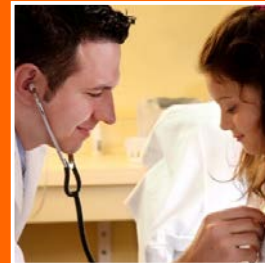


# Huisvesting in beweging

Adviesrapport Beweegpoli

**Laura Noord**



UMCG, Sector B  
Hanzehogeschool Groningen  
Instituut voor Facility Management

Groningen, juni 2015



UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN

*Mak de markant van je scriptie in Powerpoint,  
zie voor meer informatie de auteursinstructie*

Universitair Medisch Centrum Groningen



Huisvesting in beweging

Adviesrapport Beweegpoli

Groningen, juni 2015

Auteur  
Studentnummer

Laura Noord  
283485

Afstudeerscriptie in het kader van

Huisvestingsconcept Beweegpoli  
Instituut voor Facility Management  
Hanzehogeschool Groningen

Opdrachtgever

dhr. B. Hanewinkel  
Sector B, UMCG

Begeleider onderwijsinstelling

dhr. H. Brink  
Instituut voor Facility Management  
Hanzehogeschool Groningen

Begeleider UMCG

mw. S. Bouwman  
Bouw & Facilitair, UMCG

© 2015 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw Bewegepoli, huisvesting, inrichtingsconcept, beweegspecialismen

## VOORWOORD

Voor u ligt het rapport “Huisvesting in beweging”, het resultaat dat opgesteld is in het kader van het afstuderen van de opleiding Facility Management aan de Hanzehogeschool te Groningen.

Het is een adviesrapport dat betrekking heeft op het onderzoek naar een mogelijk inrichtingsconcept van de Beveegpoli in het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Tijdens de periode februari 2015 tot en met juni 2015 heb ik mij verdiept in de huisvesting van poliklinieken voor beweegspecialismen.

Ik heb deze afstudeerperiode ervaren als een leerzame en uitdagende tijd, waarin ik nieuwe contacten in het werkveld heb kunnen leggen en nieuwe kennis heb kunnen opdoen. Ik heb met veel plezier deel uitgemaakt van de organisatie. Hiervoor wil ik graag mijn stagebegeleidster Sibrich Bouwman bedanken.

Daarnaast wil ik mijn docentbegeleider, Henk Brink, bedanken voor het geven van feedback op de (concept)verslagen en voor de begeleiding tijdens mijn afstudeerstage.

Ook wil ik Anjette Kruize bedanken voor de hulp die ze heeft geboden tijdens mijn stage. Met haar kritische blik heeft zij mij erg goed geholpen bij het onderzoek. Tevens wil ik Ben Hanewinkel en de overige leden van de Stuurgroep van het project Poli-indeling bedanken voor het geven van (interne) informatie.

Verder zijn er een aantal medewerkers, zowel intern als extern, die hebben meegewerkt aan dit project. Daarnaast ben ik op diverse locaties rondgeleid.

Verder is er door een aantal medewerkers toestemming gegeven om de enquêtes af te nemen onder de medewerkers en patiënten van de poliklinieken Plastische Chirurgie en Revalidatiegeneeskunde (locaties Groningen en Haren). Deze medewerkers ben ik erg dankbaar, omdat zij het mogelijk hebben gemaakt om voldoende input te verzamelen voor mijn onderzoek.

Tot slot gaat mijn dank uit naar de patiënten en overige

medewerkers die hebben meegewerkt aan dit project.

Ik ben zeer tevreden met het eindresultaat van dit rapport en zonder de begeleiding, inzet en hulp van de bovengenoemde personen was dit allemaal niet mogelijk geweest.

Ik wens u veel plezier toe met het lezen van mijn scriptie.

Laura Noord  
30 mei 2015



## INHOUDSOPGAVE

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
1.1 UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN .....	7
1.1.1 Organisatiestructuur .....	7
1.1.2 Organisatiecultuur .....	7
1.2 SECTOR B.....	9
1.3 PROJECT POLI-INDELING .....	10
1.3.1 Voorbereiding Fase 1 .....	10
1.3.2 Voorbereiding Fase 2.....	12
1.4 CLUSTERS .....	14
1.5 RELEVANTIE ONDERZOEK .....	17
<b>2 ONDERZOEKSONTWERP.....</b>	<b>19</b>
2.1 AFBAKENING ONDERZOEK .....	19
2.1.1 Aanleiding.....	19
2.1.2 Probleemstelling.....	19
2.1.3 Doelstelling.....	20
2.1.4 Deelvragen .....	21
2.1.5 Onderzoekresultaten .....	22
2.2 VERWACHTINGEN ONDERZOEK .....	22
2.3 METHODISCHE VERANTWOORDING .....	22
2.3.1 Onderzoeksmodel .....	22
2.3.2 Methode .....	23
2.3.3 Onderzoeksmethoden en -instrumenten.....	25
2.4 KWALITEITSCRITERIA ONDERZOEK .....	33
<b>3 THEORETISCH KADER .....</b>	<b>35</b>
3.1 HEALTHY AGEING & HEALTHY AT WORK.....	35
3.2 HEALING ENVIRONMENT .....	37
3.3 COLLEGE BOUW ZIEKENHUISVOORZIENINGEN .....	39
3.3.1 Spreekuurafdeling.....	40
3.3.2 Poliklinische behandeling.....	40
3.3.3 Omvang en situering van de ruimten.....	40
3.3.4 Flexibiliteit.....	40
3.4 VERANDERMANAGEMENT .....	41
3.4.1 Kleurdrukdenken .....	41
3.4.2 Weerstand .....	46
3.5 TOEPASSING THEORIE.....	47
<b>4 BEVINDINGEN OBSERVATIES .....</b>	<b>49</b>
4.1 ANALYSE OBSERVATIES .....	49
4.2 CONCLUSIES OBSERVATIES.....	52
<b>5 BEVINDINGEN INTERVIEWS .....</b>	<b>55</b>
5.1 UITVOERING INTERVIEWS .....	55
5.2 ANALYSE INTERVIEWS .....	55

5.3	CONCLUSIES INTERVIEWS.....	56
<b>6</b>	<b>BEVINDINGEN ENQUÊTES .....</b>	<b>59</b>
6.1	STATISTIEK.....	59
6.2	RESULTATEN ENQUÊTES.....	59
	6.2.1 Enquête eindgebruikers.....	59
	6.2.2 Enquête patiënten .....	65
6.3	CONCLUSIES ENQUÊTES.....	69
<b>7</b>	<b>ONDERZOEKSRESULTATEN .....</b>	<b>75</b>
7.1	BOUWEN AAN DE TOEKOMST .....	75
	7.1.1 Healthy Ageing & Healing Environment.....	75
	7.1.2 Van mens tot mens in alles wat we doen .....	76
	7.1.3 Clustering beweegspecialismen.....	76
7.2	OPDRACHT POLI'S .....	77
	7.2.1 Uitgangspunten huisvesting .....	77
	7.2.2 De Beweegpoli.....	77
7.3	RELEVANTIE VERZAMELDE GEGEVENS.....	81
<b>8</b>	<b>CONCLUSIES .....</b>	<b>83</b>
8.1	VERANDERINGEN.....	83
	8.1.1 Een nieuwe manier van werken.....	83
	8.1.2 Tijdelijke huisvesting.....	83
8.2	DE PROBLEEMSTELLING.....	84
8.3	DISCUSSIE .....	85
<b>9</b>	<b>AANBEVELINGEN .....</b>	<b>87</b>
9.1	AANBEVELINGEN .....	87
9.2	VERVOLGONDERZOEKEN.....	88
9.3	DRAAGVLAK.....	88
<b>10</b>	<b>IMPLEMENTATIE .....</b>	<b>91</b>
10.1	MOGELIJKE FASERING .....	91
10.2	VERANDERMANAGEMENT EN WEERSTAND.....	91
<b>11</b>	<b>BEDRIJFSKUNDIGE CONSEQUENTIES .....</b>	<b>93</b>
11.1	ORGANISATORISCHE CONSEQUENTIES.....	93
11.2	PERSONELE CONSEQUENTIES .....	93
11.3	FINANCIËLE CONSEQUENTIES.....	93
11.4	JURIDISCHE CONSEQUENTIES .....	95
11.5	SLOT .....	95
	<b>LITERATUURLIJST.....</b>	<b>97</b>
	<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>99</b>



## SAMENVATTING

*“Bouwen aan de toekomst van gezondheid”*, de koers van het Universitair Medisch Centrum Groningen, verder in het rapport genoemd als UMCG, waarbij de volgende visie voor ogen wordt gehouden:

- Van mens tot mens in alles wat we doen (de patiënt staat centraal)
- Healthy Ageing (gezond en actief ouder worden)

Vanuit de Raad van Bestuur van het UMCG is aan Ben Hanewinkel, Directeur Sector B, de opdracht gegeven om te komen met een voorstel voor een nieuwe (toekomstbestendige) poli-indeling.

Voor deze nieuwe poli-indeling is gekozen om negen nieuwe clusters te definiëren. Eén van deze clusters is de Beweegpoli, waarvoor een huisvestingsconcept gerealiseerd dient te worden. Dit concept zal moeten bijdragen aan een efficiënter ruimtegebruik (benutting m<sup>2</sup>) en aan het langer gezond houden en actief blijven van mensen (Healthy Ageing) en medewerkers (Healthy at Work). Met betrekking tot deze polikliniek is een probleemstelling geformuleerd:

In opdracht van Ben Hanewinkel (Sectordirecteur B) wordt onderzocht hoe de twee drijfveren uit de visie van het Universitair Medisch Centrum Groningen kunnen worden vertaald naar de huisvesting van de Beweegpoli, waarbij rekening gehouden wordt met de termen Healthy Ageing, Healthy at Work en Healing Environment, met de benutting van de m<sup>2</sup> binnen de polikliniek, met de uitgangspunten zoals benoemd voor het project Poli-indeling en met de belangen van de diverse eindgebruikers van de Beweegpoli.

In het kader van deze probleemstelling zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

- **Zorg voor een Ontvangstruimte, geen Wacht-ruimte**  
Wachten is niet meer van deze tijd, vandaar dat de benaming "Wachtruimte" verandert zou kunnen worden in "Ontvangstruimte". Zorg voor een prettige sfeer die zorgt dat patiënten zich welkom voelen.
- **Betrek de patiënt meer bij het onderzoek**

Eén van de drijfveren van het UMCG is immers "Van mens tot mens in alles wat we doen", wat inhoudt dat er geluisterd wordt naar de patiënten. Er zouden bijvoorbeeld patiëntfocusgroepen kunnen worden opgericht. Dit gebeurt binnen het ziekenhuis al in het kader van het onderwerp privacy, dus waarom niet in het kader van huisvesting?

- **Maak Healthy Ageing zichtbaar op de poliklinieken**

De tweede drijfveer van het UMCG is Healthy Ageing. Healthy Ageing kan gekoppeld worden aan bewegen door bijvoorbeeld afbeeldingen, slogans en/of verhalen van patiënten op de muren weer te geven. Zorg voor een motiverende sfeer, want dit kan patiënten overhalen om te gaan bewegen.

- **Creëer zo veel mogelijk multifunctionele ruimten en zo min mogelijk specifieke ruimten**

Door het creëren van multifunctionele ruimten kunnen meerdere specialismen gebruik maken van deze ruimten, waardoor het makkelijker wordt afspraken in te plannen en de kans kleiner wordt dat bepaalde ruimten leeg staan.

- **Verlicht en kleur het interieur**

Verlichting en kleurgebruik zijn twee aspecten die kunnen bijdragen aan het creëren van een huiselijke sfeer. Naast het creëren van een Ontvangstruimte en het kenbaar maken van Healthy Ageing in de inrichting, kunnen er tevens aspecten worden meegenomen die voldoen aan de wensen van de patiënten en eindgebruikers van de Beweegpoli. Dit zijn aspecten die een andere sfeer kunnen creëren in een ziekenhuis, zoals daglicht, warme kleuren (rood, oranje), groenvoorziening, kunst/decoratie en audiovisuele middelen.

- **Zorg voor voldoende ICT-voorzieningen**

De nieuwe poliklinieken moeten toekomstbestendig zijn en ICT is een aspect dat zich in de toekomst zal blijven ontwikkelen. Niet alleen Wifi is van belang, er zullen ook voldoende stopcontacten moeten zijn. Verder kunnen schermen in de ontvangstruimtes worden geplaatst waarop wachttijden van de artsen te

zien zijn en kunnen patiënten worden opgeroepen door middel van een nummertjessysteem dat de privacy waarborgt.

- **Gebruik een integraal planningssysteem**  
Wanneer specialismen binnen één polikliniek kamers met elkaar gaan delen, is het van belang om hiervoor een integraal planningssysteem te gaan gebruiken, waarin elk specialisme inzicht heeft in alle kamers van de poliklinieken. Om dit te realiseren is goede ICT-ondersteuning noodzakelijk.

De aanbevelingen zullen verschillende consequenties hebben voor het UMCG. Een organisatorische consequentie zal zijn dat er andere patiëntstromen ontstaan. Specialismen zijn immers verhuisd naar andere locaties, wat diverse gevolgen heeft. De patiënt zal minder hoeven te lopen, omdat er meer multidisciplinair behandeld wordt. Daarnaast zal de medewerker degene zijn die wisselt van kamer, omdat hij/zij geen eigen spreekkamer meer heeft om patiënten te ontvangen. Verder is het van belang te kijken hoe er zo min mogelijk overlast kan zijn tijdens de bouw.

2

Naast organisatorische consequenties brengen de aanbevelingen personele consequenties met zich mee. De analyse van de werkprocessen heeft aangetoond dat er in de huidige situatie verschillende werkwijzen zijn rondom het plannen van afspraken. Om te komen tot een nieuwe gemeenschappelijke Beweegpoli, waarbij efficiency wordt behaald ten opzichte van de huidige situatie, zullen de werkprocessen moeten worden aangepast. De belangrijkste werkprocessen die aangepast moeten worden zijn:

- Roosteren op kamer en niet meer op arts;
- Roosteren rondom de patiënt in het kader van multidisciplinaire behandelingen;
- Administratie vindt in de nieuwe situatie niet meer plaats in de behandelkamers;
- Gezamenlijk poli-planningssysteem, waarin het roosteren zal gaan plaatsvinden.

Met betrekking tot het roosteren, zal een integraal planningssysteem geïntroduceerd worden. Consequenties die hierbij horen, zijn dat medewerkers (opnieuw) ingewerkt moeten worden en dat eventueel informatiebijeenkomsten georganiseerd kunnen worden in het kader van dit nieuwe

planningssysteem of zelfs in het kader van de gehele verhuizing.

Een andere personele consequentie zal zijn dat er minder medewerkers nodig zijn bij de frontoffice, waardoor gekeken zal moeten worden welke medewerker waarheen gaat en welke taken daarbij horen.

Verder zullen er financiële consequenties ontstaan door de aanbevelingen. Door het uitvoeren van het project zullen kosten worden gemaakt, maar daarnaast zullen diverse baten ontstaan.

- Kosten: het realiseren van tijdelijke huisvesting, de verbouwingen van de poliklinieken, het inhuren van externe partijen en eventuele onvoorziene kosten.
- Baten: lagere jaarlijkse exploitatiekosten en het UMCG voldoet aan beide drijfveren die ze hebben opgesteld.

Op basis van verschillende kengetallen is een globale schatting gemaakt van de renovatiekosten van een polikliniek. Hiervoor zijn twee methodes uitgewerkt, waarbij het bedrag van de renovatiekosten bij de ene methode is uitgekomen op €1.941.183,62 en bij de andere methode op €2.032.058,28. Wat de definitieve kostenraming voor de renovatie van een polikliniek zal worden, zal afhankelijk zijn van het gewenste afwerkingsniveau, maar het bedrag zal rond de 2 miljoen euro komen te liggen.

Verder is er bij een eerder project een kostenindicatie opgevraagd voor de huur van een tijdelijke multifunctionele polikliniek. De huur van een dergelijke poli bedraagt circa €10.000 tot €12.000 (exclusief BTW) per maand, afhankelijk van het gewenste afwerkingsniveau en inrichting. Wat betreft de bouwtijd moet rekening worden gehouden met een bouwtijd van 16 weken na opdrachtverstrekking.

Ook zijn er juridische consequenties. Voor veel grote bouwprojecten zijn (bouw)vergunningen nodig. Met betrekking tot het project Poli-indeling geldt dit niet alleen voor de nieuwe huisvesting, maar ook voor de tijdelijke huisvesting. Voorbeelden van onderwerpen waarvoor een vergunning nodig is, zijn functiewijzigingen in het bestemmingsplan, het bouwen zelf, heiwerkzaamheden, graafwerkzaamheden, inrichting van de bouwplaats, aanleg van tijdelijke weg(en) en aanleg van in- en uitritten.

Voordat de implementatie van het project echter van start kan gaan, zullen enkele vervolgonderzoeken moeten plaatsvinden naar aanleiding van de aanbevelingen die gedaan zijn en de conclusies die zijn getrokken.

Ten eerste zal onderzocht moeten worden hoe de roostering van de kamers in de nieuwe situatie het beste kan gaan plaatsvinden en hoe ICT daarin kan ondersteunen.

Ten tweede zal berekend moeten worden hoeveel vierkante meter er nodig is aan tijdelijke huisvesting.

Tot slot staat de patiënt centraal in het UMCG. Dit betekent dat je de patiënt ook moet bevragen over wat hij/zij wil. Dit zou als vervolgstap gedaan kunnen worden bij de specialismen van de cluster Bewegen, waarvoor nog geen toestemming verkregen was om enquêtes af te nemen.



## INLEIDING

Vanuit de Raad van Bestuur van het UMCG is aan de directeur van Sector B de opdracht gegeven om te komen met een voorstel voor een nieuwe poli-indeling op de begane grond van het Centraal Medisch Complex, die passend is binnen de gegeven kaders en die in januari 2016 de start van het project "Operatie Hotfloor" mogelijk maakt. "Operatie Hotfloor" is een belangrijk bouwproject voor de komende tien jaren en het betreft de verbouw OK/IC (operatiekamers/intensive cares). Dit project leidt tot de noodzaak een besluit te nemen over een andere locatie voor de activiteiten die momenteel plaatsvinden op de poliklinieken Neurologie, Orthopedie/Traumatologie en Revalidatie.

Voor de toekomstige poli-indeling zijn negen nieuwe clusters gevormd, waarvan de cluster Bewegen één is. Deze polikliniek is bestemd voor diverse specialismen die zich met bewegen bezighouden. In het kader van dit cluster is de vraag ontstaan om te komen met advies over een mogelijk inrichtingsconcept voor deze polikliniek met als doel:

Het realiseren van een huisvestingsconcept voor de nieuwe polikliniek voor de cluster Bewegen, waarbij dit nieuwe concept zal moeten bijdragen aan een efficiënter ruimtegebruik (benutting m<sup>2</sup>) en aan het langer gezond houden en actief blijven van mensen (Healthy Ageing) en medewerkers (Healthy at Work).

Eén van de aspecten die in de doelstelling genoemd wordt, is Healthy Ageing. Healthy Ageing behoort, naast "Van mens tot mens in alles wat we doen", tot de drijfveren van het UMCG. Van belang is om te kijken hoe deze twee drijfveren vertaald kunnen worden naar de huisvesting van de Beweegpoli. Dit is opgenomen in de probleemstelling van het project, waarbij tevens met andere aspecten rekening dient te worden gehouden:

In opdracht van Ben Hanewinkel (Sectordirecteur B) wordt onderzocht hoe de twee drijfveren uit de visie van het Uni-

versitair Medisch Centrum Groningen kunnen worden vertaald naar de huisvesting van de Beweegpoli, waarbij rekening gehouden wordt met de termen Healthy Ageing, Healthy at Work en Healing Environment, met de benutting van de m<sup>2</sup> binnen de polikliniek, met de uitgangspunten zoals benoemd voor het project Poli-indeling en met de belangen van de diverse eindgebruikers van de Beweegpoli.

Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling zijn diverse deelvragen opgesteld die kunnen bijdragen aan het verkrijgen van de benodigde, specifieke kennis. Deze deelvragen zijn geordend in de categorieën "Bouwen aan de toekomst" en "Opdracht poli's", waarbij aspecten uit de probleemstelling terugkomen in de vragen.

### Leeswijzer adviesrapport

Hoofdstuk 1 bestaat uit een omschrijving van de organisatie waar mijn afstudeeropdracht is uitgevoerd: het Universitair Medisch Centrum Groningen. Hierbij komen onder andere de cultuur, de missie en visie, de kernwaarden en de organisatiestructuur aan bod.

Vervolgens wordt het organisatieonderdeel Sector B toegelicht, dit is de sector waaronder mijn afstudeeropdracht valt. Tot slot is er een paragraaf over het projectkader, waarin het project Poli-indeling verder aan bod komt.

In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van mijn afstudeeronderzoek. Hierin zullen verschillende onderdelen aan bod komen die zorgen voor een afbakening van het onderzoek.

Daarnaast zal de werkwijze van het onderzoek aan bod komen en wordt er beschreven met welke kwaliteitscriteria rekening is gehouden.

Het derde hoofdstuk omvat het theoretisch kader, wat inhoudt dat er wordt ingegaan op de theorie die betrekking heeft op mijn afstudeeropdracht. Dit zal onder andere theorie zijn dat gaat over de begrippen Healthy Ageing, Heal-

thy at Work en Healing Environment. Ook wordt er antwoord gegeven op een aantal deelvragen.

In de hoofdstukken 4, 5 en 6 worden de bevindingen toegelicht die verkregen zijn met behulp van observaties (hoofdstuk 4), interviews (hoofdstuk 5) en enquêtes (hoofdstuk 6). Deze hoofdstukken bestaan uit een analyse van de verzamelde gegevens en een conclusie.

In hoofdstuk 7 volgt een toelichting op de onderzoeksresultaten. Hierbij wordt informatie uit de voorgaande hoofdstukken aan elkaar gekoppeld en worden de deelvragen beantwoord.

Op basis van alle voorgaande informatie worden in hoofdstuk 8 de conclusies toegelicht. Tevens wordt met behulp van de resultaten antwoord gegeven op de probleemstelling. Dit hoofdstuk eindigt met een paragraaf Discussie, waarin diverse kwaliteitscriteria aan bod komen.

6

In hoofdstuk 9 staan de aanbevelingen beschreven met betrekking tot de huisvesting van de Beweegpoli die geformuleerd zijn nadat de conclusies waren uitgewerkt. Tevens komen in de hoofdstuk eventuele vervolgonderzoeken en het creëren van draagvlak aan de orde.

Hoofdstuk 10 gaat over de implementatie. Nadat de voorbereiding van de nieuwe poli-indeling afgerond is, zal de volgende stap zijn om de verhuizing uit te voeren. Poli B is de oudste polikliniek en zal als eerste op de planning staan. Vervolgens wordt in hoofdstuk 11 een toelichting gegeven op de bedrijfskundige consequenties. Deze consequenties zijn onderverdeeld in organisatorische, personele, financiële en juridische consequenties.

Tot slot is er een literatuurlijst opgesteld. De bijlagen waarnaar verwezen wordt in het adviesrapport zijn apart gebundeld.

## 1 ORGANISATIE EN PROJECTKADER

Dit hoofdstuk bestaat uit een omschrijving van de organisatie waar de afstudeeropdracht is uitgevoerd: het **Universitair Medisch Centrum Groningen**. Hierin komen onder andere de organisatiestructuur, de organisatiecultuur, de missie, de visie en de kernwaarden aan bod.

Vervolgens wordt het organisatieonderdeel Sector B toegelicht, dit is de sector waaronder de afstudeeropdracht valt. Daarna komen twee paragrafen die gericht zijn op het projectkader. De opdracht maakt deel uit van een groter project genaamd Poli-indeling. Het project Poli-indeling zal in deze paragrafen beschreven worden, voordat er in hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het onderdeel waaruit het afstudeerproject bestaat. Tot slot is er een paragraaf over de relevantie van het onderzoek.

### 1.1 UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM GRONINGEN

Het UMCG is één van de grootste ziekenhuizen in Nederland en het is de grootste werkgever van Noord-Nederland. Er zijn ruim 10.000 medewerkers werkzaam in dit ziekenhuis, waarbij de focus ligt op 'gezond en actief ouder worden', oftewel Healthy Ageing. Healthy Ageing vormt de basis van de drie kerntaken van het ziekenhuis:

- zorg
- onderwijs & opleidingen
- onderzoek

#### 1.1.1 ORGANISATIESTRUCTUUR

Het UMCG is een lijnorganisatie waar het management decentraal geregeld is en waarin gehandeld wordt binnen de kaders die door de Raad van Bestuur (RvB) zijn afgegeven. De RvB is belast met de algemene leiding van het ziekenhuis en bestaat uit vier personen. Naast de RvB is er de Raad van Toezicht, dat bestaat uit vijf personen en dat is belast met het toezicht op de RvB.

De organisatiestructuur is rondom de patiënt georganiseerd, waardoor de algemene ondersteuning dicht bij het primaire proces van het ziekenhuis plaatsvindt.

Door deze structuur zijn er zes sectoren ontstaan:

- Sector A: Langdurige zorg en vaten
- Sector B: Kortdurende zorg en buik
- Sector C: Kinderen, voortplanting, revalidatie en psychiatrie
- Sector D: Oncologie
- Sector E: Ondersteunende specialismen
- Sector F: Ontwikkeling en overdracht

In bijlage A staat een organogram van de organisatiestructuur van het UMCG weergegeven.

#### 1.1.2 ORGANISATIECULTUUR

Door het UMCG is een beleidsdocument opgesteld, genaamd *Bouwen aan de toekomst van gezondheid 2020*, waarin de koers van de organisatie is beschreven. Hierin wordt aangegeven waarvoor de medewerkers in het UMCG werken (UMC-staf Communicatie, 2014).

In bijlage B staat een korte samenvatting met een overzicht van de missie, visie, kernwaarden, strategie, basis en doelen van het UMCG. Een aantal aspecten uit deze publicatie worden hieronder kort toegelicht.

7



**Afbeelding 1.1** Logo koers 2020 (UMCG, 2015)

### De cultuur van het UMCG

Het UMCG wil succesvol bouwen aan de toekomst van gezondheid. Dit is onder andere terug te vinden in de missie van het ziekenhuis. De missie stelt niet alleen eisen aan wat

ze doen in het UMCG, maar ook aan hoe ze het doen (de cultuur).

De volgende waarden zijn bepalend voor de cultuur van het ziekenhuis:

- we werken samen
- veilig
- betrokken
- respectvol
- betrouwbaar

### **Missie en visie**

In het beleidsdocument wordt onder andere verwezen naar de missie van het UMCG:

### **Bouwen aan de toekomst van gezondheid**

Wij zijn het Universitair Medisch Centrum Groningen. Samen bouwen we aan de toekomst van gezondheid. Dat doen we in patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en in medische en verpleegkundige vervolgoledingen. We willen in al deze kerntaken excelleren en innoveren, omdat we zeker weten dat het nog beter kan. Elke dag biedt nieuwe kansen om dat te laten zien.

Voor ons zijn drie uitgangspunten vanzelfsprekend:

- **De patiënt als mens is leidend**  
Wij willen dat mensen in de best mogelijke gezondheid leven. Nu en in de toekomst. Alles wat we doen draagt daar aan bij. Ook als we samenwerken met anderen, zoals met zorgorganisaties in de regio.
- **Wij pionieren in onderzoek**  
Ons wetenschappelijk onderzoek zorgt voor nieuwe kennis over gezondheid, preventie, ziekte en behandeling. Die kennis gebruiken we voor innovaties: praktische verbeteringen in de zorg. Daar profiteren onze patiënten van. Daarom willen we één van de beste (bio)medische kennisinstellingen ter wereld zijn.
- **Wij delen onze kennis in Noord-Nederland en (inter)nationaal**  
Onze kennis is van iedereen. We delen nieuw verworven inzichten met anderen en helpen hen bij een goede toepassing in de praktijk. Ook ons onderwijs is op deze vernieuwing gebaseerd. Dat is goed voor patiënten in Noord-Nederland en elders. We nemen daarom deel aan vele (in-

ter)nationale netwerken en samenwerkingsverbanden, in al onze kerntaken (UMCG, 2014, p.5).

Niet alleen de missie, maar ook de visie van het UMCG staat in het document beschreven:

*In ons werk laten we ons leiden door twee drijfveren:*

- **Van mens tot mens, in alles wat we doen**  
We werken voor en met mensen, bij alles wat we doen: in patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en opleiding. We zetten ons in voor de gezondheid en het welzijn van mensen. Hun belang is leidend bij alles wat we doen. We verliezen dat belang geen moment uit het oog en luisteren naar wat patiënten zeggen. Want patiënten weten vaak zelf wat er goed gaat en wat beter kan. Wat patiënten hebben meegemaakt, doet er voor ons toe. Zo versterken we onze zorg in het UMCG, maar ook in de hele zorgketen met andere zorgverleners.
- **Healthy Ageing**  
We willen mensen helpen om langer gezond en actief te blijven. Healthy Ageing is onze gemeenschappelijke focus.  
Als UMCG gaan we verder dan de klassieke benadering van behandeling en genezing. Wij kijken ook naar preventie, onderzoeken de oorzaken van veroudering en geven voorlichting over gezondheid, preventie en kwaliteit van leven. Zelf zijn we als medewerkers 'healthy at work'. Niet alleen voor onze eigen gezondheid, maar ook om patiënten en bezoekers van het UMCG het goede voorbeeld te geven (UMCG, 2014, p.7).

### **Kerntaken UMCG**

Naast de waarden, missie en visie heeft het UMCG een aantal kerntaken geformuleerd die belangrijk zijn voor de organisatie:

1. **Zorg**  
Patiënten kunnen in het UMCG niet alleen terecht voor basiszorg, maar ook voor zeer specialistische diagnostiek, onderzoek of behandeling. De zorg binnen het UMCG is breed en het gaat hierbij dan ook niet alleen om zorg binnen het ziekenhuis. Daarom werkt



het UMCG veel samen met huisartsen, verloskundigen, thuiszorg en andere zorginstellingen.

### 2. **Onderwijs**

Het UMCG werkt intensief samen met de Rijksuniversiteit Groningen, waar studenten (ongeveer 3.400) worden opgeleid tot arts, tandarts, bewegingswetenschapper en waar artsen worden opgeleid tot medisch specialist.

### 3. **Onderzoek**

Ook met betrekking tot deze kerntaak vindt er een nauwe samenwerking plaats met de Rijksuniversiteit Groningen. Gezamenlijk worden onderzoeken uitgevoerd naar nieuwe technieken en behandelingen, nieuwe medicijnen en nieuwe vormen van zorg. De focus hierbij ligt op het al eerder genoemde 'gezond en actief ouder worden'.

## 1.2 **SECTOR B**

Zoals in paragraaf 1.1.1 staat, onderscheidt de organisatiestructuur van het UMCG zes sectoren. De sector waaronder mijn afstudeeropdracht valt, is Sector B.

Binnen Sector B vallen de behandel- en zorgactiviteiten voor aandoeningen die acuut en levensbedreigend zijn. Daarnaast heeft de chronische zorg een plaats binnen deze sector (UMCG, 2015).

Sector B bestaat uit de volgende organisatieonderdelen:

- afdelingen
- sectorbureau
- centra
- zorgfaciliteiten

### **Afdelingen**

1. Chirurgie
2. Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie
3. Keel-, Neus- en Oorheelkunde
4. Maag-, Darm- en Leverziekten
5. Oogheelkunde
6. Orthodontie
7. Orthopedie
8. Plastische Chirurgie

### **Sectorbureau**

Het sectorbureau heeft als belangrijkste taak om de sector-directeur, de afdelingen, zorgfaciliteiten en centra te ondersteunen. Hieronder vallen alle taken en processen die een bijdrage kunnen leveren aan de realisatie van de vier kerntaken patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en opleiding, zowel uitvoerend als beleidsmatig.

Het sectorbureau is vervolgens onderverdeeld in vijf ondersteuningsteams:

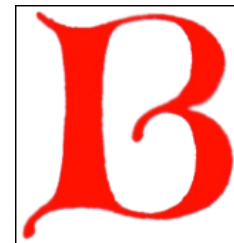
1. Beleid, kwaliteit, communicatie, voorlichting en ICT
2. Financiën en Informatie
3. Klachtopvang & patiëntinformatie, opnamebalie en ondersteuning klachtenfunctionaris
4. Paramedische ondersteuning
5. Personeel & Organisatie

### **Centra**

1. Acute Zorg Netwerk Noord Nederland (AZNNN)
2. Universitair Sportmedisch Centrum
3. Endoscopiecentrum
4. Wervelkolom Centrum
5. I.B.D. Centrum (Inflammatory Bowel Disease - chronische darmontsteking)
6. Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
7. Hanzekliniek

### **Zorgfaciliteiten**

1. Verpleegeenheden
2. Poliklinieken
3. Endoscopiecentrum
4. Traumacentrum
5. Transplantatiebedden



**Afbeelding 1.2** Sector B (UMCG, 2015)

### 1.3 PROJECT POLI-INDELING

Vanuit de RvB is aan de directeur van Sector B, Ben Hanewinkel, de opdracht gegeven om te komen met een voorstel voor een nieuwe poli-indeling op de begane grond van het Centraal Medisch Complex, die passend is binnen de gegeven kaders en die in januari 2016 de start van het project "Operatie Hotfloor" mogelijk maakt. "Operatie Hotfloor" is een belangrijk bouwproject voor de komende tien jaren en het betreft de verbouw OK/IC (operatiekaders/intensive cares). Dit project leidt tot de noodzaak een besluit te nemen over een andere locatie voor de activiteiten die momenteel plaatsvinden op de poliklinieken Neurologie, Orthopedie/Traumatologie en Revalidatie.

Deze vraagstelling, naast de besluitvorming met betrekking tot het Oncologieplein en de Prikpoli in combinatie met algemeen geformuleerde doelstellingen (zoals: een logische clustering van activiteiten van poli's, de wens alle poli's op de begane grond te situeren en efficiënt en doelmatig gebruik te maken van de beschikbare ruimten), betekent dat het project Poli-indeling direct en indirect betrekking heeft op de gehele begane grond van het Centraal Medisch Complex. Wel moet er rekening worden gehouden met de functionele relaties tot andere activiteiten, zoals functieafdelingen, bloedafname, Radiologie, backoffice et cetera. De nieuwe clustering van de poli-afdelingen op de begane grond moet binnen een periode van 5 jaar tot uitvoering zijn gebracht. Om dit te kunnen bereiken zijn de volgende deadlines vastgesteld met betrekking tot de voorbereiding van de uitvoering:

- **Voorbereiding fase 1 (1 februari 2015):** Eerste schets van de oplossingsrichting.
- **Voorbereiding fase 2 (1 juli 2015):** Voorstel voor een poli-indeling die passend is binnen de gegeven kaders.

#### 1.3.1 VOORBEREIDING FASE 1

Het doel van het project Poli-indeling is:

*De totstandkoming van een nieuwe (toekomstbestendige) poli-indeling op de begane grond van het Centraal Medisch Complex, waarbij rekening is gehouden met interne en externe ontwikkelingen die van invloed zijn op het gebruik van de huidige poli's.*

Om dit project op te zetten, de voortgang ervan te bewaken en de geformuleerde doelstelling te behalen, is een projectorganisatie opgesteld.

Functie	Naam
Opdrachtgever	Raad van Bestuur
Opdrachtnemer	Sectordirecteur
Projectleider	Projectleider
Projectondersteuning	Projectondersteuning

**Tabel 1.1** Projectorganisatie fase 1 (Stuurgroep UMCG, 2015)

Naast de projectorganisatie is er een Stuurgroep samengesteld, die tijdens fase 1 tweewekelijks overleg heeft gehad met als doel: het toetsen van de werkwijze, het leveren van input en het meedenken aan oplossingen.

Afdeling	Naam
Sector B	Sectordirecteur
Sector A	Sectordirecteur
Sector E (Operatie Hotfloor)	Coördinator Nieuwbouw
Revalidatiegeneeskunde	Chef de Clinique
Bouw & Facilitair	Hoofd afdeling
Bouw & Facilitair	Projectleider
UMCG Next	Projectondersteuning

**Tabel 1.2** Stuurgroep fase 1 (Stuurgroep UMCG, 2015)

Het project heeft raakvlakken met diverse andere projecten die betrekking hebben op de huisvesting binnen het UMCG:

- Operatie Hotfloor (inclusief Centrale Spoedopvang en Radiologie);
- Herhuisvesting poli's Neurologie/Neurochirurgie/NFK, Orthopedie/Traumatologie en Revalidatiegeneeskunde;
- Plein Noord (Oncologieplein);
- Prikpoli;
- Renovatie poli's (fasering);
- Groot onderhoudsplan.

Daarnaast dient er rekening te worden gehouden met de eisen die door de RvB geformuleerd zijn in de opdrachtbrief. Deze eisen dienen meegenomen te worden in het initiatiefdocument:

- Voorstel voor herhuisvesting van de verschillende disciplines/aandachtsgebieden op basis van een onderbouwing met:
  - (Trend)analyse van activiteiten
  - Benodigde bezetting versus capaciteit
  - Gewenste ruimte (wachtkamer, spreekkamer et cetera)
  - Benodigd ruimtegebruik per type ruimte
- Overzicht en onderbouwing van de kosten, onderverdeeld in:
  - Functionele aanpassingen
  - Groot onderhoud
  - Interim-voorzieningen
  - Doelstelling verminderen exploitatiekosten ten opzichte van huidige situatie
- Overzicht van de opbrengsten onderverdeeld in:
  - Organisatorisch
  - Kwalitatief
  - Financieel
- Voorstel qua aanpak en tijdsplan van de totstandkoming van de gewenste poli-indeling.
- Een visie op de ontwikkelingen van patiëntenstromen in relatie tot de huisvesting.

De keuzes die gemaakt worden naar aanleiding van het project zullen van invloed zijn op meerdere afdelingen. Het grootste risico ligt dan ook in het creëren van draagvlak voor de veranderingen binnen de afdelingen. Verder kan de uitkomst betekenen dat functies van de begane grond moeten verhuizen naar de verdiepingen van het ziekenhuis.

Omdat het een groot bouwproject betreft, is er gekozen om de uitvoering van de nieuwe poli-indeling ook in twee fasen uit te gaan voeren. Onderdelen uit fase 1 van de uitvoering zullen op 1 juli 2015 gedetailleerd uitgewerkt zijn, terwijl onderdelen uit de tweede fase van de uitvoering globaal beschreven zullen zijn.

De volgende onderdelen zullen in het initiatiefdocument worden opgenomen:

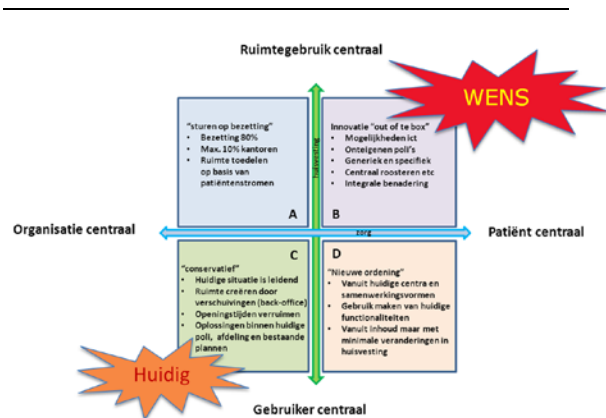
- Een toets op haalbaarheid en risico's;
- Een globaal programma van eisen per poli/cluster;
- Een globaal vlekkenplan per poli/cluster;
- Een globale kostenraming op basis van kengetallen per poli/cluster en totaal Centraal Medisch Complex;
- Een fasering in detail voor de poli's B, C, D, E, Oncologie en Transplantatie in relatie tot de plannen met betrekking tot de hotfloor. Daarnaast een globale fasering voor de overige poli's;
- Een communicatieplan en projectplan voor de uitwerking van het initiatiefdocument.

Op basis van onder andere de vraagstelling, de randvoorwaarden, de kaders en de deadlines is het volgende stappenplan doorlopen tijdens de eerste fase van de voorbereiding:

- Stap 1: Inventarisatie en analyse van de huidige situatie
- Stap 2: Normatief/vergelijking kengetallen
- Stap 3: Interne en externe ontwikkelingen
- Stap 4: Mogelijke scenario's
- Stap 5: Varianten en uitwerking voorkeursvariant

In afbeelding 1.3 is overzichtelijk weergegeven waar het ziekenhuis op dit moment staat en waar ze graag heen willen.

- Stap 6: Voorstel fase 2 project Poli-indeling
- Met het opleveren van de eerste schets van de oplossingsrichting is fase 1 afgerond en is geleidelijk verder gegaan met fase 2 van de voorbereiding. De afstudeerstage startte op 2 februari 2015, een moment dat goed aansloot op de deadline van de eerste schets van de oplossingsrichting.



**Afbeelding 1.3** De huidige en gewenste situatie in beeld (Stuurgroep UMCG, 2015)

### 1.3.2 VOORBEREIDING FASE 2

Het initiatiefdocument is het resultaat van de inspanningen van de definitiefase. In deze fase is een compleet en concreet eisenpakket verkregen waar het projectresultaat aan moet voldoen. Aan het begin van fase 2 zijn alle randvoorwaarden, eisen et cetera als volgt onderverdeeld:

- Randvoorwaarden
  - De kwaliteit van patiëntenzorg op poli's is en blijft gewaarborgd.
- Functionele eisen
  - De poli's worden bij voorkeur op de begane grond gesitueerd.
  - Functiewijziging op de begane grond ten behoeve van de poli-capaciteit is mogelijk.
  - Alleen het noodzakelijk onderhoud dat is opgenomen in de meerjarenplanning Bouw & Facilitair wordt uitgevoerd bij verhuisbewegingen. Bij een degelijke onderbouwing kunnen onderhoudswerkzaamheden versneld worden uitgevoerd (verschuiving planning).
  - De totale kosten van verplaatsing en verbouwing mogen niet meer dan €1.000.000 bedragen. Dit is exclusief het geplande onderhoud van de poliklinieken.
  - Poli-kamers zijn een faciliteit.

- Er is geen sprake van uitbreiding van zorgtaken, maar een wijziging van taken per locatie.
- Geen nieuwbouw (uitbreiding vloeroppervlak).
- Operationele eisen
  - Wensen op het gebied van samenwerking.
  - Denken vanuit de (complexe) patiënt.
  - (On)mogelijkheden ICT/E-Health.
  - Ruimtegebruik ten behoeve van de patiënt centraal.
  - Bouwen aan de toekomst van de zorg 2020/Speerpunten UMCG.
  - Zorgthema's.
  - Vanuit een specialismengeorganiseerde poli naar een patiëntgeorganiseerde poli.
  - Standaardisering proces zorgadministratie.
  - Flexibele inzet front-office.
  - Dedicated-teams zorgadministratie.
  - Regisseur poli-planning.
  - Flexibiliteit wordt gezocht in gezamenlijk gebruik ruimten.
  - Roosteren per uur en rond patiënt.

In fase 2 van de voorbereiding is gekozen voor een bredere samenstelling van de projectorganisatie. Naast de huidige projectorganisatie van fase 1 is er gekozen om het team uit te breiden met de volgende personen:

Functie
Projectondersteuning Bouw & Facilitair
Projectondersteuning ICT
Projectondersteuning Zorglogistiek
Projectondersteuning Communicatie
Projectondersteuning (stagiaire)

**Tabel 1.3** Uitbreiding projectorganisatie fase 2 (Stuurgroep UMCG, 2015)

Net als in fase 1 is de Stuurgroep tijdens de tweede fase tweewekelijks bijeen gekomen om te overleggen over de voortgang van het project. Ook binnen deze groep heeft uitbreiding plaatsgevonden en zijn een aantal medewerkers vervangen:

Functie
Sector A
Sector C
Sector D

**Tabel 1.4** Uitbreiding Stuurgroep fase 2 (Stuurgroep UMCG, 2015)

Daarnaast is in deze fase de eerste klankbordgroep met Medici opgericht met als doel om onder andere draagvlak te creëren bij de medewerkers. Ook zal er een klankbordgroep Zorg en Bedrijfsvoering worden samengesteld en wordt er gekeken hoe de volgende deelprojectgroepen per policluster kunnen worden ingericht:

- Poli Beweging;
- Poli Chronische Ziekten;
- Poli Hart en Vaten;
- Poli Transplantatie;
- Poli Hoofd;
- Poli Moeder en Kind;
- Poli Urologie en Gynaecologie.

Het overleg van de klankbordgroep vindt maandelijks plaats en heeft verder tot doel dat de groep input levert. Tijdens de overleggen wordt er nagedacht over het ontwikkelen van een visie op de nieuwe clustering, wordt er meege-dacht in oplossingen en vindt er een praktische kijk op de zaken plaats.

Klankbordgroep Medici
Functie
Chef de Clinique Obstetrie & Gynaecologie
Chef de Clinique Interne Geneeskunde
Chef de Clinique Cardiologie
Chef de Clinique KNO
Chef de Clinique Anesthesiologie
Chef de Clinique Chirurgie

**Tabel 1.5:** Klankbordgroep Medici fase 2 (Stuurgroep UMCG, 2015)

Het resultaat dat op 1 juli 2015 opgeleverd dient te worden, is aan het begin van voorbereidingsfase 2 specifiek gedefinieerd.

Zoals al eerder beschreven is, is er gekozen om de clustering van de nieuwe poli-indeling in twee fasen uit te gaan voeren, waarbij op 1 juli 2015 de eerste fase van de uitvoering gedetailleerd uitgewerkt is en de tweede uitvoeringsfase globaal. Op de volgende pagina staat de indeling van de

poliklinieken weergegeven met betrekking tot de twee fasen van de uitvoering van het project.

Bij deze indeling zijn de poliklinieken gekoppeld aan clusters. De totstandkoming van deze clusters wordt in paragraaf 1.4 verder toegelicht.

### 1. Uitvoering Fase 1

Een gedetailleerd advies over de totstandkoming van een nieuwe poli-indeling aan de Fonteinstraat, inclusief Orthopedie en Revalidatiegeneeskunde en exclusief Keel-, Neus- en Oorheelkunde.

Fase 1	Cluster
Poli W - Orthopedie & Traumatologie	Bewegen
Poli P - Revalidatiegeneeskunde	Bewegen
Poli B - Chirurgie & Vaatlab	Hart & Vaat (Thorax)
Poli C - Thoraxcentrum	Hart & Vaat (Thorax)
Poli D - Interne & Longziekten	Chronisch
Poli E - Interne ziekten	Chronisch
Poli U - Dermatologie	Chronisch

**Tabel 1.6** Uitvoering fase 1 (Stuurgroep UMCG, 2015)

### 2. Uitvoering Fase 2

Een globaal advies over de totstandkoming van een nieuwe poli-indeling aan de Poortweg, inclusief Neurologie. Met betrekking tot deze fase zal er op een later moment een gedetailleerder advies geschreven worden op basis van het globale advies dat op 1 juli 2015 opgeleverd wordt.

Fase 2	Cluster
Poli J1 - Neurologie, KNF, NP	Hoofd
Poli J - MKA-chirurgie	Hoofd
Poli A - KNO	Hoofd
Poli K - Oogheelkunde	Hoofd
Poli K/L - Urologie	Urologie & Gynaecologie
Poli L - Obstetrie & Gynaecologie	Urologie & Gynaecologie / Moeder & Kind
Poli M - Kindergeneeskunde	Moeder & Kind

**Tabel 1.7** Uitvoering fase 2 (Stuurgroep UMCG, 2015)

Om het bovengenoemde resultaat te behalen, zullen de volgende stappen doorlopen worden:

- Stap 1: Inrichten projectorganisatie en deelprojecten
  - Informeren per cluster

- Samenstelling en opstarten deelprojectgroepen
- Organisatie themabijeenkomsten
- Werkgroepsessies
- Stap 2: Communicatie denkrichting poli-indeling in het huis
- Stap 3: Planning besluitvorming poli-indeling
- Stap 4: Uitwerken zorgpaden per cluster Fase 1 (van de uitvoering)
- Stap 5: Uitwerken clusters Fase 1 (van de uitvoering)
- Stap 6: Fasering poli-indeling Fase 1 (van de uitvoering)
- Stap 7: Advies over tijdelijke huisvesting
- Stap 8: Uitwerking advies totstandkoming nieuwe poli-indeling
- Stap 9: Opleveren advies aan het Bouwoverleg

Daarnaast is er gekeken naar de beheersing van de stappen die doorlopen zullen worden. Hiervoor is de GOTIK-methode toegepast. Dit is een methode voor de beheersing van aspecten in het projectmanagement. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt in: Geld, Organisatie, Tijd, Informatie en Kwaliteit.

**Geld:** Voor dit project geldt een beperkte investeringsruimte, namelijk €1.000.000,-

**Organisatie:** Het project is ingedeeld in twee fasen die uit meerdere deelprojecten bestaan. Hiervoor is een organogram opgesteld (zie afbeelding 1.6 op pagina 23).

**Tijd:** Fase 0 van het project Hotfloor moet tijdig kunnen starten.

**Informatie:** Effectieve interne communicatie is van belang.

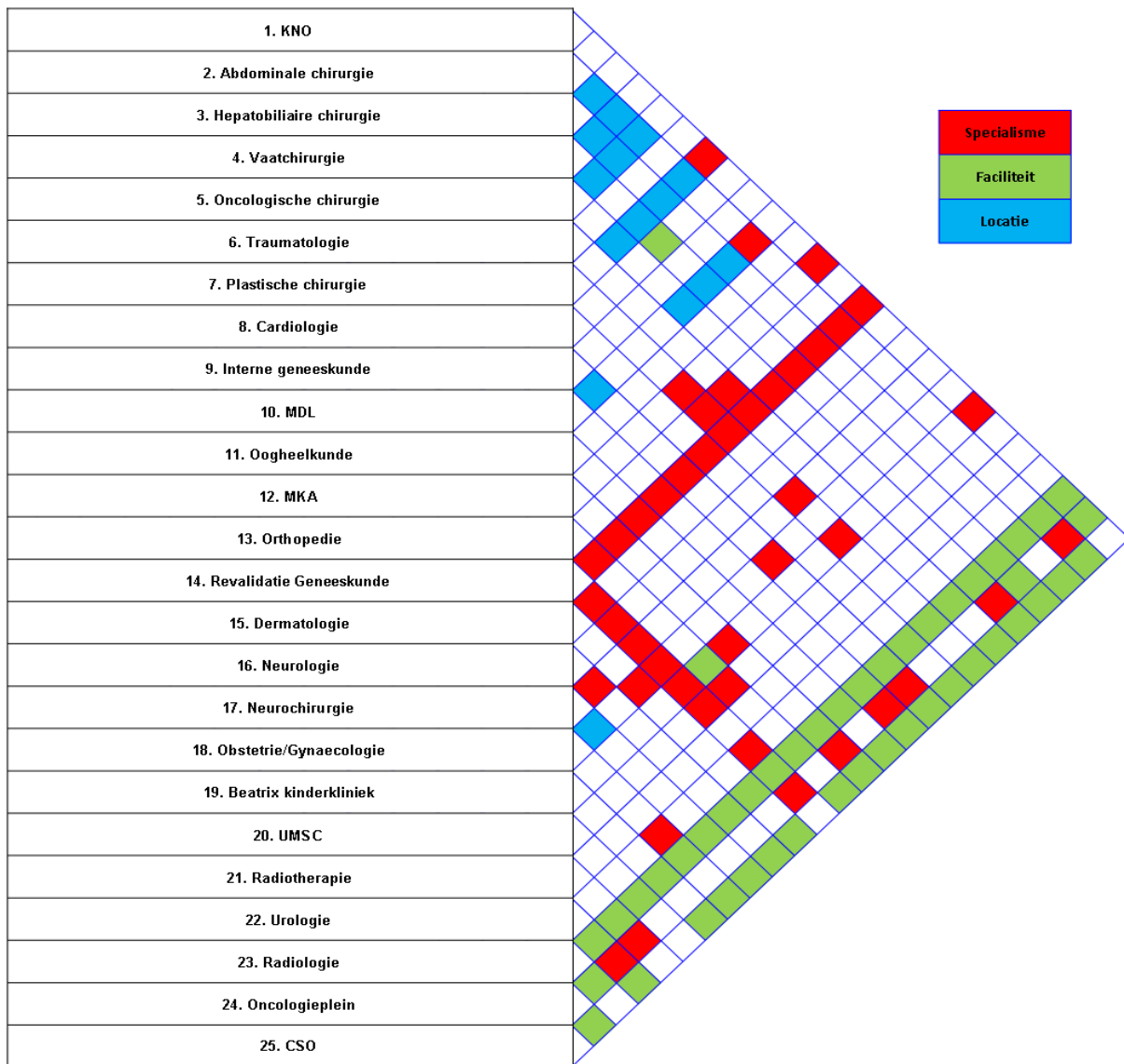
**Kwaliteit:** De kwaliteit van de patiëntenzorg blijft gewaarborgd. Het voorstel heeft draagvlak binnen de organisatie.

#### 1.4 CLUSTERS

Samengevat is voor dit project een keuze gemaakt voor een variant waarin de volgende aspecten zijn meegenomen:

- Op basis van
  - Patiënt centraal
  - Ruimtegebruik centraal
- Centravorming, speerpunten
  - Bouwen aan de toekomst van de zorg 2020
  - Zorgthema's
- Vanuit een specialismengeorganiseerde polikliniek naar een patiëntgeorganiseerde polikliniek

Zoals eerder in dit hoofdstuk vermeld staat, is het afstudeerproject (de Beweegpoli) een onderdeel van het gehele project Poli-indeling. Naast de Beweegpoli zijn er andere clusters vormgegeven. Deze indeling is gebaseerd op de relaties die de specialismen met elkaar hebben.



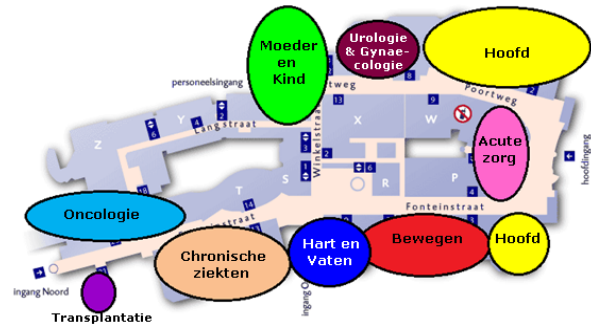
Afbeelding 1.4 Relatieschema specialismen (Stuurgroep UMCG, 2015)

<b>1. Acute Zorg</b> - Traumatologie - Orthopedie - Interne Algemeen - Neurologie / Neurochirurgie - Plastische Chirurgie	
<b>2. Bewegen</b> - Orthopedie - Revalidatiegeneeskunde - Plastische Chirurgie - Reumatologie - Chirurgie, Traumatologie - Neurologie / Neurochirurgie - Sportgeneeskunde	
<b>3. Chronische Ziekten</b> - Interne Algemeen - Neurologie - Endocrinologie - Longziekten en Tuberculose - Reumatologie & Klinische Immunologie - Maag-Darm-Leverziekten (IBD) - Abdominale Chirurgie - Dermatologie - Nefrologie - Allergologie	
<b>4. Hoofd</b> - Plastische Chirurgie - Keel-, Neus- en Oorheelkunde - Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie - Oogheelkunde - Neurologie / Neurochirurgie	
<b>5. Moeder &amp; Kind</b> - Obstetrie & Gynaecologie - Kindergeneeskunde - Kinderchirurgie - Plastische Chirurgie - Genetica	
<b>6. Oncologie</b> - Medische Oncologie - Radiotherapie - Chirurgische Oncologie - Hematologie - Alle Oncologische aandoeningen behalve kinderen	
<b>7. Hart en Vaten (Thorax)</b> - Cardiologie - Cardiothoracale Chirurgie - Vaatchirurgie - Genetica	
<b>8. Transplantatie</b> - Transplantatiechirurgie - HPB Chirurgie - Nefrologie - Thorax - Longziekten - Kindergeneeskunde - Maag-Darm-Leverziekten	
<b>9. Gynaecologie &amp; Urologie</b> - Obstetrie & Gynaecologie - Urologie	

Op basis van de voorkeursvariant en het relatieschema is er een clustering vormgegeven rondom de patiënt. Hierbij zijn negen nieuwe clusters ontstaan die in tabel 1.8 worden weergegeven. Tevens is in deze tabel te zien welke specialismen onder deze clusters vallen.

Het is mogelijk dat de cluster Chronische Ziekten samengevoegd gaat worden met de cluster Transplantatie, waardoor er acht clusters zullen komen in plaats van negen. Hierover is nog geen besluitvorming geweest en heeft in het kader van deze opdracht geen consequenties voor het advies dat geschreven is over de inrichting van de Beweegpoli.

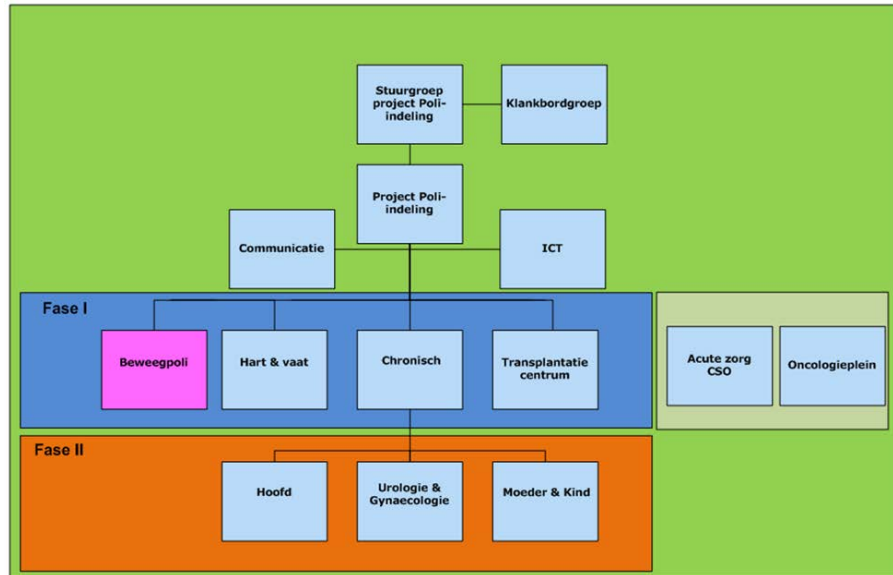
In afbeelding 1.5 is weergegeven op welke locaties de clusters gesitueerd zullen worden.



**Afbeelding 1.5** Vlekkenplan clusters (Stuurgroep UMCG, 2015)

Hieronder is een organogram toegevoegd, waarin onder andere de deelprojecten van het project Poli-indeling weergegeven staan. Hierin is tevens in het roze aangegeven op welk deelproject de afstudeeropdracht gericht is.





Afbeelding 1.6 Organogram deelprojecten (Stuurgroep UMCG, 2015)

### 1.5 RELEVANTIE ONDERZOEK

Niet alleen voor het UMCG is het interessant te kijken naar de indeling van de poliklinieken, ook voor andere ziekenhuizen, zowel in Nederland als internationaal, kan een logische indeling van toegevoegde waarde zijn. In de toekomst zal de (specialistische) zorg er namelijk anders uit komen te zien dan nu. Onder andere de zorgvraag verandert: er komen steeds meer chronisch zieken, die vaak ook meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben.

Door relaties tussen de specialismen vast te stellen, kan gekeken worden welke specialismen relatief veel met elkaar samenwerken en daarom het beste bij elkaar gepositioneerd kunnen worden. Patiënten hebben steeds vaker meerdere aandoeningen tegelijkertijd, wat als gevolg heeft dat ze tijdens een ziekenhuisbezoek afspraken hebben bij verschillende specialismen. Wanneer deze specialismen met elkaar samenwerken, kan de patiënt multidisciplinair (en sneller) behandeld worden.

Tot slot kan een intensievere samenwerking een positief effect hebben op de verschillende beroepsgroepen binnen de zorgsector. Wanneer er meer overlegd wordt en er vaker wordt samengewerkt, kunnen artsen, therapeuten et cetera kennis met elkaar delen, wat mogelijk ook zou kunnen leiden tot het sneller vaststellen van een diagnose (RVZ, 2011).



## 2 ONDERZOEKSONTWERP

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het afstudeeronderzoek. Hierin zullen verschillende onderdelen aan de orde komen die zorgen voor een afbakening van het onderzoek.

Daarnaast zal de werkwijze van het onderzoek aan bod komen en wordt er beschreven met welke kwaliteitscriteria rekening is gehouden.

### 2.1 AFBAKENING ONDERZOEK

Om het onderzoek af te bakenen, staan hieronder verschillende onderdelen beschreven. Allereerst komt de aanleiding van het afstudeerproject aan bod en vervolgens zullen de probleemstelling, doelstelling, deelvragen en onderzoeksresultaten worden toegelicht.

#### 2.1.1 AANLEIDING

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven is, is de opdracht voor het project Poli-indeling gegeven door de Raad van Bestuur van het UMCG en bestaat het project uit diverse deelprojecten, waar de Beweegpoli één van is.

De opdracht is geformuleerd naar aanleiding van de noodzaak een besluit te nemen over een andere locatie voor de activiteiten die momenteel plaatsvinden op de poliklinieken Neurologie, Orthopedie/Traumatologie en Revalidatiegeneeskunde, omdat er ruimte gemaakt moet worden voor het project “Operatie Hotfloor”.

Het doel van gehele project is niet alleen om het project Hotfloor tijdig van start te kunnen laten gaan, maar tevens om te komen tot een poli-indeling die toekomstbestendig is. In het kader van het aspect “toekomstbestendigheid” zou daarom rekening kunnen worden gehouden met een externe ontwikkeling binnen de zorgsector die ook in paragraaf 1.5 aan bod is gekomen. Deze ontwikkeling is dat de zorgvraag in de toekomst zal veranderen, wat inhoudt dat er meer chronisch zieken zullen komen, die vaak ook meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben. Dit heeft als gevolg dat patiënten tijdens een ziekenhuisbezoek afspraken hebben bij verschillende specialismen. Door een poli-indeling te creëren waarbij de locaties van de specialismen gebaseerd zijn op de onderlinge relaties die ze met elkaar

hebben, zal het voor de specialismen makkelijker worden om met elkaar samen te werken en om de patiënt multidisciplinair te behandelen.

In de onderstaande afbeelding is een plattegrond weergegeven van de begane grond van het Centraal Medisch Complex. Hier zullen diverse verschuivingen plaatsvinden om een nieuwe poli-indeling mogelijk te maken. De Beweegpoli zal gesitueerd worden in het bouwdeel Poli B, dit is aangegeven met de rode pijl.

Poli B is de oudste polikliniek met een onderhoudsachterstand, waardoor het noodzakelijk is deze locatie als eerste leeg te halen en te verbouwen. Omdat de verbouwing noodzakelijk is en omdat er een interessante cluster gevestigd zal worden, is er na overleg besloten om van deze deelopdracht een afstudeeropdracht te maken.



Afbeelding 2.1 Locatie Beweegpoli (UMCG, 2015)

#### 2.1.2 PROBLEEMSTELLING

Het beleidsdocument “*Bouwen aan de toekomst van gezondheid 2020*” beschrijft de koers van het UMCG. Hierin staan de twee drijfveren van het ziekenhuis beschreven:

- Van mens tot mens in alles wat we doen
- Healthy Ageing

De probleemstelling van de afstudeeropdracht is op basis van de drijfveren als volgt opgesteld:

*In opdracht van de sectordirecteur van Sector B wordt onderzocht hoe de twee drijfveren uit de visie van het Universitair Medisch Centrum Groningen kunnen worden vertaald naar de huisvesting van de Beweegpoli, waarbij rekening gehouden wordt met de termen Healthy Ageing, Healthy at Work en Healing Environment, met de benutting van de m<sup>2</sup> binnen de polikliniek, met de uitgangspunten zoals benoemd voor het project Poli-indeling en met de belangen van de diverse eindgebruikers van de Beweegpoli.*

### 2.1.3 DOELSTELLING

De nieuwe clustering van de poliklinieken is gebaseerd op een oplossingsrichting, waarbij zowel rekening is gehouden met het centraal stellen van het ruimtegebruik, als met het centraal stellen van de patiënt. Op basis van deze richting is voor de cluster Bewegen de volgende doelstelling geformuleerd:

*Het realiseren van een huisvestingsconcept voor de nieuwe polikliniek voor de cluster Bewegen, waarbij dit nieuwe concept zal moeten bijdragen aan een efficiënter ruimtegebruik (benutting m<sup>2</sup>) en aan het langer gezond houden en actief blijven van mensen (Healthy Ageing) en medewerkers (Healthy at Work).*

De doelstelling is gericht op de Beweegpoli, maar daarnaast zal het afstudeerproject betrekking hebben op de rest van de organisatie. De Beweegpoli zal in de nieuwe situatie op de locatie Poli B komen, waar op dit moment andere specialismen in gehuisvest zijn. Deze specialismen zullen verplaatst moeten worden naar andere poliklinieken, wat als gevolg heeft dat binnen die poliklinieken ook verschuivingen zullen plaatsvinden.

#### **SMART**

Een doelstelling dient SMART geformuleerd te worden, wat inhoudt dat het Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden is. Het geeft aan wat bereikt moet worden en welke resultaten wanneer klaar dienen te zijn (Verhoeven, 2011).

#### *Specifiek*

Om het doel concreet te beschrijven, kunnen de volgende zes W-vragen beantwoord worden:

- **Wat willen we bereiken?**  
Een huisvestingsconcept voor de Beweegpoli, waarbij efficiënt gebruik wordt gemaakt van de ruimte en waarbij Healthy Ageing en Healthy at Work een belangrijke rol spelen.
- **Wie zijn erbij betrokken?**  
De volgende specialismen behoren tot de Beweegpoli:  
- Orthopedie - Chirurgie, Traumatologie - Sportgeneeskunde  
- Revalidatiegeneeskunde - Neurologie / Neurochirurgie - Reumatologie  
- Plastische Chirurgie
- **Waar gaan we het doen?**  
De Beweegpoli zal gepositioneerd worden op de locatie Poli B op de begane grond van het Centraal Medisch Complex van het UMCG.
- **Wanneer gebeurt het?**  
Op 1 juli 2015 zal de besluitvorming plaatsvinden over het advies voor het gehele poli-project. Na deze besluitvorming zal de fasering verder worden uitgewerkt en zal een tijdsplanning worden gemaakt door de projectorganisatie.
- **Welke delen van de doelstelling zijn essentieel?**  
Met name het efficiënte ruimtegebruik is essentieel. Er komen meerdere specialismen op één polikliniek, waarvan op dit moment een aantal specialismen (bijna) een eigen polikliniek tot hun beschikking heeft.
- **Waarom willen we dit doel bereiken?**  
Binnen het poli-project zal gestart worden met Poli B. Er zal ruimte binnen het bestaande gebouw van het ziekenhuis gecreëerd moeten worden en waar nodig zal in het bestaande gebouw of elders op het UMCG-terrein tijdelijke huisvesting komen. Door verschuivingen mogelijk te maken kan het project Hotfloor in januari 2016 van start gaan en zal uiteindelijk als eindresultaat een toekomstbestendige polikliniek gerealiseerd zijn.

#### *Meetbaar*

Op basis van de gegevens over het aantal vierkante meter en de bezetting van de spreek- en behandelkamers kan gekeken worden of er ruimte over is in het bestaande gebouw. Met deze informatie kan het aantal vierkante meter

in de nieuwe situatie afgestemd worden op het aantal vierkante meter dat daadwerkelijk nodig is.

#### *Acceptabel*

De doelstelling is in overeenstemming met het beleid van het UMCG. Eén van de drijfveren van het UMCG, namelijk Healthy Ageing, is meegenomen in de doelstelling van het project.

Verder zal er draagvlak gecreëerd moeten worden. Hiermee is begonnen tijdens de voorbereiding van het project door in gesprek te gaan met onder andere polimanagers die betrokken zijn bij de cluster Bewegen. Daarnaast wordt aan de diverse specialismen gevraagd om zelf cijfermateriaal te verzamelen over de roostering. Dit wordt vervolgens door de projectorganisatie met elk specialisme apart besproken om door te nemen of de cijfers kloppen.

#### *Realistisch*

Het doel zal haalbaar moeten zijn. Zoals blijkt uit de informatie die tijdens fase 1 van de voorbereiding verzameld is, moet de Beweegpoli kunnen passen op de locatie Poli B.

#### *Tijdgebonden*

Het afstudeerproject over de Beweegpoli is gestart op 2 februari 2015 en zal eindigen op 19 juni 2015. Na 19 juni zal het advies worden meegenomen door de projectorganisatie om te kijken of er aanbevelingen kunnen worden meegenomen in het besluit dat zal plaatsvinden op 1 juli 2015.

### 2.1.4 DEELVRAGEN

Om antwoord te kunnen geven op de probleemstelling zijn diverse deelvragen opgesteld die kunnen bijdragen aan het verkrijgen van de benodigde, specifieke kennis. De onderstaande deelvragen zijn geordend in de categorieën “Bouwen aan de toekomst” en “Opdracht poli’s”, waarbij aspecten uit de probleemstelling, zoals Healthy Ageing, terugkomen in de vragen.

#### **Bouwen aan de toekomst:**

1. Wat wordt er verstaan onder de termen Healthy Ageing en Healthy at Work?
2. Welke informatie is er bekend over de invloed van Healthy Ageing en Healthy at Work op de huisvesting in ziekenhuizen?

3. Wat betekent Healing Environment en welke uitstraling van huisvesting kan bijdragen aan positieve ervaringen van patiënten?
4. Op welke manier(en) kan in de huisvesting rekening worden gehouden met het centraal staan van de patiënt, passend bij de drijfveer “van mens tot mens in alles wat we doen”?
5. Welke ziekenhuizen, die relevant zijn voor het UMCG, hebben een cluster van beweegspecialismen?
6. Welke synergetische effecten zijn bij deze inrichting bereikt en hoe is dit tot stand gekomen?

#### **Opdracht poli's:**

7. Wat is de huidige situatie met betrekking tot de polindeling van het UMCG en wat zijn mogelijke knelpunten in deze situatie?
8. Wat is de huidige situatie met betrekking tot het ruimtegebruik (benutting m<sup>2</sup>) van de poliklinieken in het UMCG?
9. Wat houdt de Beweegpoli van het UMCG in en welke eindgebruikers behoren tot deze polikliniek?
10. Met welke uitgangspunten van het UMCG dient rekening te worden gehouden met betrekking tot het realiseren van de huisvesting van de Beweegpoli en wat houden deze uitgangspunten in?
11. Op welke locatie binnen het Centraal Medisch Complex van het UMCG dient de Beweegpoli gerealiseerd te worden en uit hoeveel m<sup>2</sup> bestaat deze locatie?
12. Welke eisen zijn er met betrekking tot de huisvesting (het aantal m<sup>2</sup> en dergelijke) van de Beweegpoli als er gekeken wordt naar de activiteiten die er kunnen plaatsvinden, oftewel hoe ziet een globaal Programma van Eisen voor deze poli eruit?
13. Op welke manier(en) kan in de huisvesting van de Beweegpoli rekening worden gehouden met het centraal staan van het ruimtegebruik, waarbij tevens de doelmatigheid en efficiëntie van de inrichting worden meegenomen?
14. Op welke manier(en) kan in de huisvesting van de Beweegpoli rekening worden gehouden met de wensen van de verschillende afdelingen die behoren tot de cluster Bewegen en die kan leiden tot synergetische effecten?
15. Welke inrichtingsconcepten voor de Beweegpoli komen in de SOLL situatie in aanmerking, waarbij de be-

langrijkste knelpunten uit de IST situatie zijn opgelost en waarbij het synergetisch effect maximaal is?

### 2.1.5 ONDERZOEKRESULTATEN

Op basis van de informatie die verkregen wordt bij het beantwoorden van de probleemstelling en de deelvragen, zal naast dit adviesrapport een uitwerking worden gemaakt van een ruimtesoort van de Beweegpoli. De volgende opsomming geeft weer wat de eindresultaten zullen zijn:

- Adviesrapport over een huisvestingsconcept van de Beweegpoli
- Uitwerking van één ruimtesoort van de Beweegpoli

## 2.2 VERWACHTINGEN ONDERZOEK

Op basis van de opdrachtomschrijving wordt verwacht dat het implementeren van de verhuizing van de poliklinieken van het UMCG vraagt om een andere mindset van de medewerkers die werkzaam zijn op de poliklinieken. Naast een andere mindset zal er tevens op een andere manier geroosterd moeten worden.

In de toekomst moeten de poliklinieken niet meer als "eigendom" gezien worden van de specialismen. De poliklinieken zijn van het UMCG en de ruimtes zouden in principe door iedereen gebruikt moeten kunnen worden. Veel medewerkers van de poliklinieken zijn gewend aan vaste werkplekken. In de nieuwe situatie waarin een andere clustering toegepast zal zijn, is het de bedoeling om efficiënter met de beschikbare ruimtes om te gaan. Dit heeft als gevolg dat er op een andere manier geroosterd zal moeten worden. Artsen worden bijvoorbeeld voor een dagdeel ingeroosterd op een kamer, waarbij het niet uitmaakt of de arts vier of acht patiënten ontvangt. Volgens het systeem is de kamer bezet.

Daarnaast beschikken de specialismen over verschillende systemen waarin afspraken worden ingepland. Wanneer specialismen op één polikliniek kamers zullen moeten delen, zal er gekeken moeten worden welk systeem integraal gebruikt kan worden. Dit houdt in dat bepaalde poliklinieken zullen moeten overgaan op een andere werkwijze. Wanneer de roostering in één systeem en rondom de patiënt zal plaatsvinden, zal de arts alleen gebruik maken van de spreek- of behandelkamer wanneer er daadwerkelijk een patiënt aanwezig is. Andere werkzaamheden, zoals admini-

stratie en dergelijke, zullen op andere (flexibele) werkplekken uitgevoerd kunnen worden.

Dit betekent dat in de toekomst niet iedereen een vaste werkplek heeft, want de polikliniek is niet meer "in eigendom van" het specialisme. Verwacht wordt dat medewerkers zullen moeten wennen aan het idee dat de ruimte van het UMCG is en iedereen in principe daarvan gebruik moet kunnen maken.

## 2.3 METHODISCHE VERANTWOORDING

In het kader van de methodische verantwoording van het onderzoek zal allereerst het onderzoeksmodel worden weergegeven. Vervolgens wordt verder ingegaan op de werkwijze van het onderzoek.

### 2.3.1 ONDERZOEKSMODEL

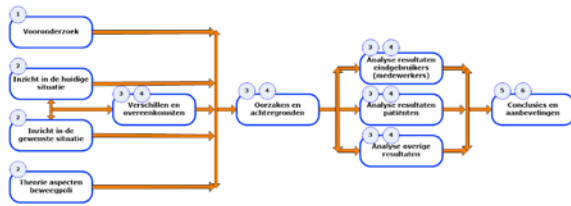
Bij het uitvoeren van het onderzoek zijn de volgende stappen doorlopen:

1. Het maken van een onderzoeksopzet;
2. Dataverzameling:
  - Het uitvoeren van deskresearch;
  - Het uitvoeren van kwalitatief en kwantitatief onderzoek;
3. Het analyseren van de informatie uit de vorige twee stappen;
4. Het ontwikkelen van een aantal inrichtingsconcepten;
5. Het onderbouwen van de keuze over het inrichtingsconcept dat het meest passend is binnen de gegeven uitgangspunten van het project;
6. Het formuleren van aanbevelingen voor het huisvestingsconcept van de Beweegpoli en het uitwerken van één ruimtesoort van de Beweegpoli.

In de afbeelding op de volgende pagina is op basis van de vraagstelling van het afstudeerproject en de bovenstaande zes stappen een onderzoeksmodel opgesteld. Om dit model op te stellen is gebruik gemaakt van het boek van Verschuren en Doorewaard (1995).

In het model geven de nummers 1 t/m 6 aan welke stap of welke stappen aan welk onderdeel uit het model gekoppeld kunnen worden.

Ter ondersteuning van het onderzoeksmodel zijn enkele managementmodellen toegepast om het onderzoek te ondersteunen bij de uitwerking.



**Afbeelding 2.2** Onderzoeksmodel (Verschuren & Doorewaard, 1995)

### 2.3.2 METHODE

Het afstudeeronderzoek is gericht op vijftien deelvragen om te komen tot een antwoord op de probleemstelling. Dit wordt gedaan met behulp van verschillende onderzoeksmethoden: deskresearch, literatuuronderzoek, kwalitatief onderzoek (onder andere interviews en observaties) en kwantitatief onderzoek (onder andere enquêtes).

Om de hoofdvraag te beantwoorden wordt er onderzocht hoe de twee drijfveren uit de visie van het UMCG vertaald kunnen worden naar de huisvesting van de Beweegpoli. Het onderzoekstype dat door deze vraagstelling passend is bij de hoofdvraag is beschrijvend onderzoek. Daarnaast zijn de geformuleerde deelvragen beschrijvend van aard.



**Afbeelding 2.3** Onderzoekstypen (Baarda, 2009)

Het onderzoek wordt globaal uitgevoerd met behulp van Lean Six Sigma (LSS), een combinatie van 'Lean' en 'Six Sigma'. LSS is een sterke combinatie: Six Sigma heeft te maken met de analyse- en diagnoseaanpak en met de organisatiestructuur voor het uitwerken en invoeren van verbe-

teringen, terwijl Lean technieken worden ingezet om de processtromen te verbeteren. Deze combinatie draagt bij aan een efficiëntere inrichting van processen (Does e.a., 2009).

Eén van de

Onderzoekstype	Vraagstelling	Onderzoeksvraag/hypothese
Beschrijvend onderzoek	Wat? Waar? Hoe? Welke?	Onderzoeksvraag
Explorierend onderzoek	Waarom?	Onderzoeksvraag
Toetsend onderzoek	Klopt het?	Hypothese

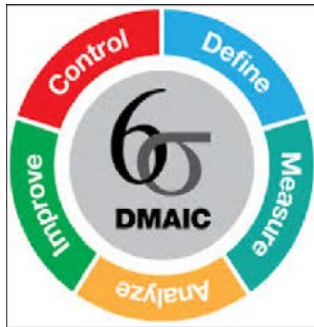
**Tabel 2.1** Onderzoekstypen (Baarda, 2009)

processen waar tijdens de eerste fase van het project rekening mee is gehouden, zijn de patiëntenstromen. Er zijn in fase 1 van de voorbereiding clusters gevormd, waarbij gekeken is naar de onderlinge relaties tussen de diverse specialismen binnen het UMCG. Zo zijn er patiënten die afspraken hebben bij meerdere specialismen. Op basis van deze relaties is de clustering tot stand gekomen, zodat het mogelijk wordt om de patiëntstromen efficiënter te maken.

Het project wordt volgens een gestructureerd model uitgevoerd, namelijk DMAIC. Dit model is een onderdeel van LSS en bestaat uit de volgende vijf fasen (Mulders, 2010):

- **D**efine
- **M**easure
- **A**nalyse
- **I**mprove
- **C**ontrol

De stappen van DMAIC kunnen gekoppeld worden aan de zes stappen die in het onderzoeksmodel zijn weergegeven. Hoe dit aan elkaar gekoppeld kan worden, zal hierna worden toegelicht.



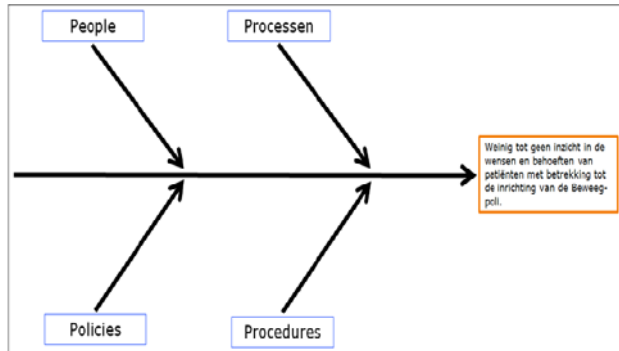
Afbeelding 2.4 Lean Six Sigma (Raamstijn, 2015)

### Define & Measure (stap 1 en 2)

De eerste twee fasen van DMAIC houden in dat het project in kaart wordt gebracht en dat er inzicht verkregen wordt in de huidige situatie en in de aspecten die van belang zijn voor het project. Het verkrijgen van informatie over diverse aspecten, zoals Healthy Ageing en Healing Environment, zal in de eerste fasen met name gebeuren door het uitvoeren van deskresearch. Er wordt onder andere informatie gezocht op de website en het intranet van het UMCG en er worden boeken en tijdschriften geraadpleegd waarin onderwerpen, zoals Healing Environment, aan bod komen. Daarnaast hebben aan het begin van het afstudeerproject diverse oriënterende gesprekken plaatsgevonden met Sibrich Bouwman en de Stuurgroep. Tijdens deze gesprekken is met name aan bod gekomen wat tijdens fase 1 van de voorbereiding gedaan is en welke informatie verzameld is. Leden van de Stuurgroep van het project Poli-indeling zijn onder andere met polimanagers in gesprek geweest om erachter te komen wat hun wensen en behoeften zijn. Opvallend is dat de patiënt tot nu toe nog nergens bij betrokken is geweest, terwijl het initiatiefdocument op 1 juli 2015 afgerond moet zijn en terwijl de patiënt binnen het UMCG centraal staat. Verwacht zou kunnen worden dat de patiënt al in een vroeg stadium bij het project betrokken zou zijn, bijvoorbeeld door middel van patiëntfocusgroepen. Dit opvallende punt kan in een Ishikawa-diagram, ook wel Visgraatdiagram, geassocieerd worden. Met behulp van de Visgraatdiagram kunnen hoofdzaken inzichtelijk worden gemaakt en kan er verderop bij de analyse een stapje verder

worden gegaan. Het wordt ook wel de Oorzaak-Gevolgdiaagram genoemd, omdat links in de diagram de oorzaken staan en rechts het gevolg. Het gevolg dat in afbeelding 2.5 weergegeven is, is: *Weinig tot geen inzicht in de wensen en behoeften van patiënten met betrekking tot de inrichting van de Beweegpoli.*

De basis van de Visgraatdiagram is als volgt:



Afbeelding 2.5 Hoofdgroepen visgraatdiagram

Een uitgewerkte versie van de Visgraatdiagram staat in het bijlage C. Hierin worden oorzaken inzichtelijk gemaakt die als gevolg hebben dat er weinig tot geen inzicht verkregen wordt in de wensen en behoeften van patiënten die behoren tot de Beweegpoli.

Bij "People" is onder andere de weerstand vanuit de organisatie een oorzaak van het gebrek aan inzicht in de behoeften van patiënten, terwijl bij "Processen" met name aangegeven wordt dat het komt doordat de werkwijzen meer ingericht zijn rondom de arts.

"Policies" gaat over dat er zonder toestemming van bovenaf geen acties ondernomen kunnen worden gericht op de patiënt en bij "Procedures" wordt de tijdsdruk genoemd die ontstaat door de andere (bouw)projecten en dat er mogelijk daarom weinig tijd is om de patiënt te bevragen.

Vervolgens wordt er informatie gezocht over de huidige en de gewenste situatie met betrekking tot de inrichting van de Beweegpoli. Inzicht in deze twee situaties zal met name verkregen worden door het afnemen van enquêtes (kwantitatief onderzoek) en het houden van interviews en uitvoeren van interne en externe observaties (kwalitatief onderzoek). Met behulp van de observaties kan vanuit mijn



eigen invalshoek gekeken worden hoe mijn ervaringen en indrukken van de inrichting in het UMCG zijn in vergelijking met andere ziekenhuizen.

De enquêtes worden zowel bij patiënten als bij eindgebruikers (medewerkers) afgenomen om bij de volgende stap (Analyze) te kunnen bepalen of er verschillen en overeenkomsten zijn tussen de wensen van deze twee doelgroepen. Door enquêtes af te nemen onder de patiënten van verschillende poliklinieken kan per polikliniek inzichtelijk worden wat patiënten positieve en negatieve aspecten vinden in de inrichting en kan er bij de nieuwe clustering gekeken worden hoe bepaalde inrichtingsaspecten kunnen worden gecombineerd.

Op die manier kan de Visgraatdiagram dienen als schakel tussen de huidige (IST) en gewenste (SOLL) situatie. Een uitgewerkte Visgraatdiagram kan gezien worden als het eindpunt van IST, want alle huidige aspecten komen samen in één model, waardoor er een startpunt ontstaat om naar de SOLL-situatie te gaan.

### **Analyze (stap 3)**

Met de informatie over de huidige en gewenste situatie is het mogelijk om te bepalen waar de verschillen en overeenkomsten zitten. Ook is de oorzaak van het project Polindeling bekend geworden door onder andere interviews af te nemen en is er meer achtergrondinformatie beschikbaar gekomen over de organisatie zelf.

Met alle informatie die met behulp van de verschillende onderzoeksmethoden en -instrumenten verzameld zijn, kan vervolgens geanalyseerd worden of bepaalde informatie met elkaar overeenkomt.

Zijn er bijvoorbeeld wensen van patiënten en medewerkers over de inrichting die overeenkomen, dan is het misschien mogelijk om die wensen in ieder geval terug te laten komen in de nieuwe inrichting. Echter, het is ook van belang dat er rekening wordt gehouden met de randvoorwaarden die zijn opgesteld door de Raad van Bestuur en dat er gekeken wordt naar de normen die opgesteld zijn door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.

### **Improve & Control (stap 4 en 5)**

De fase Improve is met name gericht op de gewenste situatie, waarbij gekeken wordt naar de verschillen die zijn aangegeven tussen de ervaringen van patiënten en eindgebruikers en tussen de wensen van deze doelgroepen.

Door deze informatie te vergelijken, kan gekeken worden hoe de inrichting van een polikliniek verbeterd kan worden. De laatste fase Control gaat over het uitwerken van de verbeterdoelstellingen en hoe deze geïmplementeerd kunnen worden binnen de organisatie. De afstudeeropdracht heeft niet direct te maken met de implementatie, maar hierover kunnen wel aanbevelingen worden gedaan die kunnen worden toegevoegd aan het adviesrapport.

### **2.3.3 ONDERZOEKSMETHODEN EN -INSTRUMENTEN**

In de tabel in bijlage D is overzichtelijk per deelvraag aangegeven welke onderzoeksmethoden en -instrumenten uitgevoerd zijn.

Elke onderzoeksmethode wordt in deze paragraaf toegevoegd en hierbij wordt onder andere aangegeven op welke (interne en externe) locaties geobserveerd en/of geënteerd is en welke medewerkers geïnterviewd zijn in het kader van dit afstudeerproject. De resultaten die uit deze onderzoeksmethoden zijn voortgekomen, komen uitgebreider aan bod in de hoofdstukken 4 tot en met 7.

#### **2.3.3.1 Deskresearch**

Voor de meeste deelvragen (behalve deelvragen 6, 7, 8 en 14) wordt de methode Deskresearch toegepast. Bij deze onderzoeksmethode worden met name bestaande gegevens verzameld over de organisatie zelf. Deze informatie kan gebruikt worden om de huidige situatie in kaart te brengen.

Eén van de onderzoeksinstrumenten dat hieronder valt, is literatuuronderzoek. Gezien de betrouwbaarheid van de informatie is het van belang om hierbinnen een onderscheid te maken tussen onder andere boeken en wetenschappelijke artikelen.

Daarnaast gaat de betrouwbaarheid van deskresearch over een analyse van de auteur, de actualiteit van de informatie en het vergelijkbaar gebruik van termen.

Op één bron na, namelijk de bron van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, zijn alle bronnen uit de tabel in bijlage D gepubliceerd in de afgelopen jaren (2012-2015). De bron die gebruikt is van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen komt echter uit het jaar 2004, waardoor er een mogelijkheid is dat bepaalde normen die opgesteld zijn door dit Bouwcollege veranderd zijn. Echter, de versie uit 2004 is de versie die binnen het UMCG gebruikt wordt

voor andere bouwprojecten en die door het UMCG beschikbaar is gesteld om te gebruiken bij het afstudeerproject. Daarnaast is de kans klein dat normen die gaan over het aantal vierkante meter heel drastisch veranderd zijn. Een veelgebruikte bron is uiteraard de website van het UMCG. In combinatie met de informatie op de website is ook gebruik gemaakt van (interne) documenten die gaan over dit ziekenhuis, zoals het beleidsdocument "Bouwen aan de toekomst van gezondheid 2020". Er kan worden aangenomen dat de informatie uit deze bronnen klopt. Deze bronnen worden met name gepubliceerd door de afdeling UMC-staf Communicatie, nadat dit doorgenomen is met de betreffende afdelingen, sectoren en dergelijke waarover informatie beschikbaar moet worden gesteld. Hetzelfde zal mogelijk gelden voor de websites van de overige ziekenhuizen (MUMC+, UMCU en Isala). Ook hier zal een afdeling verantwoordelijk zijn voor publicaties die niet zomaar zonder overleg en controle (intern en/of extern) openbaar worden gemaakt.

Een andere bron is het Arboportaal. Dit is een website van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid die up-to-date gehouden wordt en waarbij kan worden aangenomen dat de informatie klopt. Hierop staat wet- en regelgeving waar organisaties in Nederland zich aan moeten houden en waarop werknemers zich kunnen beroepen wanneer werkgevers zich hier niet aan houden. Daarnaast is het proefschrift "De toegevoegde waarde van architectuur voor de zorg in ziekenhuizen" gebruikt als bron. Dit proefschrift is geschreven door Colette Niemeijer, zij is Bouwkundig Ingenieur en heeft een Master in Real Estate behaald. Hierdoor kan worden aangenomen dat ze voldoende expertise heeft over architectuur en de toegevoegde waarde hiervan. Voor het proefschrift zijn diverse (betrouwbare) bronnen gebruikt over de (kwaliteit van de) zorg, zoals bronnen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Tot slot zijn er twee bronnen gevonden die beide gericht zijn op het onderwerp Healing Environment, namelijk de website Omgevingspsycholoog.nl en het boek Environmental Psychology. De website Omgevingspsycholoog.nl is twee jaar geleden opgericht met als doel gebouwen en interieur beter aan te laten sluiten op de beleving van mensen. 'De mens wordt centraal gesteld' in het ontwerp- en bouwproces. Zowel op deze website als in het boek Environmental Psychology komt aan bod dat bij Healing Envi-

ronment de focus ligt op natuurlijke elementen, zoals natuur, daglicht, frisse lucht en stilte. Het boek gaat daarna nog verder in op diverse onderzoeken die zijn uitgevoerd in ziekenhuizen en waaruit blijkt dat het zo aangenaam mogelijk maken van wachtruimten en het bieden van privacy kan zorgen voor een positievere beleving van patiënten. Het boek is geschreven door Linda Steg (Professor Omgevingspsychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen), Agnes van den Berg (Omgevingspsycholoog, gespecialiseerd in onderzoek naar reacties van mensen op natuurlijke omgevingen) en Judith de Groot (Docent Toegepaste Psychologie aan de Bournemouth University, UK).

#### 2.3.3.2 Kwalitatief onderzoek

Met uitzondering van de deelvragen 2 en 8 zijn voor elke deelvraag kwalitatieve onderzoeksmethoden uitgevoerd. Er is gekozen om interviews af te nemen met medewerkers van het UMCG en om te observeren op zowel interne als externe locaties.

#### Interviews

Door middel van het houden van interviews kan meer informatie verkregen worden over de gevoelens en meningen van een persoon. Er zijn interviews gehouden met verschillende medewerkers van het UMCG, waardoor op die manier inzicht verkregen is in hoe er vanuit diverse invalshoeken naar de inrichting van een polikliniek gekeken wordt (Broekhoff, 2007). In de onderstaande tabel staat weergegeven welke medewerkers zijn geïnterviewd.

Geïnterviewde
Medewerker Nieuwbouw OC en ICV
Medewerker Revalidatie
Medewerker Kwaliteit
Medewerker Healthy Ageing
Medewerker Facilitaire Dienst
Medewerker Bedrijfsvoering Revalidatie
Medewerker Bouw & Facilitair
Medewerker Sector B
Medewerker UMCG Next II

**Tabel 2.2** Geïnterviewde medewerkers

#### Observaties

Naast het houden van interviews, valt observeren ook onder de kwalitatieve onderzoeksmethode. Door niet alleen op interne locaties te observeren, maar ook op externe lo-

caties, kan vanuit de invalshoeken van verschillende ziekenhuizen gekeken worden hoe de poliklinieken daar ingericht zijn. Onder intern valt niet alleen de locatie Groningen van het UMCG, maar tevens de locatie Beatrixoord in Haren, omdat deze locatie een onderdeel is van het UMCG.

Door te observeren in andere ziekenhuizen, wordt de kans verkleind dat er teveel gericht wordt op hoe het in de huidige situatie van het UMCG is. Het is uitdagend om juist meer “out of the box” met het onderzoek bezig te zijn.

De volgende observaties hebben plaatsgevonden:

- Interne observaties
  - Polikliniek Revalidatiegeneeskunde (locatie Groningen)
  - Polikliniek Revalidatiegeneeskunde (locatie Haren, Beatrixoord)
  - Polikliniek Cardiologie (locatie Haren, Beatrixoord)
  - Het Tuberculosecentrum (locatie Haren, Beatrixoord)
- Externe observaties
  - Universitair Medisch Centrum Utrecht
  - Maastricht UMC
  - Isala Zwolle (Leef- en Bewegencentrum)

### ***Onderbouwing observaties***

De observaties hebben op diverse (interne en externe) locaties plaatsgevonden. De eerste observatie die heeft plaatsgevonden was in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Binnen het UMCU staat de patiënt centraal, wat één van de twee aspecten is van de oplossingsrichting voor de nieuwe poli-indeling. Dat de patiënt centraal staat in Utrecht is onder andere terug te zien in de volgende slogan *“Het is even belangrijk om de patiënt te kennen die de ziekte heeft, als de ziekte te kennen die de patiënt heeft”*.

Via een medewerker van de afdeling Bouw & Facilitair van het UMCG is informatie over de afstudeeropdracht rondgestuurd naar contactpersonen van diverse ziekenhuizen in Nederland, zoals Radboud Universitair Medisch Centrum in Nijmegen, Leids Universitair Medisch Centrum, Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, Maastricht UMC en het Erasmus MC in Rotterdam. Deze ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van de manier waarop de poliklinieken met beweegspecialismen gesitueerd zijn in het zieken-

huis en/of recente verbouwingen die in de inrichting hebben plaatsgevonden. Uiteindelijk is er door Maastricht UMC gereageerd en is er een afspraak ingepland voor een rondleiding. In dit ziekenhuis worden meerdere beweeggroepen behandeld, waardoor het mogelijk is om heel wat indrukken op te doen in één dag.

Tevens is er een rondleiding geweest in het Leef- en Bewegencentrum van het Isala-ziekenhuis in Zwolle. Daarnaast is er geobserveerd in het hoofdgebouw van dit ziekenhuis, waar de inrichting bekend staat als een huiselijke inrichting.

Naast de externe observaties hebben er interne observaties plaatsgevonden. In verband met het krijgen van toestemming van de polimanagers was het niet mogelijk in elke wachtruimte van de betrokken specialismen van de Bewegepoli te observeren en/of een rondleiding te krijgen. Aan de polimanagers van de poliklinieken Orthopedie, Traumatologie, Plastische Chirurgie en Revalidatiegeneeskunde is hiervoor toestemming gevraagd. Alleen de polimanagers van Revalidatiegeneeskunde heeft toestemming gegeven. Daarnaast is er een rondleiding op de locatie Beatrixoord geregeld, omdat de inrichting op deze locatie van het UMCG anders is dan op de locatie in Groningen. In Haren zijn geen ruime wachtruimtes aanwezig bij elke polikliniek, is er gebruik gemaakt van verschillende kleuren, is de inrichting transparanter en is er daarnaast toch sprake van privacy.

### **2.3.3.3 Kwantitatief onderzoek**

Om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen is er gekozen om naast kwalitatief onderzoek ook kwantitatief onderzoek te doen in de vorm van een enquête en in de vorm van het verzamelen van cijfermatige gegevens. Kwantitatief onderzoek is een methode waarmee verschillen tussen groepen zichtbaar kunnen worden gemaakt met behulp van cijfers (Broekhoff, 2007).

### **Enquêtes**

Met behulp van enquêtes kan onder andere de tevredenheid van eindgebruikers gemeten worden. Voor het afstudeerproject worden enquêtes afgenomen bij verschillende doelgroepen. Voor elke doelgroep is een aparte vragenlijst opgesteld:

- Een enquête voor de patiënten (van beweegspecialismen)

- Een enquête voor de eindgebruikers (van beweegspecialismen)

### **Enquêteopbouw**

Beide enquêtes zijn opgebouwd uit vier verschillende onderdelen. Bij de enquête voor de patiënten bestaat het eerste onderdeel uit vragen zoals het geslacht, de leeftijd en de polikliniek waar ze zich op dat moment in de wachtruimte bevinden. Het eerste deel van de enquête voor de eindgebruikers bestaat uit diezelfde vragen, maar is er nog een vraag toegevoegd waar de medewerker zijn of haar functie kan invullen.

Het tweede en derde deel van de enquête zijn voor beide doelgroepen gelijk. Deel twee gaat over wat ze vinden van de huidige situatie van de inrichting en deel drie gaat over de gewenste situatie.

Tot slot is er een afsluitend deel waarin stellingen geformuleerd zijn, waarop kan worden aangegeven in hoeverre de patiënt of medewerker het met de stelling eens is.

De enquêtes worden met name afgenomen om antwoord te kunnen geven op deelvraag 15. Deze vraag gaat over welke inrichtingsconcepten in aanmerking komen voor de Beweegpoli in de SOLL-situatie, waarbij de belangrijkste knelpunten uit de IST-situatie zijn opgelost.

Om hierachter te kunnen komen, is het van belang te weten wat patiënten en medewerkers vinden van de huidige situatie en wat ze willen in de nieuwe situatie. Om hierin een duidelijk onderscheid te maken, is de enquête opgedeeld in twee delen: eerst een aantal vragen over de huidige situatie en vervolgens een aantal vragen over de gewenste situatie.

De enquêtes bestaan zowel uit open als gesloten vragen. Het voordeel van open vragen is dat de geënuquêteerde zijn eigen antwoord zo volledig mogelijk kan opschrijven, wat tegelijkertijd als nadeel heeft dat het lastiger is om zulke antwoorden te verwerken.

Het voordeel van open vragen is het nadeel van gesloten vragen, want de antwoorden zijn vooraf geformuleerd, wat als valkuil heeft dat er mogelijk antwoorden tussen zitten waar de geënuquêteerde het niet volledig mee eens is. Het voordeel van gesloten vragen is daarentegen dat het makkelijker te verwerken is en er overzichtelijk in frequentietabellen en/of grafieken weergegeven kan worden hoe vaak elk antwoord ingevuld is.

### **Enquêteafname**

Door het afnemen van de enquêtes wordt informatie vanuit verschillende invalshoeken verzameld, in dit geval vanuit de patiënt en de eindgebruiker. Voordat de enquêtes zijn afgenomen onder deze twee groepen is er een pre-pilot uitgevoerd. Beide enquêtes zijn door drie studenten ingevuld om te controleren of de vragen duidelijk waren geformuleerd en of de enquête voor de eindgebruikers online ingevuld kon worden.

Bij de volgende poliklinieken zijn enquêtes afgenomen, zowel bij patiënten als bij medewerkers:

- Polikliniek Plastische Chirurgie (Groningen)
- Polikliniek Revalidatiegeneeskunde UMCG (Groningen)
- Beatrixoord (Haren):
  - Patiënten: Beatrixoord bestaat uit een polikliniek Revalidatiegeneeskunde, een polikliniek Cardiologie en het Tuberculosecentrum. Tijdens het uitdelen van de enquêtes is het mogelijk dat patiënten van verschillende poliklinieken de enquête ontvangen.
  - Eindgebruikers: Alleen de eindgebruikers van de Kinderrevalidatie en het Pijncentrum hebben de enquête ontvangen via het secretariaat van het Centrum voor Revalidatie.

### **Steekproef**

Het is onmogelijk om alle patiënten van de bovenstaande poliklinieken te benaderen met de vraag een enquête in te vullen, waardoor gekozen is om een deel van deze populatie te benaderen. Dit is gedaan door middel van een aselecte steekproef, waarbij willekeurig patiënten in de wachtruimten gevraagd zijn de enquête in te vullen.

Bij de eindgebruikers is de steekproef anders bepaald en zijn ze benaderd via de mail in plaats van dat de enquêtes face-to-face zijn uitgedeeld.

Bij de poliklinieken Plastische Chirurgie en Revalidatiegeneeskunde (locatie Groningen) zijn alle medewerkers benaderd, terwijl bij Beatrixoord gekozen is om alleen de medewerkers te benaderen van de Kinderrevalidatie en van het Pijncentrum. Bij Beatrixoord is gekozen voor deze steekproef, omdat het totale aantal medewerkers rond de 600 ligt. De Kinderrevalidatie en het Pijncentrum zijn beide

poliklinische teams, waardoor deze twee teams als enige teams aansluiten op het onderzoek dat gericht is op een polikliniek en niet op klinische afdelingen.

#### Non-respons

Bij elke enquête kan sprake zijn van non-respons. Om dit toch zoveel mogelijk te voorkomen, is er naar de medewerkers via de mail een reminder gestuurd en er is bij patiënten die geen enquête wilden invullen een uitgebreidere toelichting gegeven om ze toch proberen over te halen de enquête in te vullen.

#### Analyse respons patiënten

Met betrekking tot de patiënten die de enquêtes hebben ingevuld, is het responspercentage niet uitgerekend. Via de poliklinieken zijn nog geen cijfers verkregen die inzicht kunnen geven in het aantal patiënten dat de poliklinieken bezoekt en daarnaast is de enquête op verschillende tijdstippen uitgedeeld, waarbij op het ene moment veel patiënten aanwezig zijn en op het andere moment relatief weinig.

Wat wel kan worden aangegeven, is dat de enquête door 130 patiënten is ingevuld, waarbij het grootste deel, namelijk 98 patiënten, een afspraak had bij de polikliniek Revalidatiegeneeskunde. Daarnaast is de enquête door 12 patiënten van de locatie Beatrixoord ingevuld.

Wat deze aantallen betekenen voor de geldigheid van de resultaten, oftewel de generaliseerbaarheid, wordt toege- licht in hoofdstuk 6.

#### Analyse respons eindgebruikers

Bij dit onderzoek bestaat de populatie uit de medewerkers van de afdelingen die betrokken zijn bij de cluster Bewegen. Dit zijn:

- Orthopedie
- Revalidatiegeneeskunde
- Plastische Chirurgie
- Reumatologie
- Chirurgie, Traumatologie
- Neurologie / Neurochirurgie
- Sportgeneeskunde

De planning was om bij deze poliklinieken onder andere de medewerkers een enquête in te laten vullen. Helaas was dit niet mogelijk, omdat er vanuit de poliklinieken Orthopedie en Traumatologie weerstand was rondom het project Poli-

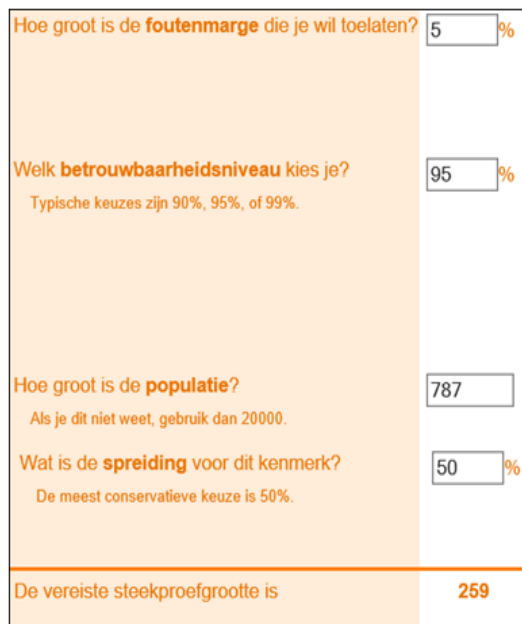
indeling en omdat de definitieve clustering van de Beweegpoli in de periode van de enquêteafname niet bekend was. Op dat moment was alleen bekend dat Orthopedie, Revalidatiegeneeskunde, Traumatologie en Sportgeneeskunde tot het cluster Bewegen zouden behoren. Daarnaast is het, in verband met het krijgen van toestemming om enquêtes af te nemen, niet gelukt om bij de poliklinieken Plastische Chirurgie en Revalidatiegeneeskunde een even lange periode de enquêtes af te nemen.

Om meer respons te krijgen is er gekozen om de enquête ook af te nemen bij de locatie Beatrixoord. In Beatrixoord is transparantie belangrijk binnen de inrichting. Om meer inzicht te krijgen in de beleving van medewerkers en patiënten op deze inrichting, is het interessant om dit te vergelijken met de resultaten van de enquêtes die in het UMCG zijn ingevuld.

In totaal zijn er gezamenlijk 787 medewerkers werkzaam op poliklinieken Plastische Chirurgie, Revalidatiegeneeskunde en op de locatie Beatrixoord. Dit aantal is meegenomen in de berekening van de vereiste steekproefgrootte. Naast de populatie zijn de volgende percentages ingevuld: foutenmarge, betrouwbaarheidsniveau en spreiding. Het foutenmarge houdt de grootte in van de fout die toegelaten wordt. Hiervoor wordt over het algemeen vaak gekozen voor 5%. Een kleiner foutenmarge vereist een grotere steekproef. Het betrouwbaarheidsniveau gaat over de mate van onzekerheid die toegelaten wordt. Een hoger betrouwbaarheidsniveau vereist een grotere steekproef. Standaardkeuzes voor dit percentage zijn 90%, 95% of 99%. De spreiding gaat over het resultaat dat verwacht wordt voor elke vraag. Wanneer de antwoorden uit de steekproef veel in dezelfde richting wijzen, kan dit wellicht ook zo zijn in de populatie. Is de spreiding vooraf onbekend, dan wordt vaak gebruik gemaakt van 50%, omdat hiermee de maximale steekproefgrootte verkregen wordt. Uit afbeelding 2.6 blijkt dat bij een populatie van 787 de vereiste steekproefgrootte 259 respondenten moet zijn.

Uiteindelijk zijn er in totaal 294 e-mails verstuurd met een link naar de online enquête en zijn er 49 medewerkers die de enquête hebben ingevuld. Van de 49 medewerkers die

de enquête hebben ingevuld, hebben er 8 aangegeven dat ze werkzaam zijn op de locatie Beatrixoord.



**Afbeelding 2.6** Berekening steekproefgrootte (Journalinks, 2015)

Op basis van de steekproef (294) en het aantal respondenten (49) is berekend dat er een respons is behaald van 16,7%. Wat dit percentage betekent voor de betrouwbaarheid komt verderop in dit rapport aan bod. Daarnaast is op basis van de populatie en de steekproef berekend wat het foutenmarge is bij het aantal respondenten dat bij dit onderzoek hoort. Bij een steekproefgrootte van 294 is de foutenmarge gelijk aan 4,53%, wat gaat over hoe groot de kans is dat er fouten zullen zitten in de uitkomsten. Om toch de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten, zijn er naast de enquêtes meerdere onderzoeksmethoden uitgevoerd, zoals in de voorgaande hoofdstukken beschreven is.

Met een steekproefgrootte van	294	200	300
is de foutenmarge gelijk aan:	4.53%	6.99%	4.46%

**Afbeelding 2.7** Berekening foutenmarge (Journalinks, 2015)

#### Analyse respons per polikliniek

Vervolgens is per polikliniek het responspercentage uitgerekend. Ook deze percentages komen verderop in het verslag weer aan bod, waarbij het gekoppeld wordt aan de betrouwbaarheid van het onderzoek.

Met “populatie” worden alle medewerkers van de polikliniek bedoeld en met de term “steekproef” wordt het aantal medewerkers bedoeld waar de mail naartoe verstuurd is. In sommige gevallen is het aantal van de populatie hetzelfde als het aantal bij de steekproef, omdat alle medewerkers van de polikliniek de enquête ontvangen hebben (Oudemans & Markus, 2007).

#### Plastische Chirurgie

De polikliniek Plastische Chirurgie zal gedeeltelijk worden meegenomen in de cluster Beweging. Het overige deel zal behoren tot een ander cluster. Toch is het belangrijk om van deze groep inzicht te krijgen in de wensen en behoeften met betrekking tot de inrichting.

#### Patiënten:

De polikliniek Plastische Chirurgie zit in de huidige situatie op de locatie Poli B, dit is de locatie waar de Beweegpoli gesitueerd gaat worden. Omdat er op dit moment meerdere specialisten op deze locatie aanwezig zijn en er patiënten van meerdere specialisten in de wachtruimte kunnen zitten, is geen toestemming gegeven om de enquêtes in de wachtruimte persoonlijk uit te delen.

De enquêtes zijn afgegeven aan een medewerker van de zorgadministratie van Plastische Chirurgie, die de enquêtes vervolgens heeft uitgedeeld aan de patiënten van Plastische Chirurgie nadat ze zich bij de balie hadden aangemeld. De enquêtes zijn op drie dagen uitgedeeld, namelijk op dinsdag 28 april, woensdag 29 april en donderdag 30 april. Het resultaat is dat er 16 enquêtes ingevuld.

#### Medewerkers:

Via het secretariaat van Plastische Chirurgie is de enquête doorgestuurd naar alle medewerkers. Hiertussen zitten 4 medewerkers medische administratie en ook 2 doktersassistenten die een duofunctie hebben. Zij werken voor de

ene helft als doktersassistente en voor de andere helft op de polikliniek.

<b>Periode om enquête in te vullen</b>	Donderdag 16 april t/m vrijdag 1 mei
<b>Populatie</b>	50
<b>Steekproef</b>	50
<b>Responspercentage</b>	9 van de 50: 18%

**Tabel 2.3** Berekening Plastische Chirurgie

Revalidatiegeneeskunde (locatie Groningen)

De polikliniek Revalidatiegeneeskunde is een belangrijke afdeling die behoort tot de cluster Bewegen. Deze polikliniek zal volledig verhuizen naar de locatie Poli B.

*Patiënten:*

De teammanager van Revalidatiegeneeskunde heeft toestemming gegeven om persoonlijk de enquêtes uit te delen in de wachtruimte om een zo hoog mogelijk respons te krijgen.

Op de volgende dagen zijn in de wachtruimte de enquêtes uitgedeeld:

- Woensdag 1 april (08:30 – 10:30 uur)
- Vrijdag 3 april (08:30 – 11:30 uur)
- Woensdag 8 april (08:00 – 09:00 uur)
- Woensdag 15 april (08:30 – 09:30 uur)

In totaal zijn er 98 enquêtes ingevuld door patiënten van deze polikliniek.

*Medewerkers:*

De enquête is via het secretariaat van Revalidatiegeneeskunde doorgestuurd naar alle medewerkers van de locatie in Groningen. Het is echter mogelijk dat er overlap is, omdat een behandelaar in meerdere teams werkzaam kan zijn.

<b>Periode om enquête in te vullen</b>	Vrijdag 24 april t/m vrijdag 1 mei
<b>Populatie</b>	137*
<b>Steekproef</b>	137
<b>Responspercentage</b>	34 van de 137: 24,8%

**Tabel 2.4** Berekening Revalidatiegeneeskunde (Groningen)

*\*De enquêtes zijn gemaïld naar medewerkers van de locatie Groningen, maar een aantal medewerkers werkt ook deels op de locatie Beatrixoord.*

Revalidatiegeneeskunde (locatie Beatrixoord, Haren)

Op de locatie Beatrixoord hebben ze in de inrichting meer rekening gehouden met aspecten die bijvoorbeeld te maken hebben met Healing Environment. Zo is transparantie een belangrijk aspect dat terug te zien is in de inrichting van deze locatie.

Om meer inzicht te krijgen in de beleving van medewerkers en patiënten op deze inrichting, kan het van belang zijn om dit te vergelijken met de resultaten van de enquêtes die in het UMCG zijn ingevuld. Mogelijk dat er aspecten zijn die meegenomen kunnen worden in de aanbevelingen.

*Patiënten:*

Het uitdelen van de enquêtes voor de patiënten op Beatrixoord is op één dagdeel gebeurd, nadat de rondleiding had plaatsgevonden. In totaal hebben 12 patiënten deze enquête ingevuld.

*Medewerkers:*

De enquête is via het secretariaat van het Centrum voor Revalidatie doorgestuurd naar de medewerkers van de Kinderrevalidatie (aantal: 73) en de medewerkers van het Pijncentrum (aantal: 34). Dit zijn de twee poliklinische teams van het Centrum voor Revalidatie. Het is mogelijk dat er overlap is, omdat een behandelaar in meerdere teams werkzaam kan zijn.

<b>Periode om enquête in te vullen</b>	Vrijdag 24 april t/m vrijdag 1 mei
<b>Populatie</b>	600
<b>Steekproef</b>	107 (73 + 34)
<b>Responspercentage</b>	8 van de 107: 7,5%

**Tabel 2.5** Berekening Revalidatiegeneeskunde (Haren)

**Enquêteverwerking**

De enquêtes zijn verwerkt in SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), een statistisch computerprogramma waar onder andere gegevens van onderzoeken in verwerkt kunnen worden. Met dit programma is het mogelijk om grafieken en frequentietabellen te maken, die kunnen helpen bij het schrijven van conclusies. Ook is het mogelijk om met dit programma kruisverbanden te leggen tussen verschillende variabelen.

**Cijfermatige gegevens**

Cijfermatige gegevens worden verkregen om antwoord te kunnen geven op deelvraag 8: Wat is de huidige situatie met betrekking tot het ruimtegebruik (benutting m<sup>2</sup>) van de poliklinieken in het UMCG?

Door informatie te verzamelen over onder andere de roosters van de specialismen die tot de cluster Bewegen horen, is het mogelijk om met behulp van die cijfermatige gegevens te bepalen of de nieuwe situatie gaat passen in het huidige bouwdeel waar de Beweegpoli moet komen.

#### 2.3.3.4 Overige dataverzamelingmethoden

Naast deskresearch, kwalitatief onderzoek en kwantitatief onderzoek is er informatie verkregen via andere onderzoeksinstrumenten:

- **Seminar Hanzehogeschool Groningen (Martiniplaza, 03-02-15)**  
De eerste drie presentaties van het seminar gingen over de volgende thema's: Evidence Based Design, Designing Children's Hospitals en Culture Change in Long Term Care.  
Met name de tweede presentatie sloot goed aan op de afstudeeropdracht. Bij de inrichting van een kindziekenhuis in Chicago is rekening gehouden met het kind. De inrichting is 'out of the box' en niets was onmogelijk. Zo is er bijvoorbeeld een brandweerauto naar boven getakeld en is deze geplaatst bij de overkapping boven de hoofdingang van het ziekenhuis. Bij deze inrichting is rekening gehouden met dat het kind niet het gevoel moet hebben dat hij ziek is en in een ziekenhuis ligt.  
Dat de patiënt door de inrichting niet het gevoel heeft in een ziekenhuis aanwezig te zijn, is iets wat meegenomen kan worden in de aanbevelingen die geformuleerd gaan worden.
- **Lezing Francis Collins (UMCG, 18-03-15)**  
Francis Collins is de adviseur van president Obama en daarnaast is hij de Director van National Institutes of Health. Tijdens deze presentatie kwam het belang van onderzoek naar Healthy Ageing naar voren. Ondanks dat deze presentatie over medische aspecten ging en niet over de inrichting was het een nuttige presentatie. Het belang van onderzoek naar Healthy Ageing kwam regelmatig naar voren, waardoor duidelijker is gewor-

den waarom Healthy Ageing één van de speerpunten van het UMCG is en waarom dit een belangrijk onderdeel is geworden van onder andere de Beweegpoli.

- **Overleg toestemming enquêtes (UMCG, 01-04-15)**  
De Manager Zorg/Bedrijfsvoering van de afdeling Orthopedie wilde een toelichting op de enquêtes die opgesteld waren in het kader van de afstudeeropdracht.  
Omdat Orthopedie en Traumatologie beide een belangrijk onderdeel vormen van de Beweegpoli, is het van belang om hier de enquêtes af te nemen. Ook was voor dit gesprek een Hoogleraar Sportgeneeskunde van de afdeling Orthopedie uitgenodigd, omdat Sportgeneeskunde volgens de manager Zorg/Bedrijfsvoering een belangrijke partner is in de Beweegpoli. Zonder toestemming zou het niet mogelijk zijn om de enquêtes af te nemen bij de patiënten en eindgebruikers van deze poliklinieken. Het resultaat van dit gesprek was dat er geen toestemming verkregen is om de enquêtes bij de poliklinieken Orthopedie, Traumatologie en het Universitair Sportmedisch Centrum af te nemen.
- **MT-overleg polikliniek Plastische Chirurgie (UMCG, 14-04-15)**  
Net als bij Orthopedie en Traumatologie wilde de polimanager van Plastische Chirurgie een toelichting op de enquête. Het geven van deze toelichting was ingepland tijdens het MT-overleg Plastische Chirurgie. Doordat dit tijdens het MT-overleg toegelicht kon worden, was er de mogelijkheid om onder andere het belang van de enquête uit te leggen. Na de toelichting is er toestemming gegeven om de enquêtes af te nemen, zowel onder de patiënten als onder de medewerkers van Plastische Chirurgie.
- **Overleg inventarisatie capaciteit en functionaliteiten (UMCG, 14-04-05)**  
In het kader van de afstudeeropdracht heeft een overleg plaatsgevonden met Sibrich Bouwman (Projectleider Poli-indeling) en Karin van Osnabrugge



(Stafmedewerker van de afdeling Bouw & Facilitair). Tijdens dit gesprek zijn de volgende punten besproken:

- 1) Wat is de noodzakelijke capaciteit denkend vanuit zorgpaden? Deze inventarisatie moet aansluiten op de wijze waarop capaciteit voor de poli's in het kader van de poliherschikking is geïnventariseerd tot nu toe.
- 2) Inventariseren welke functionaliteiten voor deze zorgpaden noodzakelijk zijn en vervolgens kijken waar deze zich in het ziekenhuis moeten bevinden (op de Beweegpoli of kan het ook daarbuiten en hoe dan?)

#### - **Overleggen Stuurgroep Project Poli-indeling (tweewekelijks)**

Tijdens de overleggen met de stuurgroep van het project Poli-indeling wordt telkens besproken wat de voortgang van het project is en wat de vervolgstappen zijn. Hierdoor wordt een duidelijker beeld verkregen van de planning van het gehele traject en kan eventueel aanvullende informatie verzameld worden dat van toepassing is op de Beweegpoli.

## 2.4 KWALITEITSCRITERIA ONDERZOEK

Om de kwaliteit van een onderzoek te bepalen, zijn er verschillende criteria waarnaar gekeken kan worden. Hieronder komen de volgende kwaliteitscriteria aan bod: onafhankelijkheid, intersubjectiviteit, betrouwbaarheid, triangulatie, validiteit en generaliseerbaarheid. Tot slot wordt er gekeken naar de populatie van de enquête in relatie tot kwaliteitscriteria.

### **Onafhankelijkheid en intersubjectiviteit**

Onafhankelijkheid in het kader van het uitvoeren van een onderzoek heeft te maken met dat het onderzoek uitgevoerd is, onafhankelijk van voorkeuren en meningen van betrokkenen. Daarnaast betekent het dat het onderzoek onafhankelijk moet zijn van invloeden door de onderzoeker.

Het onderzoek dient intersubjectief te zijn, wat inhoudt dat onderzoekers het met elkaar eens zijn over de resultaten. Intersubjectiviteit zal met name getoetst worden bij het houden van interviews. De resultaten van de interviews

worden gelabeld en vervolgens teruggekoppeld naar de geïnterviewden. Op die manier kunnen de geïnterviewden aangeven of zij het eens of oneens zijn met de resultaten uit de interviews die gelabeld zijn.

### **Betrouwbaarheid en triangulatie**

De betrouwbaarheid van een onderzoek geeft aan in welke mate het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Toevallige fouten in de opzet en uitvoering van een onderzoek kunnen de betrouwbaarheid aantasten (Verhoeven, 2011). Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden. Deze combinatie wordt ook wel triangulatie genoemd.

Door triangulatie wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd. Daarnaast draagt het vergelijken van de resultaten van verschillende bronnen (deskresearch, interviews, observaties en enquêtes) bij aan het verhogen van de betrouwbaarheid.

### **Validiteit en generaliseerbaarheid**

Validiteit heeft te maken met in hoeverre het onderzoek geldig is en er kan een onderscheid worden gemaakt tussen de volgende vormen van validiteit (Verhoeven, 2010):

- Interne validiteit: Hierbij kun je de juiste conclusies trekken.
- Externe validiteit: Hierbij wordt nagegaan of de onderzoeksdoelgroep de juiste afspiegeling vormt van de populatie. Is hier sprake van, dan is het onderzoek generaliseerbaar.

Om de validiteit met betrekking tot het onderzoek te waarborgen, zullen de vooraf geformuleerde vragen van de enquêtes en interviews gecontroleerd worden door Sibrich Bouwman. Door feedback op deze vragen te ontvangen, kan de kwaliteit van de vragen verbeterd worden, waardoor de vragen zo geformuleerd kunnen worden, dat de resultaten van de interviews en enquêtes een bijdrage kunnen leveren aan datgene wat onderzocht moet worden.

### **Populatie in relatie tot kwaliteitscriteria**

Op basis van de gehele populatie van de Beweegpoli kan gezegd worden dat niet alle betrokken specialisten benaderd zijn en/of toestemming hebben gegeven voor de enquêtes. Daarom is bij het responspercentage gerekend met

de populatie van de poliklinieken waar toestemming gegeven is de enquêtes af te nemen.

Zoals in de voorgaande paragraaf te zien is, is het responsperscentage niet hoog, waardoor gekeken moet worden naar de betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van de resultaten. Daarnaast zijn er veel respondenten van Revalidatiegeneeskunde in vergelijking tot de andere poliklinieken, wat gevolgen kan hebben voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. Deze aspecten zullen worden meegenomen in het hoofdstuk Discussie.

### 3 THEORETISCH KADER

Dit hoofdstuk omvat het theoretisch kader, wat inhoudt dat er wordt ingegaan op de theorie die betrekking heeft op de afstudeeropdracht. Dit zal onder andere theorie zijn dat gaat over de begrippen Healthy Ageing, Healthy at Work en Healing Environment. Ook wordt er antwoord gegeven op de volgende deelvragen:

- Deelvraag 1: Wat wordt er verstaan onder de termen Healthy Ageing en Healthy at Work?
- Deelvraag 2: Welke informatie is er bekend over de invloed van Healthy Ageing en Healthy at Work op de huisvesting in ziekenhuizen?
- Deelvraag 3: Wat betekent Healing Environment en welke uitstraling van huisvesting kan bijdragen aan positieve ervaringen van patiënten?
- Deelvraag 10: Met welke uitgangspunten van het UMCG dient rekening te worden gehouden met betrekking tot het realiseren van de huisvesting van de Beweegpoli en wat houden deze uitgangspunten in?

#### 3.1 HEALTHY AGEING & HEALTHY AT WORK

De Nederlandse samenleving bestaat uit steeds meer ouderen die ook steeds ouder worden. Dit betekent echter niet dat er tegelijkertijd een stijging is van het aantal ouderen dat in goede gezondheid leeft. Daarbij komt ook dat het aantal mensen met chronische ziekten wereldwijd stijgt. Deze ontwikkelingen hebben grote gevolgen voor de gezondheidszorg, waardoor er vraag is naar nieuwe oplossingen.

Het UMCG heeft ervoor gekozen om Healthy Ageing als belangrijk speerpunt te erkennen: gezond en actief ouder worden. Met de focus op Healthy Ageing wil het ziekenhuis mensen helpen om langer gezond en actief te blijven. Hier legt het ziekenhuis al enkele jaren de focus op. Het ziekenhuis vindt dat gezond ouder worden niet begint op je 55<sup>e</sup>, maar al voor je geboorte, het gaat volgens het UMCG om de gehele levensloopbenadering. Zij zien het als een optelsom van genetische aanleg, keuzes, gebeurtenissen en omstandigheden. Het gaat niet alleen om “care” en “cure”, maar ook om preventie (UMCG, 2015).

Er wordt hard gewerkt aan oplossingen, waarbij het UMCG samenwerkt met regionale, nationale en internationale

partners. In Noord-Nederland vindt deze samenwerking onder andere plaats binnen het Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN).

Binnen het HANNN wordt gewerkt aan oplossingen op het gebied van gezond en actief ouder worden. De thema's voeding, bewegen, gezondheidsvaardigheden, een gezonde werkomgeving, een gezonde leefomgeving en wellness staan daarbij centraal. Hierdoor ontstaat een samenwerking die door alle mogelijke sectoren doorkruist wordt en door alle partijen wordt gedragen. Samen wordt een bijdrage geleverd aan de toekomst van de gezondheid (Healthy Ageing Team UMCG, 2015).

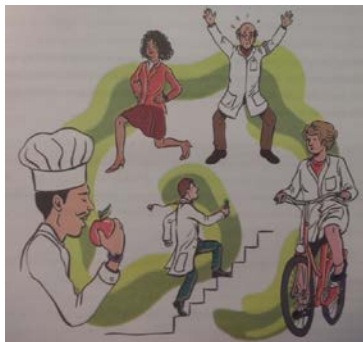


**Afbeelding 3.1:** Healthy Ageing (Healthy Ageing Team UMCG, 2015)

Meer dan 60 Life Sciences bedrijven uit de drie Noordelijke provincies hebben zich al verbonden aan de Healthy Ageing Campus Netherlands in Groningen. Met onderzoekers wordt gewerkt aan innovaties op het gebied van gezond ouder worden.

Een voorbeeld van een studie waaraan gewerkt wordt is LifeLines. Dit is een studie waaraan 167.729 gezonde Noord-Nederlanders deelnemen in de leeftijd van zes maanden tot 93 jaar. De deelnemers vullen tweejaarlijks een vragenlijst in over gezondheid, voeding, gedrag, beweging, medicatie en zorggebruik. Ook worden ze elke vijf jaar medisch onderzocht. Alle deelnemers zijn bij de start van het onderzoek gezond, omdat de ontwikkeling van ziekten

pas onderzocht kan worden als ze ook daadwerkelijk ontstaan.



**Afbeelding 3.2:** Healthy at Work (Healthy Ageing Team UMCG, 2015)

Daarnaast is door het UMCG in 2013 ERIBA (European Research Institute for the Biology of Ageing) opgericht in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen en met behulp van internationale, landelijke en regionale subsidies. In dit instituut voor verouderingsbiologie wordt onderzoek gedaan naar de oorzaken van veroudering.

Verder bouwt het UMCG letterlijk aan de toekomst van gezondheid, zoals te zien is aan het Competence Center for Personalized Health. Dit is een infrastructuur die onderzoekers, zorgprofessionals, bedrijven en (gezonde en zieke) consumenten bij elkaar zal brengen, zodat zij samen kunnen werken aan de ontwikkeling en het op de markt brengen van meer op de persoon toegesneden producten en diensten (Healthy Ageing Team UMCG, 2015).

Zoals aan het begin van deze paragraaf benoemt is, vergrijst de (beroeps)bevolking. Naast deze ontwikkeling is er een andere ontwikkeling gaande, namelijk dat mensen langer moeten doorwerken. Dit is de reden dat werkgevers steeds vaker de vraag stellen hoe je werknemers gezond en duurzaam inzetbaar houdt, oftewel Healthy at Work. Healthy at Work kan gezien worden als een onderdeel van Healthy Ageing, wat specifiek gericht is op medewerkers van een organisatie. Hierbij is onder andere de Arboret- en –regelgeving van belang, waarin beschreven staat waaraan

werkomstandigheden moeten voldoen, zodat werknemers veilig en gezond kunnen werken tot het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd (Arboportaal, 2015). Deze leeftijd gaat omhoog, waardoor het belang naar onderzoeken over gezond en actief ouder worden groter wordt (Healthy Ageing Team UMCG, 2015). Iedereen kan een bijdrage leveren aan een gezondere en actievere bevolking, maar hierbij is bewustzijn van belang en het maken van andere persoonlijke keuzes in het leven.

Healthy Ageing is, zoals uit de bovenstaande toelichting blijkt, een breed begrip dat uit verschillende onderwerpen (zoals Healthy at Work) bestaat. Er zijn dan ook verschillende definities te vinden. Op basis van de informatie is gekozen om in dit afstudeeronderzoek de volgende definitie te gebruiken, omdat zowel care, cure als preventie in deze definitie van Healthy Ageing (gezond ouder worden) terug komt:

*“Onderzoek naar primaire, secundaire en tertiaire preventie, waarbij primaire preventie gericht is op het voorkómen van aandoeningen, secundaire preventie op vroege opsporing en tijdige behandeling en tertiaire preventie op het vergroten van de zelfredzaamheid van mensen met beperkingen”* (Pomp, 2011).

Tot slot staat er in het tijdschrift FMI een artikel over het gezonde werken (Koekkoek, 2015). Dit moet zorgen voor een duurzame arbeidsrelatie, met een gezond kantoor en vitale en productieve medewerkers. In het artikel staan zeven stappen die bijdragen aan een gezond kantoor:

1. De eerste indruk
2. Bouw aan vertrouwen
3. Verminder overlast
4. Sta op en loop
5. Creëer een gezond klimaat
6. Verlicht en kleur het interieur
7. Ontspan

Deze stappen zijn met name gericht op beeldschermwerkplekken, maar een aantal stappen kan tevens toegepast worden in een ziekenhuis. Zo is stap 4 een stap dat gekoppeld kan worden aan de Beweegpoli. De uitspraak “zitten is het nieuwe roken” staat vermeld bij de toelichting van deze stap. Zitten is schadelijk voor de gezondheid en beweging moet gestimuleerd worden. Een goede uitkomst hiervoor

zijn zit-sta-werkplekken. Door zoveel mogelijk variatie aan te bieden aan zit- en sta-mogelijkheden, laat je medewerkers meer bewegen. Een arts hoeft bijvoorbeeld niet altijd zittend de administratie in te voeren in de computer, dit zou ook staand kunnen.

Verder is stap 6 van belang. Het bioritme van de mens reageert voor het grootste gedeelte op daglicht. Daarom kan worden aangeraden om te zorgen voor voldoende daglicht op de werkvloer als je energieke werknemers wilt.

Tot slot kan stap 7 “Ontspan” op verschillende manieren, waaronder beweging. Door spelelementen op de werkvloer te plaatsen worden werknemers gestimuleerd om af en toe iets anders te doen.

### 3.2 HEALING ENVIRONMENT

Een ontwikkeling die gaande is, is dat er sprake is van toenemende aandacht voor belevingsgebonden aspecten van onder andere ziekenhuizen. Met betrekking tot de kwaliteit van het gebouw is niet alleen meer van belang om te kijken naar bouwkundige, functionele en technische criteria, maar is het tevens nodig om te kijken naar de belevingswaarde, oftewel impact, van het gebouw (Niemeijer, 2012).

Wetenschappelijk onderzoek in met name de Verenigde Staten, maar ook in Groot-Brittannië en Scandinavië, heeft aangetoond dat de kwaliteit van de verblijfsomgeving een aantoonbaar effect heeft op het welbevinden en het genezingsproces van patiënten.

Met betrekking tot de voorzieningen voor onder andere de spreekuurafdeling en de poliklinische behandeling houdt dit in dat ze bij voorkeur zodanig ontworpen worden, dat ze zowel herstelbevorderend functioneren voor de patiënt als het welbevinden van de medewerkers ondersteunen. In ziekenhuizen kan dit bijvoorbeeld geuit worden door:

- Een duidelijke lay-out;
- Heldere routing en bewegwijzering;
- Doordachte toepassing van licht en ruimte;
- Passende buitenomgeving (voor zover mogelijk);
- Een niet-geinstitutionaliseerde afwerking (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004).

Niet alleen in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Scandinavië, maar ook in Nederland is Healing Environment een term dat tegenwoordig steeds belangrijker wordt in de zorg.

Het is dan ook een aspect dat goed uit te voeren is in een ziekenhuis, omdat het als doel heeft dat patiënten sneller genezen.

Healing Environment kan als volgt gedefinieerd worden: *“Een omgeving die zich er op richt om het welzijn van patiënten, familie en werknemers te bevorderen en hun stress te verminderen.”* (Omgevingspsycholoog, 2013).

Bij Healing Environment ligt de focus op natuurlijke elementen, zoals natuur, daglicht, frisse lucht en stilte. Daarnaast wordt ook gekeken naar kleurgebruik en wordt er gekeken naar de wachtbeleving van patiënten. Het wachten zo aangenaam mogelijk maken en het bieden van privacy kan zorgen voor een positievere beleving van patiënten. Zo zou er in wachtruimtes bijvoorbeeld rekening kunnen worden gehouden met de indeling, zodat patiënten de keuze hebben om ook apart te zitten.

Daarnaast heeft Healing Environment met meer te maken dan alleen zintuiglijke bevediging, het gaat namelijk ook om navigatie, wat inhoudt dat patiënten weten waar ze zijn in het gebouw.

Ervoor zorgen dat patiënten niet het gevoel hebben in een ziekenhuis aanwezig te zijn, kan ervoor zorgen dat patiënten een ruimte fijner ervaren. In het Wilhelmina Kinderziekenhuis is de Huiskamer gebouwd. Patiënten vinden deze plek heel fijn, omdat niets verwijst naar het ziekenhuis. Er zijn geen witte jassen, de kleuren zijn warmer, het ruikt er anders. De architecten hebben in deze ruimte gekozen om veel hout en kurk te gebruiken (Kamsma, 2015).

Een voorbeeld van een ziekenhuis waar daglicht en uitzicht duidelijk terugkomen is het Isala-ziekenhuis in Zwolle. Hier vinden ze dat de muren van een ziekenhuis niet de kleur van klonterige, gele vla hoeven te hebben. Frisse lucht, een meanderende gang en een bloemenwei kunnen het welzijn van patiënten verbeteren. Het formele, onpersoonlijke interieur van de meeste ziekenhuizen maakt mensen nog zeker. Het helpt in ieder geval niet mee aan het genezingsproces. In de Isala-klinieken moeten patiënten en hun begeleiders zich thuis voelen.

Ook zijn er planten in dit ziekenhuis aanwezig, maar in de soort aarde die gebruikt is, is geen ruimte voor ziektedragers. De beplanting zorgt niet alleen voor een betere lucht-

kwaliteit, maar de aanwezigheid ervan is ook “visueel geruststellend”.

Er is tegenwoordig voldoende bewijs dat daglicht, frisse lucht en uitzicht op groen in zorginstellingen gevoelens van pijn en stress verminderen.

Uit diverse onderzoeken komen de volgende kleuren terug die kunnen zorgen voor een helende werking:

- Wachtruimtes: Zacht turquoise en huiselijk oranje. Deze kleuren verminderen de emotionele druk.
- Personeelsruimtes: Paars en petrol. Deze kleuren dragen bij om de medewerkers even afstand te kunnen laten nemen van de hectiek (Kooy, van der & Leclair, 2015).

Omdat esthetiek een steeds belangrijkere factor in zorginstellingen wordt, heeft het vermerk Sikkens recent speciaal voor de gezondheidssector een kleurconcept ontwikkeld, dat onder andere wordt toegepast in het Martini Ziekenhuis in Groningen en het Academisch Ziekenhuis in Gent. De kleurencombinaties hebben tot doel “de koude en formele ziekenhuissfeer van vroeger plaats te laten maken voor een meer kleurrijke, vriendelijke en gevarieerde omgeving”.

Daarnaast is gebleken dat kunst/decoratie patiënten kan opbeuren. Ook heeft het de functie dat het helpt in de navigatie.

Kunst staat in ziekenhuizen in dienst van de zorg. Ze moet in de eerste plaats bijdragen aan een Healing Environment, een aangename omgeving die patiënten helpt sneller en beter te genezen.

Maar de kunst is er niet alleen om patiënten op te beuren. Ze draagt ook bij aan een aangename en prikkelende omgeving voor de mensen die in het ziekenhuis werken, studeren of op bezoek zijn. De kunst helpt niet alleen om de gebouwen vriendelijker te maken, maar ook bij de oriëntatie in de relatief grote gebouwen (Kooy, van der & Ribbens, 2015).

Zoals in paragraaf 3.1 vermeld staat, stond er in het tijdschrift FMI een artikel over gezond werken (Koekkoek, 2015), waarin een aantal stappen is toegelicht die bijdragen aan een gezond kantoor. Eén van deze stappen is “Verlicht en kleur het interieur”.

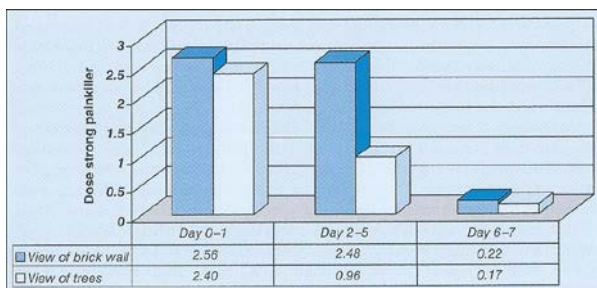
Ondanks dat het artikel gericht is op beeldschermwerkplekken, stond er iets interessants in wat van toepassing kan zijn op ziekenhuizen. Qua kleur in het interieur zijn nog geen wetenschappelijke bewijzen bekend over de invloed van kleur op de mens. Wat wel bekend is, is dat de omgeving sterke invloed heeft op mensen door de associatie die zij ervaren. Zo is rood geen slimme keuze in ziekenhuizen. Rood zorgt voor meer stress en spanning dan bijvoorbeeld de kleur blauw, waardoor het in het kader van Healing Environment geen handige kleur is om toe te passen in het interieur.

Tot slot zijn er onderzoeken geweest over het effect van natuurlijke omgevingen op mensen. Bij één van deze onderzoeken is een vergelijking gemaakt tussen een stedelijke omgeving en een natuurlijke omgeving. Stedelijke omgevingen trekken mensen aan vanwege het feit dat er relatief veel mogelijkheden zijn op het gebied van wonen, werk en vrije tijd. Daarnaast kunnen echter ook negatieve aspecten van stedelijke omgevingen genoemd worden, zoals (verkeers)lawaai, slechte luchtkwaliteit, hogere temperaturen en drukte. Deze bronnen van omgevingsstress komen zelden voor bij natuurlijke omgevingen en hebben diverse fysieke en psychologische consequenties, zoals gezondheidgerelateerde problemen, ergernissen, negatieve emoties en verminderde cognitieve functionering (Steg e.a., 2013).

Een onderzoek dat aansluit bij de bevindingen van een stedelijke omgeving is het onderzoek dat door Roger Ulrich in 1984 gepubliceerd is. Een samenvatting van dit onderzoek staat vermeld in het boek *Environmental Psychology* (Steg e.a., 2013) waar een interessant resultaat uitkwam dat als onderbouwing gebruikt kan worden om Healing Environment meer toe te passen in ziekenhuizen. Ulrich wilde met zijn onderzoek een link leggen tussen natuur en gezondheid. Hiervoor heeft hij het onderzoek uitgevoerd bij patiënten die een galblaasoperatie hebben ondergaan en die op de verpleegafdeling herstellen. Een aantal patiënten werd in een kamer gelegd met het uitzicht op een natuurlijke omgeving met bomen en aantal patiënten verbleef in een kamer met het uitzicht op een stenen muur.

De patiënten op de kamer met het natuurlijke uitzicht verbleven gemiddeld korter in het ziekenhuis en waren minder pijnstillers nodig dan de patiënten die uitkeken op een stenen muur. In de onderstaande afbeelding is de grafiek te

zien waarin de resultaten van het onderzoek worden weer-gegeven.



**Afbeelding 3.3** Resultaten onderzoek Roger Ulrich (Steg, e.a., 2013)

### 3.3 COLLEGE BOUW ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

In februari 2004 zijn er door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (het Bouwcollege) bouwmaatstaven vastgesteld voor spreekuurafdeling, poliklinische behandeling en algemeen orgaanfunctieonderzoek. De maatstaven zijn een aanvulling op de bouwmaatstaven die in 2002 geformuleerd zijn en hebben betrekking op de samenhangende functies spreekuurafdeling, poliklinische behandeling en algemeen orgaanfunctieonderzoek. De maatstaven omvatten het volgende:

- Zorginhoudelijke uitgangspunten;
- Basiskwaliteitseisen;
- Voorbeelden van 'good practice';
- Financiële uitgangspunten.



**Afbeelding 3.4** Logo CBZ (CBZ, 2004)

In de maatstaven uit 2004 is rekening gehouden met nieuwe ontwikkelingen, zoals de medisch-technologische vooruitgang, die mogelijk maakt dat veel onderzoeken en

behandelingen waarvoor patiënten eerder in het ziekenhuis werden opgenomen nu poliklinisch kunnen worden uitgevoerd. Dit, in combinatie met een verhoging van de kwaliteit van de dienstverlening, een verbetering van de patiëntbejegening en een beperking van de doorlooptijd van onderzoek en behandeling, heeft ertoe geleid dat behandeling en diagnostiek op de polikliniek meer geïntegreerd kan worden aangeboden.

Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om voortaan zelf de keuze te maken in welke mate behandeling en diagnostiek in de polikliniek ruimtelijk worden geïntegreerd. Hierbij spelen diverse factoren een rol:

- De schaalgrootte van het behandelaanbod;
- Efficiënte bedrijfsvoering;
- De logistieke opzet.

In het kader van de logistieke opzet is een ontwikkeling zichtbaar om ruimtelijke voorzieningen waar de patiënten zelf komen (zoals wachtruimten, spreek-/onderzoekkamers) te scheiden van de ondersteunende voorzieningen (zoals secretariaten, werkkamers specialisten).

Aan het begin van deze paragraaf is opgesomd dat er onder andere basiskwaliteitseisen in de bouwmaatstaven vermeld staan. Deze eisen beschrijven het noodzakelijke kwaliteitsniveau, waarover niet onderhandeld kan worden. Deze eisen hebben betrekking op toegankelijkheid, situering en omvang van ruimten waar patiënten toegang toe hebben. Een voorbeeld is dat er minimumeisen gesteld worden aan de vrije breedte van verkeersruimten en aan de oppervlakte van spreek-, onderzoek- en behandelkamers.

In bijlage E staan diverse tabellen met daarin de belangrijkste basiskwaliteitseisen volgens het Bouwcollege voor ruimtebehoefte en toegankelijkheid.

In het document met de maatstaven worden drie 'blokken' voorzieningen onderscheiden:

- A. Patiëntgebonden voorzieningen waar patiënten zelf aanwezig zijn:
  1. Verpleging
  2. Onderzoek en behandeling
  3. Bijzondere functies

- B. Patiëntgebonden voorzieningen waar patiënten niet zelf aanwezig zijn.
- C. Faciliterende voorzieningen

De functiegroepen spreekuurafdeling, poliklinische behandeling en algemeen orgaanfunctieonderzoek behoren tot blok A, tot de groep “Onderzoek en behandeling”. Voor het onderzoek zijn met name de functiegroepen spreekuurafdeling en poliklinische behandeling van belang.

### 3.3.1 SPREEKURAFDELING

Deze functiegroep omvat het geheel aan ruimtelijke voorzieningen dat noodzakelijk is voor de consultatie en het uitvoeren van eenvoudig onderzoek van overwegend niet-opgenomen patiënten door medisch specialisten (in opleiding) en gespecialiseerde verpleegkundigen. In variant A vinden de consultatie en het uitvoeren van eenvoudig onderzoek plaats in twee afzonderlijke ruimten. Echter, in variant B vinden zowel de consultatie als het uitvoeren van eenvoudig onderzoek plaats in één gecombineerde spreek-/onderzoekkamer en wordt er zoveel mogelijk een scheiding gemaakt tussen patiëntgebonden (frontoffice) en niet-patiëntgebonden (backoffice) activiteiten.

### 3.3.2 POLIKLINISCHE BEHANDELING

Tot deze functiegroep worden alle ruimten gerekend die specifiek voor poliklinische behandeling zijn ingericht. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt in behandelkamers, scopiekamers en rustkamers. Deze kamertypes zijn in de bouwmaatstaven van 2004 als volgt gedefinieerd:

**Behandelkamer:** Ruimte waar ingrepen worden verricht die in principe een minder hoge reinheidsgraad eisen en waar geen algehele anesthesie wordt toegepast.

**Scopiekamer:** Ruimte die speciaal is ingericht voor het uitvoeren van endoscopisch onderzoek en behandeling, waarbij voor het gebruik van de ruimte bijzondere aangrenzende ruimten noodzakelijk zijn (zoals een reinigingsruimte voor scopen en voor bereidingsruimten).

**Rustkamer:** Ruimte waar patiënten op verhaal komen na een poliklinische dan wel ‘bijkomen’ van een sedatie die de behandeld specialist heeft toegepast ten behoeve van de poliklinische behandeling.

### 3.3.3 OMVANG EN SITUERING VAN DE RUIMTEN

Naast de minimale nuttige oppervlakten per ruimte voor de spreekuurafdeling en de poliklinische behandeling gelden de volgende aanvullende basiskwaliteitseisen:

- **Spreek-/werkkamers:**
  - Spreek-/werkkamers zijn zodanig gedimensioneerd, dat, behalve voor de behandelaar, voldoende ruimte aanwezig is voor een eventueel van een rolstoel gebruik makende patiënt en ten minste één begeleider.
- **Onderzoek- en behandelkamers:**
  - Onderzoek- en behandelkamers zijn zodanig gedimensioneerd, dat voldoende ruimte aanwezig is voor de behandelaar, een onderzoek- respectievelijk behandeltafel, apparatuur, het manoeuvreren met een tillift of een rolstoel en voor het in en uit de kamer rijden van een bed dan wel stretcher of brancard, voor zover van toepassing.
  - Elke onderzoek- of behandelkamer beschikt over een wastafel.
  - Behandelkamers grenzen aan een verkeersluwe gang.
- **Sanitaire voorzieningen:**
  - Een deel van de sanitaire voorzieningen voor patiënten is rolstoeltoegankelijk.

### 3.3.4 FLEXIBILITEIT

Tot slot is flexibiliteit een aspect waar rekening mee kan worden houden. In de ziekenhuiszorg vinden verscheidene ontwikkelingen plaats. Enkele jaren geleden werd het activiteitsniveau van een ziekenhuis nog gedomineerd door de klinische zorgverlening, maar tegenwoordig verschuift dit activiteitsniveau in toenemende mate naar ambulante zorgverlening. Hierbij spelen diverse factoren een rol:

- Er zijn en komen nieuwe mogelijkheden op medisch-technisch gebied, ondersteund door ICT-ontwikkelingen, waardoor veel behandelingen en onderzoeken minder belastend voor de patiënt zijn geworden en binnen een ambulante (poliklinische)



- setting kunnen worden uitgevoerd in situaties waarbij vroeger een opname vereist was;
- Er is een verandering van de organisatie van de zorg: van aanbod-/specialismengerichte inrichting van de zorg naar een meer geïntegreerde organisatie van de zorg naar een meer geïntegreerde organisatie van de zorg gezien vanuit het perspectief van de patiënt. Er wordt een grotere nadruk gelegd op de kwaliteit van dienstverlening, patiëntbejegening alsmede de doorlooptijd van het onderzoek- en behandelproces en de timing daarvan.

Door deze ontwikkelingen is het van belang dat in nieuw te realiseren voorzieningen voor de spreekruimteafdeling en de poliklinische behandeling voldoende bouwkundige flexibiliteit wordt ingebouwd om tijdig in te kunnen spelen op ontwikkelingen en wijzigingen in de zorgvraag. Dit betekent dat deze voorzieningen relatief eenvoudig en tegen geringe kosten aan te passen zijn, dan wel voor andere functies geschikt te maken zijn.

In verband met flexibiliteit wordt aanbevolen om uit te gaan van een verregaande standaardisatie van de afmetingen van de diverse ruimtelijke voorzieningen. Daarnaast is het van belang om zoveel mogelijk te beperken en rekening te houden met een eventuele herbestemming van ruimten. Bij de herbestemming van ruimten gaat het om de clustering van ruimten en om de situering van functies ten opzichte van elkaar, de ligging van de entree en de opzet van de hoofd-verkeersstructuur.

Verder is het noodzakelijk in het ontwerp van de installaties met een mogelijke herbestemming van ruimten rekening te houden, bijvoorbeeld door het opnemen van loze leidingen en wandgoten, enige overdimensionering van de capaciteit van installaties en mogelijkheden voor extra aansluitpunten (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2004).

### 3.4 VERANDERMANAGEMENT

Naast de aspecten die in de voorgaande paragrafen van hoofdstuk 3 aan bod zijn gekomen, dient rekening te worden gehouden met verandermanagement. Het UMCG

krijgt de komende jaren te maken met het project Hotfloor en het project Poli-indeling, wat van invloed is op alle poliklinieken van het ziekenhuis. Door een nieuwe clustering van specialismen is er de noodzaak dat de poliklinieken opnieuw ingericht worden en dat (een groot deel van) de medewerkers zullen verhuizen naar een andere locatie binnen het Centraal Medisch Complex. Deze verhuizing kan verschillende reacties en gevoelens teweegbrengen.

#### 3.4.1 KLEURDRUKDENKEN

Het woord “veranderen” wordt niet alleen gebruikt om de gewenste uitkomst te omschrijven, maar het wordt ook gebruikt voor het proces: de overgang van de ene situatie naar de andere situatie, oftewel het veranderingsproces. Aan de hand van de tabellen 3.1 en 3.2 kan verduidelijkt worden welke vijf te onderscheiden betekenissen het woord “veranderen” kan hebben. Elke manier van denken is gekoppeld aan een kleur.

Na deze tabellen komt een toelichting waarbij de informatie uit de tabellen vertaald wordt naar het onderzoek. Hierbij wordt specifiek aangegeven wat van toepassing is.

	Dingen/mensen zullen veranderen, als je...
<b>Geeldruk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- belangen bij elkaar brengt</li> <li>- ze kunt overhalen tot het innemen van (bepaalde) standpunten/meningen</li> <li>- win-winsituaties creëert/coalities vormt</li> <li>- de voordelen kunt laten zien van bepaalde opvattingen (macht, status, invloed)</li> <li>- de neuzen kunt richten van de mensen die 'ertoe doen'</li> <li>- ze in een onderhandelingsproces krijgt</li> </ul>
<b>Blauwdruk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- van tevoren een duidelijk resultaat/doel formuleert</li> <li>- een goed stappenplan maakt van A naar B</li> <li>- keuzes baseert op inhoudelijke expertise en empirische bewijzen</li> <li>- de stappen goed monitort en op basis daarvan bijstuurt</li> <li>- alles zoveel mogelijk stabiel houdt en beheerst</li> <li>- de omgevingscomplexiteit zoveel mogelijk reduceert</li> </ul>
<b>Rooddruk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ze op de juiste manier prikkelt en motiveert</li> <li>- het voor mensen aangenaam maakt (sociale settings)</li> <li>- geavanceerde HRM-instrumenten inzet voor belonen, motiveren, promoveren, status</li> <li>- ze aandacht, respect, vertrouwen en erkenning geeft</li> <li>- ze iets teruggeeft voor wat zij jou geven</li> </ul>
<b>Groendruk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ze bewust maakt van nieuwe zienswijzen/eigen tekortkomingen (bewust onbekwaam)</li> <li>- ze kunt motiveren om nieuwe dingen te zien/te leren/te kunnen</li> <li>- ze in staat stelt eigen leerdoelen te stellen en het eigen leerproces mee vorm te geven</li> <li>- geschikte (gezamenlijke) leersituaties kunt creëren</li> <li>- ze helpt groeien</li> </ul>
<b>Witdruk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aansluit op de 'natuurlijke weg', de 'roeping' van mensen zelf</li> <li>- ruimte biedt voor de eigen energie, inspiratie en kracht van mensen</li> <li>- dynamiek/complexiteit wilt duiden en kunt zien waar 'de tijd rijp voor is'</li> <li>- eventuele blokkades wegneemt en conflicten optimaliseert</li> <li>- betekenis toevoegt aan de processen waar mensen in zitten</li> <li>- symbolen en rituelen gebruikt</li> </ul>

**Tabel 3.1** Veronderstellingen achter de vijf manieren van denken (Caluwé, de & Vermaak, 2006)

	Geeldruk	Blauwdruk	Rooddruk	Groendruk	Witdruk
<b>Er verandert iets als je...</b>	belangen bij elkaar brengt	eerst denkt en dan (planmatig) doet	mensen op de juiste manier prikkelt	mensen in leersituaties brengt	ruimte maakt voor spontane evolutie
<b>in een...</b>	machtsspel	rationeel proces	ruilexercitie	ontwikkel-proces	dynamiserend proces
<b>naar...</b>	een haalbare oplossing, win-win-situatie	de beste oplossing, een maakbare wereld	een motiverende oplossing, de beste 'fit'	een oplossing die mensen samen vinden	een oplossing die energie losmaakt
<b>Interventies zoals...</b>	coalitie-vorming, top-structurering	projectmatig werken, strategische analyse	beoordelen en belonen, sociale bijeenkomsten	gaming en coaching, open systems planning	open space meetings, zelfsturende teams
<b>door een...</b>	proces-regisseur die zijn macht gebruikt	inhoudelijk expert, een projectleider	HRM-expert, een coachend manager	proces-begeleider die mensen steunt	patroonduider die zichzelf op het spel zet
<b>gericht op...</b>	posities en context	kennis en resultaten	procedures, inspiratie en sfeer	setting en communicatie	complexiteit en betekennissen
<b>Het resultaat is...</b>	onbekend en verschuivend	omschreven en gegarandeerd	bedacht, niet gegarandeerd	geschetst, niet gegarandeerd	onvoorspelbaar
<b>De borging schuilt in...</b>	beleidsdocumenten en machts-balans, loyaliteit	meten = weten, bijsturen	HRM-systemen, goede verhoudingen, communicatie	lerende organisatie	zelforganisatie, kwaliteit van dialoog
<b>De valkuil schuilt in...</b>	luchtfietserij, loose-loose-situaties	negeren van externe en irrationele aspecten	verstikkende systemen, zachte heemeesters	niemand uitsluiten, gebrek aan actie	oppervlakkig begrip, laissez faire
<b>Typische actoren zijn...</b>	naast de proces-regisseur: - mensen met de meeste formele en informele macht - vertegenwoordigers van belangen - achter-bannen, 'om-standers' en omgeving	naast de project-leider / expert: - opdracht-gevers - project-medewerkers - doelgroepen /gebruikers - (boze) buitenwereld	naast de HRM-expert/ manager: - smaak-makers - personeels-medewerkers - team-builders - rolmodellen - betrokkenen	Naast de proces-begeleider: - trekkers - didactici/ coaches - meesters/ docenten - deelnemers/ experimenterders - resources/ bescherm-heren	naast de patroon-duider: - intrapreneurs /entrepreneurs - allen die initiatief nemen - sponsors en vernieuwers - netwerken

Tabel 3.2 De vijf kleuren in één oogopslag (Caluwé, de & Vermaak, 2006)

De afgelopen jaren is het kleurdrukdenken toegepast in diverse verandertrajecten in verschillende soorten organisaties en op verschillende vraagstukken. Het kleurdrukdenken is niet toegepast op het project Poli-indeling van het UMCG, maar op basis van de twee voorgaande tabellen kan wel bepaald worden welke kleur of kleuren van toepassing zijn op het project.

De relatie van het kleurdrukdenken met het afstudeeronderzoek is dat er gekeken kan worden welke werkwijze tot nu toe is toegepast en wat in het vervolgetraject eventueel anders zou kunnen. De volgende onderzoeksvragen zijn niet alleen gericht op feitelijke informatie, maar tevens op subjectieve informatie, waarbij het onder andere gaat wat eindgebruikers en/of patiënten belangrijk vinden in de inrichting van een polikliniek:

- Deelvraag 4: Op welke manier(en) kan in de huisvesting rekening worden gehouden met het centraal staan van de patiënt, passend bij de drijfveer “van mens tot mens in alles wat we doen”?
- Deelvraag 14: Op welke manier(en) kan in de huisvesting van de Beweegpoli rekening worden gehouden met de wensen van de verschillende afdelingen die behoren tot de cluster Bewegen en die kan leiden tot synergetische effecten?
- Deelvraag 15: Welke inrichtingsconcepten voor de Beweegpoli komen in de SOLL situatie in aanmerking, waarbij de belangrijkste knelpunten uit de IST situatie zijn opgelost en waarbij het synergetisch effect maximaal is?

Deze deelvragen zullen in hoofdstuk 7 beantwoord worden. De theorie van het kleurdrukdenken zal niet letterlijk terugkomen in deze resultaten, maar op basis van de resultaten kan wel bepaald worden in hoeverre bepaalde kenmerken van de kleuren zijn toegepast.

Op basis van theorie en de werkwijze tijdens de voorbereiding van het project Poli-indeling blijkt dat er sprake is van een combinatie van twee kleuren, namelijk geel en blauw, waarbij tevens gemotiveerd kan worden dat rooddrukdenken tot die combinatie kan behoren.

### Geeldrukdenken

Bij geeldrukdenken wordt veronderstelt dat veranderingen niet tot stand komen als ze niet gesteund, gelegitimeerd of gesanctioneerd worden door een coalitie van machtheb-

bers. De opdracht is gegeven door de Raad van Bestuur. De opdrachtnemer, sectordirecteur Ben Hanewinkel, heeft regelmatig contact met de Raad van Bestuur om de voortgang van het project te bespreken. Daarnaast is het project tijdens diverse overleggen (zoals Bouwoverleg, Directeurenoverleg, Stafconvent) gepresenteerd met als doel om toestemming te krijgen om verder te gaan. Daarnaast wordt aan alle veronderstellingen van het geeldrukdenken voldaan die in tabel 3.1 opgesomd zijn:

- **Verskillende belangen worden bij elkaar gebracht.**

Een strategisch belang van de Raad van Bestuur is het realiseren van een toekomstbestendige poli-indeling, het belang van de projectorganisatie van het project Hotfloor is om dit project op tijd te laten starten en daarnaast zijn er diverse belangen van de poliklinieken die bekend zijn geworden tijdens de gesprekken die hebben plaatsgevonden met de polimanagers.

- **De medewerkers worden overgehaald tot het innemen van (bepaalde) standpunten.**

Zo is een belangrijk standpunt van het UMCG dat de patiënt centraal staat. Uit de gesprekken en enquêtes blijkt dat medewerkers hier achter staan. De patiënt staat centraal in de nieuwe clustering, dus waarom zou er dan weerstand zijn?

- **Er worden win-winsituaties gecreëerd.**

De patiënt staat centraal, alle (verouderde) poliklinieken worden vernieuwd en de specialismen zullen logischer worden ingedeeld, waardoor de specialismen die veel met elkaar samenwerken dicht bij elkaar gepositioneerd zullen worden en er hierdoor kortere loopafstanden zullen ontstaan.

- **De voordelen van bepaalde opvattingen worden laten zien.**

Dit gebeurt met name tijdens de gesprekken die gevoerd worden met de polimanagers. Hierbij komt onder andere aan bod dat de patiënt binnen het UMCG centraal staat en welke win-winsituaties ontstaan met de nieuwe poli-indeling.

- **De neuzen worden gericht van de mensen die 'ertoe doen'.**

Dit houdt in dat vanuit strategisch niveau gecommuniceerd wordt dat er goedkeuring is voor het project en dat de polimanagers op de hoogte worden gehou-

den van de voortgang. Op die manier kunnen de hogere lagen uit de organisatie communiceren met de medewerkers die lager in de hiërarchie staan.

- **Er komen onderhandelingsprocessen.**

Deze processen zijn onder andere de gesprekken met de polimanagers waarmee gesproken wordt over de bezetting van de huidige poli's en de vierkante meters die daadwerkelijk nodig zijn op de nieuwe poli's. Hierbij is niet altijd overeenstemming en ontstaat er zelfs bij bepaalde afdelingen weerstand.

### **Blauwdrukdenken**

Bij blauwdrukdenken wordt er vanuit gegaan dat veranderingen rationeel kunnen worden ontworpen en geïmplementeerd. Voor het project is een fasering gemaakt en vindt er regelmatig overleg plaats waar onder andere de vervolgstappen besproken worden.

Daarnaast is aan het begin van het traject een doel geformuleerd en is een oplossingsrichting bepaald waar naartoe gewerkt wordt. Er is gekeken naar de feiten door informatie te verzamelen over de roostering per specialisme, zodat op basis van deze informatie de bezetting uitgerekend kan worden.

Ook wordt met betrekking tot het blauwdrukdenken aan alle veronderstellingen voldaan die in tabel 3.1 zijn benoemd:

- **Van tevoren is een duidelijk resultaat/doel geformuleerd.**

Dit staat beschreven in het Projectplan van het project Poli-indeling. Dit plan is gepresenteerd op strategisch niveau (Raad van Bestuur, Stafconvent, Directeuren-overleg, Bouwoverleg) en hiervoor is goedkeuring verkregen.

- **Er is een stappenplan opgesteld.**

Ook dit stappenplan is weergegeven in het Projectplan, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen de twee voorbereidings- en uitvoeringsfasen.

- **De keuze is gebaseerd op inhoudelijke expertise en empirische bewijzen.**

In de Stuurgroep zitten medewerkers die allemaal verschillende kennis hebben. In het kader van empirische bewijzen is door verschillende leden van de Stuurgroep genoemd dat wanneer ze langs de poliklinieken

lopen, ze grote wachtruimtes zien die vaak (bijna) leeg zijn.

- **De stappen worden gemonitort en op basis daarvan bijgestuurd.**

Het stappenplan wat in het Projectplan staat, wordt tweewekelijks binnen de Stuurgroep van het project Poli-indeling besproken en eventueel bijgestuurd wanneer extra stappen doorlopen moeten worden en/of bepaalde stappen niet op tijd kunnen worden uitgevoerd. Daarnaast heeft de sectordirecteur van Sector B regelmatig contact met de opdrachtgever, de Raad van Bestuur, om de voortgang van het project te bespreken.

- **Alles wordt zoveel mogelijk stabiel gehouden.**

Het stabiel houden van de situatie wordt gedaan door de informatie niet zomaar rond te sturen, maar de informatie persoonlijk af te geven en mondeling toe te lichten. Door het voeren van deze gesprekken is de kans kleiner dat er (onnodig) paniek ontstaat.

- **De omgevingscomplexiteit wordt zoveel mogelijk gereduceerd.**

Er gaat een complexe verhuizing plaatsvinden, waardoor gekozen is om dit in twee fasen uit te gaan voeren. Op die manier is de druk op het project lager en is er meer tijd om de complexe zaken in het kader van dit project uit te zoeken.

### **Rooddrukdenken**

Tot slot kan ook gemotiveerd worden waarom rooddrukdenken tot de combinatie van blauw en geel behoort.

Bij rooddrukdenken is de gedachte dat veranderingen pas daadwerkelijk gaan plaatsvinden als het gedrag van mensen op het werk zich wijzigt. Het is niet het geval dat de verandering, in dit geval de nieuwe poli-indeling, pas plaatsvindt als het gedrag van alle medewerkers gewijzigd is.

Op basis van de veronderstellingen die horen bij het rooddrukdenken kan gezegd worden dat de medewerkers op de juiste manier geprikkeld en gemotiveerd worden. Zo heeft de cluster Bewegen zelf een projectgroep opgestart om te brainstormen over hoe de cluster, zowel qua logistiek als qua inrichting, ingedeeld zou kunnen worden.

Daarnaast is er aandacht, respect, vertrouwen en erkenning voor de medewerkers van de poliklinieken. Er vinden re-

gelmatig gesprekken plaats met polimanagers, zodat ze ook daadwerkelijk het gevoel krijgen dat er naar hun geluisterd wordt.

Verder is het van belang dat de communicatie naar de medewerkers toe duidelijk is, zodat er mogelijk meer begrip en minder weerstand is voor de verandering. Bij de nieuwe clustering zal het noodzakelijk zijn dat artsen geen eigen kamers meer hebben, dat er meer multidisciplinaire ruimtes zijn en dat de polikliniek geen “eigendom” is van een specialisme. Dit is een verandering die een andere denkwijze van de medewerkers vereist. Het ontstaan van een andere denkwijze zal een tijd kunnen duren, met name bij medewerkers die al langere tijd werkzaam zijn in het UMCG en gewend zijn aan een eigen kamer (Caluwé, de & Vermaak, 2006).

#### 3.4.2 WEERSTAND

Energie of weerstand komt in verschillende kleuren voor. In de onderstaande tabel is per kleur een aantal punten weergegeven die iemand kunnen bewegen of juist kunnen remmen.

Met name vanuit de polikliniek Orthopedie is er weerstand. Orthopedie zit op een relatief nieuwe polikliniek en zal binnenkort weer te maken krijgen met een verbouwing en verhuizing. Het is begrijpelijk dat dit voor Orthopedie vervelend is.

Maar niet alleen de verhuizing zorgt voor weerstand, ook zullen veranderingen plaatsvinden in de werkwijze van de poliklinieken. De specialismen beschikken over verschillende systemen waarin afspraken worden ingepland. Wanneer specialismen op één polikliniek kamers zullen moeten delen, zal er gekeken moeten worden welk systeem integraal gebruikt gaat worden. Dit houdt in dat bepaalde poliklinieken zullen moeten overgaan op een andere werkwijze.

Ook ontstaat weerstand omdat poliklinieken zelf de vierkante meters gaan uitrekenen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met multidisciplinaire kamers, maar worden alle vierkante meters die de specialismen in de huidige situatie gebruiken bij elkaar opgeteld. Dit betekent dat wachtkamers en toiletten dubbel worden meegeteld, waardoor uit die cijfers blijkt dat het onmogelijk lijkt om de nieuwe polindeling passend te maken.

	Wat beweegt mij?	Wat remt mij?
<b>Geel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambigüiteit / Instabiliteit / Pressie</li> <li>- Het steekspel</li> <li>- Hoog in de boom / Belangrijkheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelabeld worden / Gestigmatiseerd raken / Voorspelbaar zijn</li> <li>- Er niet bij horen / Gezichtsverlies</li> <li>- Laag bij de grond / Details</li> </ul>
<b>Blauw</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duidelijkheid / Zake-lijkheid</li> <li>- Puzzels / Uiteenrafe-len</li> <li>- Iets concreets tot stand brengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativeren / Er is geen werkelijkheid</li> <li>- Emotionaliteit / Vage toestanden</li> <li>- Onzekerheid / Open einden</li> </ul>
<b>Rood</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iets leuks / Aange-naams / Aantrekke-lijks</li> <li>- Samen zijn / Fami-liegevoel / Erkenning</li> <li>- Mensen in de knel helpen / Inspireren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualiteit / Ma-chogedrag</li> <li>- Onzorgvuldigheid / Op de man spelen</li> <li>- Moeilijk gedoe / Problematiseren</li> </ul>
<b>Groen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwondering</li> <li>- Uitproberen / Nieu-we dingen of inzichten</li> <li>- Uitdaging / Grenzen verleggen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Politieke spelletjes / Macht / Verborgene agenda's</li> <li>- Aan mensen sleuren / Ongevraagde confrontaties</li> <li>- Perfectioneren / Routine</li> </ul>
<b>Wit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onzekerheid / Dub-belzinnigheid</li> <li>- Innovatie / Mogelijk-heden</li> <li>- Mysteries en para-doxen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clichés / Saaiheid / Middelmaat</li> <li>- Regels / Inflexibiliteit</li> <li>- Bevoogding / Wollende kens / Groeps-dwang</li> </ul>

**Tabel 3.3** Een kleurenkijk op wat iemand beweegt (Caluwé, de & Vermaak, 2006)

Naast de aankomende verbouwing, de verhuizing en veranderende werkwijze is het op dit moment nog onzeker welke ruimten in de nieuwe polikliniek zullen komen, hoeveel vierkante meter deze ruimten zullen zijn en welke faciliteiten in de ruimten aanwezig zullen zijn. Deze onzekerheid zorgt ervoor dat een polikliniek geremd wordt (blauwdrukdenken).

Wil je er juist voor zorgen dat de poliklinieken meewerken, dan is het van belang om duidelijkheid te geven en met iets concreets te komen. Hieraan wordt tijdens de tweede fase

van de voorbereiding gewerkt en op basis daarvan zal op 1 juli 2015 een besluit worden genomen.

### 3.5 TOEPASSING THEORIE

De theorie over het verandermanagement kan met name in de werkwijze worden toegepast. De overige theorie is meer gericht op de aspecten die in de uitvoering van de inrichting kunnen worden meegenomen.

Zo is in het theoretisch kader onder andere benoemd dat de (beroeps)bevolking vergrijsst. Naast deze ontwikkeling is de trend gaande dat mensen langer moeten doorwerken. Dit zijn redenen waarom het UMCG heeft gekozen om Healthy Ageing als belangrijk speerpunt te erkennen. De focus zal binnen het ziekenhuis steeds meer liggen op het gezond en actief ouder worden. Iedereen kan een bijdrage leveren aan een gezondere en actievere bevolking, maar hierbij is bewustzijn van belang en het maken van andere persoonlijke keuzes in het leven. Het bewustzijn kan onder andere vergroot worden door Healthy Ageing/Healthy at Work zichtbaarder te maken in de inrichting van de nieuwe poliklinieken.

Verder blijkt uit de theorie dat er een ontwikkeling gaande is waarbij er toenemende aandacht is voor belevingsgebonden aspecten van onder andere ziekenhuizen. Met betrekking tot de kwaliteit van het gebouw is niet alleen meer van belang om te kijken naar bouwkundige, functionele en technische criteria, maar is het tevens nodig om te kijken naar de belevingswaarde, oftewel impact, van het gebouw. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat de kwaliteit van de verblijfsomgeving een aantoonbaar effect heeft op het welbevinden en het genezingsproces van patiënten. Ook voor het UMCG is het van toegevoegde waarde om patiënten korter te laten verblijven in het ziekenhuis, omdat ziekenhuizen een vergoeding krijgen per behandeling en niet meer per ligdag. Daarom kan het een goede investering zijn om aspecten in de inrichting mee te nemen, zoals daglicht, uitzicht en kleurgebruik, die positieve effecten hebben op het genezingsproces van patiënten. Tot slot kunnen de bouwmaatstaven van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen worden meegenomen in het bepalen van onder andere het minimum aantal vierkante meter van bepaalde ruimtes op een polikliniek.





## 4 BEVINDINGEN OBSERVATIES

In dit hoofdstuk wordt toegelicht welke bevindingen zijn verkregen met behulp van de observaties. Door het uitvoeren van interne en externe observaties is vanuit de invalshoeken van verschillende ziekenhuizen gekeken hoe de poliklinieken daar zijn ingericht. Onder intern valt niet alleen de locatie Groningen van het UMCG, maar tevens de locatie Beatrixoord in Haren, omdat deze locatie een onderdeel van het UMCG is.

### 4.1 ANALYSE OBSERVATIES

In het kader van het onderzoek hebben de volgende interne en externe observaties plaatsgevonden:

- **Interne observaties:**
  - Polikliniek Revalidatiegeneeskunde (locatie Groningen)
  - Polikliniek Revalidatiegeneeskunde (locatie Haren, Beatrixoord)
  - Polikliniek Cardiologie (locatie Haren, Beatrixoord)
  - Het Tuberculosecentrum (locatie Haren, Beatrixoord)
- **Externe observaties:**
  - Universitair Medisch Centrum Utrecht
  - Maastricht UMC
  - Isala Zwolle (Leef- en Bewegencentrum)

Uitwerkingen van de observaties staan in bijlage F. In bijlage G staat de observatielijst met de punten waarop gelet is tijdens het observeren in andere ziekenhuizen. Deze lijst is met name gebruikt voor de externe observaties. Voor de interne observaties is alleen punt 4 van het onderdeel "Poliklinieken" gebruikt.

Door de tabellen 4.1 en 4.2 wordt inzichtelijk wat de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende poliklinieken zijn. Op basis hiervan zijn conclusies getrokken die in de volgende paragraaf aan bod komen. De tabellen zijn onderverdeeld in twee categorieën: (1) Entree/Centrale hal en (2) Poliklinieken. Bij elke categorie wordt een vergelijking gemaakt met de huidige situatie van het UMCG.

	Locatie Groningen	Locatie Haren
<b>ENTREE (CENTRALE HAL)</b>		
<b>Eerste indruk</b>	Gezellige ruimte	Open, lichte ruimte
<b>Healing Environment</b>	Er komt veel daglicht binnen en er is gebruik gemaakt van verschillende kleuren.	Er is een open uitstraling (relatief veel daglicht) en er staan meerdere planten.
<b>Overeenkomsten</b>	Huiselijke sfeer en open ruimte met relatief veel daglicht	Huiselijke sfeer en open ruimte met relatief veel daglicht
<b>Verschillen</b>	Relatief meer warmere kleuren (vloer + muren)	Relatief veel witte muren
<b>POLIKLINIEKEN</b>		
<b>Positie poli's algemeen</b>	Begane grond	Patiënten hebben niet alleen afspraken op de begane grond, maar tevens op de verdiepingen
<b>Uitstraling</b>	Rustgevende uitstraling	Vrolijke uitstraling (felle kleuren, zoals oranje en groen)
<b>Wachruimtes</b>	Relatief grote wachruimtes	Geen aparte wachruimtes, er is een Tuincafé en aan de gangen grenzen kleinere open plekken tafels met stoelen staan
<b>Werkwijze</b>	Elke polikliniek heeft een eigen balie	Aanmelden bij centrale balie
<b>Overeenkomsten</b>	Diverse faciliteiten in de buurt: koffie, toiletten, lectuur etc.	Diverse faciliteiten in de buurt: koffie, toiletten, lectuur etc.
<b>Verschillen</b>	Grote wachruimtes in vergelijking tot Beatrixoord	Kleine wachruimtes in vergelijking tot Groningen. Wel is er in Beatrixoord een Tuincafé aanwezig, waar een prettige sfeer is gecreëerd en dat dient als ontvangstruimte

**Tabel 4.1** Overzicht interne observaties

	UMC Utrecht	Maastricht UMC	Isala Zwolle
<b>ENTREE (CENTRALE HAL)</b>			
<b>Eerste indruk</b>	Open, hoge ruimte met glazen overkapping dat relatief veel daglicht doorlaat	Rustgevende en open uitstraling (relatief veel wit en daglicht en er zijn planten en winkeltjes aanwezig)	Open, lichte ruimte
<b>Healing Environment</b>	Kleurgebruik meubilair en relatief veel daglicht	Relatief veel daglicht en er zijn planten aanwezig	Relatief veel daglicht en veel planten met houten bankjes
<b>Overeenkomsten t.o.v. UMCG</b>	Huiselijke sfeer en open ruimte met relatief veel daglicht	Relatief veel daglicht	Open, lichte ruimte (relatief veel daglicht)
<b>Verschillen t.o.v. UMCG</b>	Meer kleurgebruik ten opzichte van centrale hal UMCG	Meer planten ten opzichte van centrale hal UMCG	Isala: meer planten, lichte kleuren en er is een sfeer gecreëerd alsof je in een tuin bent UMCG: donkere/ warmere kleuren en er is een sfeer gecreëerd alsof je in een stad bent
<b>POLIKLINIEKEN</b>			
<b>Positie poli's algemeen</b>	Begane grond	Op verschillende verdiepingen	In verschillende vleugels
<b>Positie poli's Orthopedie en Revalidatie</b>	Geen clustering bewegspecialismen, Orthopedie bevindt zich niet bij Revalidatie, maar bij Neurologie	Op verschillende verdiepingen: Orthopedie op eerste verdieping en Revalidatie op begane grond	Geen clustering bewegspecialismen, maar de poli's die zich hierop richten bevinden zich vlakbij elkaar
<b>Uitstraling</b>	Geen huiselijke sfeer: veel gangen met geen/weinig daglicht	Relatief veel wit en weinig daglicht	Relatief veel planten en daglicht: het gevoel alsof je buiten in een tuin bent
<b>Wachruimtes</b>	Geen huiselijke sfeer: weinig planten en balie niet op centrale plek	In de gangen	Weinig kleurgebruik, zijn relatief groot met open en rustgevende sfeer
<b>Werkwijze</b>	Elke polikliniek heeft een eigen balie	Gezamenlijke balie voor meerdere poliklinieken (zoals onder andere Fysiotherapie, Ergotherapie en Revalidatie)	Bij elke wachruimte is een balie en in de centrale hal staan digitale aanmeldzuiden
<b>Overeenkomsten t.o.v. poli's UMCG</b>	Eigen balie per polikliniek	Eigen identiteit	Ruime wachruimtes met grote, centrale balies
<b>Verschillen t.o.v. poli's UMCG</b>	UMCG: Meer aspecten die zorgen voor een huiselijke sfeer	Minder privacy ten opzichte van wachruimtes UMCG	Minder kleurgebruik ten opzichte van wachruimtes UMCG

Tabel 4.2 Overzicht externe observaties

## 4.2 CONCLUSIES OBSERVATIES

Op basis van de observaties kunnen overeenkomsten en verschillen genoemd worden tussen de externe locaties en het UMCG en tussen de locaties van het UMCG in Groningen en Haren.

Over het algemeen is bij beide locaties van het UMCG te zien dat er zoveel mogelijk een prettige sfeer gecreëerd wordt door middel van kunstwerken, kleurgebruik etc. Een opvallend verschil is dat de inrichting in Haren veel transparanter is dan in Groningen en dat patiënten ondanks de open sfeer niet tot weinig klagen over de privacy.

Overeenkomsten tussen het UMCU en het UMCG zijn dat er in de inrichting een huiselijke sfeer gecreëerd is, waardoor je niet gelijk het gevoel hebt in een ziekenhuis aanwezig te zijn. Daarnaast is de balie op een centrale plek gepositioneerd en is de centrale hal een grote, open ruimte, waar relatief veel gebruik gemaakt is van glas.

Een verschil tussen beide ziekenhuizen is dat in UMCU meer gebruik is gemaakt van diverse kleuren. Verder zit bij het UMCG een restaurant bij de hoofdingang, wat zorgt voor een gezellige sfeer. Bij het UMCU moet je eerst verder het ziekenhuis in voordat je bij het restaurant komt.

Met betrekking tot de werkwijze van de poliklinieken van het UMCU heeft elke polikliniek een eigen balie waar patiënten zich kunnen aanmelden en is er voor opname een centrale balie bij de entree. Dit is een overeenkomst met het UMCG, waar ook elke polikliniek een eigen balie heeft en patiënten die worden opgenomen zich kunnen melden bij de balie in de centrale hal. Verschillen tussen beide ziekenhuizen zijn dat de balies in het UMCG op een opvallende en centrale plek zijn gepositioneerd en dat de wachruimtes van het UMCG huiselijker zijn ingericht. De patiënten hebben zicht op de balie en er is meer gebruik gemaakt van kleur.

Een overeenkomst tussen het UMC in Maastricht en het UMCG is dat er in beide ziekenhuizen relatief veel daglicht binnenkomt en een verschil is dat in het UMCG minder planten staan in vergelijking met het UMC in Maastricht. Een andere overeenkomst tussen deze ziekenhuizen is dat in beide ziekenhuizen de poliklinieken een eigen "identiteit" hebben. Bij het UMCG is elke polikliniek ingericht

door een andere architect en in Maastricht zijn de poliklinieken ingericht op basis van diverse kleurenthema's. Een verschil tussen beide ziekenhuizen is dat de wachruimten in het UMCG meer privacy bieden, omdat patiënten niet in een gang hoeven te wachten waar anderen langs kunnen lopen.



**Afbeelding 4.1** Foto observatie MUMC (kleurenthema)

Doordat er in Maastricht weinig vierkante meters voor het wachten gebruikt wordt, hebben ze meer vloeroppervlak over voor behandelkamers en andere specifieke ruimten. Zo hebben ze bijvoorbeeld meerdere oefenzalen, die op het moment van de rondleiding ook voor het grootste deel in gebruik waren.

Zowel bij Isala in Zwolle als het UMCG krijg je niet gelijk het gevoel aanwezig te zijn in een ziekenhuis. Er is een open, prettige sfeer in beide gebouwen.

De verschillen zijn dat bij Isala meer planten te vinden zijn in de inrichting en dat er veel gebruik is gemaakt van asymmetrische vormen.

Een ander verschil is dat er in Zwolle een Leef- en Bewegencentrum aanwezig is, waar patiënten heen gaan om te revalideren.



---

**Afbeelding 4.2** Foto observatie Isala (prettige sfeer)

Meer foto's van de observaties zijn te vinden in bijlage H.



## 5 BEVINDINGEN INTERVIEWS

In het kader van het onderzoek naar een mogelijk inrichtingsconcept van de Beweegpoli zijn er negen interviews afgenomen met medewerkers van het UMCG. Deze medewerkers zijn of betrokken bij het project Poli-indeling of hebben bepaalde belangen die kunnen worden meegenomen in het eindresultaat. In dit hoofdstuk komen de bevindingen van de interviews aan bod.

### 5.1 UITVOERING INTERVIEWS

De interviews zijn opgenomen, samengevat en vervolgens teruggekoppeld naar de geïnterviewden met het verzoek om feitelijke onjuistheden eruit te halen.

In bijlage I staan de interviewvragen die voorbereid zijn en in bijlage J staan de samenvattingen van de interviews. Tevens zijn aan bijlage J uitwerkingen toegevoegd van vragen die ingevuld zijn door vier studenten die voor hun stage betrokken zijn bij het onderwerp privacy in het ziekenhuis en hiervoor meelopen op verschillende poliklinieken.

Het overzicht van de interviewvragen is een samenvoeging van alle interviewvragen die geformuleerd zijn. Voor elke medewerker die geïnterviewd is, is een selectie gemaakt van vragen die van toepassing zijn op het interview, bijvoorbeeld op basis van de functie of het project waar de medewerker aan werkt. Zo ging het ene interview vooral over Healthy Ageing en het andere interview over uitgangspunten voor de inrichting van de polikliniek. Naast de bundel met de diverse bijlagen is er een cd-rom bijgevoegd, waarop de opnames van de afgenomen interviews staan.

### 5.2 ANALYSE INTERVIEWS

De uitwerkingen van de interviews zijn geanalyseerd. De informatie die verkregen en teruggekoppeld is uit de interviews zijn gelabeld om tot beantwoording te komen van de onderzoeksvragen (hoofdstuk 7).

Naast deze samenvattingen is er tevens input verkregen vanuit andere studenten. De studenten die input hebben geleverd hebben in het kader van een opdracht over privacy allemaal één of meerdere meeloopmomenten gehad of krijgen er nog één op een polikliniek.

Een aantal interviewvragen is doorgestuurd naar deze studenten. Vanuit hun ervaring en expertise hebben ze deze vragen beantwoord. Privacy is een onderwerp waar een steeds strengere wetgeving voor komt. Met de input van de studenten kan uitgezocht worden of het in de herinrichting mogelijk is privacy mee te nemen. De belangrijkste antwoorden die deze studenten hebben ingevuld, is onder andere dat het omroepen van achternamen van patiënten een schending van privacy is. Een oplossing zou kunnen zijn om overal in het ziekenhuis met een nummertjessysteem te werken. Daarnaast zijn de studenten van mening dat er voldoende zitplekken in de wachtruimtes zijn, waardoor patiënten kunnen kiezen om dichtbij of ver weg van elkaar te zitten. Andere punten die genoemd zijn, is dat beeldschermen bij de balies afgeschermd moeten worden en dat er voldoende houders moeten zijn om formulieren van patiënten in te stoppen, zodat ze niet meer op de balie liggen. Tot slot is het gedrag van de artsen van belang in de zin van dat ze buiten de behandelkamers niks moeten bespreken met patiënten, omdat de kans bestaat dat iemand anders (een andere medewerker of patiënt) bepaalde (privacygevoelige) informatie meekrijgt.

In de tabellen in bijlage K is de analyse van de interviews overzichtelijk weergegeven. In verband met de privacy worden de uitspraken niet gekoppeld aan de namen van de medewerkers. Er is in deze tabellen gebruik gemaakt van twee verschillende kleuren die de volgende betekenis hebben:

Legenda	
Komt (gedeeltelijk) overeen met antwoorden van andere geïnterviewden	GROEN
Komt niet overeen met antwoorden van andere geïnterviewden	ROOD

Tabel 5.1 Legenda analyse interviews

Met betrekking tot de huidige situatie zijn er geen tot weinig uitspraken uit de interviews die met elkaar overeenkomen. Dit komt omdat elke medewerker vanuit andere invalshoeken naar een polikliniek kijkt en niet overal vol-

doende expertise over heeft om over bepaalde onderdelen uitspraken te doen.

Bij de gewenste situatie is dit anders. Hierbij kunnen de medewerkers aangegeven wat zij graag zouden willen, ongeacht of ze hierover voldoende kennis hebben. Bij de gewenste situatie kunnen ze 'out of the box' denken.

Uitspraken die gedaan zijn tijdens de interviews die met elkaar overeenkomen, zijn dat de poliklinieken over het algemeen verouderd zijn en relatief grote wachtruimtes hebben. In het kader van privacy is er genoemd dat er weinig mogelijkheden zijn voor de patiënt om zich terug te trekken. Verder zijn de meningen verdeeld over het centraal stellen van de patiënt.

Daarnaast is er bij de huidige situatie weinig gezegd over Healthy Ageing en Healing Environment, behalve dat er met betrekking tot Healing Environment indirect daglicht is op de poli's en er veel gebruik gemaakt is van kunst. Healthy Ageing is nog vrij globaal in de huidige situatie en kan de komende tijd verder ontwikkeld worden.

Voor de gewenste situatie zijn meer uitspraken gedaan over wat de geïnterviewden graag zouden willen zien in de Beweegpoli. Allereerst wil een deel van geïnterviewden graag in de nieuwe polikliniek terug zien dat er multidisciplinaire spreekkamers zijn en dat de wachtruimte wordt gebruikt als ontvangstruimte, met een kleiner oppervlakte en meer diversiteit aan zitplekken. Diversiteit aan zitplekken kan tevens gecombineerd worden met verschillende zithoeken, waardoor de patiënt de keuze heeft om te kiezen voor meer privacy in de wachtruimte.

Verder wordt het kleurgebruik als belangrijk aspect genoemd in het kader van Healing Environment, in combinatie met (dag)licht en groenvoorziening.

Met betrekking tot Healthy Ageing is er tijdens de interviews een aantal keren aangeraden om te kijken hoe bewegen en een gezonde levensstijl in een polikliniek gepromoot kunnen worden.

Tot slot is er over het centraal stellen van de patiënt onder andere genoemd dat het van belang is een sfeer te creëren, waarin de patiënt zich welkom voelt. De patiënt wil zich gezien voelen en hierbij is niet alleen de inrichting van belang, maar ook het gedrag van de medewerkers.

### 5.3 CONCLUSIES INTERVIEWS

Als er gekeken wordt naar beide tabellen in de bijlage, is er te zien dat in de huidige situatie meer meningen verschillend zijn dan in de gewenste situatie. Blijkbaar is er toch een bepaald idee binnen het ziekenhuis hoe een polikliniek zou kunnen worden ingericht.

#### Samenvatting

Eén van de antwoorden die meerdere keren door de geïnterviewden genoemd is, is dat er diversiteit moet zijn in de zitplekken van de wachtruimte.

Daarnaast is er door patiënten bij spiegelbijeenkomsten en andere feedbackmomenten regelmatig aangegeven dat ze het belangrijk vinden om gezien te worden en zich welkom te voelen op de polikliniek. Dit is tijdens het interview met een Stafmedewerker Kwaliteit aan bod gekomen.

Een aspect dat tijdens het interview met de Manager Bedrijfsvoering Revalidatie naar voren is gekomen, is dat we af moeten van de term "wachtruimte" en dat we voortaan "ontvangstruimte" moeten gebruiken. We moeten een patiënt ontvangen en welkom laten voelen en daarnaast moet er een huiselijke sfeer gecreëerd worden op de polikliniek. Aspecten die tijdens de interviews genoemd zijn en die aan een huiselijke sfeer kunnen bijdragen, zijn:

- Kleurgebruik/kleurstelling;
- Groenvoorziening/natuur;
- Decoratie (bijvoorbeeld schilderijen);
- Verlichting (sfeer).

Wat opvallend is bij de analyse van de interviews, is dat daglicht niet altijd genoemd is en er zelfs één keer is aangegeven dat daglicht helemaal niet nodig is. Het is lastig om overal in het ziekenhuis (op een directe manier) daglicht in alle ruimtes te krijgen. Een mogelijke oplossing die tijdens een interview genoemd is, is om monitoren te plaatsen waarop patiënten bijvoorbeeld het weer van buiten kunnen volgen.

#### Healthy Ageing

Zowel in de huidige als in de gewenste situatie hebben de geïnterviewden weinig tot niets verteld over Healthy Ageing. Dit is een opvallend punt dat aansluit bij het gesprek dat heeft plaatsgevonden met een Beleidsmedewerker Healthy Ageing. Op dit moment zijn ze druk bezig met na-



denken hoe Healthy Ageing in het ziekenhuis gecommuni- ceerd kan worden naar zowel medewerkers als patiënten. Ondanks dat er niet een groot aantal medewerkers geïnter- viewd is, zou toch kunnen worden aangenomen dat de communicatie over Healthy Ageing beter kan. De mede- werkers die wel geïnterviewd zijn, zijn werkzaam op ver- schillende afdelingen. Een deel van de geïnterviewden hebben een leidinggevende functie bij die afdelingen, waardoor kan worden aangenomen dat op deze afdelingen weinig bekend is over wat Healthy Ageing daadwerkelijk inhoudt, omdat leidinggevend en hierover beter zouden kunnen communiceren naar de medewerkers toe.



## 6 BEVINDINGEN ENQUÊTES

Om voor het onderzoek meer input te verzamelen, zijn er enquêtes afgenomen onder de eindgebruikers (medewerkers) en patiënten. In de eerste paragraaf wordt een korte toelichting gegeven op de beschrijvende en toetsende statistiek. Vervolgens worden de resultaten genoemd die uit de enquêtes gekomen zijn en in de laatste paragraaf worden uit de resultaten conclusies getrokken. In de laatste paragraaf komt tevens aan bod wat de responspercentages en de verhouding tussen het aantal respondenten van de verschillende poliklinieken voor invloed hebben op de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de resultaten. Ook wordt besproken hoe de resultaten geïnterpreteerd moeten worden.

### 6.1 STATISTIEK

Nadat de gegevens van de ingevulde enquêtes in SPSS waren toegevoegd, is er meer informatie over de variabelen verzameld met behulp van zowel beschrijvende als toetsende statistiek.

Beschrijvende statistiek wordt gebruikt om meer informatie te verkrijgen over de variabelen in de datamatrix. De data wordt hiermee overzichtelijker weergegeven.

Toetsende statistiek wordt gebruikt wanneer in de hypothese iets staat over verschil of samenhang. De volgende hypothesen zullen verderop in dit hoofdstuk aan bod komen:

- Vrouwelijke medewerkers vinden het belangrijker om Healthy Ageing terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Vrouwelijke medewerkers vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Medewerkers van de locatie Beatrixoord in Haren vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan medewerkers van de locatie in Groningen.
- Vrouwelijke patiënten vinden het belangrijker om Healthy Ageing terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Vrouwelijke patiënten vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Patiënten van de locatie Beatrixoord in Haren vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan medewerkers van de locatie in Groningen.

### 6.2 RESULTATEN ENQUÊTES

In de bijlagen zijn de opgestelde enquêtes voor de patiënten (bijlage L) en voor de eindgebruikers (bijlage M) te vinden. Daarnaast staan in bijlage N en O overzichten van de antwoorden die zijn ingevuld door de geënquêteerden. Deze (frequentie)tabellen in de bijlagen zijn gemaakt met behulp van het programma SPSS.

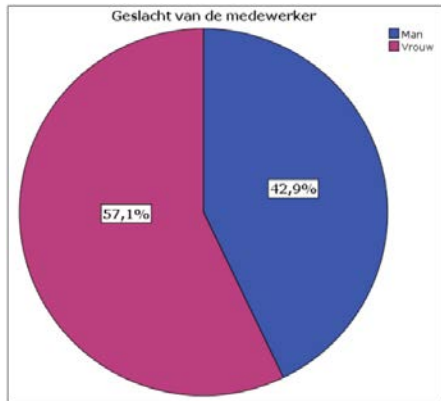
#### 6.2.1 ENQUÊTE EINDGEBRUIKERS

Hieronder worden de resultaten toegelicht van de enquête die door de eindgebruikers is ingevuld. Met de eerste vragen van deze enquête wordt algemene informatie over de geënquêteerden verkregen: geslacht van de medewerker, de polikliniek(en) waar de medewerker werkzaam is en de functie van de medewerker.

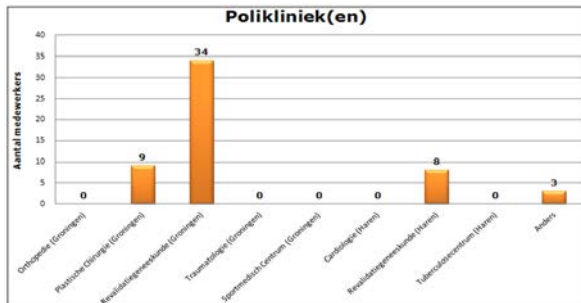
Uit de cirkeldiagram van afbeelding 6.1 blijkt dat er bijna een evenwichtige verdeling is tussen het aantal mannen en het aantal vrouwen dat de enquête heeft ingevuld. Dit is namelijk gedaan door 21 mannen (42,9%) en 28 vrouwen (57,1%).

Sommige medewerkers zijn werkzaam op meerdere poliklinieken. De enquête is door 49 medewerkers ingevuld. Er is bij deze vraag de mogelijkheid om per polikliniek met "Ja" of "Nee" aan te geven of ze er werken. Doordat er bij deze vraag meerdere poliklinieken als antwoord mogelijk zijn, is er gekeken hoe vaak er van de 49 keer het antwoord "Ja" is ingevuld bij elke polikliniek. Hieruit blijkt dat de meeste geënquêteerde medewerkers werkzaam zijn op de polikliniek Revalidatiegeneeskunde in Groningen. De oorzaak van de grote verschillen met het aantal medewerkers van de andere poliklinieken is dat niet op elke polikliniek op hetzelfde moment toestemming gegeven is om te starten met

het rondsturen van de enquête, waardoor op de ene polikliniek de medewerkers twee tot drie weken de tijd hebben gehad om de enquête in te vullen en op de andere polikliniek vijf werkdagen.



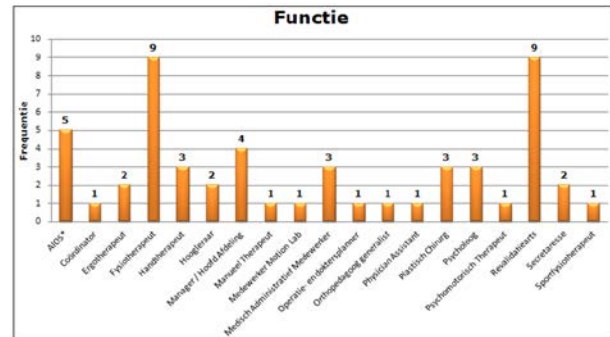
Afbeelding 6.1 Geslacht



Afbeelding 6.2 Polikliniek

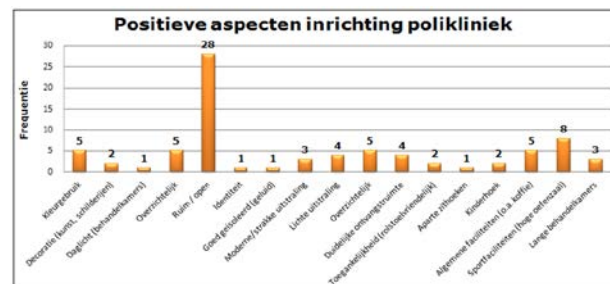
De volgende vraag is gericht op de functie van de medewerkers. Van de 49 medewerkers zijn er 4 medewerkers die twee functies vervullen. Zoals in afbeelding 6.3 te zien is, is de enquête ingevuld door zowel medewerkers die patiënten behandelen, als medewerkers die de administratie verzorgen en in hun dagelijks werk minder met patiënten in aanmerking komen. Zowel de functie Fysiotherapeut als de functie Revalidatiearts is negen keer ingevuld in de enquête, wat een relatief hoog aantal is vergeleken met de overige functies. Een verklaring voor deze score is dat dit twee

functies zijn van de polikliniek Revalidatiegeneeskunde en deze polikliniek heeft relatief de hoogste respons op de enquête (afbeelding 6.2).



Afbeelding 6.3 Functie  
\*Arts in opleiding tot specialist

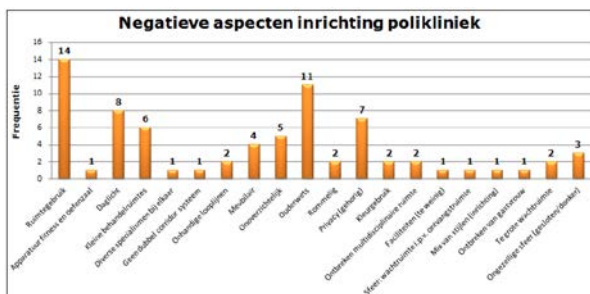
Vervolgens zijn er twee vragen waar de patiënt de mogelijkheid heeft om maximaal drie positieve en maximaal drie negatieve aspecten te benoemen als ze kijken naar de inrichting van de polikliniek. Naast aspecten over de inrichting werden er ook aspecten genoemd die te maken hebben met onder andere de logistiek. Dit staat los van de afstudeeropdracht, waardoor alleen de aspecten uit de resultaten zijn gehaald die gericht zijn op de inrichting. In totaal zijn er 80 positieve aspecten en 75 negatieve aspecten genoemd die betrekking hebben op de inrichting. Alle genoemde aspecten zijn vervolgens gecategoriseerd, zodat ze in grafieken kunnen worden weergegeven (zie afbeelding 6.4 en 6.5).



Afbeelding 6.4 Positieve aspecten

Een belangrijk punt om mee te nemen in het onderzoek is dat er 19 keer is aangegeven dat medewerkers het prettig vinden dat patiënten multidisciplinair behandeld kunnen worden. Dit betekent voor de medewerkers onder andere dat alle benodigde voorzieningen in één polikliniek zitten (zoals een oefenzaal, zwembad, behandelcabines et cetera). Hierdoor kunnen meerdere disciplines samenwerken op één polikliniek en is er de mogelijkheid tot sporten en bewegen.

Vervolgens is de vraag gesteld of medewerkers wel eens van patiënten positieve berichten hebben gehoord over de inrichting van een polikliniek. Hierop heeft 34,7% aangegeven dit wel eens te hebben gehoord, waarbij het merendeel van de positieve berichten te maken heeft met de aanwezigheid van schilderijen, wandschilderingen, de vrolijke uitstraling (kleurgebruik) en de aanwezigheid van sportfaciliteiten.



Afbeelding 6.5 Negatieve aspecten

Met name het ruimtegebruik en de ouderwetse uitstraling komen naar voren uit afbeelding 6.5. De ouderwetse uitstraling is bij de afdeling Bouw & Facilitair al enige tijd bekend, omdat nog niet alle poliklinieken zijn gerenoveerd volgens de onderhoudsplanning.

Net als bij de positieve aspecten is ook de vraag gesteld of medewerkers van patiënten negatieve berichten hebben ontvangen over de inrichting. Op deze vraag heeft 38,8% aangegeven dit wel eens te hebben ontvangen, waarbij de meeste berichten betrekking hebben op oncomfortabel meubilair en het gebrek aan privacy in de wachtruimte.

### De patiënt staat centraal

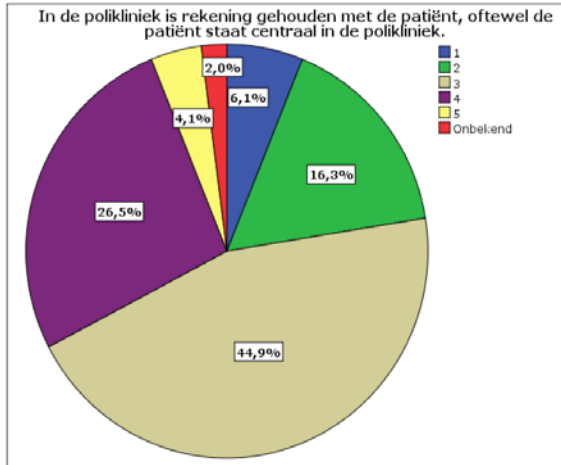
Een belangrijke richting van het UMCG is “De patiënt staat centraal”. Over deze richting zijn in de enquête een aantal vragen gesteld, waarbij de eerste vraag een open vraag is waar de medewerkers in eigen woorden hebben kunnen aangeven wat ze verstaan onder “De patiënt staat centraal”. De meest genoemde aspecten waar in de inrichting rekening mee kan worden gehouden zijn:

- Privacy;
- Warme kleuren in de wachtruimtes;
- Huiselijke sfeer creëren: de patiënt moet zich thuis voelen.

Naast deze aspecten die kunnen worden meegenomen in de inrichting is ook regelmatig genoemd dat er korte wachttijden moeten zijn en dat de patiënt multidisciplinair behandeld moet worden. Dit zijn aspecten die te maken hebben met de logistiek en waarbij een goede ICT-ondersteuning vereist is voor een goed planningssysteem.

Vervolgens hebben de medewerkers aangegeven in hoeverre er rekening is gehouden met de patiënt op de polikliniek. Hierbij konden ze een score aangeven van 1 tot en met 5, waarbij 1 “Volledig mee oneens” betekent en 5 “Volledig mee eens”. In afbeelding 6.6 is te zien dat ongeveer een derde van de medewerkers (30,6%) een 4 of 5 als score heeft gegeven en dat bijna de helft neutraal is gebleven (44,9%).

De medewerkers hebben de mogelijkheid gehad om de ingevulde score uit afbeelding 6.6 toe te lichten. Uit de antwoorden blijkt dat er met name logistieke aspecten genoemd zijn in plaats van aspecten die te maken hebben met de inrichting van de polikliniek. Als er al wel iets over de inrichting genoemd is, gaat het over de ouderwetse uitstraling, de ongezellige sfeer en het meubilair dat niet comfortabel zit.



Afbeelding 6.6 De patiënt staat centraal

**Drijfveer: Van mens tot mens in alles wat we doen**

Een van de drijfveren van het UMCG is “Van mens tot mens in alles wat we doen”. Hierover is de vraag gesteld op welke manier er volgens de medewerker in de inrichting van een polikliniek rekening kan worden gehouden met deze drijfveer. De medewerkers hebben met name de volgende punten aangegeven:

- Scherm waarop patiënten kunnen zien hoe lang de wachttijd ongeveer bedraagt;
- Inrichting moet niet somber zijn en open, maar de privacy moet gewaarborgd worden;
- Voldoende faciliteiten (drinken, lectuur, internet et cetera);
- Voorlichtingsmaterialen;
- Zithoeken als ontmoetingsplek voor patiënten;
- Laagdrempelig.

**Drijfveer: Healthy Ageing**

Een andere drijfveer van het UMCG is “Healthy Ageing”. Ook hierover is de vraag gesteld op welke manier er volgens de medewerker in de inrichting van een polikliniek rekening kan worden gehouden met deze drijfveer. De volgende punten zijn door meerdere medewerkers aangegeven:

- Folders over sporten, roken, voeding et cetera;
- Scherm met informatie over activiteiten in de regio;
- Mogelijkheid bieden voor bijvoorbeeld ouders om iets actiefs te doen tijdens het wachten;
- Beweging stimuleren door middel van schilderijen, posters et cetera.

**Gewenste aspecten inrichting**

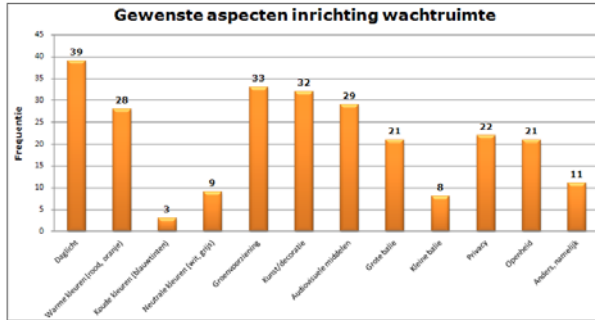
Vervolgens zijn er twee vragen aan de enquête toegevoegd waar medewerkers de mogelijkheid hadden aan te geven welke aspecten ze in ieder geval terug willen zien in de inrichting van een wachtruimte en in de inrichting van een spreekkamer.

Uit de afbeeldingen 6.7 en 6.8 blijkt dat daglicht de hoogste frequentie heeft. Helaas is dit niet overal in het ziekenhuis mogelijk in verband met de vorm van het gebouw. Wat grotendeels wel mogelijk is, is dat er indirect daglicht binnenkomen via de straten waaraan de poliklinieken liggen.

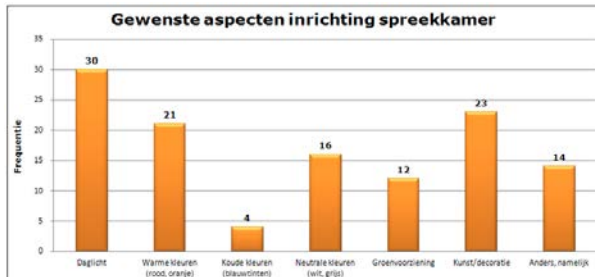
Een ander aspect dat zowel bij de vraag over de wachtruimte als bij de vraag over de spreekkamer relatief hoog scoort, is de aanwezigheid van kunst/decoratie en het gebruik van warme kleuren in de inrichting.

Ook hadden de medewerkers de mogelijkheid om zelf andere aspecten in te vullen. Bij de inrichting van de wachtruimte is met name genoemd dat er een koffieautomaat moet zijn en er een speelruimte voor kinderen ingericht moet worden.

Bij de inrichting van de spreekkamer kwam naar voren dat er voor patiënten een fatsoenlijke mogelijkheid moet zijn om zich te kunnen aan- en uitkleden en dat voldoende ruimte van belang is om patiënten te kunnen observeren tijdens het lopen.



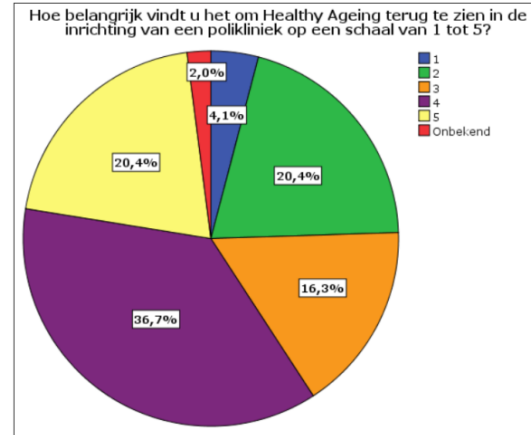
Afbeelding 6.7 Gewenste aspecten inrichting (wachruimte)



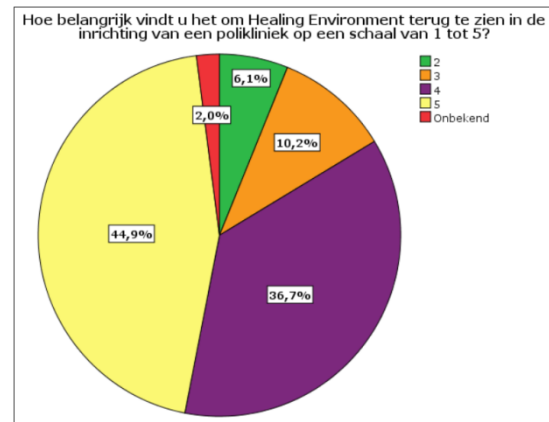
Afbeelding 6.8 Gewenste aspecten inrichting (spreekkamer)

Tot slot hebben medewerkers voor een aantal stellingen aangegeven in hoeverre ze het ermee eens zijn. De eerste twee vragen gaan over het belang van Healthy Ageing en Healing Environment in de inrichting en hierbij is de schaal 1 tot en met 5 gebruikt, waarbij 1 "Zeer onbelangrijk" betekent en 5 "Zeer belangrijk". Bij de overige vragen is bij de schaal 1 tot en met 5 een andere betekenis gebruikt, namelijk 1 is "Volledig mee oneens" en 5 is "Volledig mee eens".

Healthy Ageing en Healing Environment zijn twee belangrijke aspecten die worden meegenomen in het afstudeeronderzoek. Beide vragen zijn 48 keer ingevuld en is 1 keer het antwoord "Onbekend" aangegeven. Doordat de respons op deze vragen even hoog is, kunnen beide resultaten met elkaar vergeleken worden en blijkt uit de afbeeldingen 6.9 en 6.10 dat medewerkers het belangrijker vinden om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan Healthy Ageing. Bij de vraag over Healing Environment is niet één keer de laagste score (1) ingevuld.

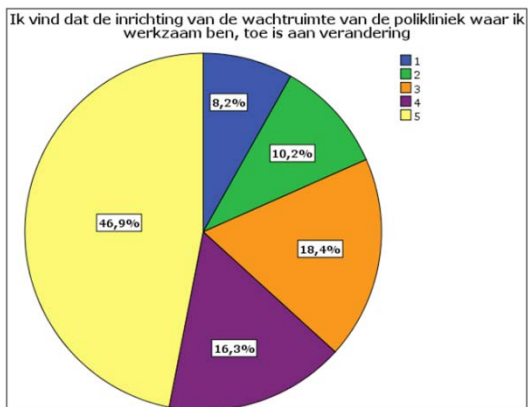


Afbeelding 6.9 Healthy Ageing

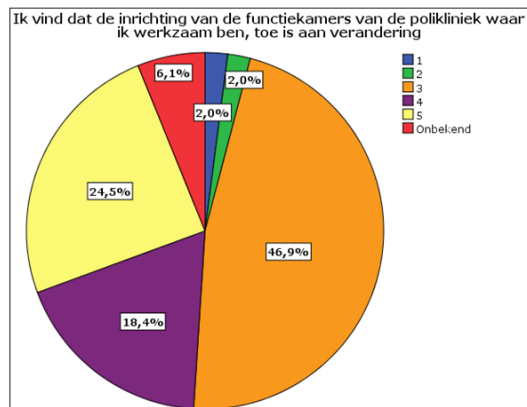


Afbeelding 6.10 Healing Environment

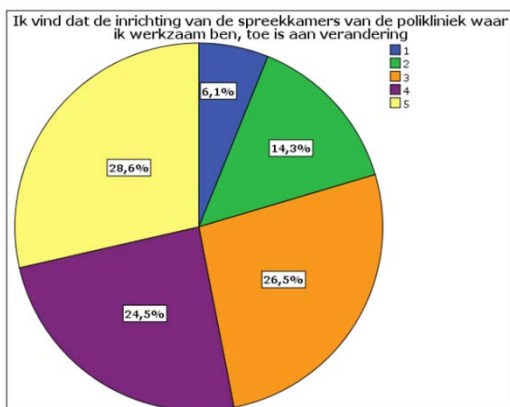
Uit de laatste vijf cirkeldiagrammen blijkt dat het merendeel van de medewerkers vindt dat de wachruimte toe is aan verandering. Dit percentage is lager bij de vraag of de spreekkamers of functiekamers aan verandering toe zijn.



**Afbeelding 6.11** Verandering wachtruimte



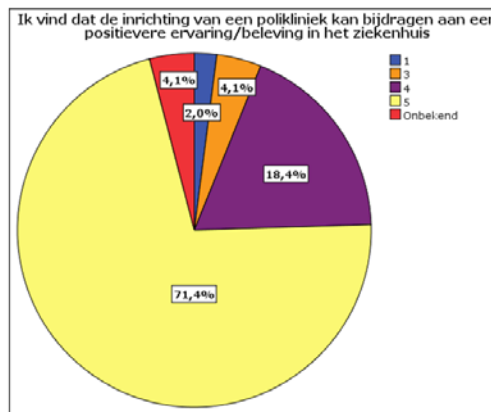
**Afbeelding 6.13** Verandering inrichting functiekamers



**Afbeelding 6.12** Verandering spreekkamers

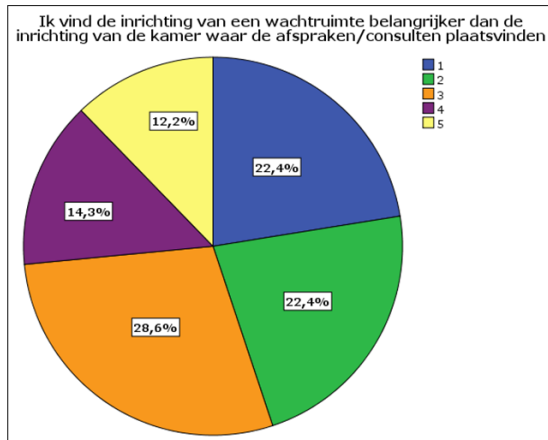
Op de vraag of de inrichting van een polikliniek kan bijdragen aan een positievere ervaring/beleving in het ziekenhuis is relatief hoog gescoord. Bijna driekwart van de geënquêteerde medewerkers (71,4%) heeft de hoogste score als antwoord gegeven.

De meningen zijn verdeeld over de laatste stelling waarin gevraagd wordt of de medewerker het ermee eens is dat de inrichting van een wachtruimte belangrijker is dan de inrichting van een behandelkamer. Ongeveer een kwart (26,5%) is het hiermee (volledig) eens, een kwart (28,6%) is neutraal en het grootste deel is het hier (volledig) mee oneens (44,8%).



**Afbeelding 6.14** Relatie inrichting / beleving





**Afbeelding 6.15** Relatie inrichting / type ruimte

Bij de laatste vraag van de enquête hadden de medewerkers de mogelijkheid om opmerkingen te plaatsen in het kader van het onderzoek. Uit deze opmerkingen zijn, in vergelijking met de eerdere antwoorden, geen nieuwe aspecten naar voren gekomen met betrekking tot de inrichting.

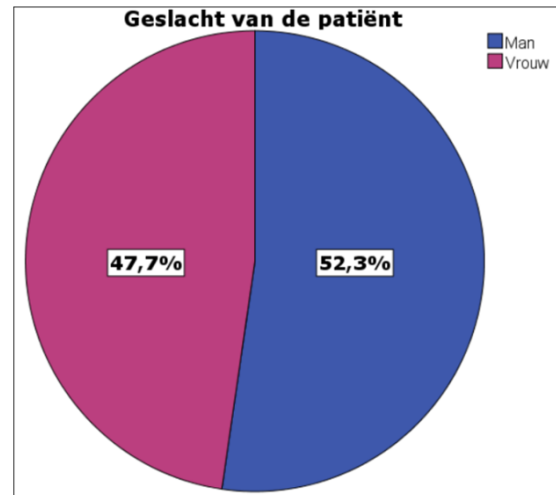
### 6.2.2 ENQUÊTE PATIËNTEN

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de enquête die door de patiënten zijn ingevuld. Deze enquête begon met drie algemene vragen: geslacht van de patiënt, leeftijdscategorie waartoe de patiënt behoort en de polikliniek waar de patiënt een afspraak heeft.

Als er gekeken wordt naar de verhouding man/vrouw is er onder de geënquêteerden een redelijk evenwichtige verdeling tussen het aantal mannen en vrouwen. Ook als er gekeken wordt naar de leeftijd van de patiënten is dit redelijk verdeeld. De meeste categorieën zitten rond de 20%. Alleen de categorie 26-35 jaar heeft in vergelijking met de overige categorieën een laag percentage en zijn er relatief minder patiënten die behoren tot de categorie "Jonger dan 26 jaar".

Met betrekking tot de vraag op welke polikliniek de patiënt een afspraak heeft, is geen gelijke verdeling tussen de gegeven antwoorden. De oorzaak hiervan is dat niet voor alle

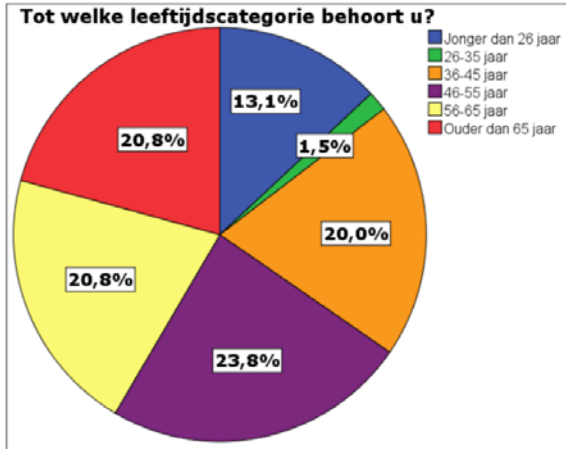
poliklinieken toestemming gegeven is om de enquête af te nemen en het aantal momenten waarop en door wie de enquête is uitgedeeld, is ook niet overal gelijk geweest. Zo zijn op de polikliniek Revalidatiegeneeskunde in Groningen en op de locatie Beatrixoord de enquêtes face-to-face uitgedeeld, maar gebeurde dit op de polikliniek Plastische Chirurgie door een medewerker van de zorgadministratie.



**Afbeelding 6.16** Geslacht

Vervolgens zijn er twee vragen waar de patiënt de mogelijkheid had om maximaal drie positieve en maximaal drie negatieve aspecten op te schrijven als ze kijken naar de inrichting van de polikliniek. In totaal zijn er 259 positieve aspecten en 91 negatieve aspecten genoemd die betrekking hebben op de inrichting. Dit is een groot verschil, wat zou kunnen betekenen dat de patiënten over het algemeen tevreden zijn over de huidige situatie. In de enquêtes is regelmatig bij de vraag over knelpunten aangegeven dat alles goed is zoals het is en dat er geen aspecten zijn waar de patiënt niet tevreden over is.

Alle genoemde aspecten zijn vervolgens gecategoriseerd, zodat ze in de grafieken 6.19 en 6.20 kunnen worden weergegeven.

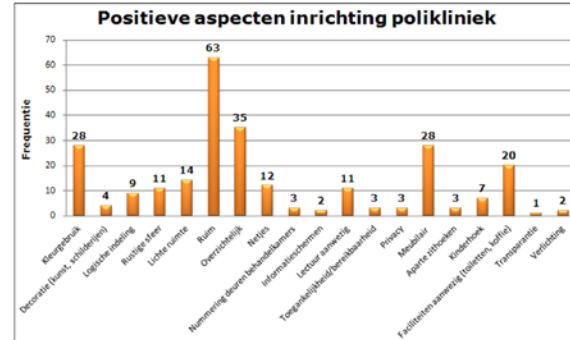


Afbeelding 6.17 Leeftijdscategorie

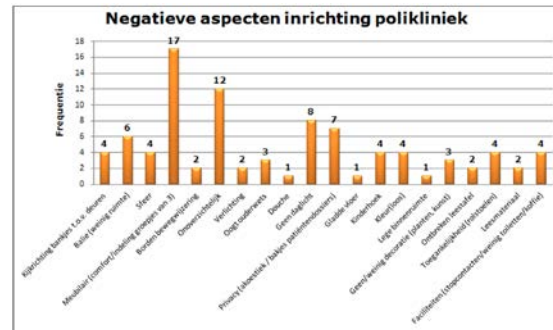


Afbeelding 6.18 Polikliniek

Naast de positieve aspecten over de inrichting is 17 keer genoemd dat de gastvrijheid op de poliklinieken positief ervaren wordt. Het gaat niet alleen om de inrichting, maar ook om het gedrag van de medewerkers. Communicatie naar de medewerkers toe is daarom van belang. Ook al is er weerstand met betrekking tot het project Poli-indeling, dit mag niet ten koste gaan van de beleving van de patiënt.



Afbeelding 6.19 Positieve aspecten



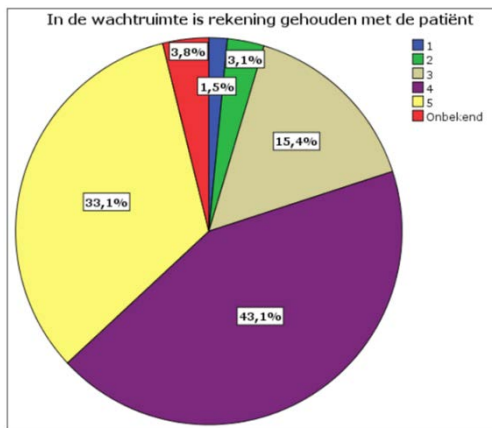
Afbeelding 6.20 Negatieve aspecten

### De patiënt staat centraal

Vervolgens hebben de patiënten kunnen aangeven in hoeverre ze het eens zijn met de stelling dat er in de wachtruimte waar ze aanwezig zijn rekening is gehouden met de patiënt. Hierbij is de schaal 1 tot en met 5 gebruikt, waarbij 1 staat voor "Volledig mee oneens" en 5 voor "Volledig mee eens". Zoals in afbeelding 6.21 te zien is, is het merendeel van de geënquêteerde patiënten het (volledig) eens met deze stelling. Ongeveer driekwart van de patiënten (76,2%) heeft een 4 of een 5 gegeven.

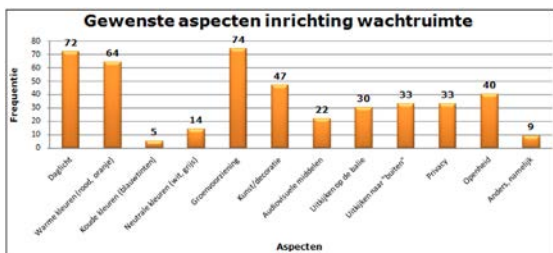
Een vervolgvraag uit de enquête gaat over een toelichting op deze score. Hieruit is met name naar voren gekomen dat patiënten vinden dat er een prettige kleurstelling is, dat de

balie centraal gelegen is, dat de behandelruimtes duidelijk gemarkeerd zijn en dat de inrichting overzichtelijk is.



**Afbeelding 6.21** Patiënt centraal

Een andere vraag in de enquête heeft betrekking op welke aspecten de patiënten graag terug zouden willen zien in de nieuwe inrichting. Op deze vraag zijn diverse antwoorden gegeven die in categorieën weergegeven zijn in afbeelding 6.22.



**Afbeelding 6.22** Gewenste aspecten inrichting wachtruimte

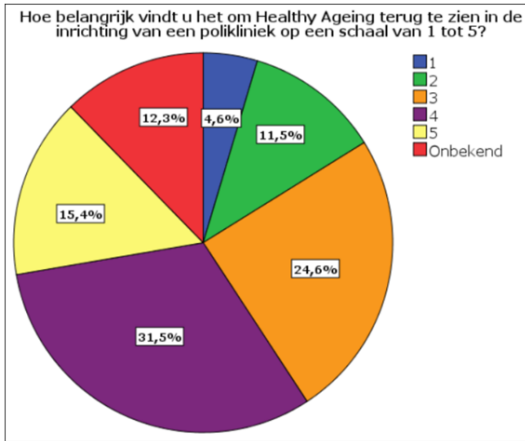
Een aantal patiënten heeft het antwoord "Anders, namelijk" ingevuld en heeft vervolgens erbij geschreven wat ze hier-

onder verstaan. Hierbij zijn de volgende reacties opgeschreven:

- "Algemene wens in een ziekenhuis: vriendelijk en effectief behandeld worden. Rest is niet zo belangrijk (voor mij)."
- "Aquarium/vissen, geeft rust tijdens wachten."
- "Het is prima zoals het nu is."
- "Hoekjes waar je keuze hebt om te zitten: of alleen of met andere mensen."
- "Mooi zo houden."
- "Structuur, overzicht."
- "Weten wanneer je aan de beurt bent voor je afspraak."
- "Wisselende kunst."
- "Zeer overzichtelijk."

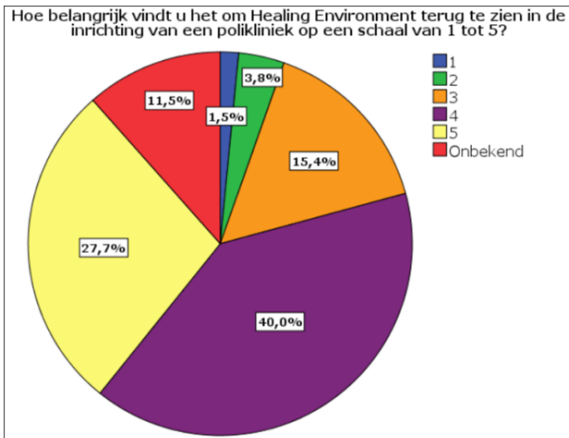
Tot slot hebben patiënten bij een aantal stellingen aangegeven in hoeverre ze het ermee eens zijn. Bij de eerste twee vragen die hieronder staan, is de schaal 1 tot en met 5 gebruikt, waarbij 1 "Zeer onbelangrijk" betekent en 5 "Zeer belangrijk". Bij de overige vragen is er bij de schaal 1 tot en met 5 een andere betekenis gebruikt, namelijk 1 is "Volledig mee oneens" en 5 is "Volledig mee eens".

Healthy Ageing en Healing Environment zijn twee belangrijke aspecten die worden meegenomen in het afstudeeronderzoek. Bij de vraag over Healthy Ageing is 16 keer geen antwoord ingevuld en bij Healing Environment 15 keer. Doordat er ongeveer een gelijke respons is, kunnen beide resultaten met elkaar vergeleken worden en blijkt uit de afbeeldingen 6.23 en 6.24 dat patiënten het belangrijker vinden om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan Healthy Ageing.



Afbeelding 6.23 Healthy Ageing

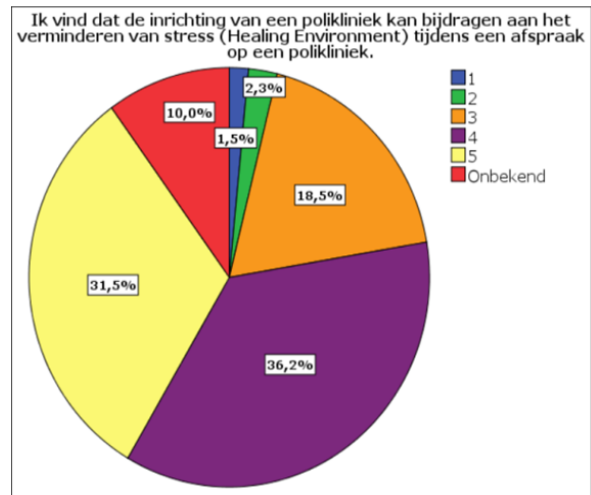
68



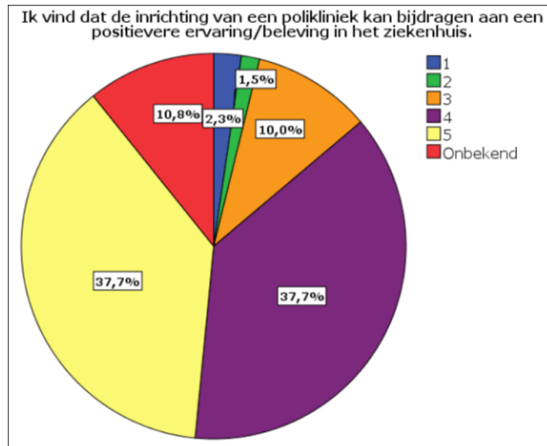
Afbeelding 6.24 Healing Environment

Uit de laatste drie cirkeldiagrammen blijkt dat meer dan de helft van de patiënten vindt dat de inrichting van een polikliniek kan bijdragen aan het verminderen van stress (67,7%) en dat het kan bijdragen aan een positievere ervaring/beleving in het ziekenhuis (75,4%). Bij deze percentages is gekeken naar de scores 4 en 5. Deze percentages

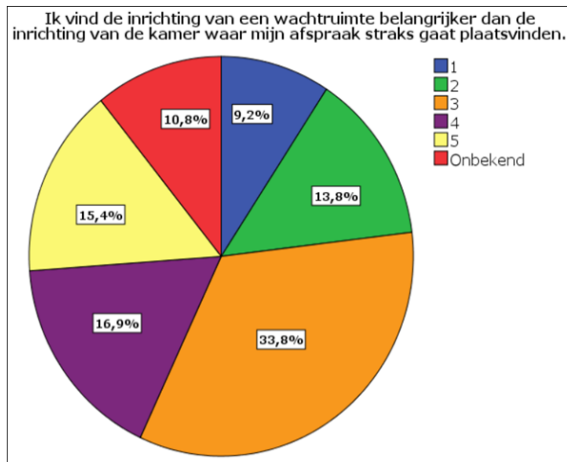
geven aan dat de inrichting een belangrijke rol kan spelen bij het bezoek aan een ziekenhuis. Daarnaast heeft een kleiner deel van de patiënten de score 4 of 5 gegeven (32,3%) bij de stelling dat de inrichting van een wachtruimte belangrijker is dan de inrichting van een behandelkamer. Er zou daarom ook gekeken kunnen worden hoe de inrichting van een behandelkamer de patiënt het gevoel geeft dat hij welkom is. Mogelijk dat binnen behandelkamers ook aspecten kunnen en mogen worden meegenomen die horen bij Healing Environment en die onbewust stress verminderen bij patiënten.



Afbeelding 6.25 Relatie inrichting/stress



Afbeelding 6.26 Relatie inrichting/beleving



Afbeelding 6.27 Inrichting type ruimte

### 6.3 CONCLUSIES ENQUÊTES

In deze paragraaf zullen verbanden gelegd worden tussen beide enquêtes en zullen opvallende resultaten besproken worden. Aan het begin van het hoofdstuk zijn zes hypothe-

ses geformuleerd, waarmee met behulp van SPSS kruisverbanden, oftewel correlaties, kunnen worden gelegd:

- Vrouwelijke medewerkers vinden het belangrijker om Healthy Ageing terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Vrouwelijke medewerkers vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Medewerkers van de locatie Beatrixoord in Haren vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan medewerkers van de locatie in Groningen.
- Vrouwelijke patiënten vinden het belangrijker om Healthy Ageing terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Vrouwelijke patiënten vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers.
- Patiënten van de locatie Beatrixoord in Haren vinden het belangrijker om Healing Environment terug te zien in de inrichting dan medewerkers van de locatie in Groningen.

Om uit de tabellen af te leiden of vrouwelijke medewerkers en patiënten daadwerkelijk Healthy Ageing en Healing Environment belangrijker vinden dan mannelijke medewerkers en patiënten is gekeken hoe vaak de score 4 en 5 is ingevuld.

De enquête is ingevuld door 21 mannelijke medewerkers, 28 vrouwelijke medewerkers, 68 mannelijke patiënten en 62 vrouwelijke patiënten.

Met betrekking tot de hypothese "Vrouwelijke medewerkers vinden het belangrijker om Healthy Ageing terug te zien in de inrichting dan mannelijke medewerkers" blijkt dat dit percentage gelijk is. Van de 21 mannelijke medewerkers hebben 12 een 4 of een 5 ingevuld (57,1%) en 16 van de 28 vrouwelijke medewerkers (57,1%) gaven die score.

Bij de hypothese over de relatie tussen het geslacht van de medewerkers en het belang van Healing Environment blijkt dat vrouwen dit inderdaad belangrijker vinden dan mannen. Het verschil hiertussen is echter wel klein (81,% van de mannen gaf de score 4 of 5 en 82,1% van de vrouwen. De laatste hypothese met betrekking tot de medewerkers is dat toch de medewerkers van de locatie in Groningen het relatief gezien belangrijker vinden om Healing Environment

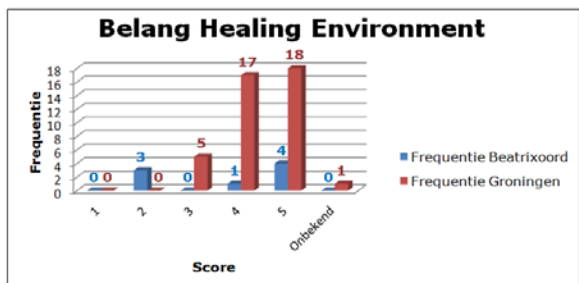
terug te laten komen in de inrichting in plaats van de medewerkers van de locatie Beatrixoord. In totaal heeft 85,4% van de medewerkers in Groningen de score 4 of 5 ingevuld, terwijl 62,5% van de medewerkers van Beatrixoord deze score heeft aangegeven.

		Hoe belangrijk vindt u het om Healthy Ageing terug te zien in de inrichting van een polikliniek op een schaal van 1 tot 5? (1=Zeer onbelangrijk & 5=Zeer belangrijk)						Total
		1	2	3	4	5	Onbekend	
Geslacht van de medewerker	Man	1	5	3	7	5	0	21
	Vrouw	1	5	5	11	5	1	28
Total		2	10	8	18	10	1	49

**Tabel 6.1** Correlatie geslacht & belang Healthy Ageing (medewerkers)

		Hoe belangrijk vindt u het om Healing Environment terug te zien in de inrichting van een polikliniek op een schaal van 1 tot 5? (1=Zeer onbelangrijk & 5=Zeer belangrijk)					Total
		2	3	4	5	Onbekend	
Geslacht van de medewerker	Man	1	3	7	10	0	21
	Vrouw	2	2	11	12	1	28
Total		3	5	18	22	1	49

**Tabel 6.2** Correlatie geslacht & belang Healing Environment (medewerkers)



**Afbeelding 6.28** Frequentie locatie & Healing Environment (medewerkers)

De aspecten Healthy Ageing en Healing Environment zijn ook getoetst onder de patiënten. Met betrekking tot Healthy Ageing kan gezegd worden dat mannelijke patiënten dit belangrijker vinden. In totaal gaf 48,5% een score van 4 of 5 ten opzichte van 46,8% van de vrouwelijke patiënten. Wanneer er gekeken wordt naar Healing Environment vinden mannelijke patiënten (70,6%) dit ook belangrijker in vergelijking met vrouwelijke patiënten (64,5%).

Net als bij de medewerkers het geval is, vindt ook een hoger percentage van de patiënten van de locatie Groningen (68,6%) het belangrijker om Healing Environment terug te zien in vergelijking tot de patiënten van Beatrixoord (58,3%).

Score	Fre-quentie Bea-trixoord	Perce-ntage Bea-trixoord (Bere-kend op basis van het totale aantal respon-denten van Bea-trixoord: 8)	Fre-quentie Gro-ningen	Perce-ntage Gronin-gen (Bere-kend op basis van het totale aantal respon-denten van Gro-ningen: 41)
1	0	0%	0	0%
2	3	37,5%	0	0%
3	0	0%	5	12,2%
4	1	12,5%	17	41,5%
5	4	50%	18	43,9%
Onbe-kend	0	0%	1	2,4%

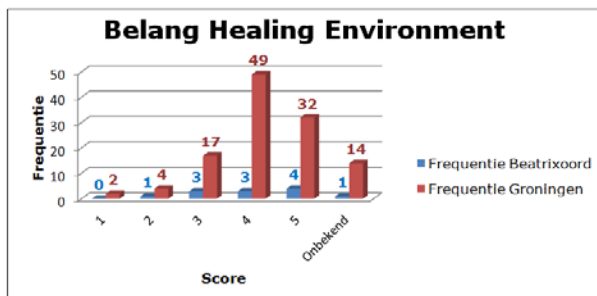
**Tabel 6.3** Correlatie locatie & Healing Environment (medewerkers)

		Hoe belangrijk vindt u het om Healthy Ageing terug te zien in de inrichting van een polikliniek op een schaal van 1 tot 5? (1=Zeer onbelangrijk & 5=Zeer belangrijk)						Total
		1	2	3	4	5	Onbekend	
Geslacht van de patiënt	Man	5	8	17	21	11	6	68
	Vrouw	1	7	15	20	9	10	62
Total		6	15	32	41	20	16	130

**Tabel 6.4** Correlatie geslacht & belang Healthy Ageing (patiënten)

		Hoe belangrijk vindt u het om Healing Environment terug te zien in de inrichting van een polikliniek op een schaal van 1 tot 5? (1=Zeer onbelangrijk & 5=Zeer belangrijk)						Total
		1	2	3	4	5	Onbekend	
Geslacht van de patiënt	Man	1	2	12	27	21	5	68
	Vrouw	1	3	8	25	15	10	62
Total		2	5	20	52	36	15	130

**Tabel 6.5** Correlatie geslacht & belang Healing Environment (patiënten)



**Afbeelding 6.29** Frequentie locatie & Healing Environment (patiënten)

Score	Fre- quentie Bea- trixoord	Perce- ntage Be- atrixoor d <i>(Bere- kend op basis van het totale aantal respon- denten van Bea- trixoord: 12)</i>	Fre- quentie Gro- ningen	Perce- ntage Gronin- gen <i>(Bere- kend op basis van het totale aantal respon- denten van Gro- ningen: 118)</i>
1	0	0%	2	1,7%
2	1	8,3%	4	3,4%
3	3	25%	17	14,4%
4	3	25%	49	41,5%
5	4	33,3%	32	27,1%
Onbe- kend	1	8,3%	14	11,9%

**Tabel 6.6** Correlatie locatie & Healing Environment (patiënten)

De verschillen tussen de eindgebruikers en patiënten in relatie tot het belang van Healthy Ageing en Healing Environment zijn de belangrijkste verschillen die naar voren komen uit de enquêtes. Het zijn echter wel relatief kleine verschillen.

Met betrekking tot de aspecten van de inrichting is er over het algemeen hetzelfde gescoord wanneer er gekeken wordt naar de resultaten van deze twee groepen. In tabel 6.7 zijn mogelijke aspecten van de inrichting van een wachtruimte weergegeven. De aspecten die in de tabel staan, zijn aspecten die zowel bij patiënten als bij de eindgebruikers als antwoordcategorie vermeld staan. Per doelgroep is aangegeven hoeveel procent dit aspect terug zou willen zien in de nieuwe inrichting.

Een vraag die zowel in de enquête van de eindgebruikers als de enquête van de patiënten staat, gaat over de gewenste aspecten van de inrichting van een wachtruimte. Het merendeel van de antwoordcategorieën zijn in beide enquêtes gelijk en zowel de patiënten als de eindgebruikers hebben dezelfde aspecten in de top 5 staan:

- Daglicht
- Warme kleuren (rood, oranje)
- Groenvoorziening
- Kunst/decoratie
- Audiovisuele middelen

Wat opvalt is dat het aspecten zijn die een andere sfeer kunnen creëren in een ziekenhuis. Dit zijn aspecten die in huiskamers te vinden zijn om een huiselijk gevoel te creëren.

Dat zowel patiënten als eindgebruikers Healing Environment van belang vinden in de inrichting blijkt uit de cirkeldiagrammen 6.10 en 6.24. Hierop zijn hoge scores gegeven waarmee het belang van Healing Environment naar voren komt.

Bij Healthy Ageing is de score minder hoog in vergelijking met Healing Environment. Mogelijk zou deze lagere score kunnen komen, omdat Healing Environment over het algemeen een bekender begrip is dan Healthy Ageing en het makkelijker kan zijn om voor te stellen hoe Healing Environment in de inrichting kan worden meegenomen. Zoals uit de grafieken is gebleken, is Healing Environment een opvallend resultaat dat bij meerdere vragen naar voren is gekomen.

Aspect	Patiënten	Eind-gebruikers
Daglicht	16,3%	15,2%
Warme kleuren	14,4%	10,9%
Koude kleuren	1,1%	1,2%
Neutrale kleuren	3,2%	3,5%
Groenvoorziening	16,7%	12,9%
Kunst/decoratie	10,6%	12,5%
Audiovisuele middelen	5,0%	11,3%
Privacy	7,4%	8,6%
Openheid	9,0%	8,2%
Belang Healthy Ageing (score 5)	15,4%	20,4%
Belang Healthy Ageing (score 4)	31,5%	36,7%
Belang Healthy Ageing (score 3)	24,6%	16,3%
Belang Healthy Ageing (score 2)	11,5%	20,4%
Belang Healthy Ageing (score 1)	4,6%	4,1%
Belang Healing Environment (score 5)	27,7%	44,9%
Belang Healing Environment (score 4)	40,0%	36,7%
Belang Healing Environment (score 3)	15,4%	10,2%
Belang Healing Environment (score 2)	3,8%	6,1%
Belang Healing Environment (score 1)	1,5%	0%
Relatie inrichting/positieve ervaring (score 5)	37,7%	71,4%
Relatie inrichting/positieve ervaring (score 4)	37,7%	18,4%
Relatie inrichting/positieve ervaring (score 3)	10,0%	4,1%
Relatie inrichting/positieve ervaring (score 2)	1,5%	0%
Relatie inrichting/positieve ervaring (score 1)	2,3%	2,0%
Inrichting wachtruimte belangrijker dan inrichting behandelkamer (score 5)	15,4%	12,2%
Inrichting wachtruimte belangrijker dan inrichting behandelkamer (score 4)	16,9%	14,3%
Inrichting wachtruimte belangrijker dan inrichting behandelkamer (score 3)	33,8%	28,6%
Inrichting wachtruimte belangrijker dan inrichting behandelkamer (score 2)	13,8%	22,4%
Inrichting wachtruimte belangrijker dan inrichting behandelkamer (score 1)	9,2%	22,4%

**Tabel 6.7** Overzicht aspecten per doelgroep



Daarnaast hebben medewerkers massaal aangegeven dat ze de ruime polikliniek een positief aspect vinden. Dit resultaat zou mogelijk een vertekend beeld kunnen zijn. Het kan namelijk te maken hebben met het feit dat er berichten in het ziekenhuis rondgaan over de verhuizing en dat de poliklinieken hiervoor mogelijk vierkante meters moeten inleveren. Een aantal patiënten heeft aangegeven dat ze juist aparte zithoeken prettig vinden en dat ze bij een grote wachtruimte niet weten waar ze moeten gaan zitten. Hierdoor zou je kunnen afvragen of een groot aantal vierkante meter noodzakelijk is. Het zijn uiteindelijk de patiënten die in de wachtruimte zitten, niet de medewerkers.

In afbeelding 6.5 is weergegeven dat ruimtegebrek door veel medewerkers als negatief aspect beschouwd wordt. Ook dit zou een vertekend beeld kunnen zijn. Volgens de roosters moet het mogelijk zijn om meerdere specialismen samen te voegen op één polikliniek. Waarom medewerkers dan toch aangeven dat er ruimtegebrek is, zou kunnen liggen aan het feit dat ze met name piekmomenten ervaren in de roostering en/of dat ze weten dat ze bij de nieuwe indeling er waarschijnlijk qua vierkante meters op achteruitgaan en hiermee proberen aan te geven dat zij vinden deze vierkante meters wel nodig te zijn.

Tot slot wordt er in deze paragraaf gekeken wat de responspercentages en de verhouding tussen het aantal respondenten van de verschillende poliklinieken voor invloed hebben op de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de resultaten. Ook wordt besproken hoe de resultaten geïnterpreteerd moeten worden.

Op basis van de steekproef (294) en het aantal respondenten (49) is berekend dat er een respons is behaald van 16,7%. Ook per polikliniek blijkt het responspercentage relatief laag:

- Plastische Chirurgie: 18%
- Revalidatiegeneeskunde (Groningen): 24,8%
- Revalidatiegeneeskunde (Haren): 7,5%

Daarnaast zijn er in verhouding tot de andere poliklinieken veel respondenten van de polikliniek Revalidatiegeneeskunde. Dit komt omdat het uitzetten van de enquêtes niet helemaal gegaan is zoals gepland. Niet elke polikliniek heeft (op hetzelfde moment) toestemming gegeven om de enquêtes af te nemen. Hierdoor zijn de enquêtes niet op elke polikliniek even lang beschikbaar gesteld.

Zoals uit de cijfers blijkt (34 van de 49 medewerkers en 98 van de 130 patiënten) is er door de polimanager van Revalidatiegeneeskunde eerder toestemming gegeven om te starten met de enquêtes in vergelijking tot de rest van de polimanagers.

Omdat de enquête uiteindelijk maar door 49 eindgebruikers is ingevuld, heeft dit enige invloed op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Omdat er niet meer kon worden voldaan aan de beoogde steekproef, zijn de resultaten minder generaliseerbaar. De resultaten geven echter wel een mogelijke indicatie van hoe er over de huidige en gewenste inrichting van poliklinieken wordt gedacht.



*In hoofdstuk 1 is de huidige situatie beschreven, waardoor al antwoord is gegeven op de deelvragen 7 en 8:*

- *Deelvraag 7: Wat is de huidige situatie met betrekking tot de poli-indeling van het UMCG en wat zijn mogelijke knelpunten in deze situatie?*
- *Deelvraag 8: Wat is de huidige situatie met betrekking tot het ruimtegebruik (benutting m<sup>2</sup>) van de poliklinieken in het UMCG?*

*Dit hoofdstuk gaat over de resultaten die verkregen zijn door het uitvoeren van de onderzoeksmethoden en – instrumenten uit hoofdstuk 2 en waarmee de overige deelvragen beantwoord kunnen worden.*

*Het hoofdstuk is op basis van de indeling van de deelvragen onderverdeeld in twee onderdelen. Bij het eerste onderdeel komen de resultaten aan bod die passend zijn bij de deelvragen van "Bouwen aan de toekomst" en het tweede onderdeel gaat over de deelvragen van "Opdracht poli's". In hoofdstuk 3 is met behulp van deskresearch deels antwoord gegeven op de deelvragen 1, 2, 3 en 10, maar zullen deze antwoorden verder worden aangevuld met informatie uit de overige resultaten.*

### 7.1 BOUWEN AAN DE TOEKOMST

Het eerste onderdeel van de vraagstelling, "Bouwen aan de toekomst", bestaat uit 6 deelvragen, waarvan de eerste drie deelvragen (deels) beantwoord zijn met de informatie die verkregen is door het uitvoeren van deskresearch. Deze informatie is weergegeven in hoofdstuk 3.

#### 7.1.1 HEALTHY AGEING & HEALING ENVIRONMENT

De deelvragen 1, 2 en 3 zijn gericht op de onderwerpen Healthy Ageing, Healthy at Work en Healing Environment.

- *Deelvraag 1: Wat wordt er verstaan onder de termen Healthy Ageing en Healthy at Work?*
- *Deelvraag 2: Welke informatie is er bekend over de invloed van Healthy Ageing en Healthy at Work op de huisvesting in ziekenhuizen?*
- *Deelvraag 3: Wat betekent Healing Environment en welke uitstraling van huisvesting kan bijdragen aan positievere ervaringen van patiënten?*

Naast deskresearch is er met name uit het interview met een Beleidsmedewerker Healthy Ageing aanvullende informatie gevonden over Healthy Ageing.

Healthy Ageing houdt onder andere in dat de kwaliteit van het leven van belang is. Het zou mooi zijn dat het hele ziekenhuis Healthy Ageing "ademt". In kleine dingen kunnen signalen worden afgegeven die laten zien dat het UMCG een Healthy Ageing Ziekenhuis is. Mensen kunnen bijvoorbeeld onderweg "uitgedaagd" worden om toch in beweging te blijven en dat hiervoor trucjes worden gevonden. Als patiënten van de ene kant van het ziekenhuis naar de andere kant moeten, is het een enorm stuk wat ze moeten lopen. In de huidige situatie is het geen inspirerende wandeling. Mensen zullen moeten worden aangemoedigd om te gaan lopen in plaats van met een karretje te worden rondgereden. Er zullen onderweg echter ook prettige rustplekken aanwezig moeten zijn.

Mogelijke manieren om Healthy Ageing in de inrichting kenbaar te maken, kunnen als volgt zijn:

- Bij elke polikliniek zou een Healthy Ageing thema gekoppeld kunnen worden aan de inrichting.
- Aan elke polikliniek zou een verhaal gekoppeld kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld een verhaal of ervaring zijn van een patiënt die vervolgens in een Healthy Ageing kader geplaatst is.
- Andere patiënten kunnen nieuwsgierig worden gemaakt naar die verhalen en kunnen worden meegenomen in dat verhaal, bijvoorbeeld: meer bewegen, meer sporten.
- Er zou duidelijker aangegeven kunnen worden wat de poli aan Healthy Ageing doet. Mensen hebben niks met een term, zij willen concreet weten wat het inhoudelijk precies is.

Wat betreft Healing Environment zou dit aspect in de inrichting gecombineerd kunnen worden met Healthy Ageing. Bij Healthy Ageing kan een inspirerende omgeving zorgen dat patiënten gemotiveerd worden te bewegen. Daarnaast is het van belang dat de omgeving zo ingericht wordt (qua kleur, qua beeld) dat de sfeer voor patiënten (en medewerkers) prettig is. Het kunnen hele kleine dingen

zijn die ervoor zorgen dat je niet het gevoel hebt in een ziekenhuis te zijn, zoals canvasdoeken, schilderijen et cetera.

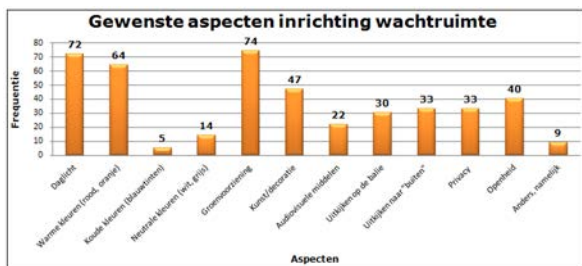
### 7.1.2 VAN MENS TOT MENS IN ALLES WAT WE DOEN

Zoals al vaker genoemd is in dit rapport staat de patiënt binnen het UMCG centraal en hebben ze zelf als drijfveer geformuleerd: "Van mens tot mens in alles wat we doen". Deze drijfveer is meegenomen in één van de deelvragen die vooraf opgesteld is:

- Deelvraag 4: Op welke manier(en) kan in de huisvesting rekening worden gehouden met het centraal staan van de patiënt, passend bij de drijfveer "van mens tot mens in alles wat we doen"?

Wat met name van belang is, is om rekening te houden met de verschillende doelgroepen die in het UMCG komen. Om erachter te komen wat de patiënt prettig vindt in de huisvesting, zal dit aan de patiënt gevraagd moeten worden. In het kader van dit onderzoek is dat gedaan door het afnemen van enquêtes.

Om te bepalen hoe er met de patiënt rekening kan worden gehouden in de huisvesting is met name de onderstaande grafiek interessant. Deze grafiek gaat over de inrichting van de wachtruimte, wat een belangrijke ruimte is, omdat dit de eerste ruimte van de polikliniek is die de patiënt zal zien. Van belang is om voor een prettig ontvangst te zorgen.



**Afbeelding 7.1** Gewenste aspecten vanuit de patiënt

Als er rekening gehouden gaat worden met de patiënt zijn de volgende vijf aspecten in ieder geval van belang om mee te nemen in de inrichting:

1. Groenvoorziening
2. Daglicht
3. Warme kleuren (rood, oranje)
4. Kunst/decoratie
5. Openheid

Deze aspecten zijn gebaseerd op de cijfers uit afbeelding 7.1. In deze afbeelding staan diverse aspecten als keuzemogelijkheden weergegeven die in een inrichting van een wachtruimte kunnen terugkomen. Deze aspecten zijn uitgekozen uit die informatie die verkregen is door het uitvoeren van deskresearch en het voeren van oriënterende gesprekken. Het resultaat is dat er vijf aspecten zijn met een frequentie van minimaal 40.

Daglicht is een aspect dat helaas niet overal in het ziekenhuis kan worden meegenomen in verband met de bouw van de pand. Op sommige plaatsen is het wel mogelijk om daglicht binnen te krijgen, maar op andere plaatsen is dit alleen indirect of helemaal niet mogelijk. Daarom zou dit mogelijk opgelost kunnen worden met het aspect "openheid", waarbij er voldoende ruimtelijkheid gecreëerd wordt en de patiënt niet het gevoel krijgt in een kleine, donkere ruimte te wachten. Tevens kan de beleving ook worden bepaald door gebruik te maken van huiselijke aspecten, zoals groenvoorziening, warme kleuren en kunst/decoratie.

### 7.1.3 CLUSTERING BEWEEGSPECIALISMEN

Uit de observaties die in het kader van het onderzoek uitgevoerd zijn, blijkt dat hier geen ziekenhuizen tussen zitten die een cluster van beweegspecialismen hebben. Hiervoor waren de volgende twee deelvragen geformuleerd:

- Deelvraag 5: Welke ziekenhuizen, die relevant zijn voor het UMCG, hebben een cluster van beweegspecialismen?
- Deelvraag 6: Welke synergetische effecten zijn bij deze inrichting bereikt en hoe is dit tot stand gekomen?

Deze observaties zijn geselecteerd op basis van deskresearch en op basis van de rondvraag die gedaan is door een medewerker van de afdeling Bouw & Facilitair van het UMCG. Met deze informatie zijn de ziekenhuizen uitgekozen die waarschijnlijk het meest relevant zouden zijn voor het UMCG. Maar ondanks dat er geen cluster van beweeg-

specialismen binnen deze ziekenhuizen is, was het toch interessant om te zien hoe deze ziekenhuizen de inrichting hebben gedaan. Deze informatie over de inrichting kan namelijk vergeleken worden met informatie die gekomen is uit de interviews en de enquêtes en mogelijk kunnen daar interessante conclusies uitkomen.

Daarnaast kan deelvraag 6 niet beantwoord worden met behulp van informatie over andere ziekenhuizen, maar voordelen van zo'n clustering zouden kunnen zijn:

- Patiënt centraal (De patiënt hoeft minder te lopen en te zoeken)
- Er is een slim(me):
  - organisatie van de zorg + ondersteuning (inzet van de front office-activiteiten)
  - gebruik van ruimtes
  - Relatief lage exploitatiekosten

## 7.2 OPDRACHT POLI'S

Het tweede onderdeel van de vraagstelling, "Opdracht poli's", is onderverdeeld in negen deelvragen, waarvan de vraag over de uitgangspunten voor de huisvesting waarmee rekening moet worden gehouden deels beantwoord is in het hoofdstuk over het theoretisch kader.

### 7.2.1 UITGANGSPUNTEN HUISVESTING

In het Theoretisch Kader en in bijlage E staan onder andere diverse normen die opgesteld zijn door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en die deels de volgende deelvraag beantwoorden:

- Deelvraag 10: Met welke uitgangspunten van het UMCG dient rekening te worden gehouden met betrekking tot het realiseren van de huisvesting van de Beweegpoli en wat houden deze uitgangspunten in.

Vanuit het UMCG gelden voor poliklinieken geen specifieke eisen, maar is het wel van belang dat er rekening wordt gehouden met de volgende normen die genoemd zijn tijdens een interview met een medewerker van de afdeling Bouw & Facilitair:

- Minimaal aantal vierkante meter voor werkplekken;
- Ergonomische normen als het gaat om hoogtes (balie);
- Sanitair;

- Algemene technische bepalingen (dit zijn bepalingen van het UMCG ten aanzien van verlichting et cetera).

### 7.2.2 DE BEWEEGPOLI

Tot slot zijn de overige deelvragen gericht op de Beweegpoli:

- Deelvraag 9: Wat houdt de Beweegpoli van het UMCG in en welke eindgebruikers behoren tot deze polikliniek?
- Deelvraag 11: Op welke locatie binnen het Centraal Medisch Complex van het UMCG dient de Beweegpoli gerealiseerd te worden en uit hoeveel m<sup>2</sup> bestaat deze locatie?
- Deelvraag 12: Welke eisen zijn er met betrekking tot de huisvesting (het aantal m<sup>2</sup> e.d.) van de Beweegpoli als er gekeken wordt naar de activiteiten die er kunnen plaatsvinden, oftewel hoe ziet een globaal Programma van Eisen voor deze poli eruit?
- Deelvraag 13: Op welke manier(en) kan in de huisvesting van de Beweegpoli rekening worden gehouden met het centraal staan van het ruimtegebruik, waarbij tevens de doelmatigheid en efficiëntie van de inrichting worden meegenomen?
- Deelvraag 14: Op welke manier(en) kan in de huisvesting van de Beweegpoli rekening worden gehouden met de wensen van de verschillende afdelingen die behoren tot de cluster Bewegen en die kan leiden tot synergetische effecten?
- Deelvraag 15: Welke inrichtingsconcepten voor de Beweegpoli komen in de SOLL situatie in aanmerking, waarbij de belangrijkste knelpunten uit de IST situatie zijn opgelost en waarbij het synergetisch effect maximaal is?

De Beweegpoli houdt de polikliniek in waar beweegspecialismen geclusterd zijn en zal gesitueerd worden op de locatie Poli B. De specialismen die tot deze clustering behoren, zijn:

- Orthopedie
- Revalidatiegeneeskunde
- Plastische Chirurgie
- Reumatologie
- Chirurgie, Traumatologie
- Neurologie / Neurochirurgie

- Sportgeneeskunde

Poli B zal als eerste verbouwd houden en de specialismen die in de nieuwe situatie op die locatie gehuisvest zullen worden, bevinden zich op dit moment op verschillende locaties binnen het bestaande gebouw. Om te kunnen starten met de verbouwing is het noodzakelijk om ruimte te creëren in het bestaande pand, zodat het primaire proces van het ziekenhuis kan blijven doorgaan. Er zal gekeken moeten worden of er in het bestaande pand werkplekken zijn om de zorgadministratie tijdelijk te kunnen huisvesten en er zal op basis van de bezetting van de polikamers bepaald moeten worden of specialismen tijdens de verbouwingsperiode kamers met andere poliklinieken kunnen delen. Ook is de kans aanwezig dat er op het terrein van het UMCG tijdelijke huisvesting neergezet moet worden. Het aantal vierkante meter van deze locaties zal verderop tijdens de voorbereidingsfase uitgerekend moeten worden, maar er zijn al wel een aantal plekken op het terrein uitgezocht waar het mogelijk is tijdelijke huisvesting te plaatsen. Deze plekken worden in afbeelding 7.2 aangegeven met de kleur rood.

78



**Afbeelding 7.2** Mogelijke locaties tijdelijke huisvesting

Voor de locatie naast poli M is al eens eerder onderzocht of het mogelijk is hier tijdelijke huisvesting te plaatsen. Een dergelijke poli zou ook op het A/B-terrein kunnen worden geplaatst. Deze optie is ook al eens verkend, doordat er

plannen waren voor het plaatsen van een huisartsenpost. Een knelpunt van deze locatie is dat het mogelijk te weinig vierkante meters oplevert.

De firma De Meeuw is benaderd in het kader van de tijdelijke huisvesting, omdat deze firma in staat is tijdelijke huisvesting te leveren van verschillend (medisch) afwerkings- en inrichtingsniveau. De Meeuw heeft tevens een schatting gemaakt van de kosten van tijdelijke huisvesting. Dit komt aan bod in hoofdstuk 11.

Voor eventuele tijdelijke huisvesting zijn de volgende kaders geformuleerd:

- De huisvesting is tijdelijk en zal na alle verhuisbewegingen van de poli afdelingen weer verdwijnen;
- De huisvesting kan worden gehuurd of aangeschaft (kosten versus baten analyse);
- De huisvesting moet aansluiten op het CMC zodat er een goede aansluiting is op de patiëntenstroom en medewerkers;
- De huisvesting moet multifunctioneel zijn, zodat de tijdelijke poli voor meerdere afdelingen geschikt is;
- De huisvesting moet groot genoeg zijn om minstens 2 poli-afdelingen tijdelijk te huisvesten;
- De huisvesting moet aangesloten kunnen worden op de bestaande technische infrastructuur maar grotendeels zelfstandig kunnen functioneren.

Daarnaast is gekeken naar de benodigde technische infrastructuur van tijdelijke huisvesting. De volgende infrastructurele voorzieningen zullen moeten worden aangebracht:

- Alle voedingen vanuit een soort tunnel of put tussen beddenhuis 55 en 56;
- E voeding vanuit UMCG;
- CV water, bijvoorbeeld vanuit techniekruimte bouwdeel 45 (60 graden, hiervoor een extra voorziening te maken op verdeler);
- Optioneel: Bij eventueel gasaansluiting moeten er een aantal CV ketels geplaatst worden en komt de bovenstaande voorziening te vervallen;
- Optioneel: Stoom en Condens vanaf verdeler bouwdeel 45, hiervoor een extra voorziening te maken op verdeler;
- Optioneel: Medische gassen vanuit transportgang en een nieuwe verdeler te plaatsen in tijdelijke gebouw of een eigen gassenstation tegen gebouw aan of medi-

sche gassen vanaf bestaande verdeler bouwdeel 45 (hiervoor een extra voorziening te maken op verdeler);

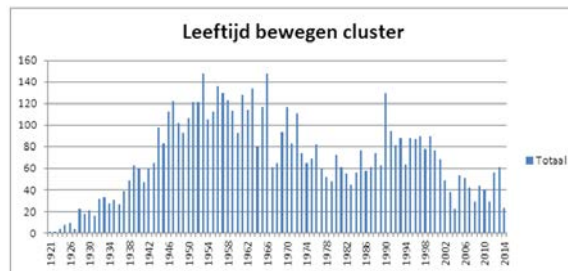
- Netwerken vanuit het UMCG (CAI, Pds, Toegangscontrole, beveiliging et cetera);
- Warmtapwater opwekking door middel van boilers/combi ketels in combinatie met zonneboilers, of eventueel vanuit het UMCG;
- Koudwater van UMCG;
- Optioneel: Koeling ten behoeve van LBK's en nabehandeling door middel van koelmachine (gecombineerde Luchtgekoelde, waterkoelmachine en warmtepomp). Deze kan ook warmte geven en mogelijk kan dan de CV komen te vervallen.

In de bijlagen P en Q is meer informatie te vinden over de Beweegpoli. Hierin staat een plattegrond van de huidige situatie van de locatie poli B en zijn er tabellen weergegeven met de roostering, waarbij het aantal benodigde kamers van de verschillende specialismen is samengevoegd om te kijken waar eventueel knelpunten kunnen ontstaan. Binnen de Beweegpoli zullen de medewerkers te maken krijgen met verschillende patiëntgroepen. Zo zullen er patiënten zijn uit verschillende leeftijdsgroepen en zullen er patiënten komen die in een rolstoel zitten. Met alle groepen zal rekening moeten worden gehouden. Daarnaast zal het in enkele ruimten mogelijk moeten zijn dat men met bedden (1.10 x 2.30 m) vanuit de klinieken moet kunnen komen.

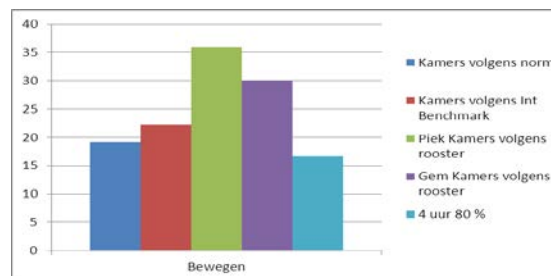
Om meer inzicht te krijgen in de verschillende leeftijdsgroepen van de cluster Bewegen is informatie verzameld over de leeftijden van de patiënten van de specialismen die in de nieuwe situatie tot de Beweegpoli horen. Zoals in afbeelding 7.3 te zien is, lopen de leeftijden van de patiënten erg uiteen, waardoor het belang naar voren komt om rekening te houden met de verschillende leeftijdsgroepen. Op de y-as staan frequenties en op de x-as de geboortedatums. De blauwe balken geven per geboortjaar (1921-2014) aan wat het aantal patiënten is.

Op basis van de informatie uit de huidige situatie is er berekend wat de benodigde capaciteit is voor Poli B waar de beweegspecialismen gepositioneerd zullen worden. Dit is weergegeven in afbeelding 7.4 en in de tabellen 7.3 en 7.4. Deze informatie is een gemiddelde over de weken 10, 11,

12, 13 en 20 uit het jaar 2014 uit het programma Cognos. Informatie over de norm is gehaald uit College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2004).



**Afbeelding 7.3** Leeftijd patiënten cluster Bewegen (Stuurgroep UMCG, 2014)



**Afbeelding 7.4** Overzicht aantal kamers (Stuurgroep UMCG, 2015)

Cluster Bewegen	
Aantal consulten	1254,2
Duur consulten	572,4
Kamers volgens Bouwcollege norm	20,1
Kamers volgens Interne Benchmark	23,2
Piek Kamers volgens rooster	36
Gem Kamers volgens rooster	30
4uur pdd 80%	16,7

**Tabel 7.3** Overzicht frequenties (Stuurgroep UMCG, 2015)

Berekening maximaal aantal kamers		
Poli B		
		m <sup>2</sup>
Bruto vloeroppervlak		1365
Bruto - netto verhouding		1,4
Nuttig oppervlak		975
Bergruimte		20
Afdelingshoofd		16
Beschikbaar voor spreekkamers		939
Spreek/behandelkamers/kantoren	16 m <sup>2</sup> /stuk	
Wachtruimte	7 m <sup>2</sup> / spreekkamer	
<b>Maximum aantal spreekkamers</b>		<b>40,8</b>

Tabel 7.4 Maximum aantal kamers Poli B (Stuurgroep UMCG, 2015)

Daarnaast zijn diverse uitgangspunten geformuleerd voor de huisvesting van de Beweegpoli. Allereerst is het van belang dat beweging tot uitdrukking komt: modern, beweging, passend bij beweegspecialismen.

Een ander belangrijk uitgangspunt is een effectief, efficiënt en een kwalitatief goede en representatieve huisvesting voor de polikliniek.

- **Effectief:** Een zo optimaal mogelijke ondersteuning voor de te leveren zorg, nu en in de toekomst. Optimaal voor de toekomst wil zeggen dat als de behoefte van de organisatie verandert, men de huisvesting zonder veel kosten eenvoudig kan aanpassen, het liefst zonder te verbouwen. De maten van de ruimten zijn zo gekozen dat ze van functie kunnen veranderen door alleen een andere inrichting.
- **Efficiënt:** Het streven is om alleen ruimten te maken waarvan de bezettingsgraad rond de 80% zal liggen. Enkele specifieke ruimten die noodzakelijk zijn om het werk op de polikliniek uit te kunnen voeren zullen deze bezettingsgraad niet halen. Om de diverse ruimten zo efficiënt mogelijk te kunnen gebruiken, zijn ruimten zoveel mogelijk multifunctioneel inzetbaar.
- **Kwalitatief goed en representatief:** Het streven is een degelijke, duurzame (energieneutraal) en toekomstbestendige huisvesting.
- **Kostenbewust:** Het streven is om tegen zo laag mogelijke kosten een optimale huisvesting te realiseren. Met kosten wordt niet alleen de investering bedoeld,

maar ook de kosten voor de exploitatie. Een iets hogere investering wordt vaak terugverdiend door lagere exploitatiekosten gedurende de levensduur van de huisvesting.

In de opsomming is onder andere benoemd dat ruimten zoveel mogelijk multifunctioneel inzetbaar moeten zijn. Multifunctionaliteit kan leiden tot verschillende synergetische effecten. Zo heeft het als voordeel dat artsen van verschillende specialismen gebruik kunnen maken van dezelfde ruimten. Er zullen minder specifieke ruimten overblijven, waardoor er in de nieuwe situatie minder ruimten leeg zullen staan terwijl er wel poli gedraaid wordt. Daarnaast kan het voor de patiënt als voordeel hebben dat er meerdere testen en afspraken in dezelfde behandelkamer kunnen plaatsvinden. De patiënt kan blijven zitten en hoeft niet steeds van kamer naar kamer te lopen.

In het hoofdstuk over het theoretisch kader is in de paragraaf over het College Bouw Ziekenhuisvoorziening aandacht besteed aan de vierkante meters van bepaalde ruimten op poliklinieken.

Hiernaast zijn er enkele technische eisen en eisen aan het gebruik van materialen waar rekening mee moet worden gehouden:

- **Beveiliging:** Alle deuren van niet-openbare ruimten moeten worden voorzien van een slot en een toegangscontrolesysteem door middel van pasjes. Voor de veiligheid van patiënten moeten medewerkers op een snelle manier te hulp kunnen worden geroepen bij het onwel worden van een patiënt. Hiervoor zouden in alle ruimten noodknoppen beschikbaar moeten zijn, tenzij iedere medewerker zelf een noodknop in de zak zou hebben. Voor pc-schermen geldt dat men niet onuitgenodigd op schermen mee moet kunnen kijken in verband met de privacy van patiëntgegevens.
- **Klimaat:** Voor de meeste ruimten is een klimaat dat voldoet aan de normen voldoende. Ruimten waar extra inspanningen verricht worden, zoals in de fitnesszaal en oefenzaal, moeten extra luchttoevoer en -afvoer krijgen. In open ruimten, zoals de ontvangstruimte en de wachtruimte, moet tocht voorkomen worden.



- **Licht en verlichting:** De meeste ruimten zijn gesloten ruimten bij voorkeur met zicht op buiten, uitzonderingen zijn de ontvangstbalie en de wachruimte. Vanwege de privacy van patiënten zullen de gesloten ruimten ook daadwerkelijk gesloten moeten zijn. Eventueel kan voor meer licht op de gangen gebruik gemaakt worden van bovenlichten of semitransparante wanden (personen mogen niet herkend worden). Algemene plafondverlichting:
  - a) Met sensorschakeling. Ontvangst en wachten, algemene ondersteunende functies, sanitair en opslag.
  - b) Met sensorschakeling en daglichtregeling. Onderzoeken en bespreken, specials, administratief verwerken en overleggen, medische administratie en doktersassistentie.
  - c) Dimbaar en daglichtregeling. Gangen.
  - d) Sfeereffecten toe passen in de teamkamer en wachruimte.
- **Hygiëne:** Conform de richtlijnen van het UMCG. De poli Revalidatiegeneeskunde valt bijvoorbeeld onder de Low Risk Categorie poli.
- **Materialen:** Conform richtlijnen van het UMCG. De oefenzaal behoeft een speciale sportvloer en de loopgang dient goed beloopbaar te zijn.
- **ICT-voorzieningen:** De polikliniek Revalidatiegeneeskunde wil in iedere ruimte een vaste pc beschikbaar hebben. Daarnaast kan gewerkt worden met mobiele devices die dan wel steeds achter slot en grendel gelegd moeten kunnen worden en daar ook opgeladen moeten kunnen worden. Patiënten zouden in de wachruimte gebruik moeten kunnen maken van een draadloos netwerk.
- **Technische ruimten:** Deze zullen beschreven worden in het Technisch Programma van Eisen. Er is behoefte aan een gasaansluiting (therapiekeuken) en krachtstroom is niet nodig.

Uiteraard zijn er ook eisen met betrekking tot de verlichtingssterkte, de luchtkwaliteit, de temperatuur en dergelijke. Omdat het een polikliniek betreft en geen specifieke behandelruimte, zoals een operatiekamer, zullen de eisen minder streng zijn op het gebied van deze aspecten.

Voor de basiskwaliteitseisen in het kader van de technische voorzieningen wordt verwezen naar de Bouwmaatstaven binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector. In aanvulling daarop gelden voor de behandelkamers op poliklinieken de volgende basiskwaliteitseisen (CBZ, 2004):

- Een behandelkamer is uitgerust met een mechanisch ventilatiesysteem;
- Het minimale buitenluchtaandeel bedraagt 100 m<sup>3</sup>/h per persoon;
- Het eindfilter van het ventilatiesysteem is van klasse F9.

Bij het UMCG wordt met betrekking tot de verlichting intern een medewerker van de afdeling Beheer ingeschakeld die hierin gespecialiseerd is. Datzelfde geldt ook voor de luchtkwaliteit en de temperatuur, waarbij het tevens van belang is te kijken naar de locaties van de verschillende polikamers. Niet elke polikamer grenst aan een buitenmuur en zal één of meerdere ramen kunnen hebben (die ook daadwerkelijk open kunnen).

### 7.3 RELEVANTIE VERZAMELDE GEGEVENS

In dit rapport zijn diverse onderzoeksmethoden beschreven die voor dit onderzoek uitgevoerd zijn om gegevens te verzamelen die bijdragen aan het beantwoorden van de deelvragen. Deze informatie zal gebruikt worden in het volgende hoofdstuk, waarbij antwoord gegeven wordt op de hoofdvraag.

Bepaalde resultaten die verkregen zijn met behulp van de verschillende onderzoeksmethoden (triangulatie) sluiten op elkaar aan of komen (gedeeltelijk) met elkaar overeen. Een voorbeeld is dat enkele inrichtingsaspecten die genoemd zijn tijdens de interviews ook terugkomen in de resultaten van de enquêtes.

Bij elke onderzoeksmethode is telkens weer gekeken naar de doelstelling, probleemstelling en vraagstelling, waardoor integraal geanalyseerd kan worden dat in het kader van dit onderzoek "gemeten is wat ik wil meten".

Op basis van de verzamelde gegevens is het mogelijk om antwoord te geven op de hoofdvraag. Bij dit oordeel zal rekening worden gehouden met diverse aspecten. Naast de wetenschappelijke aspecten die aan bod zijn gekomen bij de verschillende onderzoeksmethoden wordt er ook gekeken naar de sociaal-maatschappelijke en ethische aspecten.

Welzijn en zorg zijn belangrijke maatschappelijk thema's, met name omdat onder andere de zorgvraag in de toekomst gaat veranderen en er vergrijzing plaatsvindt. Mensen zullen steeds ouder worden, waardoor er een grotere spreiding is aan leeftijdsgroepen die een ziekenhuis, en dus ook de Beweegpoli, kunnen bezoeken. Daarnaast is er een maatschappelijk aspect dat mensen langer moeten blijven doorwerken.

Dit alles bij elkaar vergroot het belang van gezond ouder worden, oftewel Healthy Ageing, wat één van de aspecten is die in de hoofdvraag terugkomt. Hierbij hoort niet alleen voeding, maar ook beweging. Healthy Ageing is één van de drijfveren van het UMCG en zal steeds meer zichtbaar worden in het ziekenhuis. Een ethisch aspect wat hierbij hoort, is dat er op de Beweegpoli ook patiënten in een rolstoel komen en die het lastig vinden om geconfronteerd te worden met beweging. Sommige patiënten zullen mogelijk nooit meer kunnen lopen, dus zou je kunnen afvragen in hoeverre en op welke manier(en) je bewegen terug wilt laten komen in de inrichting van deze polikliniek.

De financiële en juridische consequenties zullen in hoofdstuk 11 aan bod komen.

## 8 CONCLUSIES

Op basis van alle voorgaande informatie worden in dit hoofdstuk de conclusies toegelicht. Tevens wordt met behulp van resultaten antwoord gegeven op de probleemstelling die aan het begin van dit rapport benoemd is.

### 8.1 VERANDERINGEN

De nieuwe poli-indeling houdt in dat er negen nieuwe clusters zullen ontstaan, waarvan de Beweegpoli één is. Door deze nieuwe clustering van poliklinieken zullen in het UMCG een aantal veranderingen plaatsvinden in de toekomst. Er zal onder andere een nieuwe manier van werken moeten ontstaan en het is noodzakelijk om tijdelijke huisvesting te zoeken.

#### 8.1.1 EEN NIEUWE MANIER VAN WERKEN

Het implementeren van de verhuizing van de poliklinieken van het UMCG vraagt om een andere mindset van de medewerkers die werkzaam zijn op de poliklinieken, dus ook van de medewerkers van de Beweegpoli. Naast een andere mindset zal er tevens op een andere manier geroosterd moeten worden.

In de toekomst moeten de poliklinieken niet meer als "eigendom" gezien worden van de specialismen. De poliklinieken zijn van het UMCG en de ruimtes zouden in principe door iedereen gebruikt moeten kunnen worden. Veel medewerkers van de poliklinieken zijn gewend aan vaste werkplekken. In de nieuwe situatie waarin een andere clustering toegepast zal zijn, is het de bedoeling om efficiënter met de beschikbare ruimtes om te gaan. Dit heeft als gevolg dat er op een andere manier geroosterd zal moeten worden. Artsen worden bijvoorbeeld voor een dagdeel ingeroosterd op een kamer, waarbij het niet uitmaakt of de arts vier of acht patiënten ontvangt. Volgens het systeem is de kamer bezet.

Daarnaast beschikken de specialismen over verschillende systemen waarin afspraken worden ingepland. Wanneer specialismen op één polikliniek kamers zullen moeten delen, zal er gekeken moeten worden welk systeem integraal gebruikt kan worden. Dit houdt in dat bepaalde poliklinieken zullen moeten overgaan op een andere werkwijze.

Wanneer de roostering in één systeem en rondom de patiënt zal plaatsvinden, zal de arts alleen gebruik maken van de spreek- of behandelkamer wanneer er daadwerkelijk een patiënt aanwezig is. Andere werkzaamheden, zoals administratie en dergelijke, zullen op andere (flexibele) werkplekken uitgevoerd kunnen worden. Om dit allemaal mogelijk te maken en soepel te laten verlopen, is een goede ICT-ondersteuning van belang. Daarom is er binnen de stuurgroep van het project Poli-indeling er ook voor gekozen om iemand aan de stuurgroep toe te voegen die vanuit het vakgebied ICT naar het project kan kijken.

Verder houdt het in dat in de toekomst niet iedereen een vaste werkplek heeft, want de polikliniek is niet meer "in eigendom van" het specialisme. Verwacht wordt dat medewerkers zullen moeten wennen aan het idee dat de ruimte van het UMCG is en iedereen in principe daarvan gebruik moet kunnen maken.

#### 8.1.2 TIJDELIJKE HUISVESTING

Om te kunnen starten met de verbouwing is het noodzakelijk om ruimte te creëren in het bestaande pand, zodat het primaire proces van het ziekenhuis kan blijven doorgaan. Poli B zal als eerste verbouwd worden en de specialismen die in de nieuwe situatie in Poli B gehuisvest zullen worden, bevinden zich op dit moment op verschillende locaties binnen het bestaande gebouw.

Er zal gekeken moeten worden of er in het bestaande pand werkplekken zijn om de zorgadministratie tijdelijk te kunnen huisvesten en er zal op basis van de bezetting van de polikamers bepaald moeten worden of specialismen tijdens de verbouwingsperiode kamers met andere poliklinieken kunnen delen.

Ook is de kans aanwezig dat er op het terrein van het UMCG tijdelijke huisvesting neergezet moet worden. Het precieze aantal vierkante meter van deze locaties zal verderop tijdens de voorbereidingsfase uitgerekend moeten worden.

Of de specialismen die uiteindelijk in de Beweegpoli komen te maken krijgen met tijdelijke huisvesting buiten het bestaande pand van het UMCG is in dit stadium ook nog niet te zeggen.

## 8.2 DE PROBLEEMSTELLING

In deze paragraaf zal specifiek worden ingegaan op de Beweegpoli. Aan het begin van het onderzoek is de volgende probleemstelling geformuleerd:

*In opdracht van Ben Hanewinkel (Sectordirecteur B) wordt onderzocht hoe de twee drijfveren uit de visie van het Universitair Medisch Centrum Groningen kunnen worden vertaald naar de huisvesting van de Beweegpoli, waarbij rekening gehouden wordt met de termen Healthy Ageing, Healthy at Work en Healing Environment, met de benutting van de m<sup>2</sup> binnen de polikliniek, met de uitgangspunten zoals benoemd voor het project Poli-indeling en met de belangen van de diverse eindgebruikers van de Beweegpoli.*

Om deze probleemstelling te kunnen beantwoorden, zijn verschillende onderzoeksmethoden uitgevoerd. Op basis van deze methoden zijn gegevens verzameld die kunnen bijdragen aan het beantwoorden van de probleemstelling. De twee drijfveren van het UMCG zijn "Van mens tot mens in alles wat we doen" en "Healthy Ageing". De eerste drijfveer houdt in dat er geluisterd wordt naar wat de patiënten zeggen, waardoor gekozen is om voor dit onderzoek onder andere enquêtes af te nemen bij patiënten. Uit de resultaten van deze enquêtes kan geconcludeerd worden dat patiënten het over het algemeen fijn vinden om het gevoel te hebben dat ze welkom zijn in het ziekenhuis en dat ze gezien worden. Daarnaast hebben patiënten hun mening kunnen geven over aspecten die meegenomen kunnen worden in de inrichting van de Beweegpoli. Deze vraag is tevens gesteld in de enquête voor de eindgebruikers en uit beide resultaten blijkt dat zowel de patiënten als de eindgebruikers dezelfde aspecten in de top 5 hebben aangegeven:

- Daglicht
- Warme kleuren (rood, oranje)
- Groenvoorziening
- Kunst/decoratie
- Audiovisuele middelen

Wat opvalt is dat deze bovengenoemde aspecten met name aspecten zijn die een andere sfeer kunnen creëren in een ziekenhuis. Naast deze aspecten kan tevens worden gekeken hoe Healthy Ageing kenbaar kan worden gemaakt in de inrichting.

Bij Healthy Ageing is het allereerst van belang dat beweging tot uitdrukking komt: modern, beweging en passend bij beweegspecialismen.

De aspecten Healthy Ageing, Healthy at Work en Healing Environment kunnen gecombineerd worden in de inrichting. Deze aspecten hebben allemaal te maken met het creëren van een andere sfeer dan de sfeer die normaal verwacht zou worden in een ziekenhuis.

In kleine dingen kunnen signalen worden afgegeven en kan worden laten zien dat het UMCG een Healthy Ageing Ziekenhuis is. Mensen kunnen bijvoorbeeld onderweg "uitgedaagd" worden om toch in beweging te blijven. Als patiënten van de ene kant van het ziekenhuis naar de andere kant moeten, is het een enorme afstand wat ze moeten lopen. In de huidige situatie is het geen inspirerende wandeling. Mensen zullen aangemoedigd moeten worden om dat stuk te gaan lopen in plaats van met een karretje te worden rondgereden. Er zullen onderweg echter ook prettige rustplekken aanwezig moeten zijn.

Mogelijke manieren om Healthy Ageing in de inrichting kenbaar te maken, kunnen als volgt zijn:

- Bij elke polikliniek zou een Healthy Ageing thema gekoppeld kunnen worden aan de inrichting.
- Aan elke polikliniek zou een verhaal gekoppeld kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld een verhaal of ervaring zijn van een patiënt die vervolgens in een Healthy Ageing kader geplaatst is.
- Andere patiënten kunnen nieuwsgierig worden gemaakt naar die verhalen en kunnen worden meegenomen in dat verhaal, bijvoorbeeld: meer bewegen, meer sporten.
- Er zou duidelijker aangegeven kunnen worden wat de poli aan Healthy Ageing doet. Mensen hebben niks met een term, zij willen concreet weten wat het inhoudelijk precies is.

Daarnaast is als uitgangspunt geformuleerd dat er een effectieve, efficiënte en kwalitatief goede en representatieve huisvesting moet komen voor de Beweegpoli. Dit houdt het volgende in:

- **Effectief:** Een zo optimaal mogelijke ondersteuning voor de te leveren zorg, nu en in de toekomst. Optimaal voor de toekomst wil zeggen dat als de behoefte van de organisatie verandert, men de huisvesting zonder veel kosten eenvoudig kan aanpassen, het liefst

zonder te verbouwen. De maten van de ruimten zijn zo gekozen dat ze van functie kunnen veranderen door alleen een andere inrichting.

- **Efficiënt:** Het streven is om alleen ruimten te maken waarvan de bezettingsgraad rond de 80% zal liggen. Enkele specifieke ruimten die noodzakelijk zijn om het werk op de polikliniek uit te kunnen voeren zullen deze bezettingsgraad niet halen. Om de diverse ruimten zo efficiënt mogelijk te kunnen gebruiken, zijn ruimten zoveel mogelijk multifunctioneel inzetbaar. Dit houdt onder andere in dat het zwembad van Revalidatiegeneeskunde niet terugkomt. De oefenzaal daarentegen komt wel terug, maar krijgt een andere locatie binnen het ziekenhuis.
- **Kwalitatief goed en representatief:** Het streven is een degelijke, duurzame (energie neutraal) en toekomstbestendige huisvesting.
- **Kostenbewust:** Het streven is om tegen zo laag mogelijke kosten een optimale huisvesting te realiseren. Met kosten wordt niet alleen de investering bedoeld, maar ook de kosten voor de exploitatie. Een iets hogere investering wordt vaak terugverdiend door lagere exploitatiekosten gedurende de levensduur van de huisvesting.

### 8.3 DISCUSSIE

In deze paragraaf wordt het onderzoek geëvalueerd, waarbij verschillende kwaliteitscriteria aan de orde komen.

#### Beperkingen onderzoek

In eerste instantie was het de bedoeling om de enquêtes in te laten vullen door de medewerkers en patiënten van alle specialismen die behoren tot de Beweegpoli. Helaas was dit niet mogelijk, omdat er vanuit de poliklinieken Orthopedie en Traumatologie weerstand was rondom het project Poli-indeling en omdat de definitieve clustering van de Beweegpoli in de periode van de enquêteafname niet bekend was. Op dat moment was alleen bekend dat Orthopedie, Revalidatiegeneeskunde, Traumatologie en Sportgeneeskunde tot de cluster Bewegen zouden behoren. Daarnaast is het, in verband met het krijgen van toestemming om enquêtes af te nemen, niet gelukt om bij de poliklinieken Plastische Chirurgie en Revalidatiegeneeskunde in een even lange periode de enquêtes af te nemen.

Daarnaast zijn er een aantal resultaten van de enquêtes die verder besproken moeten worden. De patiënten die de enquêtes hebben ingevuld, hebben dit gedaan terwijl ze in de wachtruimte aan het wachten waren. In de enquêtes waren relatief weinig negatieve punten genoemd. Mogelijk zou de oorzaak hiervan kunnen zijn dat patiënten gespannen in de wachtruimte zitten en alleen de positieve aspecten willen benadrukken. Het is natuurlijk nooit leuk om in een ziekenhuis te zijn, dus waarom zou je dan willen nadenken wat je er negatief aan vindt?

Ook hadden patiënten weinig tijd om de enquête in te vullen, omdat ze snel werden opgeroepen voor de afspraak. Sommige enquêtes waren daarom ook niet volledig ingevuld, omdat patiënten de enquête halverwege hebben teruggegeven.

Verder hebben relatief veel medewerkers aangegeven dat ze de ruime polikliniek een positief aspect vinden en dat ruimtegebrek door veel medewerkers als negatief aspect beschouwd wordt. Beide resultaten kunnen mogelijk een vertekend beeld geven. Het kan namelijk te maken hebben met het feit dat er bericht is over de verhuizing en dat de poliklinieken hiervoor mogelijk vierkante meters moeten inleveren. Daarnaast moet het volgens de roosters mogelijk zijn om meerdere specialismen samen te voegen op één polikliniek. Waarom medewerkers dan toch aangeven dat er ruimtegebrek is, zou kunnen liggen aan het feit dat ze met name piekmomenten ervaren in de roostering en/of dat ze weten dat ze bij de nieuwe poli-indeling er waarschijnlijk qua vierkante meters op achteruitgaan en hiermee proberen aan te geven dat zij vinden deze vierkante meters wel nodig te zijn.

#### Betrouwbaarheid

Dat er tijdens het uitvoeren van dit onderzoek gebruik is gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden, oftewel triangulatie, waarborgt de betrouwbaarheid. Daarnaast draagt het vergelijken van de resultaten van verschillende bronnen (deskresearch, interviews, observaties en enquêtes) bij aan het verhogen van de betrouwbaarheid.

Tijdens de interviews is er op de gegeven antwoorden doorgevraagd, waardoor de betrouwbaarheid is vergroot. Doordat er maar één onderzoeker was die aan dit rapport

heeft gewerkt, kan er sprake zijn van subjectiviteit. Het interview is afhankelijk van de interpretatie van de onderzoeker. Om de betrouwbaarheid te vergroten, zijn de interviews opgenomen, samengevat en teruggekoppeld naar de geïnterviewden die daardoor de mogelijkheid hebben gekregen eventuele aanpassingen te maken in de samenvatting. Na deze analyse bleek dat de samenvattingen over het algemeen correct waren, op een paar kleine aanpassingen na.

### **Validiteit**

Validiteit betekent "meet ik wat ik wil meten". Om de validiteit van het onderzoek te kunnen waarborgen, zijn de interview- en enquêtevragen gecontroleerd door Sibrich Bouwman. Door feedback hierop te ontvangen, kan de kwaliteit van de vragen verbeterd worden, waardoor de vragen zo geformuleerd kunnen worden, dat de resultaten van de interviews en enquêtes een bijdrage kunnen leveren aan datgene wat onderzocht moet worden.

Daarnaast zijn de uitwerkingen van de interviews teruggekoppeld naar de geïnterviewden om te kijken of de antwoorden goed geïnterpreteerd zijn.

Verder zijn de resultaten door patiënten en eindgebruikers erg subjectief, waardoor dit ook vergeleken is met gegevens die verzameld zijn uit boeken en wetenschappelijke artikelen. Een voorbeeld is dat er onderzoek is gedaan naar aspecten in de inrichting die positieve effecten hebben op de beleving in ziekenhuizen en dat deze aspecten vergeleken zijn met de aspecten die zijn aangegeven in de enquêtes. Over het algemeen kwamen deze aspecten met elkaar overeen.

### **Representativiteit/generaliseerbaarheid**

Op basis van de steekproef (294) en het aantal respondenten (49) is berekend dat er een respons is behaald van 16,7%.

Bij het steekproefpercentage is uitgerekend wat het foutenmarge zou zijn, dit is 4,53%. Op basis hiervan kan je er "zeker" van zijn dat als een enquêtevraag aan de volledige populatie was gesteld, tussen 12,17% (16,7-4,53) en 21,23% (16,7+4,53) datzelfde antwoord zou hebben gekozen.

Daarnaast zijn er in verhouding tot de andere poliklinieken veel respondenten van de polikliniek Revalidatiegeneeskunde. Dit komt omdat het uitzetten van de enquêtes niet helemaal gegaan is zoals gepland. Niet elke polikliniek heeft

(op hetzelfde moment) toestemming gegeven om de enquêtes af te nemen. Hierdoor zijn de enquêtes niet op elke polikliniek even lang beschikbaar gesteld.

Omdat de enquête uiteindelijk maar door 49 eindgebruikers is ingevuld en omdat er op basis van de foutenmarge lage percentages zijn uitgekomen (12,17% en 21,23%), heeft dit enige invloed op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Omdat er niet meer kon worden voldaan aan de beoogde steekproef, zijn de resultaten in mindere mate generaliseerbaar. De resultaten geven echter wel een mogelijke indicatie van hoe er over de huidige en gewenste inrichting van poliklinieken wordt gedacht.

Tot slot kan genoemd worden dat de geïnterviewden werkzaam zijn op verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis, waardoor er vanuit diverse invalshoeken naar het project gekeken is. Ook heeft de Stuurgroep contact met verschillende betrokkenen van de poliklinieken, waardoor er tijdens de overlegmomenten van de Stuurgroep gesproken wordt over het verkregen inzicht van de verschillende stakeholders. In verband met de communicatie die vanuit de hogere lagen in de organisatie moet plaatsvinden naar de poliklinieken, is er in het kader van het afstudeeronderzoek niet de mogelijkheid geweest om zelf in gesprek te gaan met alle polimanagers van de poli's die behoren tot de cluster Beweging.

Nadat de conclusies zijn geformuleerd kunnen op basis daarvan aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot de huisvesting van de Beweegpoli. De consequenties van deze aanbevelingen zullen worden toegelicht in hoofdstuk 11.

### 9.1 AANBEVELINGEN

Op basis van alle voorgaande informatie en resultaten is een aantal aanbevelingen opgesteld met betrekking tot de inrichting van de Beweegpoli. Deze aanbevelingen zijn als volgt:

- **Zorg voor een Ontvangstruimte, geen Wacht-ruimte**  
Wachten is niet meer van deze tijd, vandaar dat de benaming "Wachtruimte" veranderd zou kunnen worden in "Ontvangstruimte". Zorg voor een prettige sfeer die zorgt dat patiënten zich welkom en gezien voelen. Zorg voor een sfeer die rustgevend is, bijvoorbeeld door een aquarium in de wachtruimte te plaatsen. Gebruik aspecten die patiënten niet snel in een ziekenhuis verwachten, waardoor ze ook niet snel het gevoel zullen krijgen in een ziekenhuis aanwezig te zijn.
- **Betrek de patiënt meer bij het onderzoek**  
Eén van de drijfveren van het UMCG is immers "Van mens tot mens in alles wat we doen", wat inhoudt dat er geluisterd wordt naar de patiënten. In het kader van project Poli-indeling is dit nog niet aan de orde geweest, behalve bij de enquêtes die zijn ingevuld door patiënten van een aantal poliklinieken. Er zouden bijvoorbeeld patiëntfocusgroepen kunnen worden opgericht. Dit gebeurt binnen het ziekenhuis al in het kader van het onderwerp privacy, dus waarom zou dit niet kunnen in het kader van huisvesting?
- **Maak Healthy Ageing zichtbaar op de poliklinieken**  
De tweede drijfveer is Healthy Ageing. Healthy Ageing kan gekoppeld worden aan bewegen door bijvoorbeeld afbeeldingen, slogans en/of verhalen van patiënten op de muren weer te geven. Zorg voor een

motiverende sfeer, want dit kan patiënten overhalen om te gaan bewegen.

Zo zou bijvoorbeeld een verhaal of een ervaring van een patiënt geplaatst kunnen worden in een Healthy Ageing kader. Mensen hebben over het algemeen niks met termen, zij willen concreet weten wat het inhoudelijk is. Door het te koppelen aan iets wat voor hun herkenbaar is, kunnen ze makkelijker een beeld vormen bij wat de term betekent.

In het kader van Healthy Ageing kan er tevens diversiteit in meubilair worden aangeboden. "Zitten is het nieuwe roken", dus zorg niet alleen voor zitplekken, maar ook voor stapelplekken.

- **Creëer zo veel mogelijk multifunctionele ruimten en zo min mogelijk specifieke ruimten**

Om het mogelijk te maken dat diverse specialismen samengevoegd kunnen worden in één polikliniek is het van belang te kijken waar efficiënt gebruik wordt gemaakt van vierkante meters en waar niet. Door het creëren van multifunctionele ruimten kunnen meerdere specialismen gebruik maken van deze ruimten, waardoor het makkelijker wordt afspraken in te plannen en de kans kleiner wordt dat bepaalde ruimten leeg staan, omdat niet elke patiënt daarin behandeld kan worden.

- **Verlicht en kleur het interieur**

Verlichting en kleurgebruik zijn twee aspecten die kunnen bijdragen aan het creëren van een huiselijke sfeer.

Naast het creëren van een Ontvangstruimte en het kenbaar maken van Healthy Ageing in de inrichting, kunnen er tevens aspecten worden meegenomen die voldoen aan de wensen van de patiënten en eindgebruikers van de Beweegpoli. Dit zijn aspecten die een andere sfeer kunnen creëren in een ziekenhuis en die met name in huiskamers te vinden zijn om een huiselijk gevoel te creëren. Zowel de patiënten als de eindgebruikers hadden dezelfde aspecten in de top 5 aangegeven:

- Daglicht
- Warme kleuren (rood, oranje)
- Groenvoorziening
- Kunst/decoratie
- Audiovisuele middelen

#### - **Zorg voor voldoende ICT-voorzieningen**

In de doelstelling staat onder andere dat de nieuwe poliklinieken toekomstbestendig moeten zijn en ICT is een aspect dat zich in de toekomst zal blijven ontwikkelen. Tegenwoordig kan bijna iedereen overal op internet (Wifi) en heeft iedereen een smartphone. Hiervoor is het van belang om niet alleen Wifi aan te bieden in het ziekenhuis, maar ook om voldoende stopcontacten te plaatsen in de ontvangstruimtes. Ook kunnen schermen in de ontvangstruimtes worden geplaatst waarop wachttijden van de artsen te zien zijn. Patiënten willen weten waar ze aan toe zijn en met een goede ICT-ondersteuning moet dit uitvoerbaar zijn.

Verder is privacy belangrijk in ziekenhuizen. Met de juiste ICT-voorzieningen zou er een nummertjessysteem mogelijk moeten zijn, waardoor de patiënt aan een nummer gekoppeld wordt die de arts doorkrijgt. Hierdoor hoeven patiënten niet meer bij naam opgeroepen te worden door de arts.

#### - **Gebruik een integraal planningsysteem**

Wanneer specialismen binnen één polikliniek kamers met elkaar gaan delen, is het van belang om hiervoor een integraal planningsstelsel te gaan gebruiken, waarin elk specialisme inzicht heeft in alle kamers van de poliklinieken. Om dit te realiseren is goede ICT-ondersteuning noodzakelijk.

## 9.2 VERVOLGONDERZOEKEN

Zoals eerder in het rapport genoemd is, zal er een nieuwe manier van werken moeten ontstaan waarbij ICT-ondersteuning van belang is en zal er tijdelijke huisvesting noodzakelijk zijn om verhuisbewegingen mogelijk te maken.

Ten eerste zal onderzocht moeten worden hoe de roostering van de kamers in de nieuwe situatie het beste kan gaan plaatsvinden en hoe ICT daarin kan ondersteunen.

Ten tweede zal berekend moeten worden hoeveel vierkante meter er nodig is aan tijdelijke huisvesting.

Tot slot staat de patiënt centraal in het UMCG. Dit betekent dat je de patiënt ook moet bevragen over wat hij/zij wil. Dit zou als vervolgstap gedaan kunnen worden bij de specialismen van de cluster Beweging, waarvoor nog geen toestemming verkregen was om enquêtes af te nemen.

### 9.3 DRACVLAK

Het vormgeven van een nieuwe poli-indeling, waar de Beweegpoli één van de clusters is, brengt verschillende voordelen met zich mee:

- De patiënt staat centraal (de patiënt hoeft minder te lopen en te zoeken)
- Er is een slim(me):
  - organisatie van de zorg + ondersteuning (inzet van de front office-activiteiten)
  - gebruik van ruimtes
  - Relatief lage exploitatiekosten

Daarnaast brengt het veranderen van de huidige indeling enkele uitdagingen met zich mee. Deze uitdagingen hebben betrekking op de volgende gegevens die van invloed zijn op welke ruimtes en in welke aantallen deze ruimtes aanwezig zullen zijn op de toekomstige poliklinieken:

- Aantal spreekkamers
- Aantal behandelkamers
- Huisvesting back office-activiteiten
- Dienstroosters/medewerkers
- Openingstijden
- Bezetting/planning
- Apparatuur/inrichting

Ook voor de Beweegpoli zullen deze gegevens bepaald moeten worden. Wanneer dit bekend is, zal dit adviesrapport kunnen worden toegepast op de ruimtes die de Beweegpoli zal krijgen.

De aanbevelingen die zijn gedaan, zijn bekend bij de projectleider van het project Poli-indeling. De projectleider is daarnaast op de hoogte van de wensen van de Raad van Bestuur en van de poliklinieken en heeft daardoor tijdens het uitvoeren van dit onderzoek kunnen checken of de aanbevelingen aansluiten op de opdracht en de verschillende belangen.



In verband met de weerstand vanuit de organisatie is het van belang dat de communicatie over dit project goed verloopt. Hierdoor was het niet mogelijk om zelf de communicatie te doen naar de poliklinieken. Voor de communicatie van de rest van het bouwproject heeft de Stuurgroep een medewerker ingeschakeld die hierin ondersteuning gaat bieden. Wanneer aanbevelingen uit dit rapport zullen worden meegenomen in de besluitvorming, zal de overdracht van deze informatie, na overleg met de Raad van Bestuur en de Stuurgroep, grotendeels bepaald worden door de medewerker die ondersteunt in de Communicatie.



## 10 IMPLEMENTATIE

Nadat de voorbereiding van de nieuwe poli-indeling klaar is, zal de volgende stap zijn om de verhuizing uit te voeren. Poli B is de oudste polikliniek en zal als eerste op de planning staan. De implementatie is geen onderdeel van het afstudeeronderzoek, maar er kan in dit hoofdstuk al wel kort worden aangegeven wat een mogelijke fasering zou kunnen zijn.

### 10.1 MOGELIJKE FASERING

Een mogelijke fasering van de verhuizing van de poliklinieken zou als volgt kunnen zijn:

**Fase 1** - Huisvesten Revalidatiegeneeskunde, Orthopedie, Traumatologie en vorming clusters Bewegen, Chronisch, Transplantatie, Acuut en Oncologie (Bouwdelen BCDE + Dermatologie + Oncologie)

1. Verbouw ten behoeve van cluster transplantatie in skills lab
2. Bewegingen en planning oncologieplein, prikpoli
  - Vertrek pijnpoli naar Beatrixoord
  - Verhuizing Dermatologie naar Bouwdeel E
3. Backoffice poli's (tijdelijk?) elders huisvesten
4. Leegmaken poli B ten behoeve van cluster Bewegen
  - Deel naar cluster Transplantatie
  - Deel naar cluster Oncologie
  - Deel naar cluster Thorax
  - Resterend deel (tijdelijk) onderbrengen in bijvoorbeeld "backoffice ruimte"
5. Verbouw poli B
6. Inhuizen Revalidatie, Orthopedie et cetera
7. Afhankelijk van plannen en voortgang met betrekking tot CSO, Traumatologie en deel Orthopedie naar Acuut Centrum

**Fase 2** - Huisvesten Neurologie en vorming clusters Hoofd, Bekken, Moeder en Kind

In bijlage R is een plattegrond met de mogelijke fasering van het project weergegeven.

### 10.2 VERANDERMANAGEMENT EN WEERSTAND

De implementatiefase is de fase waarin de veranderingen daadwerkelijk uitgevoerd en zichtbaar worden. Ondanks dat de besluitvorming dan al heeft plaatsgevonden, betekent het niet dat er geen weerstand meer kan zijn van de medewerkers.

Zoals in hoofdstuk 3 aan bod is gekomen, is het van belang om duidelijkheid te geven en met iets concreets te komen. Met iets concreets komen, zou kunnen inhouden dat er door middel van 3D-tekeningen aan de medewerkers in beelden kan worden laten zien wat het eindresultaat is. Vanaf een plattegrond is dit toch lastiger voor te stellen. Met concrete voorbeelden is het mogelijk om meer medewerkers mee te krijgen in het veranderingsproces. Hierbij is de communicatie een belangrijke tool. Ook al is het eindresultaat al bekend, houd de polimanagers op de hoogte van de voortgang. Het zijn immers hun nieuwe werkplekken die gebouwd worden en hierover wil je zo min mogelijk negatieve en twijfelachtige gevoelens hebben, voordat ze überhaupt in het echt hebben gezien wat het resultaat is.

Ook is in hoofdstuk 3 aan bod gekomen dat het UMCG met name een combinatie is van geeldrukdenken en blauwdrukdenken, waarbij ook een deel rooddrukdenken terug te zien is. Om toch nog meer medewerkers mee te krijgen en de weerstand vanuit de organisatie te verminderen, is het verstandig om de focus meer te leggen op het rooddrukdenken. Dit houdt het volgende in:

- Zorg dat medewerkers op de juiste manier geprikkeld en gemotiveerd worden;
- Zorg dat het voor medewerkers aangenaam gemaakt wordt;
- Zet eventueel HRM-instrumenten in voor belonen en motiveren;
- Geef medewerkers aandacht, respect, vertrouwen en erkenning;
- Geef medewerkers iets terug voor wat zij jou hebben gegeven.



## 11 BEDRIJFSKUNDIGE CONSEQUENTIES

In dit hoofdstuk zullen de bedrijfskundige consequenties aan bod komen die zullen ontstaan als gevolg van de implementatie. Hierbij is een onderscheid gemaakt in organisatorische, personele, financiële en juridische consequenties.

### 11.1 ORGANISATORISCHE CONSEQUENTIES

De veranderingen die in dit rapport aan de orde zijn gekomen, hebben organisatorische gevolgen voor het ziekenhuis.

Wanneer het project is afgerond, zullen andere patiëntstromen ontstaan. Specialismen zijn immers verhuisd naar andere locaties, wat gevolgen kan hebben voor zowel de patiënt als de medewerker. De patiënt zal minder hoeven te lopen, omdat er meer multidisciplinair behandeld wordt. Daarnaast zal de medewerker juist degene zijn die met name van kamer naar kamer gaat, omdat hij/zij geen eigen spreekkamer meer heeft om patiënten te ontvangen. Maar ook tijdens de implementatiefase zullen andere patiëntstromen ontstaan. Verhuisbewegingen moeten mogelijk worden gemaakt, waardoor er tijdelijke huisvesting gecreëerd moet worden. Dit kan als gevolg hebben dat bepaalde specialismen tijdelijk op andere locaties binnen het ziekenhuis zitten.

Om de patiëntstromen zo optimaal mogelijk te laten verlopen, is ook communicatie naar de patiënt toe van belang. Eventueel kunnen extra gastvrouwen en -mannen worden ingezet om de patiënt naar de juiste locatie te begeleiden. Verder is het van belang te kijken hoe er zo min mogelijk overlast zal zijn tijdens de bouw. Hiervoor kunnen in het bestaande pand schermen om de "bouwplaatsen" worden gezet om in ieder geval geen chaotische omgeving te creëren. Daarnaast is het van belang om goede afspraken te maken over wanneer bepaalde werkzaamheden zullen plaatsvinden en hoe het vervoeren van materialen en dergelijke moet gaan gebeuren.

### 11.2 PERSONELE CONSEQUENTIES

Naast organisatorische consequenties brengen de aanbevelingen ook personele consequenties met zich mee.

Om te komen tot een nieuwe gemeenschappelijke polikliniek, waarbij meer efficiency wordt behaald ten opzichte van de huidige situatie, zullen de volgende werkprocessen moeten worden aangepast. Deze werkprocessen zullen gecommuniceerd moeten worden naar het personeel:

- Roosteren op kamer en niet meer op arts;
- Roosteren rondom de patiënt in het kader van multidisciplinaire behandelingen, waarbij de arts loopt en de patiënt in dezelfde spreek- en/of behandelkamer blijft zitten;
- Administratie vindt in de nieuwe situatie niet meer plaats in de behandelkamers;
- Gezamenlijk poli-planningssysteem, waarin het roosteren zal gaan plaatsvinden.

Met betrekking tot het roosteren, zal een integraal planningssysteem geïntroduceerd worden. Consequenties die hierbij horen, zijn dat medewerkers ingewerkt moeten worden door bijvoorbeeld workshops te organiseren over de manier waarop het systeem gebruikt moet worden. Ook kunnen informatiebijeenkomsten georganiseerd worden, zowel over het integrale planningssysteem, als over de gehele verhuizing.

Tot slot zullen minder medewerkers nodig zijn bij de front-office, waardoor gekeken zal moeten worden welke medewerker waarheen gaat en welke taken daarbij horen.

### 11.3 FINANCIËLE CONSEQUENTIES

De investeringsbegroting van het gehele poli-project bedraagt €1.000.000,-.

Door het uitvoeren van de aanbevelingen zullen kosten worden gemaakt, maar daarnaast zullen diverse baten ontstaan. Hieronder staat een globale opsomming van mogelijke kosten en baten, waarna een globale schatting volgt van de renovatiekosten van Poli B.

- Kosten
  - Het realiseren van tijdelijke huisvesting
  - De verbouwingen van de poliklinieken
  - Het inhuren van externe partijen: architectenbureau, adviseurs, (onder)aannemer en dergelijke
  - Materiaal/productiemiddelen

- Materieel
- Arbeid/manuren
- Eventuele onvoorziene kosten
- Baten
  - Lagere jaarlijkse exploitatiekosten. Er zal minder leegstand zijn van de polikamers, omdat het aantal kamers is afgestemd op de bezetting.
  - Het UMCG voldoet aan beide drijfveren die ze hebben opgesteld:
    - Van mens tot mens in alles wat we doen, of-  
tewel de patiënt staat centraal
    - Healthy Ageing, gezond en actief ouder worden

Het UMCG rekent in de eerste fase van een project altijd met de kengetallen van Twynstra Gudde en vanuit het boek *Handreiking Kengetallen Benchmark Zorgvastgoed* (Mimpen & Staats, 2013). Met behulp van beide bronnen kan vooraf globaal een inschatting worden gemaakt van de kosten op basis van het totale BVO van de locatie poli B (1051,79 m<sup>2</sup>). Om de kosten van renovatieprojecten te berekenen, wordt 60% van de totale investeringskosten door het UMCG als uitgangspunt genomen. De kengetallen van beide bronnen komen redelijk met elkaar overeen.

Investeringskosten nieuwbouw ziekenhuizen per omgeving							
(in €, inclusief 21% btw, exclusief grondkosten, rentekosten en loon-/prijsstijgingen)							
Kostenrubriek conform NEN 2699	K	S	V	O	M	F	P
<b>Grondkosten</b>	om	om	om	om	om	om	om
- Bouwkundige voorzieningen	1.097	1.147	1.259	1.421	1.284	1.122	1.309
- Werktuigbouwkundige voorzieningen	369	388	432	635	610	314	369
- Elektrotechnische voorzieningen	321	375	464	560	510	303	375
- Vaste inrichting	107	113	171	183	200	131	155
- Terreinvoorzieningen	67	67	67	67	67	67	67
<b>Totaal bouwkosten</b>	<b>1.961</b>	<b>2.090</b>	<b>2.393</b>	<b>2.866</b>	<b>2.671</b>	<b>1.937</b>	<b>2.275</b>
- Bijkomende kosten	49	52	60	72	67	48	57
- Inventaris, ICT en medische apparatuur	450	550	650	3.800	2.800	450	400
- Directiekosten	241	257	294	353	328	238	280
- Rentekosten	om	om	om	om	om	om	om
- Programma- & bestekwijzigingen	90	96	110	132	123	89	104
- Loon- & prijsstijgingen	om	om	om	om	om	om	om
- Inhuizing en schoonmaak	29	31	36	42	40	29	34
<b>Totaal investeringskosten per m<sup>2</sup> BVO</b>	<b>2.280</b>	<b>3.076</b>	<b>3.543</b>	<b>7.266</b>	<b>6.029</b>	<b>2.791</b>	<b>3.150</b>

**Tabel 11.1** Investeringskosten nieuwbouw (Twynstra Gudde, 2015)

De volgende definities horen bij de omgevingen die vermeld staan in afbeelding 11.1 (Twynstra Gudde, 2015):

- Kantooromgeving (K): Kantoren management en staf, backoffice artsen, vergader/overlegruimtes
- Spreekomgeving (S): Spreek-/onderzoekkamers inclusief wachtruimtes, fysiotherapie (exclusief sportzaal)
- Verpleegomgeving (V): Beddenafdelingen incl. CCU/IC/kind

- Onderzoek & Behandelomgeving (O): Operatiekamers, beeldvormende diagnostiek, cathederisatie, spoedeisende hulp
- Medisch ondersteunende omgeving (M): Productie-apotheek, klinisch chemisch laboratorium, CSA
- Facilitaire omgeving (F): Magazijnen, linnen, bedden-reiniging, technische dienst
- Publieksomgeving (P): Centrale entree, wachtkamers, auditorium, religieuze zaal

Investeringskosten Cure	Exclusief BTW	Inclusief 21% BTW afgerond
Nieuwbouw € / m <sup>2</sup> BVO, prijspeil juli 2013		
Bouwtijd 30 maanden en verdiepingshoogte 3,75 meter		
1.0 Bouwkosten	1.991	2.409
2.0 Bijkomende kosten	50	61
3.0 Inventaris	p.m.	p.m.
4.0 Directiekosten	279	338
5.0 Rente tijdens de bouw	145	175
6.1 Programma- & bestekwijzigingen	93	113
6.2 Loon- & prijsstijgingen	73	88
7.0 Startkosten	30	36
<b>Totale investeringskosten</b>	<b>2.661</b>	<b>3.220</b>

**Tabel 11.2** Investeringskosten nieuwbouw (Mimpen & Staats, 2013)

De volgende definities horen bij de kosten uit tabel 11.2 (Mimpen & Staats, 2013):

- Bouwkosten: Kosten die rechtstreeks op de bouw betrekking hebben.
- Bijkomende kosten: Hiertoe behoren de overheidsheffingen, zoals leges en precario, de aansluitkosten voor de nutsbedrijven en de kosten van de verzekeringen, waaronder de CAR.
- Inventaris: Voorwerpen zoals meubilair, machines et cetera.
- Directiekosten: Hiertoe worden alle met de voorbereiding en begeleiding van de bouw verband houdende kosten gerekend, waaronder alle kosten voor onderzoek, advisering, managementondersteuning en planontwikkeling.
- Rente tijdens de bouw: Voor de financiering van een investering moet vreemd vermogen worden aange-trokken. Hierover moet tijdens de bouw al rente worden vergoed.
- Programma- & bestekwijzigingen: Dit kan worden beschouwd als een reservering voor bij de uitvoering van het bouwplan optredende programma- en bestekwijzigingen.
- Loon- & prijsstijgingen: Dit heeft betrekking op een reservering voor de bij de uitvoering van het bouw-plan optredende loon- en prijsstijgingen.

- Startkosten: Dit heeft betrekking op de resterende, bouwgerelateerde kostenposten.

Globale schatting renovatiekosten volgens kengetallen Twynstra Gudde:

Er wordt gerekend met het bedrag €3.076 uit tabel 11.1, omdat dit het bedrag is dat hoort bij de spreekomgeving.  
60% van 1051,79 x 3.076 = **€1.941.183,62**

Globale schatting renovatiekosten volgens kengetallen Mimpfen & Staats:

In tabel 11.2 wordt een onderscheid gemaakt tussen de bedragen exclusief en inclusief BTW. Er wordt gerekend met het bedrag €3.220, omdat dit inclusief BTW is en daardoor beter te vergelijken is met de berekening op basis van tabel 11.1. Dit is namelijk ook inclusief BTW.

60% van 1051,79 x 3.220 = **€2.032.058,28**

Globale schatting kosten tijdelijke huisvesting

Op basis van de huur van een tijdelijke multifunctionele poli is bij een eerder project in 2011 door het UMCG bij de firma De Meeuw een vrijblijvende kostenindicatie opgevraagd voor de huur van een polikliniek van 1.000 m<sup>2</sup>. Tevens is hierbij gevraagd naar de lever- en bouwtijd.

De Meeuw heeft hierbij de volgende getallen doorgegeven:

- De huur van een dergelijke polikliniek bedraagt circa €10.000 tot €12.000 (exclusief BTW) per maand, afhankelijk van het gewenste afwerkingsniveau en inrichting.
- Wat betreft de bouwtijd moet rekening worden gehouden met een bouwtijd van 16 weken na opdrachtverstrekking. In de vakantiemaanden wordt dit lastiger, dus dan moet worden uitgegaan van 6 maanden.

#### 11.4 JURIDISCHE CONSEQUENTIES

Tot slot zijn er ook juridische consequenties. Voor veel grote bouwprojecten zijn (bouw)vergunningen nodig. Met betrekking tot het poli-project geldt dit niet alleen voor de nieuwe huisvesting, maar ook voor de tijdelijke huisvesting. Voorbeelden van onderwerpen waarvoor een vergunning nodig is, zijn:

- Functiewijzigingen in het bestemmingsplan
- Het bouwen zelf

- Heiwerkzaamheden
- Graafwerkzaamheden
- Inrichting van de bouwplaats
- Aanleg van tijdelijke weg(en)
- Aanleg van in- en uitritten

#### 11.5 SLOT

Als afsluiting van dit adviesrapport is een literatuurlijst toegevoegd waarin alle gebruikte bronnen vermeld staan en is er een overzicht van de bijlagen die gebundeld zijn. De laatste bijlage is een begrippenlijst, waarin de belangrijkste begrippen uit dit adviesrapport nogmaals kort worden toegelicht.





## LITERATUURLIJST

### Boeken

- Baarda, D.B. (2009). *Dit is onderzoek!* (Druk 1). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Broekhoff, M.A. (2007). *Starten met marktonderzoek*. (Druk 2). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Caluwé, L. de., & Vermaak, H. (2006). *Leren veranderen. Een handboek voor de veranderkundige* (Druk 2). Deventer: Kluwer.
- Grit, R., & Gerritsma, M. (2012). *Competent adviseren. Professioneel aan het werk!* (Druk 2). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Mimpen, L., & Staats, T. (2013). *Handreiking kengetallen* (Druk 1). Bilthoven: Adviescentrum voor Zorghuisvesting
- Mulders, M. (2010). *101 Managementmodellen* (Druk 2). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Oudemans, A.M., & Markus, K.A.R. (2007). *Enquêteresearch. Ontwikkelen van vragenlijsten en steekproeven* (Druk 2). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Steehouder, M., Jansen, C., Maat, K., Staak, J. van der., Vet, D. de., Witteveen, M., & Woudstra, E. (2006). *Leren Communiceren* (Druk 5). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Steg, L., Berg, A. van den., & Groot, J. de. (2013). *Environmental psychology – an introduction*. Leicester, Engeland: BPS Blackwell.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* (Druk 4). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Verschuren, P. & Doorewaard, H. (1995). *Het ontwerpen van een onderzoek* (Druk 4). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

### Websites

- Arboportaal. (2015). *Arbowet- en -regelgeving*. Geraadpleegd op 13 april 2015, van <http://www.arboportaal.nl>.
- Beatrixoord (2015). Centrum voor Revalidatie. Geraadpleegd op 17 april 2015, van <http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/centrumvoorrevalidatie/Paginas/default.aspx>
- Isala Zwolle (2015). Leef- en Beweegcentrum. Geraadpleegd op 21 april 2015, van <http://www.isala.nl/patienten/specialismen-centra/leef-en-beweegcentrum>
- Journalinks (2015). Berekening steekproefgrootte. Geraadpleegd op 4 mei 2015, van <http://www.journalinks.be/steekproef/>
- Lean Six Sigma (2015). Case Study Gemeente Leiden: LEAN Servicedesk, van missie naar resultaten. Geraadpleegd op 11 april 2015, van <http://www.sixsigma.nl/artikelen/case-study-gemeente-leiden-lean-servicedesk-van-missie-naar-resultaten>
- MUMC (2015). Bezoek aan polikliniek. Geraadpleegd op 20 maart 2015, van <http://www.mumc.nl/patienten-en-bezoekers/uw-polikliniek-bezoek>
- Omgevingspsycholoog (2013). Wat is een healing environment? Geraadpleegd op 23 april 2015, van <http://www.omgevingspsycholoog.nl/healing-environment/>
- Pomp, M. (2011). Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke baten van healthy ageing onderzoek - een scenario-analyse tot 2050. Geraadpleegd op 23 april 2015 en 24 april 2015, van <https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/UMCG/Nieuws/2-1-2012%20rapport%20Healthy%20Ageing.pdf>

- Raamstijn (2015). Kernbeginselen van Lean Six Sigma. Geraadpleegd op 11 april 2015, van <http://www.raamstijn.nl/eenblogjeom/index.php/lean-six-sigma/386-kernbeginselen-van-lean-six-sigma>
- UMCG (2015). Over het UMCG. Geraadpleegd op 2 februari 2015, 3 februari 2015 en 11 februari 2015, van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Pages/default.aspx>.
- UMCG (2015). Organisatiestructuur UMCG. Geraadpleegd op 12 maart 2015 en 13 maart 2015, van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/organisatie/Paginas/default.aspx>
- UMCG (2015). Plattegrond poliklinieken UMCG. Geraadpleegd op 13 maart 2015, van <https://www.umcg.nl/NL/Zorg/Volwassenen/Poliklinieken%20-%20plattegronden/Paginas/default.aspx>
- UMCG (2015). Healthy Ageing in het UMCG. Geraadpleegd op 13 maart 2015, 2 april 2015 en 3 april 2015, van [https://www.umcg.nl/NL/UMCG/healthy\\_ageing/Paginas/default.aspx](https://www.umcg.nl/NL/UMCG/healthy_ageing/Paginas/default.aspx)
- UMCU (2015). Afdelingen en poliklinieken. Geraadpleegd op 13 maart 2015, van <http://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/afdelingen>
- Koekkoek, E. (2015). Het gezonde werken. Fmi - Vak-tijdschrift van Facility Management Nederland, 22(1), 26-27.
- Kooy, C. van der., & Leclair, A. (2015). Kamer met uitzicht. NRC Ziekenhuisspecial - Het zachte ziekenhuis, p. 3.
- Kooy, C. van der., & Ribbens, A. (2015). Bij Dumas linksaf. NRC Ziekenhuisspecial - Het zachte ziekenhuis, p. 8-9.
- Niemeijer, C.E.A. (2012). De toegevoegde waarde van architectuur voor de zorg in ziekenhuizen. Delft: Uitgeverij Eburon.
- RVZ (2011). Medisch-specialistische zorg in 20/20. Beleidsadvies. Breda: Broese en Peereboom.
- SIFM Hanzehogeschool (2014). Handleiding Het Afstuderen. Intranet Blackboard Hanzehogeschool. Groningen: (z.u.).
- Stuurgroep UMCG (2015). Projectprogramma Project poli-indeling. Projectplan fase 2 UMCG. Groningen: UMCG.
- Twynstra Gudde (2015). Huisvestings- en facilitaire kengetallen. Amersfoort: Twynstra Gudde
- UMC-staf Communicatie (2014). Bouwen aan de toekomst van gezondheid 2020. Beleidsdocument UMCG. Groningen: UMCG.

### **Artikelen & overige publicaties**

- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2004). Bouwmaatstaven spreekurafdeling, poliklinische behandeling en algemeen orgaanfunctieonderzoek. Rapportnummer 0.116. Utrecht: CBZ.
- Does, R.J.M.M., Trip, A., & Jong, L.J. de. (2009). Betere en efficiëntere zorg met Lean Six Sigma. Kwaliteit in zorg, (5), 8-11.
- Healthy Ageing Team UMCG (2015). Healthy Ageing Krant. Groningen: UMCG
- Kamsma, M. (2015). De Huiskamer van het Wilhelmina Kinderziekenhuis. NRC Ziekenhuisspecial - Het zachte ziekenhuis, p. 2.

## BIJLAGEN

### Overzicht bijlagen:

- Bijlage A: Organogram UMCG
- Bijlage B: Bouwen aan de toekomst van gezondheid 2020
- Bijlage C: Visgraatdiagram
- Bijlage D: Tabellen methodische verantwoording
- Bijlage E: Basiskwaliteitseisen Bouwcollege
- Bijlage F: Uitwerkingen observaties
- Bijlage G: Observatielijst
- Bijlage H: Foto's observaties
- Bijlage I: Interviewvragen
- Bijlage J: Samenvattingen interviews
- Bijlage K: Analyse interviews
- Bijlage L: Enquête patiënten
- Bijlage M: Enquête eindgebruikers
- Bijlage N: Overzicht antwoorden enquête patiënten
- Bijlage O: Overzicht antwoorden enquête eindgebruikers
- Bijlage P: Plattegronden poli B (huidige situatie)
- Bijlage Q: Overzicht Cluster Beweging
- Bijlage R: Fasering & verhuisbewegingen
- Bijlage S: Begrippenlijst

De bijlagen zijn apart gebundeld en opvraagbaar via het Studentebureau UMCG via [afstuderen@umcg.nl](mailto:afstuderen@umcg.nl)