënt gaat, hoe veel hij gegeten of gedronken heeft en of er bijzonderheden zijn. Bovendien moet elke opdracht die door de artsen gegeven is, hier weer uitgevinkt worden. Daaruit blijkt dan dat deze is uitgevoerd. Dit leidt tot veel activiteit achter de computers, 'als je de dagen dat je meeloopt met een verpleegkundige de momenten dat een verpleegkundige achter de computer zit zou gaan turven, dat is wel heel veel'. Deze computers nemen ruimte in, en die is er in het oude ziekenhuis niet altijd. Het is immers niet ingericht op intensief computergebruik. Een verpleegkundige zegt me: 'overall die computers nu ook, af en toe zou ik er best zes door het raam heen willen mikken, het staat gewoon allemaal in de weg'. Niet alleen de zorg aan bed heeft de ruimte nodig, de administratie en voorbereiding er van ook.

Elke plek kan voor verpleegkundigen een werkplek zijn

Voor de verpleegkundigen kan elke plek een werkplek zijn, het is het belangrijkste dat er een computer is en een plekje om aan die computer te zitten. Het gevolg van het niet hebben van een vaste werkplek, is dat er gedurende dag vaak gezocht wordt naar een vrije werkplek. Als eerste wordt er in de kamer van de leerling-begeleidster en de verpleegpost gekeken, als andere opties zijn er nog de behandelkamer en de kamer van de teamleider. Deze zijn een stuk minder populair. In de behandelkamer is geen plaats om te zitten en moet er staand aan de tafel gewerkt worden. De kamer van de teamleider ligt achter in de gang en geeft hierdoor weinig overzicht. Snelle administratie wordt vaak zelfs op de gang, staande aan een cow gedaan.

Artsen in de artsenkamer

Arts-assistenten hebben de artsenkamer op de afdeling als thuisbasis. Hier worden na de visite alle dossiers bijgewerkt. De drie computers en twee laptops kunnen door elke arts-assistent of co-assistent gebruikt worden, er zijn geen vaste werkplekken. Er wordt hier een groot gedeelte van de dag door gebracht. Ook het overleg met huisartsen via de telefoon en andere 'regeldingen' worden van hier gedaan. Een arts-assistent vertelt hierover: 'ik denk dat ik 75% van de tijd met administratie bezig ben en ja, 25% loop je bij de patiënt langs. De rest is allemaal uitwerken, bellen, aanvragen van scans en dat soort dingen. Dat kost vrij veel tijd. Ik kan best snel typen, dus voor mij is het wat minder' (AA1). Hoewel er dus veel gebruik gemaakt wordt van de artsenkamer door een selecte groep mensen, staan er weinig persoonlijk spullen. Op een kastje staat een fles wijn met een bedankkaartje en aan het prikbord hangt een foto.

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Verder is er weinig persoonlijk gemaakt in deze toch wel persoonlijke werkplek. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat arts-assistenten redelijk kort in dienst van het ziekenhuis zijn. Anderhalf jaar is volgens een van hen 'al erg lang' (AA1).

De secretaresse in de verpleegpost

Opdrachten tot interne dienstverlening worden door de artsen gegeven aan de secretaresse, zodat zij deze kan omzetten in aanvragen. Zij heeft vervolgens contact met andere afdelingen, secretaresses en de verschillende interne dienstverleners om te opdrachten verder uit te zetten. Dit contact verloopt in veel gevallen digitaal. Als iets binnen een dag geregeld moet worden, grijpt ze ook vaak naar de telefoon. Dat is 'dan net wat sneller en handiger' (SA). Ook bij complexe aanvragen of aanvragen die niet vaak voorkomen wordt er achter een digitaal verzoek aangebeld. Een voorbeeld hiervan is de aanvraag van ambulancevervoer. Na het invullen van een formulier op de website van het ambulance bedrijf zegt de secretaresse: 'ik bel toch nog even hoor, gewoon om te kijken of het goed aangekomen is' (SA). De interne dienstverleners zijn de fysiotherapeuten en logopedisten, waar zij afspraken voor consulten maakt. Ook is er de vervoersdienst, die patiënten door het ziekenhuis naar de polikliniek of onderzoeksafdelingen brengt.

Het contact met de apotheek loopt in tegenstelling tot twee jaar eerder digitaal, de secretaresse hoeft niet 'naar beneden voor een herhaalrecept, je zet het in de computer en ze komen het brengen' (SA). Dit digitale systeem is twee jaar eerder ingevoerd, waardoor de secretaresse nog vaak refereert aan de oude situatie. Door de uitvoer van deze taken, is de secretaresse onmisbaar in een goed verloop van het primaire proces. Hoewel de patiënten haar niet direct zien en zij dus ook in het primaire proces niet direct zichtbaar is, is zij een randvoorwaarde voor het juiste verloop ervan en kan daardoor ook als een interne dienstverlener getypeerd worden.

78

De MPS in de keuken

De medewerkers patiëntenservice zijn de enige actoren die de computer niet gebruiken bij de voorbereiding en administratie van hun werk. Zij werken met papieren lijsten waarop alle bijzonderheden in de voeding van de patiënten te zien zijn. Ook zorgen zij ervoor dat de voorraden eten en medische hulpmiddelen zoals verband en spuiten bijgevuld worden, opnieuw aan de hand van papieren lijsten, die door de secretaresse naar de juiste plek gebracht worden. De voorbereiding van hun deel van het primaire proces doen zij in de afdelingskeuken. Hier vullen zij de kar met koffie en thee bij en bekijken zij de bijzonderheden van de patiënten. Het is opvallend dat beide MPS'ers 'mijn keuken' als fijnste plek op de afdeling noemen. Niet alleen omdat dit hun 'eigen plekje', maar ook omdat hier zoals eerder genoemd allerlei gesprekken en ontmoetingen plaats vinden. Hier voelen zij zich een onderdeel van.

De nazorgconsulent heeft een vaste plek

De nazorgconsulent is een van de actoren die wel een eigen werkkamer heeft. Deze werkkamer is persoonlijk gemaakt, met een prikbord op de muur met kaarten en foto's en verschillende kleinere persoonlijke spullen op het bureau en in de kasten. Zij brengt op deze kamer een groot gedeelte van de dag door, om nazorg te regelen via de telefoon bij andere zorginstellingen, om te bellen met ontslagen patiënten en om patiënten te ontvangen voor een gesprek. Alles gebeurt op dezelfde kamer. Zij vertelt dan ook dat ze niet zonder haar kamer op de afdeling zou kunnen. Dit contact met de afdeling is belangrijk, omdat ze dan dicht in de buurt van artsen en patiënten zit. Dat geeft de mogelijkheid om snel kleine zaken te over leggen.

De teamleider in haar eigen kamer

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

De teamleider heeft zoals eerder aangegeven een hoek van de koffiekamer ingericht als werkplek. De koffiekamer wordt overigens niet vaak gebruikt om koffie te drinken, waardoor zij hier het grootste gedeelte van de dag een rustige werkplek heeft. Het werk wat zij in deze kamer uitvoert, bestaat grotendeels uit managementtaken. Tijdens de uitvoer probeert zij wel het primaire proces in de gaten te houden, door te luisteren naar wat er op de verpleegafdeling gebeurt. De deur van haar kamer staat daarom altijd open.

De individuele werkplek als de fijnste plaats

Degenen die een vaste, persoonlijke werkplek noemen de eigen werkplek de fijnste plek om te zijn op de verpleegafdeling. Dit geldt voor de MPS'ers, maar ook voor de teamleider, nazorgconsulent, secretaresse en de arts-assistenten. Degenen die geen vaste eigen werkplek hebben, noemen de plek waar zij pauze houden de fijnste plek. Meer hierover is te vinden in de paragraaf 'pauze'.

7.3.3.2 Nieuwe situatie

Ook op de nieuwe verpleegafdeling hebben de actoren die in de oude situatie een eigen kamer hadden een eigen kamer. De kamer van de teamleider is echter niet langer ook de officiële koffiekamer. Die is er in het nieuwe ziekenhuis namelijk niet meer. Wel is er op de gang een keukenblok, met daarbij twee tafels met stoelen. Ook de locatie van de kamers is anders dan voorheen. De kamer van de teamleider ligt nog steeds achter in de gang. Nu zijn ook de kamer



Afbeelding 14 Administratie in de verpleegpost

van de nazorgconsulent, de artsenkamer en de kamer van de leerling-begeleidster naar het achterste deel van de afdeling verplaatst. Vanaf deze ruimtes is er weinig overzicht over de rest van de afdeling. Ook zijn de geluiden vanuit de kamers en vanaf de gang hier minder goed te horen dan voorheen. In de nieuwe situatie zijn er meer ruimtes beschikbaar om te werken. Er is de zusterpost, al wordt deze niet vaak gebruikt. Daarnaast heeft de kamer van de leerling-verpleegkundige meer ruimte om te werken. Ook op de gangen wordt nu meer gewerkt.

79

Gedeelde ruimte

In het nieuwe ziekenhuis wordt de kleedruimte gedeeld met verpleegkundigen van andere afdelingen. Ook de kluisjes zijn niet langer persoonlijk, maar moeten gedeeld worden. De verpleegkundigen moeten daarom elke dag hun kluisje leeg halen. Dit ervaren veel van hen als erg lastig en vervelend. Het is opvallend dat zij direct strategieën noemen om het beste kluisje te krijgen. Zo zijn er verpleegkundigen die extra vroeg komen. Anderen zetten hun schoenen op een opvallend plek in de buurt bij een kluisje neer en hopen hierdoor dat anderen deze kluis niet zullen in nemen.

Dossierwerk blijft dossierwerk

Er is weinig veranderd in de basis van het werk zelf, behalve de plek waar de administratie wordt gedaan. Hiervoor wordt nu vooral de verpleegpost gebruikt. Er staan hier drie vaste computers, die tijdens het rustuur vaak aan gevuld worden met twee cows. Ook op de gang staan nu vaker verpleegkundigen de dossiers bij te werken. De kamer van de leerling-begeleidster is rustiger geworden wat administratie betreft. Er staan hier drie vaste computers. Deze zijn lang niet altijd in gebruik. Ook worden er geen cows meer de kamer in gereden. Ik

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

denk dat dit kan komen doordat de deur smaller is, maar vooral doordat er vanuit deze kamer niet langer een goed overzicht over de afdeling is. Tijdens de administratie blijken de verpleegkundigen namelijk vaak bezig te blijven van het in de gaten houden van de patiënt. Hierbij worden behalve zien, ook het zintuig horen in gezet.

Een persoonlijke werkplek

Op de verpleegafdeling mogen geen schilderijen of andere decoratie aan de muur gehangen worden van de directie van het ziekenhuis, omdat dit geen uniforme uitstraling geeft. Het valt me op dat er desondanks op verschillende plekken persoonlijk artefacten verschijnen. Elke week komen er meer bij. Op de tafel achter in de verpleegpost bijvoorbeeld staan foto's van de (klein)kinderen van de verpleegkundigen, er staan planten achter de balie en er is een prikbord met kaarten neer gezet. Ook de werkplekken van degenen die een vaste werkplek hebben worden gekenmerkt door kaarten, foto's en schilderijtjes die op kasten en tafels staan. De werkplekken op de afdeling worden hiermee persoonlijk gemaakt, om zo toch nog de 'afdelingsidentiteit- en sfeer die voor ons zo kenmerkend is' (TL) neer te zetten.

7.3.4 Deelconclusie

Absent presence

De voorbereiding, administratie en interne dienstverlening van alle actoren vindt fysiek plaats op de verpleegafdeling, in de polikliniek of in het stafcentrum. Mentaal zijn de actoren tijdens de uitvoer van deze activiteit echter verbonden met 'buiten', doordat zij verslag leggen voor of contact hebben met anderen op afstand. Er kan hier gesproken worden van een 'absent presence' (Gergen, 2002). Dit contact met 'buiten' vindt plaats via het elektronisch dossier of via de telefoon. De ruimte voor dit contact is dus niet zozeer fysiek, als wel virtueel en telefonisch. Deze virtuele en telefonische ruimte maken het werken en communiceren op afstand van de betreffende dienst of actor mogelijk.

Overzicht en deuren tijdens voorbereiding, administratie en interne dienstverlening

Voor verpleegkundigen, de secretaresse en de teamleider is het belangrijk tijdens de voorbereiding, administratie en aanvraag van interne dienstverlening overzicht over de verpleegafdeling te houden. Om deze reden hebben zij graag de deur open, zodat er zicht op de gangen en kamers is en geluid vanuit de gang en kamers te horen is. De open deuren geven hiermee de mogelijkheid om hetgeen zich elders afspeelt, toch te blijven volgen en waar nodig te interfereren. In de nieuwe situatie is te zien dat door het gebrek aan overzicht vanuit de kamer van de leerling-begeleidster en zusterpost en de barrière in de vorm van een smalle doorgang om hier een cow in te rijden, er andere plekken worden gekozen voor de administratie en voorbereiding. Vaker dan voorheen wordt de cow in de gang neergezet en wordt het werk staand verricht. De cow biedt hier affordance voor, doordat er makkelijk aan gestaan kan worden.

Territorium

Territoriumdrang lijkt vooral te spelen op de plaatsen waar actoren individueel, zonder aanwezigheid van een patiënt werken, wat het geval is tijdens de voorbereiding en administratie. De backstage plekken waar individueel gewerkt wordt lenen zich goed om te personaliseren, zoals de spreekkamers, zusterpost en kamer van de nazorgconsulent. Niet iedere actor heeft een vaste eigen werkplek om deze activiteit uit te voeren. Degenen die wel een dergelijke plek hebben, benoemen deze plek als de fijnste plek in het ziekenhuis om te zijn. Dit is terug te zien in de grote hoeveelheid persoonlijke artefacten, zoals schilderijen, planten en kaartjes, op deze plekken. In de nieuwe situatie wordt geprobeerd deze artefacten opnieuw een plek te geven, wat niet altijd mag en niet altijd mogelijk is. Toch zijn er na enkele

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

weken steeds meer schilderijen en planten te zien op de individuele werkplekken die er nog zijn.

Ook de neurologen raken hun individuele werkplekken kwijt, maar voor hen geldt ook nog eens dat ze administratie en werken aan de patiënt daardoor moeten scheiden. Door het verlies van een eigen werkplek waar beide taken uitgevoerd kunnen worden, moeten zij hun werk op een andere manier indelen en uitvoeren. De kamers op de polikliniek worden nu immers gedeeld met andere artsen. Hierdoor moeten de neurologen niet alleen op zoek naar een nieuwe routine, maar ook naar een nieuwe manier om zich de ruimte waarin zij werken eigen te maken. Het is opvallend dat deze groep actoren rationeel lijkt om te gaan met het verlies van territorium en zich snel probeert aan te passen aan de nieuwe situatie.

Ook de verpleegkundigen maken een verlies van eigen ruimte mee. In de kleedkamers hebben zij immers niet langer een eigen kluisje, terwijl dit het enige persoonlijke fysieke ‘bezit’ was in het oude ziekenhuis. In deze groep ontstaan er wel strategieën om ruimte terug te winnen.

Vischer (2005, 45) stelt in haar studie die vooral over kantoren gaat dat er een groot verschil is tussen een werkruimte (*workspace*) en een werkplek (*workplace*). Het eerste gaat vooral over de indeling van de ruimte en andere harde variabelen. De werkplek daarentegen is de ruimte zoals deze beleefd wordt door degenen die er werkzaam in zijn. De werkruimtelogica is anders dan de werkpleklogica. De neurologen in het Maasstad Ziekenhuis benoemen dit verschil onbewust door te stellen dat zij het concept achter een gedeelde polikliniek en stafcentrum begrijpen, maar er niet blij mee zijn. Rationeel en efficiënt lijkende werkruimtebeslissingen worden door gebruikers van de ruimte kortom niet altijd gewaardeerd. De beslissing om werkplekken gedeeld te maken, omdat er anders vaak werkplekken leeg staan, komt bij hen over als een verlies van privacy (Vischer, 2005, 47). Daarnaast kan het moeten opgeven van eigen territorium binnen de organisatie tot een gevoel van minder belangrijk zijn leiden en maken dat men zich minder bij de organisatie voelt horen. De werkplek kan immers ook symbool staan voor status en rang (Cummings, 2008, 10). En bovendien hebben werknemers nu eenmaal vaak het gevoel mentaal eigenaar te zijn van hun werkplek (Spicer, 2008).

Nieuwe routine

Net als te zien was bij het zoeken naar plekken voor overleg op de verpleegafdeling, wordt er in het nieuwe ziekenhuis gezocht naar plekken voor administratie, voorbereiding en interne dienstverlening. Ook hier zijn de vaste plekken uit het oude ziekenhuis niet langer beschikbaar in dezelfde vorm. De cows zijn minder makkelijk naar binnen te rijden in de verpleegpost en kamer van de leerling-begeleidster. Hierdoor staan verpleegkundigen vaker in de gang om dossiers bij te werken of zich in te lezen. Er wordt nog wel gebruik gemaakt van de aanwezige vaste computers. De mogelijkheden van de verpleegpost en kamer van de leerlingbegeleider zijn veranderd. Het gevolg is dat er gezocht moet worden naar nieuwe ruimtelijke orders en routines. Deze zoektocht geeft frustratie en onbegrip.

Het hervinden van territorium en het zoeken naar een nieuwe routine zijn nauw met elkaar verbonden. Het verlies van territorium of een eigen vaste plek voor een activiteit brengt namelijk met zich mee dat de routines die men had op deze plek ergens anders en/of op een andere manier moeten plaats vinden. Wanneer het gevoel van territoriumverlies aanwezig is, wordt er daarom al snel geprobeerd nieuw territorium te claimen of aan anderen te ontnemen. Een strategie die gebruikt wordt om territorium te herwinnen is het persoonlijk maken van de werkruimte om hierdoor meer een leefwereld te creëren. Dit gebeurt meer op teamniveau dan op individueel niveau op de verpleegafdeling. Het ophangen van schilderijen en het neerzetten van planten en foto's in de verpleegpost vormen hier een onderdeel van.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

7.4 Pauze

Een belangrijke activiteit voor elke actor is de pauze. Er zijn verschillende pauzemomenten te onderscheiden, die door elke actor op een andere plek en wijze door gebracht worden. Deze pauzemomenten zie ik als handelingen: koffiepauze, eetpauze (lunch/diner) en rookpauze. Tijdens de pauze zijn er niet alleen informele en persoonlijke gesprekken, er worden ook veel werkgebonden dingen besproken.

7.4.1 Verpleegafdeling

Op de verpleegafdeling wordt sporadisch door de specialisten en arts-assistenten koffie gedronken, alleen wanneer het zo uit komt. De verpleegkundigen, teamleider, MPS en secretaresse drinken altijd koffie op de afdeling, de meeste van hen brengen hier ook de eetpauze (zowel lunch als diner) door.

7.4.1.1 Oude situatie

Op de verpleegafdeling is een koffiekamer aanwezig. Aan deze koffiekamer vallen twee dingen op: ten eerste is het ook de werkkamer van de teamleider en ten tweede wordt er haast nooit koffie gedronken. De pauzes worden meestal doorgebracht in de kamer van de leerling-begeleidster of op de gang. Tegenover de lift staan namelijk twee tafels met daaromheen enkele stoelen.

82



Afbeelding 15 Plekken om koffie te drinken op de verpleegafdeling

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Overdag de rust op zoeken

Tijdens de pauzes overdag, een koffiepauze en een lunchpauze, wordt vaak een kamer op gezocht waarvan de deur dicht kan. Meestal is dit de kleine kamer naast de verpleegpost, waar de leerling-begeleidster haar werkplek heeft en meestal ook aan het werk is. Het belangrijkste hiervan is dat 'het toch wel fijn is om je even terug te trekken, dat over iets anders kan praten dan enkel patiënten en wat gekkigheid kunt maken onderling [...] als je patiënten erbij zitten ga je niet vrolijk zitten doen, dat kan nu wel, je kunt je even ontladen' (VP2). 'Als ik de deur maar even dicht kan doen' (VP2). Andere verpleegkundigen zijn het liefst helemaal weg van de verpleegafdeling: 'Ik vind het fijn om de pauze ergens in rust door te brengen en dat is meestal op de gang [tussen de liften, niet op de afdeling], op de afdeling wordt je hoe dan ook aangesproken' (VP3).

Er zijn ook verpleegkundigen die de koffiekamer wel een goede plek vinden. Over de plek van koffie drinken: 'niet in dat hokje daar [kamer leerling-begeleidster], hier is veel meer ruimte en zit je allemaal bij elkaar. Dat is toch veel gezelliger. Als daar in het hokje geen plek meer is, dan ga ik me er echt niet tussen frummelen hoor' (VP5).

Zicht in de avond en nacht

In de avond en nacht is het volgens verpleegkundigen nog belangrijker dan overdag om altijd overzicht te houden. Daarom wordt voor de pauzes in de avond vaak de verpleegpost of de kamer ernaast uit gekozen. Dit zorgt ervoor dat 'je ook centraal op de afdeling te zien bent, achterin ben je niet zichtbaar en mensen lopen niet helemaal door naar achteren om je te zoeken, je bent dus ook veel beter aanspreekbaar' (VP1). Het is wel zo dat er daardoor 'weinig ruimte voor jezelf' (VP1) is, 'je hebt je privacy, maar zit helemaal recht voor de kijker' (VP1), de deur mag namelijk eigenlijk niet dicht. Dan is de 'drempel ook te hoog voor mensen om aan te kloppen' (VP1).

De fijnste plek is de pauzeplek

De verpleegkundigen hechten veel waarde aan hun pauze en aan een geschikte plek om deze pauze door te kunnen brengen. Het is opvallend dat zij de plek waar zij hun pauze doorbrengen, ook benoemen als de fijnste plek om te zijn op de afdeling. Als reden hiervoor wordt onder andere genoemd dat 'je daar echt even jezelf kunt zijn en gek kunt doen' (VP3). Het gevoel dat de pauzeruimte hen geeft, wordt direct verbonden aan de ruimte zelf.

7.4.1.2 Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie is er geen officiële koffiekamer, de ruimte die hiervoor door de architect bedoeld is, is namelijk de kamer van de teamleider geworden.



Afbeelding 16 Kamer leerling-begeleidster (links) en huiskamer (rechts)

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Zoeken naar een plek en verwarring

Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat ze de oude koffiekamer wel mist, ‘dat was een goede plek om met zijn allen een keertje aan de koffie te zitten, dat was veel gezelliger’ (VP5). Dat er verwarring is, blijkt als twee verpleegkundigen koffie drinken in de kamer van de nazorgconsulent en daar weggestuurd worden door de teamleider. Achteraf zegt een van de verpleegkundigen hier over: ‘gisteren gingen we daar allemaal zitten en dat was mijn eerste dag, dus ik dacht: daar zal het [koffie drinken] wel zijn, maar dan blijkt het toch ergens anders’ (VP1). Na ongeveer drie weken is de kamer van de leerling-begeleidster de vaste plek om koffie te drinken voor de verpleegkundigen geworden. Overigens is in die tijd ook de opstelling van het meubilair in deze kamer veranderd. In het midden staat nu een grote tafel met stoelen. Hierop staan melk, suiker, een koektrommel en theezakjes klaar. De nieuwe routine lijkt hiermee compleet gemaakt te zijn.

7.4.2 Rookplekken

Verschillende actoren op de verpleegafdeling en in de polikliniek roken, dit doen zij op rustige momenten tussen het werk door op het balkon of voor de ingang van het ziekenhuis. Sommigen kiezen ervoor om de koffie- en lunchpauze in het rookhok buiten de afdelingen door te brengen.

7.4.2.1 Oude situatie

De verpleegafdeling ligt op de zevende verdieping. Vanaf de gang is een smal balkon bereikbaar. Dit balkon is alleen toegankelijk voor personeel en wordt alleen gebruikt om te roken. De nazorgconsulent en een van de arts-assistenten beginnen de dag altijd samen met een sigaret op het balkon. Ook als ‘als we iets kort moeten overleggen gaan we even naar het balkon, we praten dan ook de dag door, maar dat is meer persoonlijk’ (AA1). De gesprekken die zij voeren zijn dus zowel werkgerelateerd als persoonlijk.

Het balkon lijkt soms ook een soort toevluchtsoord, om bij te komen van moeilijke situaties: ‘soms is het een beetje stressig, en dan is het voor mij wel belangrijk’ (NC). Ook van andere actoren valt het op dat zij juist op drukke momenten een rookpauze nemen. Het feit dat het balkon snel toegankelijk is vanaf de verpleegafdeling draagt hier waarschijnlijk aan bij.

De assistentes van de polikliniek roken allemaal en nemen hier elke dag de tijd voor. Tussen tien en elf gaat iedereen tien minuten naar het rookhok, om daar de pauze door te brengen. Een van hen geeft dan ook aan: ‘ik zal het rookhok missen [in de nieuwbouw], het is toch een goede reden om even kort te stoppen met werken’ (AP).

7.4.2.2 Nieuwe situatie

Er is in het nieuwe ziekenhuis geen balkon meer waar gerookt kan worden en ook geen rookhok. Daarom staan veel verpleegkundigen en artsen te roken bij de hoofdingang. Dat is eigenlijk verboden, het roken mag officieel alleen uit het zicht aan de zijkant van het ziekenhuis, voor de spoedeisende hulp. De verpleegkundigen van de afdeling neurologie gaan hierheen, maar vinden het ‘wel erg ver weg, je kunt er niet lekker zitten met een krantje’ (VPK4). De nazorgconsulent zie ik niet meer weg lopen om te roken, hetzelfde geldt voor de arts-assistent die altijd met haar mee ging. Hoewel er veel geklaagd wordt over het ontbreken van de rookruimte, zijn er ook positieve geluiden te horen. Zo is een van de verpleegkundigen blij dat er geen mogelijkheid meer is om bij de afdeling te roken, omdat er ‘tijdens avonddiensten mensen die best vaak rookten en die stonden dan wel vijf keer op het balkon, dan denk ik ja, dat is leuk, maar vijf keer 10 minuten en ik rook niet’. Door het ontbreken van een rookplek dicht bij de afdeling worden er geen rookpauzes meer genomen en is de verdeling van pauze naar haar idee eerlijker geworden.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

7.4.3 Restaurant

Het restaurant wordt voornamelijk door artsen, arts-assistenten en coassistenten gebruikt om samen de lunch te eten. Ook de nazorgconsulent luncht in het restaurant, meestal met oude bekenden die ook in het ziekenhuis werken. De verpleegkundigen komen hier ook wel eens, maar eerder om eten te kopen en mee naar de verpleegafdeling te nemen, dan het ook daadwerkelijk in het restaurant op te eten.

7.4.3.1 Oude situatie

Het restaurant ligt in de Clara op de eerste verdieping en bestaat uit een open ruimte met daarin lange rijen tafels. De neuroloog met wie ik meeloop vertelt me dat de lunch voor hem en zijn collega's een van de belangrijkste momenten van de dag is. Hier spreken zij de dag door en praten ze over de patiënten. Vaak zijn hier ook de arts-assistenten en coassistenten bij aanwezig. Aangekomen in het restaurant haalt de arts eerst eten, waarna hij op zoek gaat naar zijn collega's. 'Normaal zitten we altijd daar, dat is onze tafel' (NE1), zegt hij wijzend naar een groepje artsen. Vandaag zitten zijn collega's hier echter niet. Daarom gaan we aan een andere tafel zitten, waar uiteindelijk ook twee anderen aan sluiten. 'Ik vraag me echt af waar de rest is', zegt de neuroloog nog, 'blijkbaar zijn die vandaag andere dingen aan het doen' (NE1).

7.4.3.2 Nieuwe situatie

Ook in de nieuwe situatie blijft de gewoonte om samen te lunchen bestaan. Waar in het oude ziekenhuis iedereen elkaar tegenkomt in het restaurant, wordt hier van te voren al heen en weer gebeld om af te spreken. Het nieuwe restaurant bevindt zich op de eerste verdieping van een ander gebouw, wat via een loopbrug is verbonden met het ziekenhuis. Het restaurant bestaat uit lage tafels waar vier mensen aan kunnen zitten en hoge bartafel die geschikt zijn voor meer mensen. 'Het is even zoeken hoor naar een plek, we hebben daar onze tafel, maar er is niet altijd ruimte, er zijn te weinig grote tafels' (NE2), laat de arts me weten. Dit keer schuiven al snel alle collega's aan. Waar de gesprekken de eerste paar minuten over vakantie gaan, komen al snel de patiënten aan bod. Moeilijke gevallen worden bediscussieerd en kleine wetenswaardigheden over de (familie van) andere patiënten komen voorbij.

7.4.4 Deelconclusie

Eisen van actoren aan de ruimte voor een pauze

De actoren in het primaire proces stellen specifieke eisen aan de ruimte waarin zij pauze houden. Voor de artsen en arts-assistenten is het vooral van belang dat alle artsen en arts-assistenten aan dezelfde tafel kunnen zitten, zodat er met de hele groep een gesprek gevoerd kan worden. Dit gesprek is vaak werkgerelateerd, waardoor de pauze een belangrijk overlegmoment in het primaire werkproces vormt. Opvallend is dat in zowel de oude als de nieuwe situatie één tafel in het restaurant door de neurologen aangewezen wordt als aan hen toebehorend. Hiermee wordt mentaal een stuk territorium geclaimd in een ruimte die voor al het ziekenhuispersoneel bedoeld is.

Voor verpleegkundigen en medewerkers patiëntenservice is de voornaamste voorwaarde een deur die dicht kan, zodat er rust is en de mogelijkheid zich even terug te trekken uit de 'flow of action' (Iedema, 2010). Het tegenstrijdige is hier dat er ondanks de behoefte om zich af te sluiten er wel zicht op de afdeling moet blijven. Er lijkt een constant dilemma tussen afsluiten en zicht hebben te zijn. Het is daarom vooral een lastig proces om een nieuwe plek te vinden die aan de juiste eisen voldoet. Een koffiekamer zoals in het oude ziekenhuis was er niet langer, al werd deze ook bijna niet gebruikt om de pauze door te brengen. De kamer van de leerling-begeleidster biedt de juiste omstandigheden om een goede pauzeplek te zijn. Het

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

inmengen van de teamleider heeft hier een rol gespeeld; door haar inmenging in het proces werd sneller de nieuwe koffieplek gekozen. Tijdens de pauzes was zij degene die de verpleegkundigen erop wees dat de kamer van de teamleider of de huiskamer op de gang de juiste plekken waren om koffie te drinken. Het zoeken van nieuwe ordeningen in de fysieke omgeving kon in dit geval dus gestuurd worden door inmenging van een derde.

Het belang wat gehecht wordt aan de pauze en een goede ruimte om deze door te brengen kan uitgelegd worden met de begrippen werkwereld en leefwereld (Siebers e.a., 2002, 57). De werkwereld heeft betrekking op de productie van de organisatie en het uitvoeren van de kerntaken die hierbij horen. De leefwereld staat voor de individuen die in deze organisatie werken en hun onderlinge verhoudingen. In de pauzes komt de leefwereld naar voren, in de gesprekken en het gevoel van rust en 'thuis' zijn. Het gevoel wat onder verpleegkundigen leeft dat er ruimte van de werknemers weggenomen wordt, om deze terug te geven aan de patiënt kan daarom gezien worden als het gevoel van verbreking van het sociaal-ruimtelijk contract tussen werkvloer en management (Vischer, 2005, 5). De ruimte die geboden wordt door een organisatie, wordt ook onbewust gezien als een recht voor de werknemer. Het wegnemen of veranderen van ruimte, voelt daarom als het wegnemen van ongeschreven rechten (Vischer, 2005, 7).

Backstage gevoel van vrijheid

De verpleegkundigen hebben geen individuele werkruimte, die door anderen zoals op de vorige pagina omschreven wordt juist als de fijnste plek ervaren wordt. Zij omschrijven de plek waar zij pauze houden vaak als fijnste plek op de verpleegafdeling. Dit kan komen doordat dit als enige 'eigen' plek op de afdeling gezien wordt en hiermee de plek is waar de leefwereld het meeste tot uiting komt. Bovendien kunnen de patiënten en bezoekers op de afdeling hen op de pauzeplek niet zien of horen, waardoor zij tijdens de pauze ander gedrag kunnen en mogen vertonen dan tijdens werktijd. Zij zeggen tijdens de pauze vaker te lachen en grapjes te maken en hierdoor goed te kunnen ontspannen. Het feit dat de pauze backstage gehouden wordt vanuit het oogpunt van de patiënt, leidt dus tot een gevoel van vrijheid.

7.5 Beweging tussen de activiteiten

Mensen en spullen moeten in het ziekenhuis van de ene plek naar de andere verplaatst worden. Vaak gaat het hier ook om de beweging van de ene handeling naar de andere. Het is een belangrijk onderdeel in het uitvoeren van het primaire proces, doordat het andere activiteiten mogelijk maakt. Zo kan een patiënt die op de verpleegafdeling in bed ligt alleen onderzocht worden in een scan, als een verpleegkundige hem naar de scan toe brengt.

7.5.1 Verpleegafdeling

Op de verpleegafdeling zijn veel verschillende ruimtes waar de activiteiten van het primaire proces uitgevoerd worden. Tussen de verschillende patiëntenkamers, sanitaire voorzieningen, plekken om administratie uit te voeren, bergingen, verpleegpost en medicijnkamer moet veel gelopen worden. Dit lopen kan verschillende doelen hebben: lopen om iets op de halen, lopen om in een andere ruimte terecht te komen, het verplaatsen van mensen en spullen, maar ook bewegen om overzicht te krijgen. Deze laatste handeling bestaat uit het doelbewust lopen van een rondje over de afdeling om te zien wat er gebeurt en of het met de patiënten nog goed gaat. Dit wordt ook 'een rondje lopen' genoemd.

7.5.1.1 Oude situatie

De verpleegafdeling in het oude ziekenhuis bestond uit een lange rechte gang. De gang was breed genoeg om twee bedden elkaar te kunnen laten passeren.

87

Overzicht



Afbeelding 17 Gang verpleegafdeling locatie Clara

Tijdens de dagelijkse verzorging van de patiënten lopen de verpleegkundigen vaak heen en weer over de gang. Om verpleegkundig materiaal te pakken, om iets vragen of om naar een andere kamer toe te lopen. Tijdens deze 'loopjes' over de gang worden de patiëntenkamers en de geluiden die hieruit komen goed in de gaten gehouden. Het gebeurt vaak dat tijdens het lopen naar een activiteit, zich een tweede handeling voor doet. Als er een alarm gaat terwijl een verpleegkundige naar de keuken loop voor een waskom, zal zij altijd gaan kijken wat er aan de hand is. Kleine handelingen zoals het doorspoelen van een infuus worden direct gedaan, handelingen die meer tijd in beslag nemen worden doorgegeven aan iemand die op dat moment niets te doen heeft. Zo leidt beweging altijd tot nieuwe activiteiten en handelingen.

De teamleider zit het grootste gedeelte van de dag in haar kamer achter in de gang. Toch loopt zij meerdere malen per dag een rondje over de verpleegafdeling. Ze kijkt bij elke kamer en zaal naar binnen en stelt wat vragen aan de verpleegkundigen. Dit rondlopen heeft voor haar vooral de functie van 'bekijken hoe iedereen er bij ligt' (TL). Tijdens het werken op haar kamer zegt zij ook de afdeling goed in de gaten te

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

houden. Dan is ze dus bezig met verschillende dingen tegelijk. Zelf geeft ze aan dat haar 'grote oren' hier goed van pas komen, waardoor ze ook minder rond hoeft te lopen. 'Ik heb altijd mijn deur open als ik niet in gesprek ben. En ik heb gelukkig nog steeds hele goede oren. En als ze bij wijze van spreken op kamer 1 [begin van de gang] roepen: "Kom" dan hoor ik dat en spring ik op. En bij wijze van spreken het reanimatieteam komt binnen gerend dan hoor ik dat ook allemaal, je hoort van alles op zo'n gang' (TL).

Beweging leidt tot andere activiteiten

Als er een arts-assistent vanaf zijn kamer de afdeling op loopt wordt deze meteen door verpleegkundigen met allerlei vragen aangesproken. Ook patiënten stellen vragen aan de arts wanneer zij hem tegen komen.

Tijdens de visite staat de hele gang op een gegevens moment vol in de breedte. Artsen en verpleging staan op de gang, de nazorgconsulent en de verpleging staan op de gang en de MPS en de verpleging staan op de gang. Er worden afspraken gemaakt en beslissingen genomen, allemaal door een toevallig samenloop van mensen en omstandigheden?

Verplaatsen van mensen en spullen

In de gang op de verpleegafdeling staan verschillende verpleegkundige hulpmiddelen en andere materialen. Deze staan hier om twee redenen: voor de verpleegkundigen om er gemakkelijk bij te kunnen en omdat er geen andere plek is om ze neer te zetten. Bij het bewegen door de gang van patiënten in een bed of andere spullen, kunnen de dingen die op de gang staan in de weg staan en moet er geschoven worden om er langs te kunnen. Zeker tijdens de verzorging van de patiënten staat er soms iets in de weg, doordat er behalve de normale spullen dan ook rolstoelen en waskarren op de gang staan. Bovendien worden op dat moment patiënten in een rolstoel van hun kamer naar de badkamer gereden, wat extra verkeer op de gangen geeft.

88

7.5.1.2 Nieuwe situatie

De verpleegafdeling in het nieuwe ziekenhuis bestaat uit twee smalle gangen, met daartussen de medicijnkamer, berging, huiskamer met keukenblok en verschillende werkkamers.

Bedden in beweging

De gangen op de verpleegafdeling zijn zo smal, dat er maar één bed in kan staan. Op de afdeling neurologie worden patiënten vaak naar een andere kamer gebracht. Dit levert een probleem op met de bedden. Om het ene bed een kamer in te krijgen, moet eerst het andere bed er uit gehaald worden. Dan kan het nieuwe bed erin en kan het andere bed de gang weer uit. Hierbij is het bovendien lastig met de deur, die automatisch dicht valt. Er zijn minstens drie mensen nodig voor deze operatie: één om de deuren open te houden, één voor de voorkant van het bed en één voor de achterkant. De deurpost en gang zijn namelijk smal, dus er moet goed gestuurd worden om niets kapot te maken.

Ook is er een lastige hoek bij de verpleegpost, waar regelmatig een bed tegenaan stoot. Het is opvallend dat niemand meer op kijkt bij het geluid hiervan. 'We hebben natuurlijk daar de infusen en rechts dan de boxen en als je dan de bocht moet maken bij de crashkar, dan denk ik, nou oké... Dat is soms best lastig, want de voorste denkt het gaat wel en de achterste knalt er tegen aan. Dan hadden ze beter de balie rond kunnen maken' (VP1).

'De badkamers, het gemanoeuvreren met de bedden uit en in de kamers en op de gangen. Het is een vrij kleine hoek. Met name dan ook weer de kamers verder in de gang. De gang is natuurlijk best vrij smal, dus dat je toch weer het effect gaat krijgen van met de bedden langs de muren en dat je toch weer beschadigingen in de gang gaat krijgen. En uitermate vervelend voor de patiënten. Als je in bed ligt en je wordt gereden en je wordt voortdurend dan weer tegen een deurpost, dan weer tegen een muur aan gebeukt. Dat is een heel vervelend effect als

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

je in zo'n bed ligt, ik heb het genoeg ooit zelf gehad, na een herniaoperatie en dat is niet prettig als je overal tegenaan wordt gereden. Dus qua afdeling neurologie hebben we heel veel materialen wat lastig is om allemaal te plaatsen.' (TL)

'Het is hier nog steeds passen en meten' (VP5). Daaraan voegt deze verpleegkundige toe 'ze kunnen alles heel groot gaan maken, maar dan ga je meteen rennen en racen' (VP5).



Het smalle gedeelte van de gang (L); zicht vanaf de verpleegpost en het brede gedeelte van de gang
Afbeelding 18 Gang verpleegafdeling nieuwe locatie

Materialen op de gang

Net als in het oude ziekenhuis, is er niet voor alle materialen een plek in de bergingen op de verpleegafdeling. Hierdoor staan de crashkar en de brug waarop patiënten met de fysiotherapeut oefenen met lopen altijd op de gang. Tijdens de verzorging komen hier verschillende spullen en materialen bij, zoals de cows, meetapparatuur, de broodkar en kleine wasmanden op wielen. De gang op de verpleegafdeling is smaller dan in de oude situatie, waardoor het tijdens de verzorging nog moeilijker dan voorheen is een bed of rolstoel door de gang te duwen. De hoeveelheid verkeer is echter wel afgenomen, doordat aan elke kamer een douche en toilet vastzit.

'Management by walking around'

Door rond te lopen over de gang, proberen ook nu verschillende actoren overzicht te houden over de patiënten. Dit kan redelijk gemakkelijk, de ramen van de kleine kamers zijn zo groot dat de patiënt altijd te zien is. Het rondlopen over de gang gebeurt bewuster dan in het oude ziekenhuis, doordat de verpleegkundigen het gevoel hebben 'geen overzicht te hebben' (zie eerder) en hierdoor 'mensen te vergeten'. De deuren van de kamers worden bovendien met een houtje open gehouden, zodat ook het geluid uit de kamer bij langs lopen te horen is. De deuren zijn namelijk zo gemaakt dat ze vanzelf dicht vallen. De verpleegkundigen zijn echter

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

bang belangrijke signalen van patiënten te missen. Zeker omdat de neurologisch patiënten vaak niet meer hard kunnen roepen en ook niet zelf kunnen op staan. Het eerder genoemde verlies van sociale controle leidt indirect dus tot meer controle door de verpleegkundigen.

Er wordt meer gelopen dan voorheen, 'want je loop natuurlijk van kamer naar kamer en van voor naar achteren is dat best een heel stuk' (VP1).

De grens tussen binnen en buiten

De balie voelt niet alleen als een toegang, ook als een uitgang. Een verpleegkundige zegt: 'je kunt beter niet naar de vierpersoonskamers toe lopen, dan heb je namelijk het gevoel dat je naar huis toe gaat' (VP3).

7.5.2 Van en naar de verpleegafdeling

De verpleegkundigen verplaatsen patiënten van de verpleegafdeling naar de operatiekamer en de onderzoeksafdelingen. Hierbij ligt de patiënt vrijwel altijd in een bed. Daarnaast lopen verpleegkundigen in de avond en nacht regelmatig naar het laboratorium om bloed weg te brengen. Overdag nemen de medewerkers patiëntenservice en de secretaresse deze 'loopjes' op zich. Zij halen ook extra verpleegkundige materialen, zoals rolstoelen of luchtmatrassen van andere afdelingen op. De artsen bewegen zich ook buiten de verpleegafdeling naar andere activiteiten toe. Meestal is dit om van werkplek naar werkplek te lopen, zoals van de verpleegafdeling naar de polikliniek en spoedeisende hulp. Anders dan de verpleegkundigen nemen zij hierbij geen materialen of patiënten mee.

7.5.3 Oude situatie

De meeste verplaatsingen van materialen en patiënten buiten de verpleegafdeling worden verzorgd door de logistieke afdeling, op aanvraag van de secretaresse. De neuroloog loopt soms van de afdeling naar de spoedeisende hulp en polikliniek. Wanneer er geen vervoer beschikbaar is, loopt de secretaresse vaak om spullen op te halen.

De rolstoel als karretje voor spullen

De secretaresse haalt soms spullen op van andere afdelingen. Op een van de dagen dat ik mee loop, gaat zij een luchtmatras halen op een andere verdieping. Dit is een groot en zwaar pakket. Om deze mee te kunnen nemen naar de afdeling, pakt de secretaresse een rolstoel. Deze gebruikt zij als kar om het zware pakket niet te hoeven dragen. De functie van de rolstoel verandert hierdoor van rolstoel om patiënten in te vervoeren in een draagkar om het luchtmatras in te verplaatsen.

Interne dienstverlening

Veel van de tijd die besteed wordt aan het lopen buiten de afdeling zit in het verplaatsen van materialen en patiënten van en naar interne dienstverleners. De patiënten die op de verpleegafdeling opgenomen zijn, moeten namelijk vaak voor onderzoeken en korte behandelingen naar andere afdelingen en plaatsen in het ziekenhuis verplaatst worden. In sommige gevallen wordt hiervoor de logistieke afdeling ingezet, maar vaak loopt ook een verpleegkundige mee. De reden hiervoor is dat de patiënt tijdens het verplaatsen een insult of epilepsieaanval kan krijgen. De verpleegkundige weet wat er op dat moment gedaan moet worden, de medewerkers van de logistieke afdeling weten dit niet.

Daarnaast moeten er buisjes bloed, urine en andere materialen naar het laboratorium worden gebracht. Voor deze 'loopjes' worden vaak de medewerkers patiëntenservice of leerling-verpleegkundigen ingezet.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Consulten ‘in het huis’

De arts met wie ik mee loop in het Zuider werkt elke dag een lijstje af met patiënten die op niet-neurologische afdelingen liggen, maar waarvan de behandelend specialist verwacht dat hij of zij wel een neurologische aandoening heeft. Deze consulten zijn eigenlijk bedoeld voor de arts-assistenten, maar aangezien zij hun thuisbasis in de Clara hebben, moet hij deze taak nu waar nemen. Het valt me op dat de arts snel loopt, ik kan hem bijna niet bijhouden en hij kent feilloos de weg door de vele gangen van het Zuider.

7.5.4 Nieuwe situatie

In de nieuwe situatie moet er vaker van de verpleegafdeling en de polikliniek naar andere delen van het ziekenhuis worden gelopen door zowel de verpleegkundigen, als de medewerkers patiëntenservice en de artsen dan voorheen. De verpleegkundigen moeten vaker op en neer lopen naar de operatiekamer om operatiepatiënten van de interne geneeskunde, plastische chirurgie en KNO die nu op de afdeling liggen op te halen en weg te brengen. De medewerkers patiëntenservice hebben de keuken niet langer op de afdeling, maar in de gang tussen de afdelingen. De artsen tenslotte moeten nu heen en weer lopen tussen stafcentrum en polikliniek, om administratie en het zien van patiënten af te kunnen wisselen.

Een andere opbouw

Dokter X vertelt me dat hij in het nieuwe ziekenhuis heel veel tijd kwijt is met heen en weer lopen. De afstanden zijn veel langer en er zijn meer verschillende plekken om te werken. Hij zegt hierbij: ‘ik moet goed na denken wat ik mee neem en wat ik laat liggen. Ik wil gewoon overall een jasje hebben hangen en waar laat je dan je jasje?’. Zijn jasje lijkt een symbool te zijn om zich de ruimte eigen te maken.

Het nieuwe ziekenhuis is opgezet in de breedte. Een van de artsen vindt dat een groot voordeel, omdat hij liever loopt, dan dat hij op een lift wacht. Voor verpleegkundigen blijkt dit anders te zijn. Zij zien liever een hoog ziekenhuis. Een van hen geeft zelfs aan dat hij de hoogte van de Clara het meeste mist, ‘het is hier echt de benen uit je lijf lopen’. Dit heeft er waarschijnlijk ook mee te maken dat verpleegkundigen vaak materialen en patiënten bij zich hebben tijdens het verplaatsen door het ziekenhuis en specialisten alleen zichzelf mee hoeven te nemen. De twee groepen stellen hierdoor elk andere eisen aan de fysieke omgeving om door heen te bewegen naar andere activiteiten. Er wordt ook door verpleegkundigen veel gesproken en soms geklaagd over het ‘megagrote’ (VP9) ziekenhuis. Eentje verteld me zelf: ‘in de Clara had ik schoenen waar ik goed op kon lopen, maar hier niet, ik had vreselijke pijn in mijn hielen en daarom heb ik nu maar nieuwe schoenen aan geschaf, ik ga me slank lopen hier’ (VP5).

De medewerkers patiëntenservice hebben de keuken buiten de afdeling liggen, waardoor zij langere afstanden moeten afleggen dan voorheen. Dit vinden zij heel vervelend, aan de ene kant omdat ‘je heel veel tijd aan lopen besteed en met alleen maar lopen’. Daarnaast is er het eerder besproken gevoel dat ‘je een beetje buiten de afdeling komt te staan’ (MPS1) door de locatie buiten de afdeling. Bovendien waren zij een “sociale” plek op de afdeling.

Combineren

De verpleegkundigen proberen de loopjes buiten de afdeling op te sparen en zo veel mogelijk te combineren. Bijvoorbeeld door de ene patiënt weg te brengen en de andere meteen op te halen. Op deze manier worden de routines al snel aangepast aan de grootte van het nieuwe ziekenhuis.

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

7.5.5 Tussen twee ziekenhuizen

7.5.5.1 Oude situatie

In de oude situatie zijn er op beide locaties andere mogelijkheden voor onderzoek. De meeste scans en onderzoeken kunnen bij patiënten die op de verpleegafdeling liggen op de locatie Clara gedaan worden. Voor bepaalde scans, zoals de CT-angio, moeten zij echter naar het Zuider toe. De patiënt wordt met een ambulance naar de andere locatie gebracht, 'dat geeft toch ondanks dat het goed geregeld is een bepaalde nervositeit aan mensen' (SE). Een verpleegkundige is dan ook erg blij 'dat er straks niet meer zo gesold wordt met mensen van het ene ziekenhuis naar het andere, want dat is echt schandalig' (VP7).

Ook de arts-assistenten moeten heen en weer tussen de twee ziekenhuizen als zij nachtdienst hebben. In principe verblijven zij dan in de locatie Zuider, omdat hier de spoedeisende hulp is. Als er iets gebeurt in de Clara, moeten zij heen en weer en 'dat kan nog wel eens stress opleveren' (AA1). De locatie van de ziekenhuizen speelt hier een grote rol in. De twee ziekenhuizen liggen namelijk niet ver van elkaar vandaan (zie afbeelding x), maar Rotterdam Zuid is niet de meest veilige locatie dus voor de dames is het iets minder aangenaam' (AA2). De mannen nemen daarom vaak de fiets, maar de vrouwen gaan altijd met de taxi.

Als patiënten 's nachts via de spoedeisende hulp opgenomen zijn in het Zuider, worden zij de volgende dag met de ambulance naar de verpleegafdeling in de Clara gebracht. Voor patiënten zal de situatie dan ook duidelijk voelbaar zijn.



Afbeelding 19 Verplaatsing tussen locatie Clara en Zuider

7.5.5.2 Nieuwe situatie

Er is maar een ziekenhuis in de nieuwe situatie, dus er hoeft niet langer heen en weer gereisd te worden tussen de twee locaties. Verschillende actoren noemen dit een van de grootste voordelen ten opzichte van de oude situatie. 'Een ding wat ik nu geweldig vind is dat je niet meer hoeft te praten aan de overkant, alles is onder een dak nu' (VP5).

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

7.5.6 Deelconclusie

Bewegingen door de ruimte

Het bewegen door het ziekenhuis gaat vaak gepaard met het meedragen of rijden van spullen en patiënten. Dit kan een groot voorwerp zijn, zoals een bed met een patiënt erin, een rolstoel met een patiënt of een luchtmatras erin, een kar met eten of een COW. Er zijn ook kleinere voorwerpen, zoals het bakje met medische instrumenten en boeken van de arts in de polikliniek, een stapel papier of een po. Voor het vervoeren van deze materialen is meer ruimte nodig dan voor het verplaatsen van alleen het eigen lichaam. De *lichamelijkheid* van zorg speelt dus ook in deze activiteit binnen het primaire proces een rol. Het gebouw ondersteunt deze lichamelijkheid soms, maar kan het ook frustreren. Eén van de functies van een gebouw is volgens Baldry (1999, 544) het faciliteren van de beweging van materiaal door de ruimte. De waardering voor het gebouw kan daarom samenhangen met de vraag of er onderweg dingen mee genomen moeten worden of niet.

De artsen hoeven bijvoorbeeld weinig mee te nemen en geven hierdoor de voorkeur aan de trap. De verpleegkundigen en MPS zijn genoodzaakt in veel gevallen de lift te nemen, door de bedden en karren die zij meenemen bij het verplaatsen tussen activiteiten en van en naar interne dienstverleners. Zij geven daarom de voorkeur aan een hoog gebouw met veel liften. De artsen geven juist de voorkeur aan een laag gebouw waar niet op liften gewacht hoeft te worden.

Op de verpleegafdeling is ruimte nodig om met bedden te kunnen rijden, om patiënten te helpen met douchen en om langs het bed te staan en te bewegen. Wanneer er weinig ruimte beschikbaar is voor het bewegen met materialen over de verpleegafdeling, voelen de verpleegkundigen zich beperkt in een goede uitvoering van het primaire proces.

Dynamische affordances

Doordat niet elke actor eenzelfde ruimtebehoefte heeft, verschillen de mogelijkheden die de fysieke omgeving biedt per actor en per situatie.

De hoek bij de zusterpost op de gang van de verpleegafdeling in de nieuwe situatie maakt het snel voortduwen van een bed bijvoorbeeld onmogelijk. In een spoedsituatie is dit een negatieve eigenschap: de verpleegkundige kan het bed niet met de gewenste snelheid naar een andere plaats bewegen. In niet-acute situaties waarbij een bed door de gang gereden moet worden, is dit echter positief. Het voorkomt dat de rust verstoord wordt door verpleegkundigen die te hard met een bed door de gang willen rennen.

Ook de ruimtelijke opzet van het gebouw kan diverse affordances bieden. De oude locaties Clara was een hoog gebouw, waarbij dertien verdiepingen met meestal twee verpleegafdelingen en soms andere ruimten op elkaar gestapeld waren. Om van de verpleegafdeling neurologie op de zevende verdieping naar de verwijspolikliniek op de begane grond of de neurologiepolikliniek in de kelder te komen, maakten zowel de neurologen die geen materiaal meenamen als de verpleegkundigen die vaak met een bed of andere niet-menselijke actoren bewogen gebruik van de lift. De bewegen van de ene locatie naar de andere bestond voornamelijk uit in de lift staan. De nieuwe locatie heeft vijf verdiepingen, waarbij telkens acht verpleegafdelingen en soms andere ruimten op elkaar gestapeld zijn. Om van de polikliniek op de begane grond naar het stafcentrum er recht boven op de eerste verdieping te gaan, gebruiken neurologen de trap. Ook naar de verpleegafdeling op de vierde verdieping nemen zij de trap. De verpleegkundigen gebruiken ook in de nieuwe situatie vaak de lift, omdat zij spullen of patiënten met zich mee dragen. De neurologen zijn tevreden over de opbouw van het nieuwe ziekenhuis, omdat zij makkelijk van de ene plek naar de andere kunnen lopen en niet langer op de lift hoeven te wachten. De verpleegkundigen zijn juist niet tevreden over de nieuwe situatie, omdat zij maar een klein gedeelte van de beweging met de lift kunnen maken en de rest moeten lopen. De opbouw van het gebouw is hiermee voor de

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

neurologen een positieve affordance in hun bewegen en voor de verpleegkundigen een negatieve.

Minder persoonlijke ruimte, meer beweging

In het nieuwe ziekenhuis zijn twee delen van het werkproces van de neurologen fysiek van elkaar gesplitst ten opzichte van de situatie op de oude locaties. Administratie en werken aan de patiënt vinden niet langer op dezelfde locatie plaats. Bovendien hebben zij zowel in het stafcentrum, bedoeld voor administratie, als in de polikliniek, bedoeld om te werken aan de patiënt, niet langer een vaste werkplek. Dit leidt ertoe dat zij gedurende de dag vaker verplaatsen dan voorheen en tijdens dit verplaatsen meer materialen moeten mee nemen. Hierdoor lijkt het voor hen of er meer tijd aan logistiek en minder tijd aan het primaire proces zelf besteed kan worden. Eenzelfde beleving is terug te zien bij de nazorgconsulent. Zij heeft niet langer een eigen printer tot haar beschikking, waardoor zij vaker van haar eigen kamer naar de verpleegpost moet lopen om uitgeprint papier op te halen.

Deel III

Conclusie, discussie, aanbevelingen

Opnieuw zit je te wachten in de grote wachtkamer. Vandaag is de grote dag waarop je zal horen wat er aan de hand is. De dokter met zijn witte jas noemt net als de eerste keer je naam, dit keer weet je al waar hij vandaan zal komen. Je staat op en loopt richting de paal waarnaast de dokter op je staat te wachten. Hij laat je voorgaan de spreekkamer in. In zijn ogen probeer je de oplossing voor je probleem af te lezen terwijl je naar je stoel loopt. Helaas, de ogen van de arts staan zoals ze altijd staan. Vriendelijk en meelevend, maar ook een beetje streng. Na het vertrouwde getik op het toetsenbord en geklik met de muis kijkt de arts je aan. Hij schraapt zijn keel, jij schuift nog wat dichterbij de tafel. Dan is het antwoord op de vraag waar je al wekenlang mee liep daar. Je blijkt inderdaad niet helemaal gezond te zijn, maar erg ernstig is het niet. Er is een zenuw beklemd in je arm, maar met wat oefening valt er best mee te leven. Zegt de arts. Helaas is wat handig lijkt voor de arts, niet altijd handig voor jou. Nu ja, het zei zo.

95

Afbeelding 20 Gevel nieuwe locatie

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de resultaten antwoorden geformuleerd op de deelvragen waarmee dit onderzoek is gestart. Als eerste zal ik ingaan op het primaire werkproces en de rol van niet-menselijke actoren hierin. Daarna komt de inbreng die de fysieke omgeving kan hebben in dit primaire werkproces aan bod, gevolgd door een analyse van gebeurtenissen in het primaire proces bij een verandering van de fysieke context waarin deze zich afspeelt. Ik zal afsluiten met een samenvattende conclusie.

8.1 Het primaire werkproces

Het primaire werkproces in ziekenhuizen is ten behoeve van dit onderzoek opgedeeld in vijf verschillende activiteiten, die elk bestaan uit meerdere handelingen. Deze activiteiten zijn: werken aan de patiënt; overleg; administratie, voorbereiding en contact met interne en externe buitenstaanders; pauze; beweging. Niet elke actor neemt deel aan elke activiteit. De kern van het primaire proces is de hands-on (Groen, 1995) activiteit werken aan de patiënt. De andere vier, allen hands-off (Groen, 1995) activiteiten zijn onmisbaar om deze kernactiviteit goed te laten verlopen. In de activiteit beweging is de patiënt soms wel aanwezig, maar wordt er niet direct aan hem of haar gewerkt. In het primaire proces vindt niet alleen interactie plaats tussen menselijke actoren, maar ook tussen menselijke en niet-menselijke actoren. Het eerste type interactie noem ik sociale interactie, het tweede materiële interactie, ook wel het werken met materialen (Iedema e.a., 2010; Waring en Bishop, 2010)

8.2 Niet-menselijke actoren

Uit dit onderzoek blijkt dat je in een ziekenhuis goed over niet-menselijke actoren kunt spreken. In het Maasstad ziekenhuis nemen verschillende niet-menselijke actoren deel in het primaire werkproces en in de interne dienstverlening. Zowel het gebouw zelf als de spullen die er in staan zijn niet-menselijke actoren. De belangrijkste deelnemer is de computer, die het werken aan de patiënt stuurt en zelfs tussen de zorgverlener en patiënt in komt te staan. De computer en met name het dossier wat erin staat is daarnaast het belangrijkste medium van formele communicatie tussen de verschillende actoren. Het staat centraal in het opstellen van behandelplannen en bij het geven van speciale opdrachten voor verzorging, behandeling en diagnose. Het is hierbij opvallend dat de digitaal beschikbare informatie vaak face-to-face wordt bevestigd of benadrukt door de betrokken menselijke actoren.

Wanneer een materieel object een actor wordt in het primaire proces, doordat deze erin deelneemt, vindt er vanzelfsprekend interactie plaats tussen de menselijke actoren en de materiële actoren. De fysieke omgeving biedt vervolgens mogelijkheden voor het al dan niet goede verloop van deze materiële interactie. Een goed voorbeeld is het vervoeren van een patiënt naar de operatiekamer in een bed. Dit bed is een actor in de handeling, omdat het zorgt voor het vervoer en extra handelingen vraagt ten opzichte van het zonder bed naar de operatiekamer lopen. Om het vervoer mogelijk te maken zijn er extra lange liften en brede gangen nodig. Ook dat zijn niet-menselijke actoren. De hoek bij de verpleegpost maakt het echter onmogelijk om snel naar de lift te rennen. Deze hoek geeft dus een onmogelijkheid én is een deelnemer in de handeling, doordat het de snelheid van lopen met het bed stuurt.

8.3 De inbreng van de fysieke omgeving

De fysieke omgeving speelt op verschillende manieren een rol in de verschillende onderdelen van het primaire proces. De inbreng van de fysieke omgeving kan als volgt worden samengevat:

- De fysieke omgeving heeft een grote inbreng in beweging en logistiek
- De fysieke omgeving geeft al dan niet de ruimte aan het lichamelijke karakter van het werk in de zorg.
- De fysieke omgeving biedt mogelijkheden en onmogelijkheden voor de handelingen waaruit het primaire proces bestaat.
- De fysieke omgeving heeft liminale kenmerken en geeft hierdoor liminale momenten.
- De fysieke omgeving geeft sociale en mentale afstand en nabijheid.

Deze thema's worden hieronder verder uitgewerkt.

8.3.1 De fysieke omgeving heeft een grote inbreng in beweging en logistiek

In het primaire werkproces wordt door de betrokken actoren veel bewogen tussen de verschillende activiteiten, maar ook tussen de verpleegafdeling en de overige locaties in het ziekenhuis. De structuur van het gebouw speelt een rol in de bewegingen, maar ook de ligging van verschillende afdelingen en locaties ten opzichte van elkaar. In het geval van het Maasstad Ziekenhuis is een hoog gestapeld ziekenhuis vervangen door een lager en breder ziekenhuis. Bewegingen die voorheen vooral in de hoogte gemaakt werden met behulp van liften, worden nu vooral in de breedte gemaakt, en dat betekent lopen. Dit en het feit dat een deel van de diensten waar de verpleegkundigen van de afdeling neurologie zich naar toe moeten bewegen en weer terug, niet recht onder of boven de verpleegafdeling liggen, heeft tot gevolg dat verpleegkundigen en medewerkers patiëntenservice meer lopen dan voorheen. Hierbij nemen zij regelmatig materialen of patiënten in een rolstoel of bed mee. Ook de specialisten lopen meer dan voorheen, maar zij zijn hier juist erg blij mee. Zij hebben immers meestal geen materiaal bij zich en kunnen daarom de trap te nemen en het wachten op de lift vermijden. Bovendien liggen de locaties in het ziekenhuis waar zij het meest aanwezig zijn (de polikliniek, verpleegafdeling, afdeling neurologisch onderzoek en het stafcentrum) recht boven elkaar. De structuur en opbouw van de fysieke omgeving hebben dus een grote rol in de logistiek van het ziekenhuis en de manier waarop er door het ziekenhuis bewogen wordt.

8.3.2 De fysieke omgeving geeft al dan niet de ruimte aan het lichamelijke karakter van het werk in de zorg

De ruimte rondom het bed die gebruikt wordt tijdens de verzorging van een patiënt, een rolstoel die de spreekkamer niet in kan, het voortduwen van bedden en apparaten door de gangen van de verpleegafdeling en het duwen tegen de benen van patiënten om de spierkracht te testen: het zijn allemaal voorbeelden van handelingen in het primaire proces waarbij het lichaam van zowel de patiënt als degene die hem verzorgt of onderzoekt een rol speelt. In het analysehoofdstuk zijn meer voorbeelden te vinden waar dit het geval is. Ziekenhuiszorg heeft dus een sterk lichamenlijk karakter: het werken in het primaire proces is een *embodied practice* (Dale en Burrell, 2008). Dit werken met lichamen, aan lichamen heeft ruimte nodig voor de beweging van deze lichamen, al dan niet met hulpmiddelen. Het gevolg hiervan is dat in een ziekenhuis het lichaam, of lichamenlijkheid, centraal zou moeten staan, in ieder geval bij de opbouw van de ruimten waarin aan de patiënt gewerkt wordt.

In het Maasstad Ziekenhuis wordt deze ruimte door de betrokken actoren soms gemist. Dit geldt voor zowel de oude als de nieuwe situatie. Een belangrijke functie van een gebouw is volgens Baldry (1999, 536), *'enabling the flow of materials through its layout and spatial*

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

configuration', en daar wordt hier niet aan voldaan. Het primaire proces wordt hierdoor niet stilgelegd, maar het comfort waarmee het uitgevoerd wordt is wel minder groot. Dit geldt zowel voor actoren in het proces als voor patiënten.

8.3.3 De fysieke omgeving biedt (on)mogelijkheden tot handelen

In de deelconclusies is de *theory of affordances* van Gibson (1986) meerdere keren aangehaald om de observaties beter te kunnen begrijpen. De fysieke omgeving biedt op vier manieren mogelijkheden aan de actoren tot handelingen in het primaire werkproces.

Ten eerste geven de gangen en ruimten die aan de gangen grenzen mogelijkheden tot ongeplande overleggen. Hier ontmoeten de actoren elkaar tijdens het bewegen naar andere activiteiten. Deze mogelijkheid wordt volgens Ledema e.a. (2010) door de liminaliteit van deze plek versterkt. Daarnaast speelde in dit onderzoek de nabijheid van andere actoren een rol. Voor een gesprek over patiënten is een enigszins beschutte ruimte nodig, de gang dient hier slecht als ontmoetingsplek. Vanuit de gang wordt de eerst mogelijke beschutte plek gekozen om het gesprek voort te zetten.

Als tweede worden er onverwachte materialen en ruimtes ingezet om het werken aan de patiënt mogelijk te kunnen maken. Cook en Brown (1999, 390) geven aan dat er ook dynamische *affordances* zijn. Dit heeft te maken met een leerproces tijdens de interactie tussen een object of ruimte en een actor. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van een tillift. Deze biedt de mogelijkheid voor patiënten om uit bed getild te worden, maar ook om rechtop te gaan zitten. Deze mogelijkheden worden pas duidelijk wanneer een tillift meerdere keren gebruikt is door een verpleegkundige. Waar eerst de tillift alleen gebruikt werd om een patiënt naar de douche te rijden, wordt deze nu ook gebruikt om patiënten tijdelijk in een stoel te zetten. 'When people interact through, around or with technologies, it is necessary for them to find ways of managing the constraints on their possibilities for action that emerge from those artifacts' affordances' (Hutchby, 2001, 450). Volgens Hutchby (2001) ontstaat een mogelijkheid dan ook pas op het moment dat iemand er gebruik van maakt.

Een derde punt bestaat uit de akoestische mogelijkheden die onmogelijkheden worden en andersom. Op de verpleegafdeling zijn allerlei geluiden te horen. Er zijn de automatische infuuspompen die piepen wanneer de infuuszak leeg is, er zijn de semafoons ('piepers') van de verpleegkundigen die afgaan als een patiënt belt en er is altijd gepraat te horen op de afdeling. Deze hoorbaarheid van geluiden is enerzijds positief, als het gaat om het te hulp schieten van patiënten. Aan de andere kant is de akoestiek negatief, doordat ook zaken die niet voor iedereen bedoeld zijn, door iedereen gehoord kunnen worden. Deze akoestiek is in het nieuwe ziekenhuis anders dan in de oude situatie. Door de gesloten kamerdeuren zijn patiënten niet goed hoorbaar. Het voordeel hiervan is dat er makkelijk op de gang overlegd kan worden, zonder dat de patiënt het hoort. Een nadeel is dat dit overleg wel over de gehele gang hoorbaar is, waardoor passanten de gesprekken op de gang gemakkelijk opvangen. Cummings (2008) stelt dat een verandering van omgeving '[can] create facilities or frustrations. Facilities result when more is afforded and frustrations result when less is afforded' (Cummings, 2008, 7). De deuren in de gangen bieden weliswaar faciliteiten voor overleg, maar ze frustreren het proces ook, doordat patiënten minder goed hoorbaar zijn voor het personeel.

Als laatste biedt de fysieke omgeving ruimte aan informele overleggen. Hiervoor kan enerzijds *privacy* en anderzijds *propinquity* noodzakelijk zijn (Fayard en Weeks, 2007, 607). *Privacy* wordt geboden door een afgesloten ruimte, waar actoren kunnen praten zonder door anderen gehoord of gezien te kunnen worden. Dit is op de verpleegafdeling belangrijk voor het voeren van gesprekken die zij niet geschikt achten voor patiënten en buitenstaanders. Korte gesprekken die eerder over de afstemming van het werk gaan hebben *propinquity* nodig. Het gaat hierbij niet zozeer om het kunnen afsluiten van het gesprek voor het gehoor van andere, maar om het dicht bij elkaar kunnen staan in een ruimte zoals de gang of verpleegpost waar

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

men elkaar toevallig tegenkomt. Er zijn in een ziekenhuis dus ruimten nodig die afgesloten kunnen worden en ruimten die genoeg plaats bieden aan een groepje actoren.

8.3.4 De fysieke omgeving heeft soms een gebrek aan aanwijzingen voor handelen en geeft hierdoor liminale momenten.

Een liminale plaats kan tot onverwachte handelingen leiden, omdat er een gebrek aan aanwijzingen voor de verwachte handeling is. In een ruimte die geen duidelijke functie heeft worden normale statusverschillen minder belangrijk. Deze liminale plaatsen zijn anders in de oude en de nieuwe fysieke omgeving van het Maasstad Ziekenhuis. Bovendien bieden liminale plekken ruimte aan persoonlijke gesprekken. Op de verpleegafdeling van de Clara waren de plaatsen met liminale kenmerken de afdelingskeuken en het balkon waar gerookt werd. De keuken werd niet alleen gebruikt door de medewerkers patiëntenservice om hun vaste taken uit te voeren, maar ook spraken arts-assistenten, de medewerkers patiëntenservice en verpleegkundigen met elkaar over het weekend, feestjes en andere persoonlijke zaken die ik verder nooit aan bod zag komen. Het balkon was de plek waar arts-assistenten en de nazorgconsulent elkaar ontmoetten en praatten over persoonlijke zaken en de door hen ervaren problemen op de verpleegafdeling. Ook hier vervaagden de professionele grenzen. Er kon hier dus eventueel over zaken gesproken worden op een andere manier en een ander niveau dan in de voor deze onderwerpen aangewezen gespreksruimten zoals de artsenkamer.

In het nieuwe ziekenhuis vonden de meer informele werkgesprekken echter ook plaats in de gang, bij blinde muren en in kleine nissen. De gesprekken worden hier op een zachte toon gevoerd. Het feit dat bij de blinde muren en kleine nissen dit type gesprekken gevoerd kan worden, wijst erop dat de actoren zich hier niet zichtbaar en hoorbaar wanen. Ook de zusterpost was in de eerste weken in het nieuwe ziekenhuis een liminale plaats. Hier ontmoetten arts-assistenten, co-assistenten, verpleegkundigen en de nazorgconsulent elkaar. De gesprekken hier waren informeel en hadden de kenmerken van gesprekken die op de oude locatie in de afdelingskeuken plaatsvonden. Als verklaring geven Iedema e.a. (2010, 51) dat een gang vaak een 'liminal space' is en daardoor de verwachtingen die in de rest van het ziekenhuis rond verschillende actoren hangen weg neemt. Deze verwachtingen zijn er meer in de kamers die wel een specifieke bestemming en doel hebben, zoals de overlegkamer of patiëntenkamer.

In tegenstelling tot sommige andere auteurs, zie ik *liminal space* letterlijk als een liminale ruimte en niet zozeer als enkel een liminaal moment. Turner bijvoorbeeld ziet liminale ruimte niet als een fysieke ruimte, maar als een sociale ruimte (Turner, 1977: 95, in: Sturdy e.a., 2006, 930). In mijn ogen vormt een fysieke liminale ruimte op de verpleegafdeling de voorwaarde voor een liminale sociale ruimte. Hiermee is de ruimte dus ook zelf van invloed op wat er zich in sociaal opzicht afspeelt. Maar ook voor mij hangt deze liminaliteit sterk samen met informaliteit en backstage gedrag (Verweel, Siebers en de Ruijter, 2002). Mijn stelling is echter wel dat de gesprekken in de nissen en bij blinde muren plaats kunnen vinden *dankzij* de liminaliteit van die gangen en nissen.

8.3.5 De fysieke omgeving geeft sociale en mentale afstand en nabijheid.

De verschillende actoren binnen de discipline neurologie komen elkaar op verschillende momenten en verschillende plekken in het primaire proces tegen. De verpleegafdeling is de plek waar de meeste ontmoetingen plaats vinden. Dit komt enerzijds doordat hier de meeste actoren werkzaam zijn, maar anderzijds ook door het karakter van het werken op de verpleegafdeling. De actoren lopen tijdens de uitvoer van het primaire proces namelijk van activiteit naar activiteit. Deze activiteiten nemen hoogstens vijftien minuten in beslag,

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

waardoor er veel gelopen wordt. Veel beweging door veel actoren op een relatief kleine oppervlakte leidt tot veel ontmoetingen. De fysieke afstand is hierdoor klein.

Stoopendaal (2008) noemt dat er naast fysieke afstand ook mentale, sociale en temporale afstand zijn. In de fysieke afstand valt nog een extra nuance aan te brengen, namelijk de afstand die gecreëerd wordt door fysieke afscheidingen als muren. Voor nu noem ik deze de afsluitende afstand. In het nieuwe ziekenhuis worden die fysieke scheidslijnen opgeheven door de introductie van het stafcentrum. Hierdoor wordt de wederzijdse zichtbaarheid van neurologen onderling en neurologen en andere specialisten groter. Het stafcentrum vormt hierdoor een affordance voor onderlinge communicatie en verkleint daardoor mogelijk ook de mentale en sociale afstand. Bij de nazorgconsulent wordt juist het tegenovergestelde gevoeld. Doordat de nazorg verder verwijderd is van de 'flow of action' (Iedema e.a., 2010) op de verpleegafdeling, heeft zij het gevoel er ook figuurlijk verder buiten te staan en minder informatie mee te krijgen. Deze angst is kijkend naar Stoopendaal (2008, 42) niet ongegrond: 'mensen die een ruimte delen, hebben iets gemeen, maar mensen [...] [van elders] zijn onbekend en worden als vreemden beschouwd, en tussen vreemden bevindt zich sociale afstand'. Bovendien kunnen grenzen aan de ene kant werkplekken maken en beschermen, maar aan de andere kant sluiten zij uit en schermen zij af (Stoopendaal, 2009, 191).

De grenzen tussen de afdeling en de keuken zijn voor de medewerkers patiëntenservice op hun beurt heel duidelijk en ook daarbij hoort het gevoel dat zij vreemden worden voor de verpleegkundigen. De fysieke plek die de afdelingskeuken was, gaf de MPS'ers een gevoel van sociale status, door de gesprekken die zij hoorden in deze keuken. Deze sociale status verdwijnt met het verdwijnen van de fysieke plek die dit gevoel van sociale status mogelijk maakte.

8.4 De invloed van een nieuwe fysieke omgeving

Een verandering van fysieke omgeving wijzigt de mogelijkheden die de omgeving biedt en maakt daardoor de oude routines in bewegingen door tijd en ruimte onmogelijk. Een verandering van fysieke omgeving brengt hierdoor een aanpassing van routines en ordeningen in tijd en ruimte met zich mee. Deze inbreng van een nieuwe fysieke omgeving in het primaire werkproces en bij de actoren die erin deelnemen typeer ik in een aantal thema's:

- *Een nieuwe fysieke omgeving breekt oude routines af en consolideert nieuwe*
- *Een verhuizing leidt tot een besef van ruimte en maakt hierdoor tot dan toe ongekende gevoelens van territorium los*
- *Het nieuwe ziekenhuis kan gezien worden als een liminale plaats, de periode van verhuizing en gewenning aan de nieuwe fysieke omgeving als een liminaal moment*

8.4.1 Een nieuwe fysieke omgeving breekt oude routines af en consolideert nieuwe

Vrijwel elke routineuze handeling in het primaire werkproces kent een vaste plaats en ook vaste tijden. De verpleegkundigen die maar geen goede plek vinden om koffie te drinken, de artsen die de grote lunchtafel missen, de nazorgconsulent die haar collega's niet meer tegen het lijf loopt en de medewerker patiëntenservice die haar keuken mist zijn hiermee in de eerste weken in het nieuwe ziekenhuis allemaal op zoek naar nieuwe vaste plaatsen voor hun oude routines. Het is echter niet altijd mogelijk om de oude routines één op één te kopiëren in een nieuwe fysieke omgeving. Struck (1990, 81) geeft in dit verband aan dat de problemen van een verhuizing naar een nieuw ziekenhuis pas de dag na de eigenlijke verhuizing beginnen. Het werken in een nieuwe fysieke omgeving geeft volgens haar namelijk gevoelens van desoriëntatie, zowel in de omgeving als met procedures en protocollen. Deze desoriëntatie is te

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

verklaren door de genoemde oude routines die aangepast moeten worden aan een nieuwe fysieke omgeving.

Bij de discipline neurologie is te zien dat de administratie die voorheen in de zusterpost en de kamer van de leerlingbegeleider werd gedaan, naar de gang is verplaatst. De koffiepauze wordt van de kamer van de leerlingbegeleider eerst verplaatst naar de kamer van de nazorgconsulent, dan naar de huiskamer en vindt vervolgens door een aanpassing van de inrichting zijn plek weer in de kamer van de leerlingbegeleider. De korte informele gesprekken verplaatsen zich van de keuken in de oude situatie naar de gang en de zusterpost in de nieuwe situatie. Patiënten worden door de neuroloog niet langer gebeld vanuit de polikliniek, maar vanuit het stafcentrum. Dit zijn allemaal aanpassingen van oude routines in een nieuwe fysieke omgeving. Het zoeken naar de nieuwe plekken heeft echter wel tijd gekost en strubbelingen teweeg gebracht. Dit is niet vreemd, als meegenomen wordt dat een verandering van fysieke omgeving een radicale verandering voor de organisatie genoemd kan worden (Huff en Clark, 1978). Het enige houvast dat werknemers in deze nieuwe fysieke omgeving nog hebben, zijn de routines van de oude fysieke omgeving. Deze proberen zij te plaatsen in de nieuwe fysieke omgeving, maar deze biedt hier vaak niet de ruimte en faciliteiten voor. Baldry (1999, 544) stelt dan ook vast dat er na een verandering van fysieke omgeving vaak geklaagd wordt. Dit komt volgens hem onder andere doordat werknemers nog geen nieuwe ‘informal spatial structures’ (Baldry, 1999, 544) hebben, terwijl de oude al wel weggenomen zijn door de verandering van de fysieke omgeving.

Hierdoor is de conclusie dat de fysieke omgeving vooral invloed heeft op activiteiten die niet het werken aan de patiënt zijn, niet vreemd. Dit werken aan de patiënt is immers een van de enige aspecten van het werk die precies hetzelfde blijft. Het wassen van een patiënt of praten met een patiënt blijft bestaan uit dezelfde handelingen, ook al verandert de voorbereiding hiervan en de weg er naartoe en er vandaan. Het is wat dat betreft ook logisch dat actoren zich in dit onderdeel van het primaire proces lijken te verschansen. Opvallend genoeg gebeurt dit lang niet altijd, en komt de focus in veel gevallen juist te liggen op de processen om het werken aan de patiënt heen.

Wat routines betreft die wel moeten veranderen door een nieuwe fysieke omgeving, is het goed om te kijken naar het concept *unfreeze-change-refreeze*, smelten-veranderen-stollen (Lewin, 1951; zie ook pagina 14). De moeilijkheid is in dit geval dat de *unfreeze-fase* radicaal is. Van de ene op de andere dag moeten de oude routines losgelaten worden en dat lukt niet zomaar. De daadwerkelijke *refreeze* van routines is in dit onderzoek nog niet waargenomen, omdat dat proces gewoonlijk veel langer duurt. In het Maasstad Ziekenhuis blijft het zoeken in de ruimte naar nieuwe plaatsen en tijden voor handelingen. De handelingen hebben wel een nieuwe plaats gevonden, maar zolang deze nieuwe plaats nog in twijfel wordt getrokken door de actoren kan er nog niet gesproken worden van een nieuwe routine.

8.4.2 Een verhuizing leidt tot een besef van ruimte en maakt hierdoor tot dan toe ongekeerde gevoelens van territorium los

Over gebouwen wordt weinig gesproken op de werkvloer (Kreiner, 2010, 201). Toch werd gedurende dit onderzoek en naarmate de verhuizing dichterbij kwam steeds vaker gepraat over de voor- en nadelen van zowel het oude als het nieuwe ziekenhuisgebouw. De op handen zijnde veranderingen brachten een concreet bewustzijn van de omgeving naar voren. Vaak kwam hierbij naar voren welke ruimten de actoren bang waren kwijt te raken en welke ruimten ze erbij dachten te krijgen. De artsen spraken al voor het verhuizen over het verlies van de eigen kamer. De verpleegkundigen en secretaresse noemden het verlies van de gesloten zusterpost en eigen kluisjes. De MPS tenslotte gaf aan bang te zijn voor de gevolgen van het verlies van de afdelingskeuken. De arts-assistenten waren voor de verhuizing vooral blij met de nieuwe artsenkamer, die veel groter is dan in het oude ziekenhuis. Elke actor bakent met deze

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

uitspraken alvast een stukje van zijn huidige territorium af in de nieuwe fysieke omgeving. Werknemers hebben namelijk vaak het gevoel mentaal eigenaar te zijn van hun werkplek en dat gevoel staat door een verandering van werkplek behoorlijk onder druk (Spicer, 2009). Het lijkt of de verpleegkundigen een gezamenlijk territorium hebben en het gevoel hebben dit door de verhuizing op te geven. 'De verpleegafdeling' en met name de verpleegkundigen en teamleider, vormen na de verhuizing een soort organisatie binnen de organisatie die gezamenlijk ten strijde trekt om het recht op schilderijtjes en andere decoratie te herwinnen. Vischer (2005, 53) benoemt dat zij hiermee de ruimte personaliseren om hiermee de identiteit van de afdeling weer te geven en het territorium tegelijk af te bakenen. Ook in het nieuwe ziekenhuis hebben de verpleegkundigen geen individuele werkplek, maar door het personaliseren zijn zij wel op zoek naar een nieuwe 'fijnste plek'. Het verlies van bovengenoemde ruimten betekent een verlies van territorium en daarmee eigenaarschap in de nieuwe fysieke omgeving. Het is niet zozeer dat de actoren niet zonder de genoemde ruimtes kunnen, maar wel zo dat de genoemde ruimten hen het gevoel geven mede-eigenaar te zijn van de ruimte en de organisatie.

8.4.3 Het nieuwe ziekenhuis als een liminale plaats, de periode van verhuizing als een liminaal moment

In het nieuwe ziekenhuis hadden tijdens de eerste werkweken nog niet alle ruimtes een vastgestelde bestemming of functie. De kamers die wel een vaste benaming hadden, werden bovendien nog niet altijd als dusdanig gebruikt. Hierdoor waren deze ruimten in de eerste periode na de verhuizing liminaal te noemen. Ook de gehele verhuizingfase kan echter een liminale fase genoemd worden, omdat er sprake is van de overgang naar een volledig nieuwe situatie (Van Gennep 1909). In elke geval is bijna het gehele ziekenhuis vlak na de verhuizing een liminale ruimte in sociaalruimtelijk opzicht. Immers, er hebben zich nog bijna geen sociale ordeningen in de ruimte gevormd en de gehele ruimte is nog vrij om deze sociale ordeningen op te nemen. 'Liminality is a condition where the usual practice and order are suspended and replaced by new rites and rituals' (Czarniawska en Mazza, 2003, 267). Czarniawska en Mazza (2003) geven aan dat in eerste instantie de term liminaliteit vooral een moment betreft. In dit onderzoek blijken zowel *plaats als tijd* van belang te zijn in liminaliteit. Niet alleen het moment is dus liminaal, maar ook de plaats waar dit liminale moment tot stand komt.

8.5 Binnen en buiten

Het contact met interne dienstverleners verloopt in de nieuwe setting nog vaker dan in de oude setting digitaal. Bij moeilijke aanvragen wordt dit soms aangevuld met telefonisch contact. De fysieke omgeving heeft in dit geval een kleine rol, de rol van de virtuele omgeving is des te groter. Het contact wordt vanaf de polikliniek en verpleegafdeling in *absent presence* gelegd (Gergen, 2002).

Wat in interne dienstverlening echter niet vergeten mag worden, is dat patiënten en materialen er ook naartoe verplaatst moeten worden. Er is dus altijd beweging te zien tussen, in dit geval, de verpleegafdeling en polikliniek neurologie en de plekken waar de interne dienstverlening zich afspeelt. Soms wordt bij deze bewegingen de afdeling logistiek ingezet, maar vaker nog zijn het de actoren in het primaire proces zelf die de bewegingen maken. Hoewel de processen van de interne dienstverleners dus grotendeels plaatsvinden buiten de primaire processen, vinden beiden wel plaats in hetzelfde gebouw. Ook vindt er fysieke uitwisseling van personen en materialen en digitale uitwisseling van informatie plaats tussen de interne dienstverleners en de actoren die werkzaam zijn in het primaire proces. De interne dienstverleners en de weg ernaar toe en vandaan mogen daarom niet vergeten worden bij de analyse en bij het ontwerpen van werkprocessen in hun fysieke omgeving.

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

8.6 Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat etnografisch onderzoek naar de fysieke omgeving van organisaties een interessante theoretische bijdrage kan leveren aan de bestaande organisatiekundige literatuur. Met dit onderzoek is namelijk duidelijk geworden dat organisaties niet alleen bestaan bij gratie van wat er in de organisaties gedaan wordt, maar juist ook door de fysieke context waarin gehandeld wordt. De fysieke omgeving blijkt een duidelijke inbreng te hebben in de werkprocessen die erin plaatsvinden. De verschillende actoren in het primaire werkproces bewegen zich tijdens het uitvoeren van dit proces door de tijd en ruimte in het ziekenhuisgebouw. De fysieke omgeving biedt specifieke mogelijkheden in deze bewegingen (affordances, zie Gibson, 1986). Deze inbreng is in de zorg groter dan in andere organisaties, omdat de zorg wel heel nadrukkelijk lichamelijke kanten heeft, zowel voor de uitvoerenden als voor de patiënten (embodiedness; zie Mol en Law, 2005). Ook heeft de fysieke omgeving een inbreng in informeel overleg, doordat het zorgt voor privacy aan de ene en toezicht aan de andere kant.

Een verandering van fysieke omgeving vraagt een verandering van bestaande routines, wat lastiger blijkt te zijn dan door sommigen gedacht. Doordat de fysieke omgeving een rol heeft in het primaire werkproces, vraagt een veranderende omgeving om aanpassing van sommige delen van dit werkproces. Het werken aan de patiënt blijft in principe hetzelfde, de handelingen die hieromheen plaatsvinden om het werken aan de patiënt mogelijk te maken zijn meer afhankelijk van de mogelijkheden van de fysieke omgeving.

De grootte van een ziekenhuisgebouw geeft als vanzelf afstand tussen verschillende actoren die deelnemen in het primaire werkproces en hierdoor ook informatie moeten delen. Een grote fysieke afstand leidt tot een grote mentale en sociale afstand. De afstand tussen actoren wordt bij de verhuizing naar het nieuwe gebouw omgedraaid voor sommige actoren. Specialisten komen fysiek dicht bij elkaar te staan, maar verpleegkundigen, nazorgconsulent en medewerkers patiëntenservice worden juist verder bij elkaar vandaan geplaatst. Hieruit blijkt dus ook de theorie van fysieke, mentale en sociale afstand relevant te zijn (Stoopendaal, 2009). Routines ontstaan in samenhang met de fysieke omgeving en ontstaan in de fysieke omgeving, ze liggen er letterlijk 'in'. Dan ligt het voor de hand dat een verandering van fysieke omgeving een verandering in routines vraagt, met name in de tijd en plaats van handelingen. Een routine is een (aaneenschakeling van) handeling(en) op een bepaalde tijd en plaats. Hoewel een verhuizing van fysieke omgeving niet altijd gezien wordt als een organisatieverandering, is dit het wel. De gevoelens en beleving die ontstaan tijdens een verandering van fysieke omgeving zouden dan ook in deze context gezien moeten worden.

De mogelijkheden die een fysieke omgeving biedt in samenspel met wat het individu van de omgeving verwacht (affordances) creëren een bepaalde routine in deze fysieke omgeving. De handeling zelf is in eerste instantie niet afhankelijk van de fysieke omgeving, de plaats en tijd van handeling wel. Plaats, tijd en handelingen vormen samen de routines die iedere dag of andere tijdseenheid uitgevoerd worden. Een verandering van fysieke omgeving heeft tot gevolg dat de fysieke omgeving niet langer dezelfde mogelijkheden biedt. Hierdoor kunnen dezelfde routines niet langer voortbestaan. Dit onbewuste besef leidt van een in eerste instantie ontheemd gevoel naar een gevoel van boosheid en frustratie. Dit kan gezien worden als het radicaal ontgooien, *unfreeze*, van routine door een liminale omgeving. De omgeving is namelijk liminaal, doordat deze geen vastgestelde functie meer heeft en hierdoor handelingsvrij, waarde vrij en taakvrij is. De vertwijfeling in de liminale ruimte is een liminaal moment. Dit liminale moment is voorbij zodra de actor zich bewust wordt van de omgeving en een ruimte mist die specifiek bedoeld is voor de handeling die hij wil gaan uitvoeren. Dit bewust worden van factoren die normaal onbewust ervaren worden, in dit geval de fysieke omgeving, is kenmerkend voor processen die ontstaan tijdens organisatieverandering. Het

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

zoeken naar nieuwe plaatsen en tijden voor de handeling is de concrete verandering, het moment van *change*. Het moment waarop het uitvoeren van de handeling op deze plaats en deze tijd weer een routine wordt, is het gebruik opnieuw bevroren, *refreeze*. Nieuwe instituties ontstaan hierdoor in de nieuwe fysieke omgeving. Het zijn niet de patiëntenkamers, de spoelkeuken of de linnenkast die leiden tot frustratie en onbegrip in de nieuwe omgeving. Het zijn de plaatsen die geen specifieke handeling voorschrijven en de handelingen die geen specifieke ruimte meer hebben. De liminale momenten die een verandering van fysieke omgeving teweeg brengen zijn de momenten die onbegrip en frustratie geven. Een verandering van fysieke omgeving wordt niet altijd ingezet als een organisatieverandering, het primaire proces lijkt immers hetzelfde te blijven, maar het zou wel als organisatieverandering behandeld moeten worden. De context waarin het primaire werkproces plaatsvindt verandert namelijk, ook als er geen andere manier van werken bij wordt voorgesteld, en deze context blijkt belangrijker en invloedrijker dan gedacht.

Vaak wordt ruimte in organisatie als vanzelfsprekend gezien en onbewust ervaren. Hoewel actoren niet dagelijks mentaal actief bezig zijn met de ruimte waarin zij werken, zijn zij dit fysiek wel. Daarom is ruimte in organisaties van belang en verdient het de aandacht van wetenschappelijk onderzoek. In aanloop naar de verhuizing en zeker in de periode vlak na de verhuizing, valt het me op dat de verpleegkundigen erg veel bezig zijn met de ruimte en het gebrek hieraan in het nieuwe ziekenhuis. Ook in het oude ziekenhuis wordt vaker dan voorheen gepraat over het tekort aan plekken voor personeel en de minimale sanitaire voorzieningen. Het lijkt of de ruimte normaal voor lief genomen werd en nu deze op het punt staat te veranderen ineens meer opvalt, doordat de ruimtelijk status quo bedreigt lijkt te worden. Ruimte leek altijd onveranderlijk te zijn, maar een verandering ervan bewijst het tegendeel en opent de discussie over ruimte. Kreiner (2010, 201) noemt ruimte in organisaties dan ook iets wat 'organizational members take for granted'. Volgens hem komt het juist hierdoor dat de ruimte een integrale rol speelt in de organisatie. Een verandering van fysieke omgeving wordt hierdoor door het Maasstad Ziekenhuis niet gezien als een organisatieverandering op zichzelf en daarom niet als zodanig in gezet, terwijl het voor degenen die werkzaam zijn in het primaire proces een verandering van fysieke omgeving wel ervaren als een organisatieverandering..

Het begrip embodied practice is hierin te plaatsen, doordat de lichamelijke van de zorg specifieke mogelijkheden nodig heeft. Ten eerste kan hier beter over nagedacht worden bij een verandering van fysieke omgeving. Ten tweede, en dat moet hier eigenlijk aan vooraf gaan, is het goed om te bedenken welke mogelijkheden de fysieke omgeving moet bieden aan welke actoren en handelingen. Dit zal leiden tot een werkbaar (ziekenhuis)gebouw, ook al zullen er altijd onverwachte processen ontstaan door de onverwachte mogelijkheden en belemmeringen die een fysieke omgeving kan bieden.

De mogelijkheden die een gebouw biedt en de manier waarop het gebouw ervaren wordt zijn ambigu en moeilijk planbaar, maar het is goed om bij het ontwerpen van een nieuwe fysieke omgeving rekening te houden met de werkprocessen die erin plaats gaan vinden en de actoren die bij deze werkprocessen betrokken zijn.



In dit hoofdstuk zal ik eerst ingaan op de bijdrage die dit onderzoek kan leveren aan de bestaande literatuur over ruimte en organisatie. Daarna worden de tekortkomingen van het onderzoek toegelicht, gevolgd door aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Ik sluit af met enkele korte aanbevelingen voor architecten en anderen die betrokken zijn bij het ontwerp en de bouw van nieuwe ziekenhuisgebouwen.

9.1 Bijdrage aan bestaande literatuur

Yanow (2010) signaleert dat het empirisch onderzoek naar ruimte en organisatie ondanks het herhaaldelijk benoemen van het belang ervan nog altijd marginaal te noemen is. Met dit onderzoek heb ik een stap gezet in het vergroten van de hoeveelheid empirisch materiaal passend bij de *spatial turn*. Dit onderzoek geeft onder andere een 'thick description' van de inbreng van de fysieke omgeving in het primaire zorgproces in een ziekenhuis en de invloed van een verhuizing van fysieke omgeving op dit proces en de betrokken actoren. Met deze beschrijving en analyse hoop ik naast de empirische bijdrage, nog op twee punten andere bij te dragen aan de bestaande literatuur.

Allereerst heeft de fysieke omgeving een inbreng in sociale interactie, doordat het deze mogelijk en onmogelijk maakt. De fysieke en virtuele omgeving vullen elkaar bovendien aan en de fysieke omgeving is medebepalend voor de mate waarin de virtuele omgeving leidend is. Naast sociale interactie, vindt er in de zorg materiële interactie plaats. In het primaire proces speelt dit type interactie een rol die van even groot belang is als de sociale interactie. Daarom is het goed om in toekomstig onderzoek in de zorg dit type interactie mee te nemen in de overwegingen.

Ten tweede betekent een verhuizing van fysieke omgeving een verhuizing naar een grotendeels liminale ruimte. Bovendien moeten in een nieuwe fysieke omgeving oude routines afgebroken en nieuwe geconsolideerd worden. Dit maakt een verandering van fysieke omgeving meer dan alleen een verhuizing, namelijk een organisatieverandering.

9.2 Tekortkomingen

Bij het lezen en interpreteren van de resultaten van dit onderzoek, is het goed om enkele tekortkomingen mee te nemen.

In dit explorerende onderzoek is het primaire proces van één specifieke discipline in het ziekenhuis in kaart gebracht, waarna de inbreng van de fysieke omgeving in dit proces is bekeken. De grootste tekortkoming van deze keuze voor het gehele proces, is dat elke fase slechts kort en oppervlakkig is bekeken en de conclusies verspreid zijn over meerdere onderwerpen. Deze conclusies kunnen echter wel de basis vormen voor vervolgonderzoek wat verder ingaat op deze conclusies en de vragen die hieruit voortkomen.

Dit onderzoek is slechts tot stand gekomen op basis van een kleine casestudy, binnen één van de vele disciplines die ziekenhuizen rijk zijn. Dit beperkt de generaliseerbaarheid en daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek. Hoewel dit een kenmerk is van een single casestudy, moet dit niet vergeten worden bij het lezen en de interpretatie van het onderzoek.

Het onderzoek is anders gelopen dan van te voren was gepland, door het onverwachte uitstel van de verhuizing naar de nieuwe fysieke omgeving. Hierdoor was de dataverzameling in het nieuwe ziekenhuis van een kortere periode dan gepland. Bovendien hebben de nieuwe routines nog maar weinig tijd gehad om te stollen in de tijd dat ik aanwezig was, waardoor er nog geen eindbalans opgemaakt kan worden. Om het onderzoek compleet te maken, zou het goed zijn over een jaar nogmaals terug te gaan naar het ziekenhuis, om te onderzoeken of en

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

zo ja, hoe het primaire proces en de fysieke omgeving tot een stabiele situatie zijn gekomen en hoe deze stabiele situatie er uit ziet.

In dit onderzoek is enkel gekeken naar de uitvoer van het primaire werkproces in de fysieke omgeving in het hier en nu. Er is geen aandacht besteed aan de intenties die de ontwerpers van het gebouw vooraf hadden betreffende de logistiek van het werk in het gebouw. Ook het proces van totstandkoming van het nieuwe gebouw is niet mee genomen, terwijl dit wel van invloed kan zijn op de beleving ervan door de betrokkenen (Stang Våland, 2010). Om een compleet beeld te krijgen van de rol van een verandering van de fysieke omgeving, zouden deze elementen wel mee genomen moeten worden. Binnen de scope en het tijdsbestek van dit onderzoek, paste het echter niet deze elementen mee te nemen.

9.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Naar aanleiding van zowel de resultaten als de tekortkomingen van dit onderzoek, stel ik vier punten voor vervolgonderzoek voor.

Ten eerste kan er onderzoek uitgevoerd worden wat focust op één van de aspecten van het primaire proces. Hierdoor ontstaat er een beter begrip van de rol die de fysieke omgeving hierin heeft en van de verschillende rollen die deze kan aannemen. Hieruit kunnen ook best practices worden afgeleid.

Ten tweede zou het goed zijn om een explorerend onderzoek meer in de breedte uit te voeren. Dat wil zeggen: binnen meerdere verhuizende ziekenhuizen én binnen deze ziekenhuizen in de beschouwende, snijdende en ondersteunende disciplines. Hierdoor ontstaat een completer beeld van de rollen die de fysieke omgeving kan hebben en van de invloed van een verandering van fysieke omgeving.

Ten derde zou het goed zijn onderzoek uit te voeren over een langere tijdperiode, om hiermee het hele proces van smeltende routines tot nieuwe gestolde verbanden te kunnen volgen en in kaart te brengen.

Een laatste interessant onderzoek kan het volledig volgen van de totstandkoming van een nieuw ziekenhuisgebouw zijn. Hierbij kan de focus nog steeds liggen op het primaire werkproces, maar daarnaast kan het proces van ontwerp tot en met verhuizing bekeken worden, om hiermee de beleving van het nieuwe gebouw in een beter perspectief te zien. Een onderzoek wat als voorbeeld voor een dergelijk onderzoek kan dienen, is het werk van Marianne Stang Våland. Hierin wordt de totstandkoming van twee kantoorgebouwen beschreven en geanalyseerd.

9.4 Aanbevelingen voor het Maasstad Ziekenhuis

De discipline neurologie was gedurende de periode van dit onderzoek nog bezig met wennen aan de nieuwe fysieke omgeving en aan het zoeken naar een manier om de oude routines hierin te plaatsen. Op de verpleegafdeling heeft de teamleider een belangrijke rol gespeeld in het zoeken naar nieuwe plaatsen voor de oude routines, door ruimten met een onduidelijke functie, toe te wijzen aan specifieke activiteiten zoals koffie drinken en administratie. Afdelingen waar nog onduidelijkheid of onvrede is met de nieuwe situatie, kunnen hier een voorbeeld aan nemen.

In zowel de oude als de nieuwe fysieke omgeving hebben computers een grote inbreng in het primaire werkproces; het dossier is sturend in veel handelingen. Zoals omschreven komt een computer soms zelfs letterlijk en figuurlijk tussen patiënt en arts of verpleegkundige in te staan. Het verdient aanbeveling om deze inbreng van de computer nader te bekijken en medewerkers bewust te maken van de sturende rol van het dossier wat in de computer terug te vinden is. Ook is het goed besef bij te brengen van de manier waarop de computer tussen patiënt en zorgverlener in kan komen te staan.

De discipline neurologie is bij het stellen van een diagnose afhankelijk van een groot aantal andere afdelingen en personen buiten de eigen polikliniek en verpleegafdeling. Het contact met deze dienstverleners verloopt zowel digitaal en telefonisch. In de nieuwe situatie is er soms

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

onduidelijkheid over de personen die horen bij de diensten, waardoor de betrokken actoren niet weten wie zij kunnen bellen of aanspreken voor aanvullende informatie en vragen. Door fysiek contact tot stand te brengen tussen de aanvragers en uitvoerders van diensten, kan de irritatie die hierdoor ontstaat weggenomen worden. Binnen de afdelingen is namelijk ook te zien dat moeilijke aanvragen en opdrachten fysiek en/of telefonisch bevestigd worden, waardoor fouten worden voorkomen.

9.5 Aanbevelingen voor het ontwerp van nieuwe ziekenhuizen

In ziekenhuizen vindt veel beweging plaats, niet alleen op afdelingen en in de polikliniek, maar juist ook tussen de verschillende onderdelen van het ziekenhuis. Deze bewegingen gaan vaak samen met het verplaatsen van materialen en patiënten. Bij het ontwerp van nieuwe ziekenhuizen is het van belang rekening te houden met de bewegingen door het ziekenhuisgebouw en het gebouw hier geschikt voor te maken. Dit geldt zowel voor de lay-out of plattegrond als voor het plaatsen van materialen en niet-dragende muren.

Dit brengt me op punt twee: houdt rekening met de lichamelijke van de zorg. De zorg draait om lichamen. Deze lichamen hebben veel ruimte nodig om te bewegen, zeker als er hulpmiddelen als een rolstoel bij komen kijken. Deze lichamelijke kan meer aandacht krijgen in het ontwerpproces, waardoor de frustraties na verhuizing die ontstaan door een gebrek aan ruimte om te kunnen bewegen minder groot zullen zijn.

Er lijkt bij het ontwerp van het Maasstad Ziekenhuis weinig aandacht besteed te zijn aan *end user participation*, waardoor er veel kleine onhandigheden in het ziekenhuis te vinden zijn. Volgens Stang Våland (2010) leidt *end user participation* juist tot gebouwen die beter aansluiten op het werk wat erin gedaan wordt. Ook in de zorg kan dit toegepast worden om ziekenhuizen beter aan te laten sluiten bij de gebruikers ervan.

107

Als laatste dient een ziekenhuisgebouw de juiste mogelijkheden voor interactie en handelingen te bieden. Wanneer hier vanaf het begin van het ontwerpproces rekening mee wordt gehouden en de actoren hierbij worden betrokken, kan hierdoor het gebouw functioneler worden. Een goed ontworpen object biedt de juiste mogelijkheden aan de gebruiker volgens Normann (1990). Een goed ontworpen gebouw zou op die manier ook de juiste mogelijkheden aan de organisatie moeten bieden. In het ziekenhuis is dit onder andere door de ambiguïteit van voorwerpen en ruimten niet altijd het geval. Mogelijkheden voor de ene handeling veranderen hier in onmogelijkheden voor andere handelingen en andersom. Toch loont het te moeite aandacht te besteden aan de fysieke omgeving en de inbreng hiervan in werkprocessen en beleving.

Tijd, ruimte en beweging van actoren in het werkproces in ziekenhuizen vormen de focus van dit onderzoek. Er is tot nu toe weinig empirisch organisatiekundig onderzoek gedaan naar de inbreng van de fysieke omgeving in organisaties. Dit onderzoek levert een empirische bijdrage. De focus ligt op het primaire werkproces. Daarnaast is er gekeken naar de invloed die een verandering van fysieke omgeving kan hebben op deze werkprocessen.

De discipline neurologie van het Maasstad Ziekenhuis is in een tijdsbestek van een half jaar gevolgd in twee periodes: ruim voor de verhuizing en vlak voor en vlak na de verhuizing naar het nieuwe ziekenhuis. Hierbij zijn data verzameld door statische en dynamische observaties. Daarnaast zijn er voor de verhuizing 19 en na de verhuizing 8 semi-gestructureerde interviews gedaan. In de interviews na de verhuizing is photo-elicitation aan de interviewtechniek toegevoegd. Als laatste zijn de plattegronden van beide locaties gebruikt bij de voorbereiding en later de data-analyse. De verhuizing van het ziekenhuis werd gedurende de periode van dataverzameling drie maanden uitgesteld, waardoor de oorspronkelijke onderzoeksopzet is veranderd. De periode van dataverzameling voor de verhuizing is verlengd, die na de verhuizing verkort. Een vergelijking van de periode voor en na was niet langer mogelijk, omdat de actoren in de periode na de verhuizing nog niet gearmd waren in het nieuwe gebouw.

Het primaire werkproces is ten behoeve van dit onderzoek ingedeeld in vijf activiteiten, die elk bestaan uit verschillende handelingen. Dit zijn werken aan de patiënt; overleg; administratie, voorbereiding en interne dienstverlening; pauze; beweging. In het werken aan de patiënt spelen niet-menselijke actoren een grote rol. Deze kunnen het werkproces zowel mogelijk maken als vertragen. Ook in beweging nemen niet-menselijke actoren deel, doordat deze door het ziekenhuis verplaatst moeten worden om aan de patiënt te kunnen werken. In de overige drie activiteiten heeft de structuur en opbouw van het gebouw een rol. De plaatsing van muren en positionering van afgesloten ruimten maakt toezicht, overzicht en privacy al dan niet mogelijk.

De mogelijkheden of *affordances* die een gebouw biedt zijn dynamisch te noemen en verschillen per actor en per situatie. De voorkeur voor opbouw en positionering van verschillende onderdelen is bijvoorbeeld afhankelijk van de materialen die een actor in zijn bewegingen mee neemt. Ook de mogelijkheden voor informele gesprekken tussen de actoren zijn afhankelijk van de opbouw van het ziekenhuis. Ruimten waar een groepje actoren dicht bij elkaar kunnen staan maken korte gesprekken over het verloop van het primaire proces mogelijk. Afsluitbare ruimten en ruimten die ondanks een gebrek aan afsluitbaarheid een gevoel van privacy geven maken informele gesprekken die patiënten niet mogen horen mogelijk.

Bijna het gehele ziekenhuis is na de verhuizing een liminale ruimte. Dit komt door een gebrek aan aanwijzingen over verwachte activiteiten en handelingen in de verschillende ruimten. Dit brengt frustraties met zich mee, onder andere doordat oude routines afgebroken moeten worden en nieuwe geconsolideerd. Daarnaast maakt de verhuizing naar een nieuwe fysieke omgeving ongekende gevoelens van territorium los. Een verhuizing betekent namelijk een verlies van bestaande sociaalruimtelijke ordeningen en een zoektocht naar nieuwe. Onder andere hierdoor is het wennen aan een nieuwe fysieke omgeving voor de betrokkenen een langdurig proces.

Naar aanleiding van dit onderzoek is het aan te bevelen om in de bouw van ziekenhuizen meer rekening te houden met de lichamelijke van de werkprocessen die in dit gebouw plaatsvinden. Ook kunnen gebouwen beter toegespitst worden op de bewegingen door tijd en ruimte die erin plaatsvinden. De mogelijkheden en opbrengsten van end user participation voor ziekenhuisgebouwen vormen daarom een interessant onderwerp voor wetenschappelijk vervolgonderzoek en toetsing in de praktijk.

Baarda, Goede, de, 2001, *Basisboek methoden en technieken: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*, Groningen: Wolters Noordhoff

Baldry, C., Bain, P., Taylor, P., Bright Satanic Offices: intensification, control and team taylorism, in: Thompson, P., Warhurst, C. (ed.), *Workplaces of the future*, Houndmills, Basingstroke, Hampshire, London: Macmillan Press LTD, 1998, pp163-183.

Baldry, C., Hallier, J., Welcome to the house of fun: work space and social identity, *Economic and Industrial Democracy*, 2010, 31 (1): 149-172;

Baldry, C., Space - the final frontier, *Sociology*, 1999, 33 (3): 535-553;

Berendsen, L. (2007), *Bureaucratische drama's. Publieke managers in verhouding tot verzekeringsartsen*, Utrecht, dissertatie. Beschikbaar: www.bureaucratischedramas.nl

Beech, N. (2010), Liminality and the practices of identity reconstruction, *Human Relations*, September 23 published online

Beukema, L., (2000), Times of life. Making sense of growing old in a residential home, in: Gastelaars, M. (red.), *On location. The relevance of the 'here' and 'now' in organisations*, Maastricht: Shaker Publishing, pp. 27-44

Brand, S., (1995), *How Buildings Learn: What Happens After They're Built*, Essex: Penguin Books

Boeije, H., *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*, Boom Onderwijs: 2000

Clark-Ibáñez, M. (2004), Framing the Social World With Photo-Elicitation Interviews, *American Behavioral Scientist*, 47, pp 1507-1527;

College Bouw Zorginstellingen (2007), *Gebouwdifferentiatie van een Ziekenhuis- Schillenmethode, Rapportnummer 611*, Culemborg: Twin Design Bv.

Cook, S.D.N, Brown, J.S., Bridging Epistemologies: The Generative Dance between Organizational Knowledge and Organizational Knowing Author(s), *Organization Science*, 10(4), pp. 381-400

Cummings, S., Creativity lost? the power relations of open office design, *Paper for the CMS workshop at the University of Southern California*, 7-8 August 2008;

Cutcher, L., (2009), Resisting change from within and without the organization, *Journal of Organizational Change Management*, 22(3), pp. 275-289

Czarniawska B and Mazza C (2003) Consulting as a liminal space. *Human Relations* 56(3): 267-290

Dale, K., Burrell, G. (2008). *Spaces of organization and the Organization of space: Power, Identity and Materiality at Work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan;

Easterby-Smith, M., Thorpe, R., Lowe, A., Chapter 3: The philosophy of research design, in: *Management Research, an introduction*, London: Sage Publications, 1991

Elchardus, M., (2007), *Sociologie, een inleiding*, Pearson Education Benelux b.v.

- Fayard, A., Weeks, J., photocopiers and watercoolers: the affordances of informal interaction, in: *Organization Studies*, 2007, 28(05): 605–634;
- Flyvbjerg, B. (2006), Five misunderstandings of case-study research, *Qualitative Inquiry*, 12(219), pp 219-244
- Garsten, C. (1999) Betwixt and between: Temporary employees as liminal subjects in flexible organizations, *Organization Studies*, 20(4): 601–617.
- Gastelaars, M. (1998), Privacy gelokaliseerd, over systeemdwang, zelfbeschikkingsrecht en goede manieren, in: Rathenauereinstituut, *Privacy geregistreerd: visies op de maatschappelijke betekenis van privacy*, werkdocument 63, 's Gravenhage: Rathenauerinstituut
- Gastelaars, M., Vermeulen, J. (2000), On location. Cultural pluralism and the organisational relevance of the 'here' and 'now', in: Gastelaars, M. (red.), *On location. The relevance of the 'here' and 'now' in organisations*, Maastricht: Shaker Publishing, pp. 9-26
- Gastelaars, M., *Excuses voor het ongemak: de vele gevolgen van klantgericht organiseren*, Amsterdam: Uitgeverij SPW, 2006
- Gaver, W. (1996). Affordances for interaction: The social is material for design, *Ecological Psychology* 8(2), 111-129.
- Geertz, C., (1973), Thick description: toward an interpretive theory of culture, in: *The interpretation of cultures: selected essays*, New-York/N.Y./USA etc.: Basic Books, pp. 3-30
- Geest, S, van der, (2008), het ziekenhuis als sociale ruimte: medisch-antropologische notities, in: Hansen, B., L. (red.), *Beyond Clinical Buildings*, Stimuleringsfonds voor architectuur en architectonisch ontwerpen-interieur: TU Delft.
- Gennep, A., Van, (1909/1960), *The rites of passage*, London: Routledge & Kegan Paul Ltd
- Gergen (2002), The challenge of absent presence, in: Katz, J.E., Aakhus, M. (ed.), *Perceptual contact: mobile communications, private talk, public performance*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 227-241
- Gibson, J. J., 1986, *The ecological approach to visual perception*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates inc.
- Giddens, A. (1984), *The constitution of society: outline of the theory of structuration*, Cambridge: Polity Press; Oxford: Blackwell
- Fenema, P.C., van, Go, F., (2006), Moving Bodies and Connecting Minds in Space: It is a Matter of Mind over Matter, in: Clegg, S.R., Kornberger, M. (ed.), *Space, Organizations and Management Theory*, Copenhagen: Liber/ Copenhagen Business School Press, pp. 64-78
- Gorgievskie, M.J., Voordt, T. M.J., van der, Herpen, S.G.A, van, Akkeren, S., Van, (2010), After the fire: new ways of working in academic setting, *Facilities*, 28(3/4).
- Groen, M., (1995), *Technology, Work and Organisation: a study of the nursing process in intensive care units*,
- Grönroos, *Service Management and Marketing- managing the moments of truth in service competition*, Penguin Books: 1969 (1956)
- Haar, M., van der, (2007), *Ma(r)king Differences in Dutch Social Work Professional Discourse and Ways of Relating to Clients in Context*

- Herod, A., Rainnie, A., McGrath-Champ, S., (2007), Working space: why incorporating the geographical is central to theorizing work and employment practices, *Work, Employment & Society*, 21(2), pp. 247-64
- Hillier, B., (2007), *Space is the machine*, electronic edition, London: Space Syntax;
- Hinds, L., (2010), Het Nieuwe Werken, wat is dat?, *XR Magazine*, www.xrmagazin.nl.
- Huff, J.O., Clark, W.A.V., (1978), Cumulative stress and cumulative inertia: a behavioral model of the decision to move, *Environment and Planning*, 10, pp. 1101-1119
- Hutchby (2001), Technologies, Texts and Affordances, *Sociology*, 35(2): 441-455
- Iedema, R., Long, D., Carroll, K., (2010), Corridor communication, spatial design and patient safety: enacting and managing complexities, in: Marrewijk, A. Van, Yanow, D., *Organizational Spaces: rematerializing the workaday world*, Gheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, pp. 41-57
- Jones, P., Bunce, G., Evans, J., Gibbs, H., Ricketts Hein, J., (2008), Research Design: Exploring Space and Place With Walking Interviews, *Journal of Research Practice*, 4(2)
- Kornberger, M., Clegg, S.R., Bringing space back in: organizing the generative building, In: *Organizational Studies*, 2004, 25(7): 1095–1114;
- Kreiner, K., Organizational spaces: from ‘matter of fact’ to ‘matter of concern’, in: Marrewijk, A. Van, Yanow, D., *Organizational Spaces: rematerializing the workaday world*, Gheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, pp. 200-212
- Kriek, R.J., Dooyeweerd, R., (2009), Risicovol investeren in vastgoed?, in: *Real estate vastgoed & zorg*, 63, pp. 22-25
- 111 Kruijthof, K. (2005), *Doctor's Orders: specialist day to day work and jurisdictional claims in Dutch hospitals*, Nieuwegein: drukkerij Badoux
- Latour, B., (2005), Third Source of Uncertainty: objects too have agency, in: *Reassembling the social, an introduction to actor-network theory*, pp. 63-86, Oxford: University Press
- Lewin, K., (1951), *Field theory in social science; selected theoretical papers*, D. Cartwright (ed.), New York: Harper & Row
- Marrewijk, A. H., Van, Corporate headquarters as physical embodiments of organisational change, *Journal of Organizational Change Management*, 2009, 22(3): 190-306;
- Marrewijk, A.H., van, Yanow, D., (2010), The spatial turn in organizational studies, in: Marrewijk, A. Van, Yanow, D., *Organizational Spaces: rematerializing the workaday world*, Gheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, pp. 1-18
- Maxwell, J.A. (2005), *Qualitative research design: an interactive approach*, Second Edition, Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications
- McDonald, S., (2005), Studying actions in context: a qualitative shadowing method for organizational research, *Qualitative Research*, 5.
- Meerbeek (2010), *Waarom starten organisaties met het nieuwe werken?*, www.hetnieuwewerkeblog.nl
- Mens, Wagenaar, (2010), *Architecture for Dutch Healthcare*, Rotterdam: NAI
- Mercer, K. (1990), welcome to the jungle, in: J. Rutherford(ed.), *Identity: community, culture, difference*, London: Lawrence and Wishart.
- Mobach, M (2009), *Een organisatie van vlees en steen*, Assen: Van Gorcum

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Mol, A. & John Law, Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia, in: *Body & Society* Vol. 10 (2-3): 2004, 43-62, via: <http://doc.utwente.nl/48819/1/Hypo39.pdf>

Niemeijer: <http://www.dearchitect.nl/tijdschriften/2010/tijdschrift-de-architect-10-10.html>

Reissman, C.K., (1993), *Narrative analysis*, Newbury Park, CA: Sage Publications

RIVM (2006), Gezondheid en zorg voor welvaart, in: *Verkenning Toekomst Volksgezondheid*, http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5474n30051.html.

Scheerder, Verweij, (2005), Flexibel bouwen: vastgoed in de cure op een kruispunt van wegen, in: *Medisch contact*, 60(5), pp. 189-191

Siebers, H., Verweel, P., Ruijter, A. de., (2002), *Management van diversiteit in arbeidsorganisaties*, Utrecht: Lemma

Spicer, A., *The struggle for organizational space*, via andre.spicer.googlepages.com (gez. 8-3-2010)

Stang Våland, M. (2002), *What we talk about when we talk about space: introducing the "process-product" to architectural design – and exploring its strategic potential*;

Stang Våland, M., (2010), *What we talk about when we talk about space: End User Participation between Processes of Organizational and Architectural Design*, Ph.D. Dissertation, Copenhagen Business School

Stoopendaal, A. (2009), Healthcare executives as binding outsiders in fragmented and politicised organizations, *Journal of management & marketing in health care*, 2(2), pp 184-194;

Stoopendaal, A. M.V., (2008), *Zorg met afstand: betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*, Assen: Koninklijke Van Gorcum

Struck, M.D., (1990), "Moving day" goes on for months: comprehensive advance orientation could minimize post-relocation stress, *Nursing Management*, may 1990, pp. 81

Sturdy A, Schwarz M and Spicer A (2006) Guess who's coming to dinner? Structures and uses of liminality in strategic management consultancy. *Human Relations* 59(7): 929–960.

Tennant, C., Andrews, G., (1967), A scale to measure the stress of life events, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, pp. 27-31

Turner, V., (1982), *From ritual to theatre: The human seriousness at play*, New York: Performing Arts Journal

Ulrich, R.S. (2006), Essay evidence-based health-care architecture, *Lancet*, 368: S38-S39

Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., Choudhary, R., (2004), *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*, Report to The Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project

Vincent, C.A., Wears, R.L., (2002), Communication in the emergency department: separating the signal from the noise, *Medical Journal of Australia*, 176(9): pp. 409-410.

Vischer, J. C. (2005), *Space meets Status, Designing Workplace Performance*, Oxon: Routledge

Vos, F., de, (2006), *Building a model of holistic healing environment for children's hospitals with implication for the Design and Management of Children's Hospitals*, phd. The City University of New York.

Walsh, D., Doing Ethnography. Chapter 17 in Seale, C. (Ed.), *Researching society and culture* (pp. 225-239). London: Sage 2004

"Wij hebben het aan den lijve ondervonden"

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

Warren, S. (2002), 'Show me how it feels to work here': using photography to research organizational aesthetics, *Ephemera*, 2(3), pp 224-245

Warren, S. (2010), Empirical challenges in organizational aesthetics research: towards a sensual methodology, to appear in *Organization Studies*, via: <http://epubs.surrey.ac.uk/1199/1/fulltext.pdf>

Weick, K.E., Quinn, R.E., (1999), Organizational change and development, in: *Annual review of psychology*, 50, pp. 361-386

Waring, J.J., Bishop, S., (2010), "Water cooler" learning: Knowledge sharing at the clinical "backstage" and its contribution to patient safety, *Journal of Health Organization and Management* , 24(4), pp. 325-342

Yanow, D. (1996), *How does a policy mean? Interpreting policy and organizational actions*, Washington: Georgetown University Press;

Yanow, D. (2010), Giving voice to space: academic practices and the material world, Marrewijk, A. Van, Yanow, D., *Organizational Spaces: rematerializing the workaday world*, Gheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, pp. 41-57

Yin, R .K. (1994), *Casestudy Research: Design and Methods*, 2nd ed., Thousand Oaks, CA: Sage.

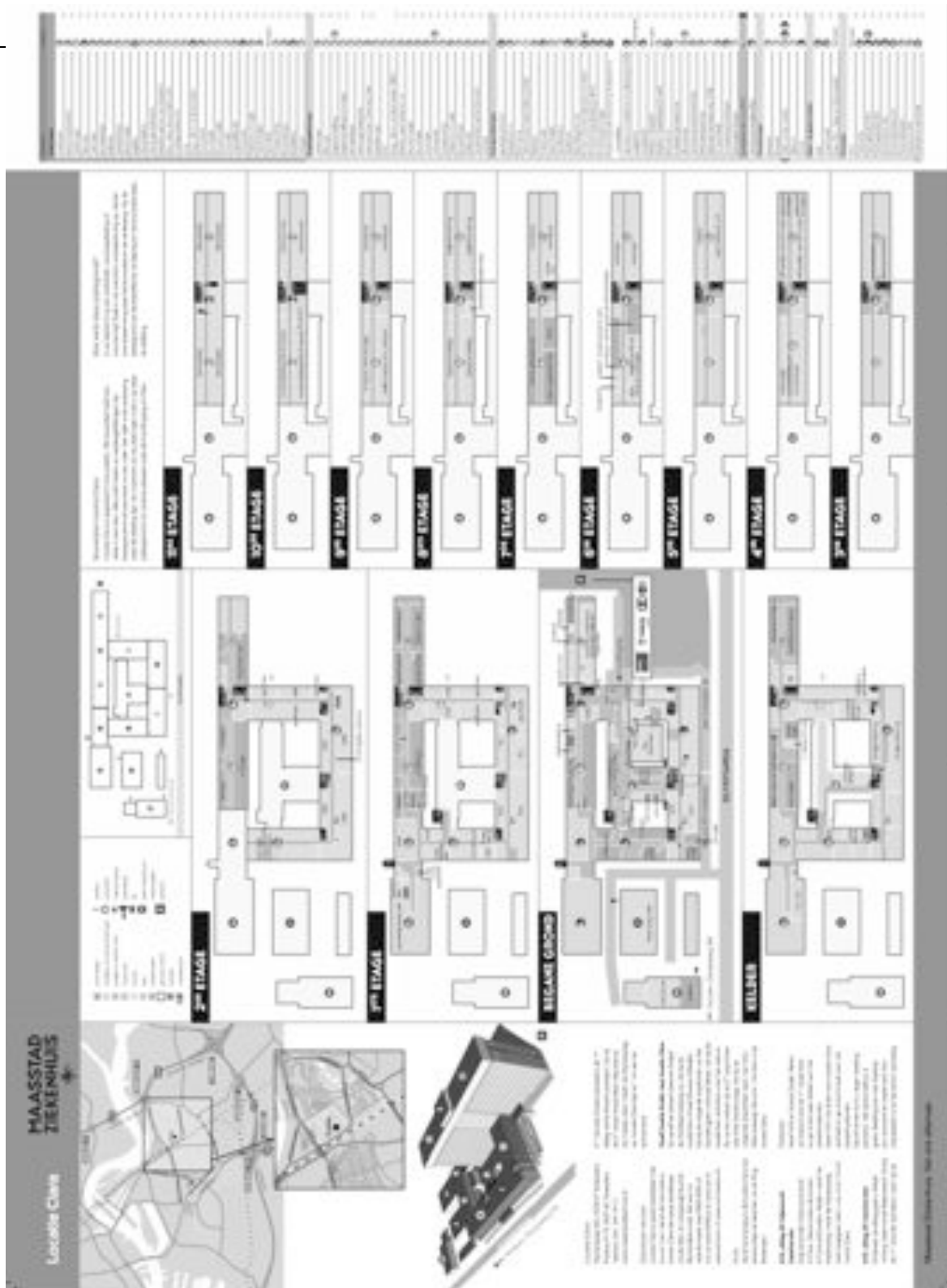
Yin, R.K. (2009), Enhancing the quality of case studies in health services research, *Health Services Research*, 34(5), pp. 1209-1224

12

BIJLAGEN

1. Plattegrond Clara
2. Plattegrond Zuider
3. Plattegrond Nieuwbouw
4. Polikliniek Clara
5. Polikliniek Zuider
6. Polikliniek Nieuwbouw
7. Verpleegafdeling Clara
8. Verpleegafdeling Nieuwbouw

12.1 Plattegrond Clara

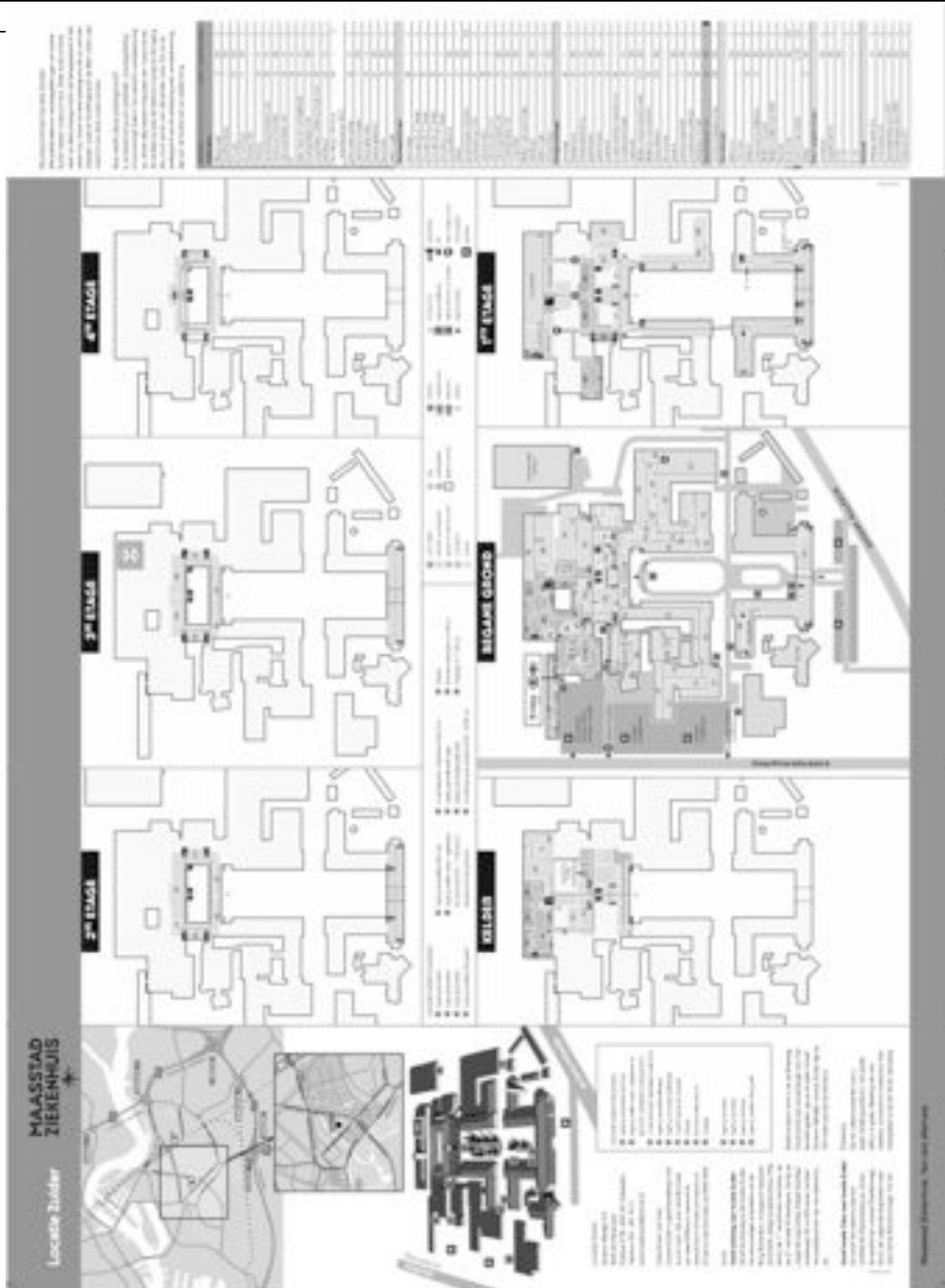


115

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

12.2 Plattegrond Zuider

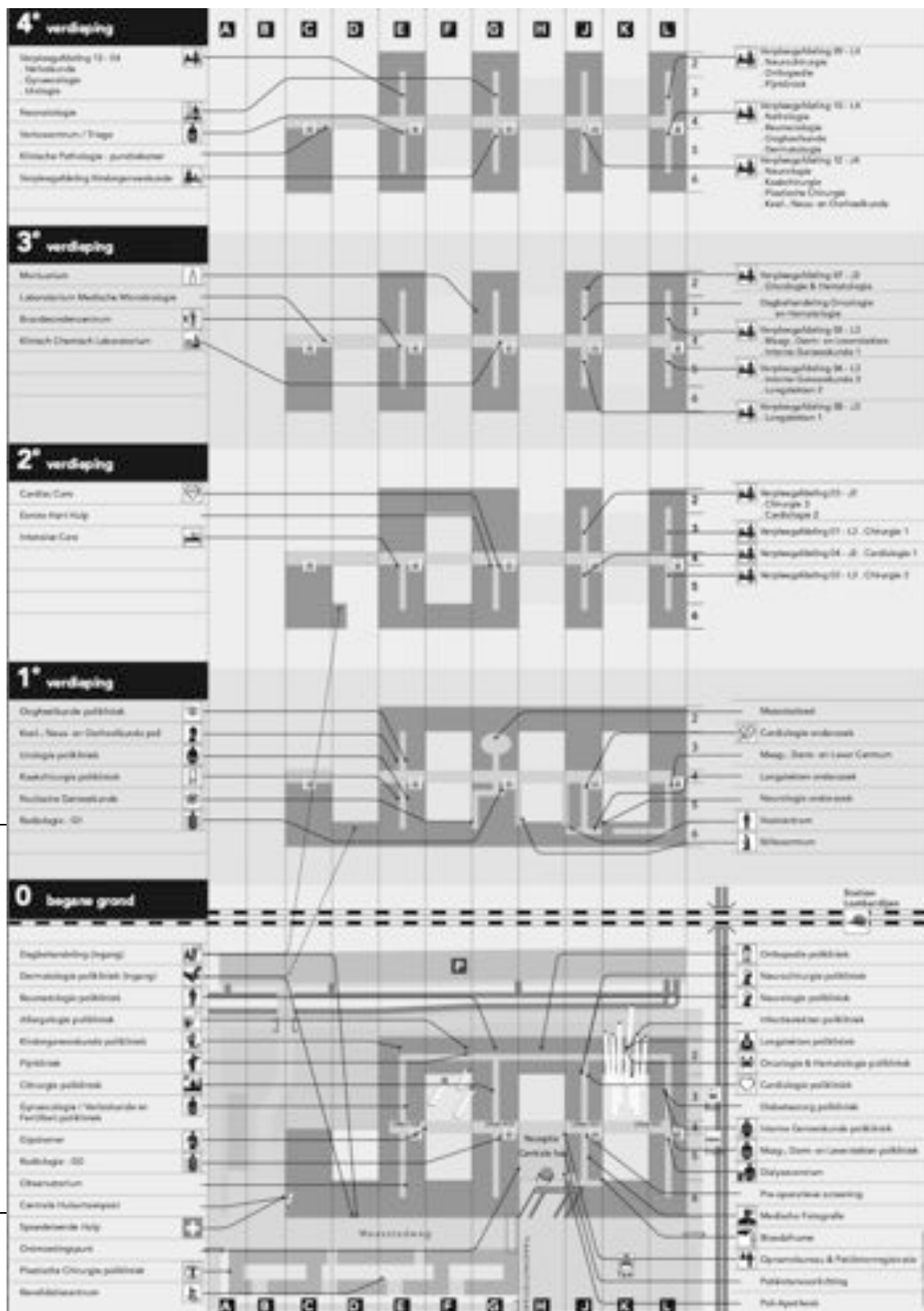


116

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

12.3 Plattegrond nieuwe locatie

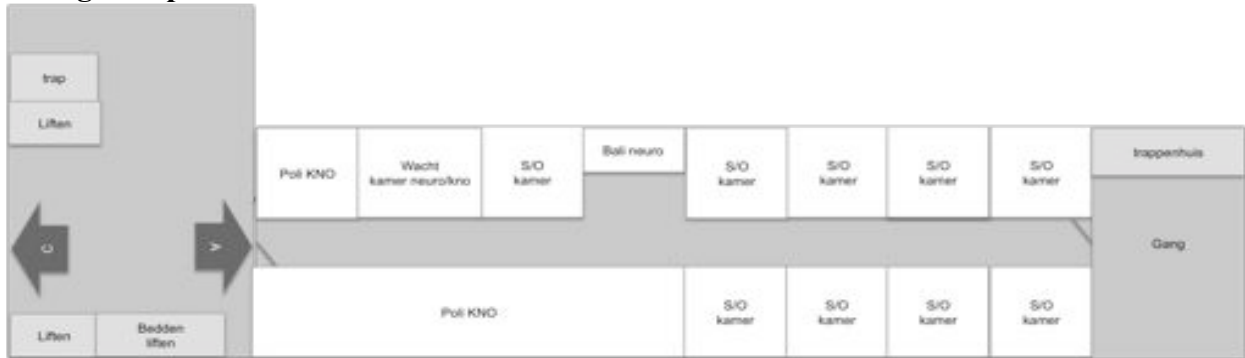


117

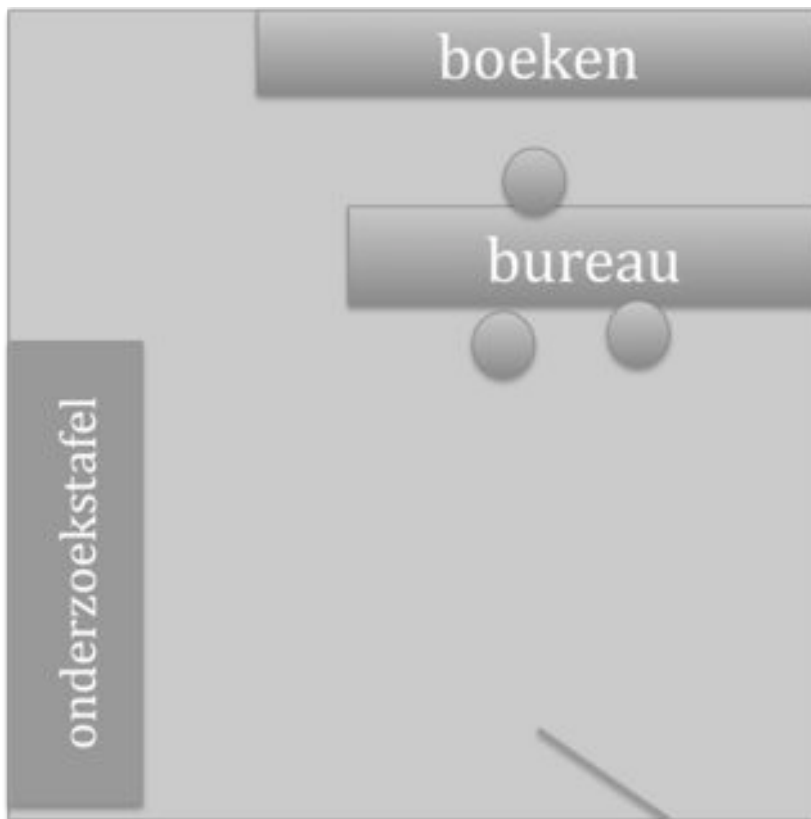
“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”
 Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

12.4 Polikliniek Clara

Plattegrond polikliniek locatie Clara



Plattegrond spreekkamer



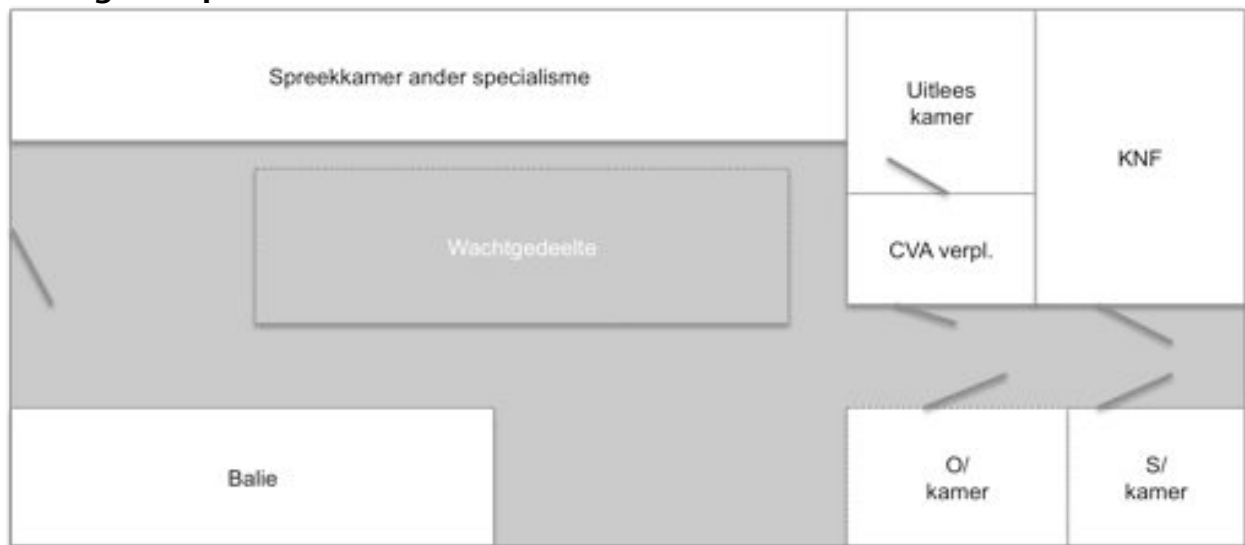
118

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

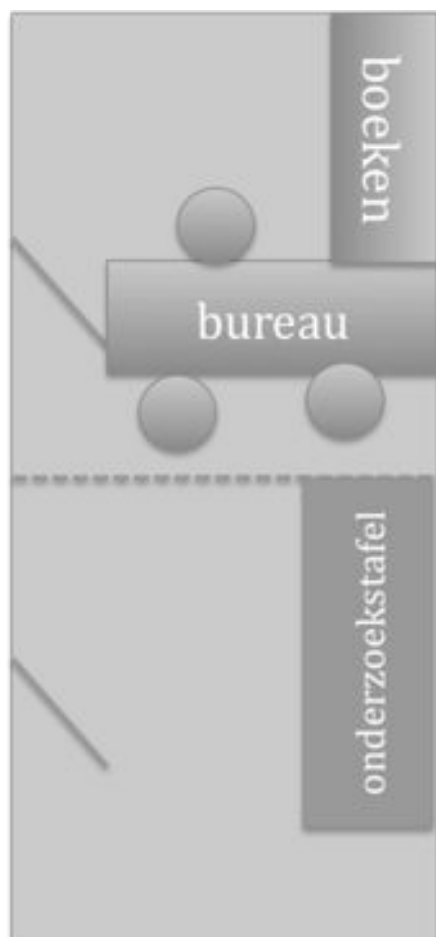
Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

12.5 Polikliniek Zuider

Plattegrond polikliniek en KNF Zuider



Plattegrond spreekkamer

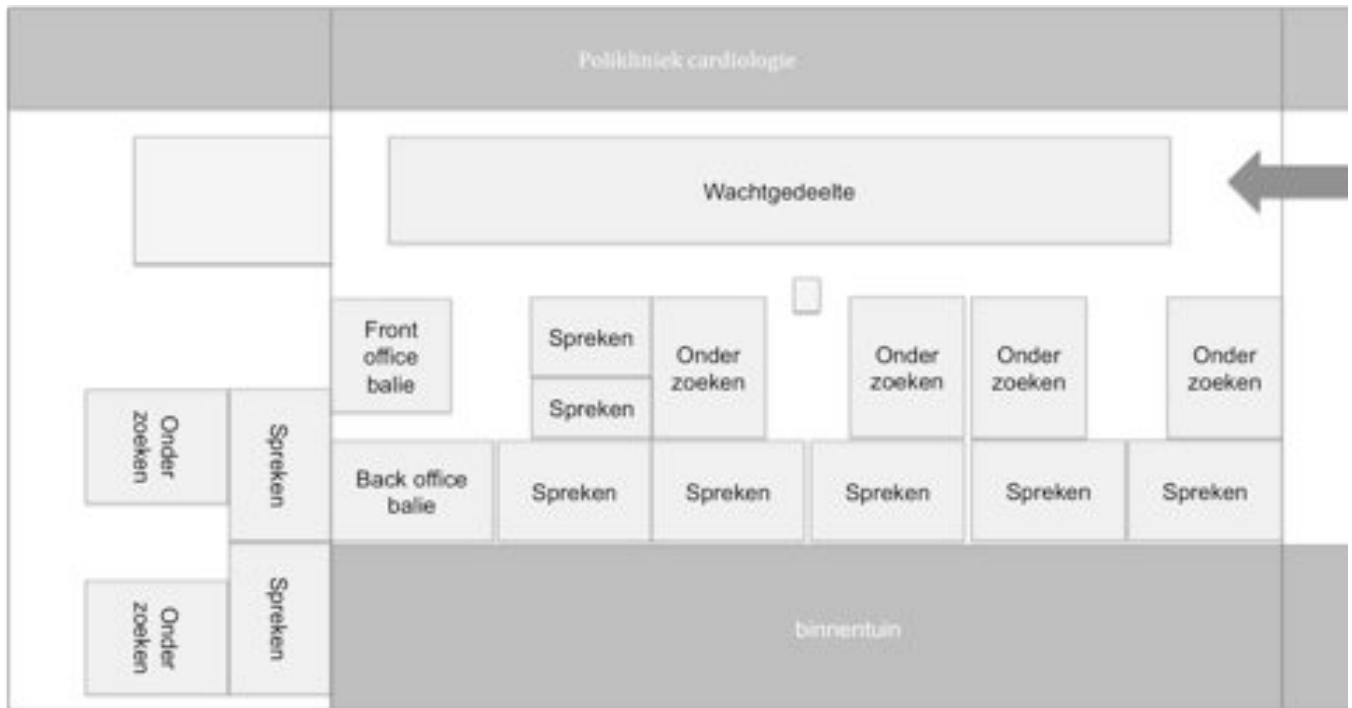


119

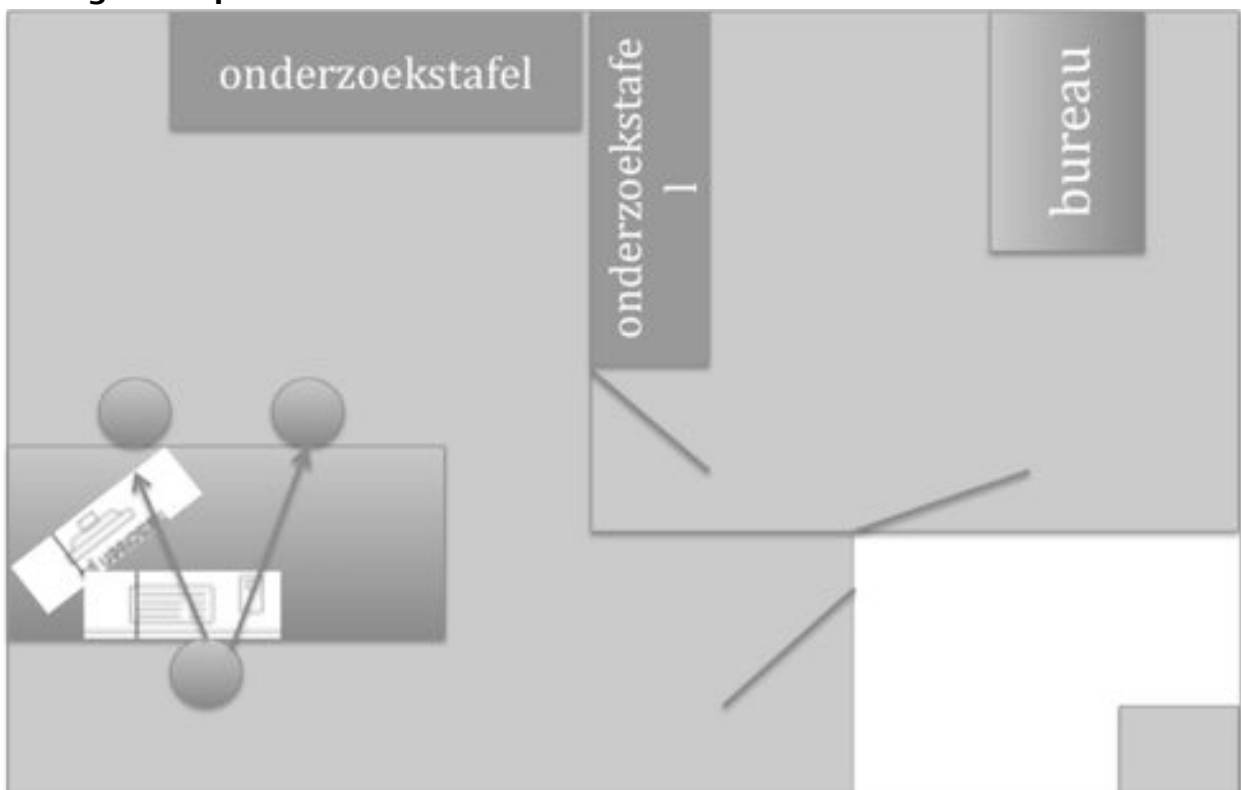
“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

12.6 Polikliniek nieuwbouw
Plattegrond polikliniek nieuwbouw

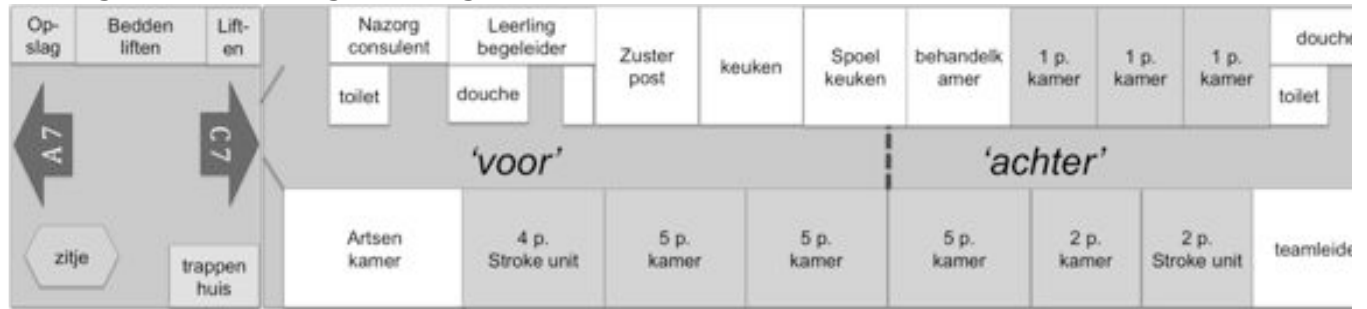


120 **Plattegrond spreekonderzoekkamer**

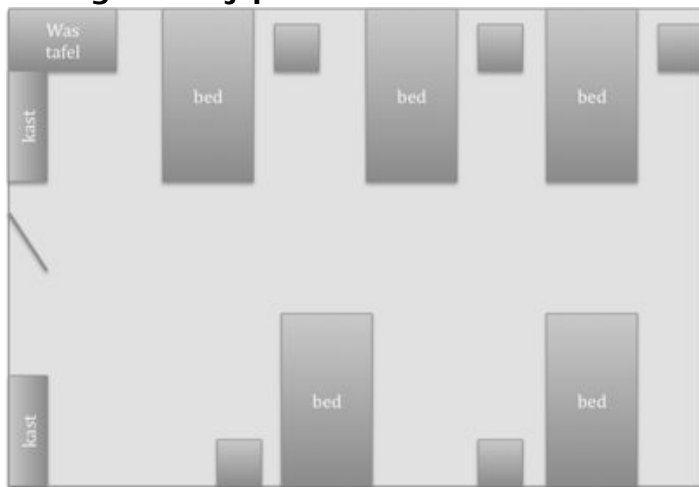


“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”
 Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

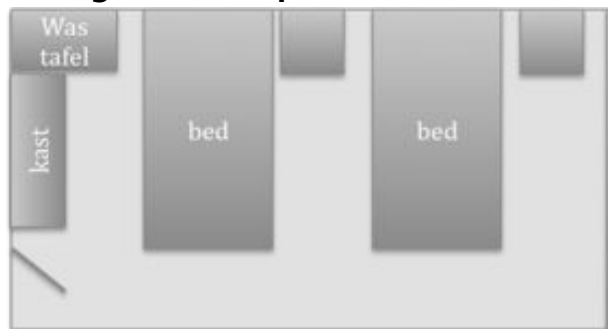
12.7 Verpleegafdeling Clara Plattegrond verpleegafdeling Clara



Plattegrond vijfpersoonskamer



Plattegrond tweepersoonskamer

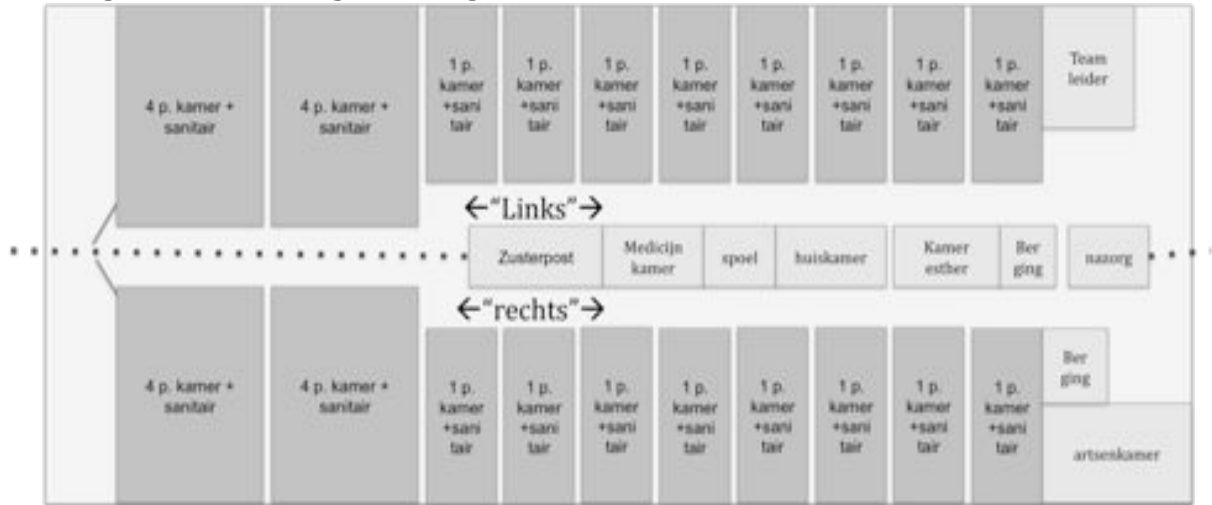


121

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

12.8 Verpleegafdeling nieuwbouw Plattegrond verpleegafdeling nieuwbouw



Plattegrond vierpersoonskamer en éénpersoonskamer met sanitair



122

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”
Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing

“Wij hebben het aan den lijve ondervonden”

Over de fysieke omgeving van het primaire werkproces in ziekenhuizen en de invloed van verhuizing