



P

ruimte voor

patiënten

Bouwen aan ziekenhuizen
vanuit patiëntenperspectief

Voorwoord

In 1997 vierde de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) haar 25-jarig jubileum met een symposium.

Er werden architectonische- en stedenbouwkundige plannen gepresenteerd over de toekomst van de gezondheidszorg. Hoewel het een succesvol symposium was bleek op die dag ook dat de visie van de patiënt onvoldoende naar voren kwam. Bij het bouwen voor de gezondheidszorg wordt te weinig rekening gehouden met het perspectief van de patiënt. Diens wensen maar ook de mening van de patiënt over bestaande gebouwen bleken onvoldoende bekend.

Voor de STAGG vormde dit aanleiding tot het in het leven roepen van een studiegroep die tot doel had de wensen van de gezondheidszorgconsument beter te leren kennen en het patiëntenperspectief in te brengen bij het ontwikkelen van bouwplannen.

De studiegroep heeft zich de afgelopen tijd bezig gehouden met een aantal vragen zoals:

- Wat is er uit de literatuur bekend en wat zeggen patiëntenorganisaties zelf over de relatie tussen het gezondheidszorggebouw en de patiënt als gebruiker?
- Hoe en wanneer wordt de kwaliteit van een gebouw bepaald, kan er een instrument ontwikkeld worden om het patiëntenperspectief in te brengen?

Met deze studie wordt gepoogd op deze vragen een antwoord te geven.

Ik dank mijn collega-architecten voor het betreden van dit tevoren onbekende pad en de vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties in en buiten de studiegroep voor hun waardevolle, kritische en stimulerende bijdragen.

Dank aan Bureau Akta voor de professionele begeleiding en aan Ton Casparie voor het wetenschappelijke aansturen. Tenslotte wil ik ZorgOnderzoek Nederland bedanken voor de stimulerende subsidie.

Gaarne reik ik allen die betrokken zijn bij de gezondheidszorg dit perspectief aan teneinde samen betere gebouwen te maken of bestaande gebouwen te verbeteren.

Joost Koldewij
voorzitter studiegroep

De invloed van patiënten of cliënten op de bouw van zorgvoorzieningen is tot op heden gering. De vormgeving en inrichting van gebouwen in de zorg kunnen echter van invloed zijn op het welbevinden en de eventuele genezing van de patiënten of cliënten. Het patiëntenperspectief is dus belangrijk bij het ontwikkelen van huisvesting in de zorg.

De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) wil met deze studie het patiëntenperspectief bij de bouw in de zorgsector verstevigen. Wij hebben hiervoor een instrument ontwikkeld dat door alle betrokken partijen gebruikt kan worden om het patiëntenperspectief in te brengen bij het ontwikkelen van bouwplannen voor de verblijfs- en behandelafdelingen van ziekenhuizen voor patiënten die langer dan 24 uur worden opgenomen.

Het is om verschillende redenen gewenst de invloed van patiënten op de bouw van allerlei typen zorgvoorzieningen te vergroten. De patiënt is immers gebruiker van deze gebouwen en heeft zijn eigen wensen en behoeften. Onderzoek toont aan dat het genezingsproces en het welbevinden van patiënten bevorderd kunnen worden door bij de bouw en inrichting rekening te houden met het patiëntenperspectief (Rubin, 1998). De patiënt als kritische consument wenst bovendien meer invloed te hebben op de aard en kwaliteit van de geboden zorg, waar het gebouw deel van uitmaakt.

Het is ons inziens niet mogelijk een instrument te maken dat in allerlei typen voorzieningen (variërend van huisartsenpraktijk tot verpleeghuis) toepasbaar is, zonder een te algemeen en daarmee vrijblijvend overzicht van aandachtspunten te maken. Om die reden is ervoor gekozen eerst een instrument te ontwikkelen dat goed bruikbaar is voor een specifiek onderdeel van de gezondheidszorg. De STAGG beperkt zich in deze studie tot het klinisch verblijf in het ziekenhuis. In een later stadium kan overwogen worden iets dergelijks te ontwikkelen voor andere voorzieningen.

Deze keuze om ons eerst te richten op het klinisch verblijf in ziekenhuizen is heel bewust gemaakt. Het patiëntenperspectief is in ziekenhuizen sterk onderbelicht gebleven in vergelijking met andere zorgsectoren. Toch is juist bij opname in een ziekenhuis het verlies van de eigen identiteit voor de patiënt relatief het grootst. Tijdelijk ergens verblijven betekent: op andermans terrein zijn. Het is moeilijk zich dit terrein eigen te maken, zeker wanneer het, zoals in ziekenhuizen meestal het geval is, om een relatief kort verblijf gaat. Tegelijkertijd is een ziekenhuisopname vaak een ingrijpende ervaring, die spanning en onzekerheid teweeg brengt. Het aantal personen dat te maken krijgt met een ziekenhuisopname is groot: in Nederland waren er in 1999 1.500.000 klinische opnamen in algemene en academische ziekenhuizen. De gemiddelde verpleegduur was 8,6 dagen (Prismant, 2000).

Deze studie is een pilotstudy. In de praktijk zal moeten blijken of het instrument bruikbaar en waardevol is voor de verschillende participanten van het bouwproces. Wanneer dit het geval blijkt, kunnen er vergelijkbare instrumenten ontwikkeld worden voor zorgvoorzieningen zoals algemeen psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra, poliklinieken en observatieklinieken. Dit zijn voorzieningen binnen de gezondheidszorg waar het verlies aan autonomie en eigen identiteit relatief het grootst is, omdat ze over het algemeen meer op verblijven dan op wonen gericht zijn.

Ontwikkeling van het instrument

Voorafgaand aan de ontwikkeling van het instrument dat in hoofdstuk 4 gepresenteerd wordt zijn allereerst de thema's onderzocht, die een rol spelen bij de wisselwerking tussen patiënt en fysieke omgeving. Dit is gebeurd aan de hand van een uitgebreide internationale literatuurstudie en mede op basis van een voorstudie door de STAGG-werkgroep onder leiding van Ed van Hoorn (van Hoorn, 1999). Resultaten van deze studie en een onderbouwing van de noodzaak om patiënten te betrekken bij de bouw staan in hoofdstuk 3. De thema's en de bij elk thema behorende aandachtspunten worden beschreven in hoofdstuk 4. Per thema is nagegaan op welke wijze dit van invloed kan zijn op het welbevinden van patiënten en tot welke specifieke aandachtspunten voor de fysieke omgeving dit leidt. De thema's en aandachtspunten die uit de literatuurstudie naar voren kwamen zijn aangevuld met de resultaten van interviews die hebben plaatsgevonden met vertegenwoordigers van cliëntenraden van vier ziekenhuizen.

Op basis van de aldus verzamelde informatie is in de tweede fase van deze studie een instrument ontwikkeld, dat gebruikt kan worden tijdens het opstellen van een programma van eisen, bij het beoordelen van een ontwerp en bij de evaluatie van bestaande voorzieningen. Het is ontwikkeld na een inventarisatie van bestaande instrumenten met een min of meer vergelijkbaar doel maar dan voor een andere doelgroep. Het instrument kwam tot stand in overleg met vertegenwoordigers van enkele cliëntenorganisaties die in de tweede fase deel uitmaakten van de STAGG-werkgroep. Het concept-instrument is door bezoeken aan vier ziekenhuizen gecontroleerd en aangevuld. Daarbij is het gebouw aan de hand van de vragenlijst in hoofdstuk 4 doorlopen en is de vragenlijst met een vertegenwoordiger van de ziekenhuisorganisatie doorgesproken. Aan de hand daarvan is de vragenlijst bijgesteld. Tenslotte is de totale publicatie voor commentaar voorgelegd aan leden van cliëntenraden, architecten, enkele ziekenhuisorganisaties en beleidsmakers.

2.1 Doelstelling en doelgroepen van het instrument

Het instrument biedt een hulpmiddel of methode om het patiëntenperspectief op gestructureerde wijze in de ontwikkeling van bouwplannen te betrekken, zodat de kwaliteit van gebouwen vanuit patiënten gezien verbetert. Met "de ontwikkeling van bouwplannen" wordt hier het hele bouwproces bedoeld, vanaf de aanvraag voor een verklaring tot en met de inrichting van het gebouw. Het instrument kan tevens gebruikt worden bij de evaluatie van bestaande gebouwen, als hulpmiddel om inzicht te krijgen in mogelijkheden om tot een kwaliteitsverbetering te komen.

Het instrument is bestemd voor allen die betrokken zijn bij de bouw en inrichting van ziekenhuizen: opdrachtgevers bestaande uit bestuur en directie, overheden, medewerkers van het ziekenhuis, cliëntenraden, zorgverzekeraars, organisatieadviesbureaus en architecten.

Het instrument heeft tot doel de discussie tussen alle participanten in het bouwproces te stimuleren. Het richt de aandacht op voor patiënten relevante onderwerpen, maar wil zeker geen checklist of overzicht van ontwerprijtlijnen zijn. Voor veel van de beschreven onderwerpen zijn immers verschillende oplossingen denkbaar. Bovendien gaan ontwikkelingen in het denken over en gebruik van ziekenhuizen zeer snel, met name op medisch en technologisch gebied.

Het is dan ook uitdrukkelijk de bedoeling dat het instrument voor allerlei verschillende situaties bruikbaar is. Voor een ziekenhuis in één gebouw, zoals dat in de huidige situatie het meest voor-

komt, maar ook voor nieuwe vormen waarin behandeling, zorg en dienstverlening op een heel andere wijze georganiseerd zijn. Denk aan losse eenheden waarin de verschillende functies op afzonderlijke locaties worden ondergebracht, en wellicht deels buiten de ziekenhuisorganisatie vallen. Het instrument heeft betrekking op alle patiënten die langer dan 24 uur opgenomen zijn in een ziekenhuis, onafhankelijk van leeftijd, beperkingen, achtergrond en afkomst. Het instrument is daarom algemeen van aard en houdt zich niet bezig met specificaties ten behoeve van categorale groepen. Deze groepen zullen altijd apart geraadpleegd moeten worden bij de bouw en inrichting van ziekenhuizen.

2.2 Toepassingsmogelijkheden

Het instrument is bruikbaar tijdens de verschillende fasen van het bouwproces. De discussiepunten die het instrument aanreikt, dienen vanaf het begin van het bouwproces aan de orde gesteld te worden. Ze kunnen dan een rol spelen bij het bepalen van de hoofdlijnen van de nieuwe voorziening. Om inbreng van patiënten te garanderen is het van belang dat patiënten / cliëntenraden eveneens zo vroeg mogelijk in het bouwproces betrokken worden.

Het bouwproces bestaat uit de volgende fasen:

1. Aanvraag verklaring van geen bezwaar
2. Programma van eisen
3. Schetsontwerp
4. Bestek en tekeningen
5. Uitvoering
6. Inrichting
7. Ingebruikname

Wij voegen hier een extra fase aan toe, de evaluatie, omdat het instrument ook als basis voor de evaluatie van een bestaand gebouw kan dienen.

Programma van eisen

Het instrument dient in deze fase als hulpmiddel bij het formuleren van de wensen en eisen. De discussievragen gaan van 'grof' (gebouwniveau) naar 'fijn' (kamerniveau). Cliëntenraden zouden met dit instrument naast het algemeen programma van eisen een eigen beleidsstuk kunnen ontwikkelen, waarin zij hun keuzes en voorkeuren aangeven.

Ontwerp

Tijdens de ontwerpfase (van schetsontwerp tot en met de inrichting) kan het instrument nuttig zijn om het ontwerp te toetsen. Als alle aandachtspunten uit het instrument in de pve-fase bediscussieerd zijn en de resultaten van de discussie zijn opgenomen in het programma van eisen, is het denkbaar dat vooral het programma van eisen als toetsinstrument wordt gebruikt. Als dit niet (volledig) is gebeurd, kunnen de vragen in het instrument of het op basis daarvan ontwikkelde beleidsstuk worden gebruikt als toetsinstrument voor de beoordeling van het ontwerp.

Evaluatie

Bij de evaluatie van een bestaand gebouw kan het instrument dienen om te beoordelen in hoeverre het gebouw is afgestemd op patiëntenbehoeften en waar verbeteringen wenselijk zijn.

Overigens kan het instrument tijdens het gehele bouwproces beschouwd worden als evaluatie-instrument: men kan er op elk moment mee toetsen of het proces zodanig verloopt dat het patiëntenperspectief is opgenomen in de plannen.

Bouwen vanuit patiëntenperspectief

3.1 Achtergronden

Een ziekenhuisopname heeft grote invloed op het functioneren van mensen. De spanning van zo'n opname kan nog vergroot worden door allerlei omgevingsfactoren. Gebrek aan privacy en autonomie maken dat patiënten zich slecht op hun gemak voelen en beperkt in hun handelen. Gevoelens van onveiligheid en angst nemen toe als mensen zich slecht kunnen oriënteren, maar ook als ze in aanraking komen met teveel medisch-technologische voorzieningen. De vormgeving en inrichting van het gebouw kunnen patiënten soms ernstig belemmeren in hun zelfredzaamheid en keuzevrijheid. In gesprekken met cliëntenorganisaties die in het kader van deze studie hebben plaatsgevonden en uit rapportages van onder andere de Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie (NP/CF) blijkt telkens dat patiënten zich zeer wel bewust zijn van tekortkomingen in de gebouwde omgeving.

De invloed van patiënten op de bouw en inrichting van ziekenhuizen is echter tot op heden gering. Daar zijn verschillende oorzaken voor aan te wijzen:

- Patiënten worden weinig betrokken bij het ontwikkelen van bouwplannen voor ziekenhuizen. Ook in andere zorgvoorzieningen is de invloed van cliënten niet altijd even groot, maar bij de ziekenhuiszorg is deze het minst aanwezig. Patiënten in ziekenhuizen vormen een heterogene groep, dus wie spreekt er namens de patiënt? Bovendien zijn ziekenhuizen pas sinds enkele jaren wettelijk verplicht cliënten medezeggenschap te geven (1996, Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen).
- Architecten krijgen de opdracht een gebouw te maken dat moet passen binnen een bepaald budget. Bij de bouw van ziekenhuizen is dit een complexe opdracht, waarbij functionaliteit een hoge prioriteit heeft. Functionele fouten en budgetoverschrijdingen worden snel opgemerkt en maken dat de aandacht van de ontwerper vooral daarop gericht is (Scherr, 1992).
- Ook in de programmeer- en goedkeuringsfase is er vooral oog voor functionaliteit en budget en wordt er weinig gestructureerd en consequent aandacht besteed aan het patiëntenperspectief. Het programma van eisen vormt het uitgangspunt voor het werk van de architect.

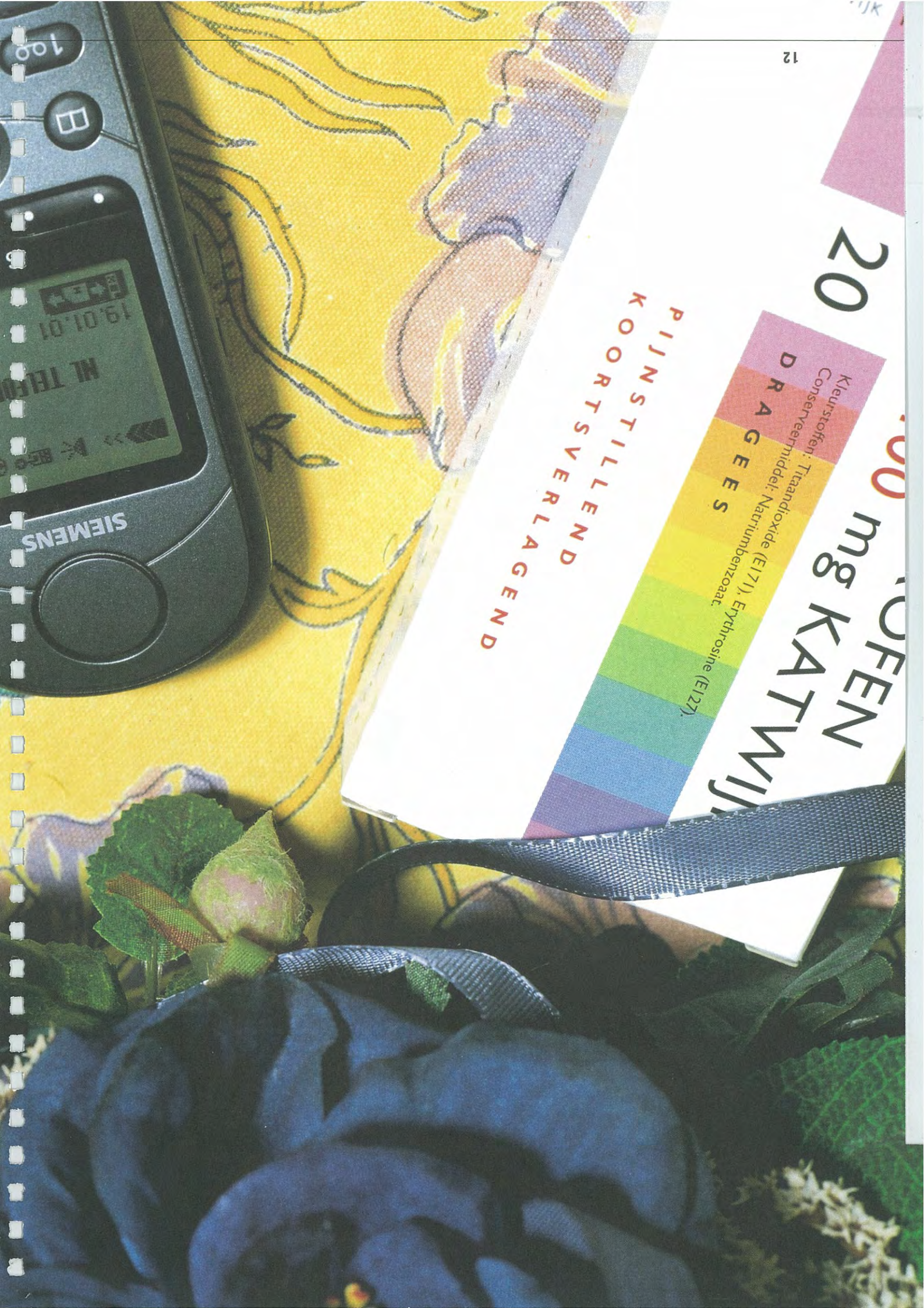
Inmiddels is en wordt veel onderzoek verricht naar de invloed van de gebouwde omgeving (in dit geval het ziekenhuis) op het welbevinden van en het verloop van het ziekteproces bij de patiënt (Ulrich 1997, Rubin 1998). Toch wordt met de uitkomsten van dit onderzoek niet systematisch rekening gehouden bij het ontwikkelen van huisvestingsplannen voor zorgvoorzieningen.

Er is een aantal redenen om deze situatie te veranderen:

- 1) Vanuit de patiënt: als de fysieke omgeving hem in staat stelt zoveel mogelijk de eigen identiteit te behouden en zich te onttrekken aan de negatieve invloeden van het verblijf in het ziekenhuis, leidt dit tot minder stress en mogelijk tot een versnelling van het genezingsproces. In ieder geval zal zo'n omgeving een positieve invloed hebben op het welbevinden van de patiënt.
- 2) Vanuit de ziekenhuisorganisatie: de patiënt van de toekomst zal als kritische consument eisen stellen aan de kwaliteit van het ziekenhuis, inclusief de fysieke omgeving. Een goed op de patiënt afgestemde omgeving kan bovendien kosten besparen. Als patiënten tijdens een operatie onder plaatselijke verdoving muziek te horen krijgen, blijkt er bijvoorbeeld minder medicatie nodig. En patiënten die op de intensive care worden afgeschermd van omgevingslawaai (apparatuur, mede-

A u t o n o m i e

De heer van Weelden is gewend om 's ochtends bij het ontbijt zijn krant te lezen, maar in het ziekenhuis wordt de krant meestal pas rond twaalf uur gebracht. Via de interne telefoonlijn kan hij rechtstreeks bellen met de winkel die de kranten levert en zijn wens doorgeven. Zijn middagmaal eet hij het liefst om een uur of één en niet om half twaalf wanneer de maaltijden bezorgd worden. Geen probleem, hij zet zijn bord gewoon in de magnetron in de keuken vlakbij zijn kamer.



4a Autonomie

Onder autonomie verstaan we de behoefte van een persoon om zijn omgeving te kunnen gebruiken, beheersen of veranderen: 'te kunnen doen wat men wil'. Wanneer iemand autonoom is, is hij in staat om de regie over het eigen leven te voeren.

Een ziekenhuisopname houdt bijna onvermijdelijk in dat iemand de regie over het eigen leven gedeeltelijk uit handen geeft. Hoewel dit in een aantal opzichten onvermijdelijk is, kan een patiënt in staat gesteld worden zijn autonomie zoveel mogelijk te behouden door het treffen van maatregelen in het gebouw.

Bij ziekte zijn stress en spanning onvermijdelijk. Diverse studies tonen aan dat de fysieke en sociale omgeving van invloed kunnen zijn op de mate waarin stress ervaren wordt. Als mensen zelf geen greep op hun omgeving hebben nemen stressgevoelens toe. Het bevorderen van autonomie kan het ontstaan van extra stress, passiviteit en gevoelens van afhankelijkheid helpen voorkomen (Frankowski Jones, 1999; Ulrich, 1997).

Vooraf voor mensen die gedurende langere tijd of regelmatig worden opgenomen in het ziekenhuis is het belangrijk dat ze hun gewone leven zoveel mogelijk voort kunnen zetten. Zij willen voor hun dagelijkse levensbehoeften, zoals schone kleren, boodschappen of financiële zaken, niet steeds afhankelijk zijn van bezoek of verpleging. Het zoveel mogelijk kunnen voortzetten van het dagelijks leven hangt ook samen met het beschikken over ruimten die (voor een deel) 'eigen' te maken zijn, waar je 'kunt doen wat je wilt'. Binnen de beperkingen die het tijdelijk verblijven in een voorziening nu eenmaal stelt, kan daarvoor een aantal mogelijkheden gecreëerd worden. Denk daarbij aan het bieden van faciliteiten zoals een bezoekersruimte, een keuken of afsluitbare bergruimte. Het is belangrijk na te denken over de vraag welke ruimten en faciliteiten patiënten tot hun beschikking zouden moeten hebben om hun dagelijks leven zoveel als mogelijk en wenselijk is voort te zetten. En, wanneer patiënten aan hun bed of kamer gebonden zijn, kan men zich de vraag stellen welke voorzieningen er dan nodig zijn om de autonomie te handhaven. Denk bijvoorbeeld aan het bieden van mogelijkheden om dagelijkse activiteiten en contacten met de buitenwereld te onderhouden door middel van communicatiemiddelen als telefoon, internet en laptop.

Autonomie kan conflicteren met de autonomie van een ander: bijvoorbeeld als een niet-roker ruimten moet delen met of verpleegd wordt door iemand die rookt.

Gebouw Autonomie

- a 1 Op welke wijze kan er voorzien worden in de behoefte van patiënten om zelf inkopen te doen?
- a 2 Op welke wijze kan er voorzien worden in de behoefte van patiënten om niet afhankelijk te zijn van familie of vrienden voor bijvoorbeeld de verzorging van de was?
- a 3 Op welke wijze kan er voorzien worden in de behoefte van patiënten aan autonomie op financieel terrein?
- a 4 Op welke wijze kan voorzien worden in de behoefte van patiënten om contact met de buitenwereld te onderhouden?
- a 5 Aan welke andere aspecten die samenhangen met autonomie dient op gebouwniveau aandacht besteed te worden?

Afdeling Autonomie

- a 6 Hoe wordt er gedacht over het bieden van de mogelijkheid aan elke patiënt om te kiezen tussen een een- of meerpersoonskamer?
- a 7 Op welke wijze wordt voorzien in de behoefte van patiënten om over een eigen afsluitbare bergruimte te beschikken?
- a 8 Is het wenselijk aparte bezoekersruimten te maken, waar de patiënt met eigen bezoek kan zitten? Of is er voorkeur voor een algemene zitruimte die door meerdere patiënten en hun bezoek gebruikt kan worden?

- *Denk aan de mogelijkheid winkels en diensten in of nabij het ziekenhuis onder te brengen, aan boodschappen- diensten die door de patiënt zelf kunnen worden ingeschakeld en aan het bieden van faciliteiten om via internet te winkelen.*
- *Een mogelijkheid is het aanbieden van een wasservice en een bestelservice. Dergelijke diensten kunnen ook elders gevestigd zijn.*
- *Denk aan de aanwezigheid van een bank, geldautomaat of andere elektronische voorzieningen voor het verrichten van financiële handelingen.*
- *Denk daarbij aan de aanwezigheid van telefooncellen op goed bereikbare plekken in het gebouw. Dit is, in verband met privacy, ook wenselijk als patiënten telefoon op hun kamer hebben, maar die kamer met anderen delen. Denk ook aan de mogelijkheid een mobiele telefoon te gebruiken op plekken waar men alleen kan zijn.*
- *Het gaat hierbij ook over procedures en afspraken die de autonomie van patiënten zoveel mogelijk respecteren. Soms kunnen die procedures ook consequenties hebben voor gebouw of inrichting. Als bijvoorbeeld patiënten zelf kunnen beslissen wanneer en hoe lang ze bezoek ontvangen, zullen wellicht bouwkundige voorzieningen getroffen moeten worden om te voorkomen dat dit overlast geeft aan andere patiënten of gebruikers van het gebouw.*
- *Het (moeten) delen van een kamer met anderen kan een inbreuk betekenen op iemands autonomie: er moet nu eenmaal rekening gehouden worden met de behoeften van de ander. Anderzijds zijn er mensen die een voorkeur hebben voor het delen van een kamer, bijvoorbeeld omdat ze dat gezelliger of veiliger vinden. Als de organisatie een patiënt de keuze wil geven betekent dit ook dat de fysieke mogelijkheden daarvoor aanwezig moeten zijn.*
- *Autonomie hangt samen met zelfbeschikkingsrecht. Het bij zich kunnen hebben van geld, kostbaarheden en privéspullen stelt mensen in staat een aantal dagelijkse activiteiten te blijven ondernemen zonder daarvoor van anderen afhankelijk te zijn. Zo kan aan patiënten die daaraan behoefte hebben een kluisje ter beschikking gesteld worden of bij elk bed standaard een afsluitbare kastruimte komen.*
- *Als patiënten zelf kunnen beslissen wanneer en hoeveel bezoek ze ontvangen, kan het voor degenen die op een meerpersoonskamer verblijven wenselijk zijn hiervoor ruimte(n) buiten de kamer te maken (zie ook privacy en sociaal contact).*

a 9 Is het wenselijk om werkruimten te maken, waar patiënten die dat willen en kunnen, kunnen werken?

a 10 Op welke wijze is er aandacht voor de behoefte aan gelijkwaardige ruimten, als het gaat om wel/niet roken en wel/niet tv-kijken?

a 11 Is het wenselijk dat patiënten zelf beschikken over keukenfaciliteiten, en zo ja op welk niveau?

a 12 Welke andere aspecten kunnen verder een rol spelen als het gaat om het bewaken van de autonomie?

a 13 Welke mogelijke nadelen kunnen bepaalde keuzes hebben voor anderen (patiënten, verplegend personeel, bezoek?)

a 14 Welke consequenties hebben de antwoorden op bovenstaande vragen voor de bepaling van het aantal specifieke ruimten op een afdeling?

Patiëntenkamer/Behandelkamer **Autonomie**

a 15 Op welke wijze is er aandacht voor de behoefte van patiënten om contact met de buitenwereld (thuis, werk, vrienden) te houden?

a 16 Op welke wijze is er aandacht voor de behoefte van patiënten om, voor zover mogelijk, normale dagelijkse activiteiten te blijven ondernemen?

a 17 Welke andere aspecten spelen een rol in de patiëntenkamer of behandelkamer als het gaat om het begrip autonomie?

■ Een onderdeel van het 'zelf de regie voeren' kan zijn dat patiënten die daartoe fysiek en psychisch in staat zijn de gelegenheid krijgen bepaalde werkzaamheden te blijven uitvoeren. Denk aan een bureau op de kamer of in een aparte ruimte, met aansluitmogelijkheden voor apparatuur zoals een laptop.

■ Als er geen keuzemogelijkheden zijn wordt de autonomie van de patiënt die niet wil roken of tv-kijken beperkt door de patiënt die dit wel wil.

■ De patiënt die wil eten op andere tijden dan in het ziekenhuis gebruikelijk is, zou gebruik kunnen maken van een magnetron, of indien hij ambulante is, van een restaurant in of nabij het gebouw. Als een patiënt zijn bezoek van koffie wil voorzien, kan een kleine keuken die door patiënten en bezoek gebruikt kan worden eveneens handig zijn.

■ Denk daarbij aan de mogelijkheid om te beschikken over communicatiemiddelen zoals telefoon, internet, laptop en televisie.

■ Zie ook de toelichting bij de vragen op afdelingsniveau: als er geen aparte werkruimte, keukentje, bezoekersruimte komt, is het belangrijk te onderzoeken of er op kamerniveau mogelijkheden gecreëerd kunnen worden om in de behoefte aan bepaalde activiteiten te kunnen voorzien.

■ Denk ook aan patiënten die regelmatig een behandeling moeten ondergaan en gedurende die behandeling met werk of hobby's bezig kunnen zijn. Welke voorzieningen zijn daarvoor in de behandelkamer gewenst?

P r i v a c y

Mevrouw Haarsma deelt haar kamer met een praatgrage medepatiënte. Maar mevrouw Haarsma houdt van rust.

Helaas zijn beiden aan bed gebonden, dus brengen zij het grootste deel van de dag op de kamer door. Zich achter een boek verschuilen hielp niet, dus heeft mevrouw Haarsma nu een walkman opgezet -die trouwens meestal uitstaat-. Dat werkt wel. Gelukkig komt er over drie dagen een eenpersoonskamer beschikbaar waarnaar ze kan verhuizen.



4b Privacy

Privacy is de behoefte van het individu om zelf te kunnen beslissen welke informatie over hem of haar aan anderen wordt gegeven en onder welke omstandigheden. Privacy betekent ook: de mogelijkheid hebben zich af te schermen van informatie van en over anderen. Mensen willen de interactie met anderen zelf kunnen reguleren. Privacy houdt dus ook in dat iemand zelf kan bepalen met wie hij in bepaalde ruimten is (selectieve toegang tot het individu).

Deze algemene definitie van privacy vraagt om een nadere toelichting voor de ziekenhuissituatie. Met de omschrijving in de eerste zin bedoelen we niet de interne omgang met het medisch dossier (dit valt buiten het kader van deze studie), maar de behoefte van de patiënt om informatie over zichzelf aan anderen - behandelaars, personeel, medepatiënten - te kunnen beperken. Privacy hangt samen met het begrip autonomie, want mensen willen zelf kunnen beslissen wanneer ze alleen of samen met anderen zijn. Als iemand die keuze niet heeft versterkt dat het gevoel van afhankelijkheid: anderen bepalen dan wanneer en in welke situatie privacy mogelijk is.

Privacy is om verschillende redenen belangrijk. De meeste mensen willen:

- graag alleen zijn (of samen met vertrouwde mensen) als ze verdrietig, somber of boos zijn;
- niet dat anderen deelgenoot zijn van situaties waarin de waardigheid wordt aangetast;
- zich kunnen onttrekken aan situaties waarmee zij niet geconfronteerd wensen te worden;
- informatie voor zichzelf houden die zij als privé beschouwen.

Niet iedereen heeft een zelfde behoefte aan privacy. Persoonlijkheidskenmerken en de sociaal-culturele achtergrond spelen hierbij een rol. Zo hebben jonge kinderen minder behoefte aan privacy, maar zijn pubers vaak gevoeliger voor een inbreuk op hun privacy dan volwassenen (Mc Cuskey Shepley, 1998). In sommige culturen is de wens om in familieverband te verkeren sterker ontwikkeld en is er minder behoefte om alleen te zijn dan in andere.

De behoefte aan privacy kan ook samenhangen met de aard van de ziekte, de duur van de opname en de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van de patiënt. Sommige mensen zijn zo angstig of kwetsbaar dat ze niet alleen willen of kunnen zijn en willen daarom bij voorkeur een meerpersoonskamer. Anderen zijn juist het liefst alleen.

Ondanks deze verschillen ervaren veel mensen geluidsoverlast als storend. Geluid is net als visueel contact een vaak ongewenste indringer. Privacy werkt in twee richtingen: een patiënt wil bepaalde informatie voor zichzelf houden, maar heeft vaak ook geen behoefte om ongewild informatie over anderen te krijgen. Mensen vinden het vervelend te moeten luisteren naar (privé)gesprekken van en over anderen. Ze willen zelf in bepaalde situaties buiten het gehoor en uit het zicht van anderen zijn. Het gaat daarbij niet alleen om gesprekken. Ook geluiden van mensen die snurken of pijn lijden en toiletgeluiden worden ervaren als een inbreuk op de privacy. Daarnaast kunnen geluid van apparatuur, geluid tussen ruimten en het horen praten van personeel over patiënten storend zijn. Uit onderzoek blijkt dat geluidsoverlast leidt tot onrust en slecht slapen. Dit vertraagt het genezingsproces (Rubin, 1998).

Privacy kent beperkingen waar:

- *fysieke veiligheid belangrijker is (behandelaar wil patiënt in verband met zijn gezondheidstoestand kunnen blijven zien);*
- *patiënten met verschillende behoeften een kamer moeten delen (bijvoorbeeld een patiënt die weinig bezoek wil samen met een patiënt die veel bezoek krijgt).*

Gebouw Privacy

Afhankelijk van hoe de ziekenhuisfuncties georganiseerd worden, zal een patiënt naast de eigen kamer en verpleegafdeling, ook in contact komen met andere delen van het gebouw. In elk geval is er een relatie met de buitenwereld. De volgende vragen zijn hierbij relevant:

b 1 Is er bij de situering van verpleegafdelingen aandacht voor het voorkomen van geluidsoverlast van buiten?

b 2 Op welke wijze wordt een goede geluidsisolatie binnen het gebouw gewaarborgd?

b 3 Zijn er op gebouwniveau situaties denkbaar waarin de patiënt niet gezien wil worden door buitenstaanders en waar dat in de praktijk soms wel voorkomt? Is het wenselijk of mogelijk deze situaties te voorkomen?

b 4 Op welke wijze wordt de privacy van patiënten gewaarborgd bij opname en registratie?

Afdeling Privacy

b 5 Op welke wijze wordt een goede geluidsisolatie tussen ruimten gewaarborgd, zodat gesprekken die in de ene ruimte gevoerd worden niet in een andere ruimte gehoord kunnen worden?

b 6 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het voorkomen dat patiënten gesprekken in bijvoorbeeld niet afgesloten verpleegposten horen?

b 7 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan het voorkomen van geluidsoverlast voor wat betreft de afdeling(en) voor intensive care?

b 8 Bij welke andere specifieke afdelingen kan geluidsoverlast extra problemen geven?

- Denk daarbij niet alleen aan min of meer permanente geluidsbronnen (verkeer), maar ook aan incidentele maar indringende geluidsbronnen, zoals sirenes van ambulances. Een aandachtspunt is dus de situering/ plaatsbepaling van verpleegafdelingen ten opzichte van buiten. Daarnaast is het goed aandacht te besteden aan de vraag of ramen wel of niet open moeten kunnen: geluid valt makkelijker buiten te houden in situaties waarin het niet nodig is om ramen open te zetten.
- Geluidsisolatie binnen betreft twee belangrijke zaken: het voorkomen van overlast die ontstaat door geluiden vanuit andere ruimten en het garanderen dat alle ruimten die voor patiënten bestemd zijn, waar behoefte aan auditieve privacy is, goed geïsoleerd zijn. Het gaat dan om spreekkamers, behandelkamers, maar ook om sanitaire ruimten. Denk ook aan ruimten van personeel, waarin soms gesprekken over patiënten plaatsvinden die patiënten niet willen/hoeven horen. Geluidsoverlast ontstaat niet alleen door te dunne wanden of openstaande deuren, maar kan ook samenhangen met de wijze waarop ruimten ten opzichte van elkaar gesitueerd zijn en met de inrichting van ruimten. Denk bijvoorbeeld aan de opstelling van apparatuur die lawaai maakt of aan verkeersstromen van medewerkers of bezoekers. De opdrachtgever kan een procedure ontwikkelen die garandeert dat geluidsisolatie optimaal is waar nodig en zich daarin bijvoorbeeld laten bijstaan door een acousticus.
- Privacy heeft ook te maken met het al dan niet hebben van visueel contact met anderen.
- Denk daarbij aan maatregelen waardoor degene die aan de beurt is voldoende privacy krijgt om persoonlijke gegevens door te geven of in te vullen.
- Denk daarbij aan een procedure waarmee dit gecontroleerd kan worden (zie hiervoor: gebouwniveau)
- Dit verdient met name aandacht in nachtelijke situaties, als er weinig omgevingsgeluid is. Maatregelen om dit te voorkomen kunnen in een protocol worden opgenomen of bouwkundig worden voorkomen, door bijvoorbeeld de verpleegpost afsluitbaar te maken.
- Uit onderzoek blijkt dat geluidsoverlast leidt tot onrust en slaapproblemen, en als gevolg daarvan het genezingsproces vertraagt. Met name bij afdelingen waar veel medische apparatuur wordt gebruikt kan overlast tussen maar ook binnen de ruimten ontstaan door lawaai van deze apparatuur.

b 9 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het creëren van de mogelijkheid om alleen of met een partner, of met zelfgekozen andere mensen te kunnen zijn?

b 10 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan het voorkomen van ongewenste situaties als het gaat om persoonlijke hygiëne?

b 11 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan de behoefte aan privacy van patiënten bij het uitwisselen van informatie tussen behandelaar en patiënt?

b 12 Op welke wijze wordt er in gemeenschappelijke ruimten zoals dagverblijf of eetkamer aandacht besteed aan privacy?

Privacy hangt ook samen met de behoefte om op bepaalde momenten of in bepaalde situaties uit het zicht van anderen te zijn. Dit kan samenhangen met een specifieke situatie, bijvoorbeeld bij verdriet of boosheid, of met de mate van ziek zijn of met de persoon. Adolescenten hebben een sterke behoefte aan privacy, jonge kinderen veel minder, evenals ernstig zieke mensen die bang zijn om alleen te zijn. De volgende vragen zijn hierbij relevant:

b 13 Op welke wijze is het te voorkomen dat 'inkijk' in de patiëntenkamers ontstaat, terwijl er van uit de behandeling in bepaalde situaties behoefte kan zijn aan toezicht?

b 14 Op welke wijze is er aandacht voor het kunnen voorkomen van ongewenste inkijk van buiten naar binnen?

b 15 Welke mogelijke andere situaties doen zich op afdelingsniveau voor waar visueel contact tussen patiënt en anderen om privacyredenen niet gewenst is?

- *Denk bijvoorbeeld aan aparte gespreksruimten indien patiënten niet over een eenpersoonskamer beschikken.*

- *Het delen van toiletten en badkamers kan een inbreuk op de privacy vormen. Met name als toilet en badkamer in een ruimte gecombineerd worden en deze ruimte met meerdere mensen gedeeld moet worden kunnen zich situaties voordoen waarin patiënten onvoldoende privacy ervaren. Denk bijvoorbeeld aan het in aparte ruimten onderbrengen van toilet en badkamer, of aan een beperkt aantal gebruikers per sanitaire voorziening (zie ook kamerniveau).*

- *Denk daarbij aan een aparte gespreksruimte op de afdeling. Om te voorkomen dat deze ruimte voor andere doeleinden gebruikt wordt, bijvoorbeeld als werkrimte voor medewerkers, is het belangrijk dat tevens aandacht wordt besteed aan het creëren van voldoende medewerkersruimten op de afdelingen.*

- *Denk aan een zodanige vormgeving en inrichting dat patiënten de keuze hebben om samen met anderen of alleen te zitten.*

- *Denk bijvoorbeeld aan een raam met een door de patiënt te bedienen afscherming of aan toezicht door middel van video. Een aandachtspunt bij videogebruik is hoe om te gaan met negatieve effecten die dit kan hebben op de privacy.*

- *Een aandachtspunt is de wél gewenste inblik bij het zwaaien naar bezoek vanuit bijvoorbeeld patiëntenkamers.*

- *Het kan bijvoorbeeld gaan om schokkende situaties of situaties waarin medepatiënten te veel informatie over zichzelf prijsgeven.*

Patiëntenkamer/Behandelkamer Privacy

b 16 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan verschillende behoeften aan privacy door middel van een verdeling in een- en meerpersoonskamers?

Wanneer het noodzakelijk of gewenst is om een kamer met anderen te delen, zijn de volgende vragen relevant:

b 17 Op welke wijze kan de vormgeving en indeling van de ruimte worden aangepast aan de privacybehoefte?

b 18 Op welke wijze kan een patiënt zich desgewenst afschermen van anderen?

b 19 Op welke wijze kan een patiënt voorkomen dat de directe omgeving ongewenst informatie over hem krijgt?

Privacy betekent ook dat mensen situaties in aangrenzende ruimten niet willen horen of zien:

b 20 Op welke wijze is aandacht besteed aan visuele en auditieve scheidingen tussen patiëntenkamers onderling?

b 21 Op welke wijze is aandacht besteed aan visuele en auditieve privacy tussen andere ruimten en de patiëntenkamer?

b 22 Privacy kan conflicteren met fysieke veiligheid (behandelaar wil patiënt in verband met zijn gezondheidstoestand kunnen blijven zien). Zijn deze situaties vooraf te benoemen en welke maatregelen zijn mogelijk om privacy optimaal te bewaken?

b 23 Het gebruik maken van sanitaire voorzieningen (toilet, douche, bad) zijn privacygevoelige activiteiten. Op welke wijze is hierbij aandacht besteed aan de behoefte aan privacy?

b 24 Onderzoeks- en behandel situaties zijn vaak privacygevoelig. Op welke wijze is er aandacht besteed aan de behoefte aan privacy in de onderzoeks- of behandelkamer?

b 25 Welke andere aspecten hebben betrekking op het begrip privacy?

■ *De individuele privacy wordt het beste gewaarborgd bij een éénpersoonskamer. Gesprekken, onderzoeken, persoonlijke verzorging en bezoek kunnen in die kamer plaatsvinden, zonder inbreuk op de privacy door en van andere patiënten. Echter, een teveel aan privacy is voor sommige mensen ongewenst. Zij worden angstig als ze alleen op een kamer moeten verblijven, wat kan samenhangen met karakter, leeftijd (kinderen), aard of stadium van de ziekte. Voor anderen is het om medische redenen ongewenst dat ze in aparte kamers liggen. En weer anderen vinden het juist prettig een kamer te delen.*

■ *Denk aan de situering van bedden ten opzichte van elkaar: plaatsing tegenover elkaar biedt weinig privacy.*

■ *Denk aan visuele en auditieve afscheidingen tussen de bedden, bijvoorbeeld een gordijn of tussenwand die patiënten zelf dicht kunnen doen: rust en privacy is ook belangrijk tijdens nachtsituaties. Denk ook aan mogelijkheden als het opzetten van een koptelefoon.*

■ *Denk aan een aparte ruimte voor privé-gesprekken en gesprekken over ziekte en behandeling die de patiënt als privé beschouwt.*

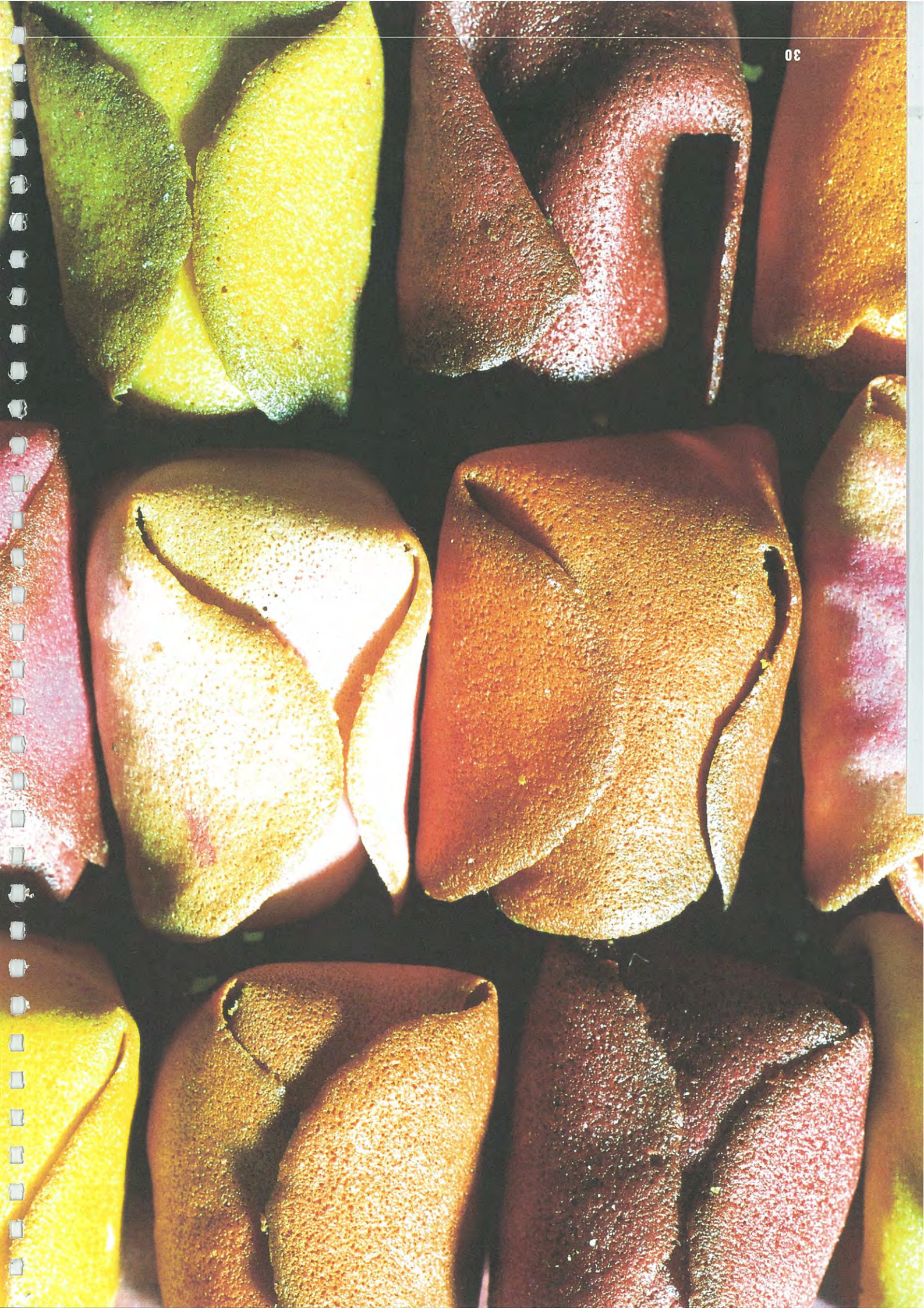
■ *Denk bijvoorbeeld aan de sanitaire ruimte die aan de meerpersoonskamer grenst. Denk hierbij ook aan het vermijden van geuroverlast (is ook privacy).*

■ *Denk daarbij aan het niet of zo min mogelijk hoeven delen van sanitaire ruimten met anderen, aan de mogelijkheid het toilet te scheiden van de andere sanitaire voorzieningen, aan het afsluitbaar maken van sanitaire ruimten, aan het zo inrichten van de ruimte dat patiënten zoveel mogelijk zelfredzaam zijn, aan technische maatregelen waardoor toiletten schoon blijven (zelfreinigend toilet). Denk ook aan situaties waarin patiënten aan bed gebonden zijn (tussenwand, scherm of gordijn door patiënt zelf te bedienen met afstandsbediening).*

■ *Denk daarbij aan het visueel en auditief afgeschermd zijn van niet betrokkenen en aan een visuele afscherming van de verkleedplek ten opzichte van de rest van de ruimte.*

Keuzevrijheid

Hans van Tienen houdt er van om 's avonds nog tot laat te lezen. Zijn bed moet dan in de 'leesstand' blijven staan. Hans is ook altijd vroeg wakker en kijkt dan graag naar buiten. Hij kan zijn bed, het licht en de gordijnen zelf bedienen en beslist dus zelf wanneer hij wil gaan slapen of naar buiten wil kijken. Een verpleegkundige hoeft hij hiervoor niet te roepen.



4c Keuzevrijheid

Keuzevrijheid betekent hier: keuzes kunnen maken in het gebruik van de ruimtelijke omgeving. Keuzevrijheid hangt nauw samen met de begrippen autonomie en privacy.

Ziek zijn betekent dat mensen op een aantal terreinen niet meer zelfstandig keuzes kunnen maken. Pijn of ziekte beperken nu eenmaal iemands mogelijkheden. Als iemand een dieet krijgt, bepaalt dat wat hij wel of niet mag eten. Aan bed gebonden zijn beperkt de bewegingsvrijheid. Daar komt nog bij dat een patiënt in ieder geval een aantal ruimten met meerdere mensen moet delen en zich in het gemeenschappelijk gebied moet aanpassen aan medepatiënten en medewerkers. Toch kunnen patiënten op een aantal onderdelen wel degelijk keuzevrijheid hebben. Als daarmee in het ontwerp rekening wordt gehouden, kan patiënten de keuze worden geboden tussen een een- of meerpersoonskamer. Keuzevrijheid kan beïnvloed worden door een zorgvuldige inrichting van de fysieke omgeving: als patiënten lawaai kunnen vermijden door zelf ramen of deuren te sluiten, als ze zelf het licht aan of uit kunnen doen, biedt dat mogelijkheden de ruimte op eigen behoeften af te stemmen. Als een patiënt op een aantal onderdelen de mogelijkheid heeft zelf te kiezen of keuzes te beïnvloeden heeft dit een positieve invloed op het welbevinden (Ulrich, 1997). Keuzevrijheid maakt minder afhankelijk van anderen en meer eigenmachtig.

Aan de behoefte om zelf keuzes te maken kan het meest tegemoet gekomen worden op het niveau van de patiëntenkamer waar het minst rekening gehouden hoeft te worden met anderen. Dit geldt vooral voor de eenpersoonskamer, maar kan deels ook verwezenlijkt worden in een meerpersoonskamer, door patiënten rondom hun bed individuele keuzeropties te bieden.

Keuzevrijheid kan conflicteren met:

- *keuzevrijheid van anderen.*

Iemand in een meerpersoonskamer die bijvoorbeeld contact wil houden met de verpleging, zal de deur naar de gang graag openzetten en kan de medepatiënt die rust wenst of nodig heeft daarmee storen.

- *medische of technische redenen.*

Het kan noodzakelijk zijn patiënten bij elkaar te plaatsen met dezelfde medische/technische behoeften.

Gebouw Keuzevrijheid

- c 1** Centrale ruimten in het gebouw kunnen meerdere functies hebben. Als gekozen wordt voor een multifunctioneel gebruik, waarbij er bijvoorbeeld ook optredens en feesten kunnen plaatsvinden, op welke wijze is er dan aandacht besteed aan patiënten/bezoekers die hiermee niet geconfronteerd willen worden?
- c 2** Op welke wijze wordt gewaarborgd dat patiënten op kamerniveau invloed kunnen uitoefenen op comfortvariabelen zoals klimaatbeheersing, licht en geluid?

Afdeling Keuzevrijheid

- c 3** Op welke manier wordt aandacht besteed aan het bieden van verschillende keuzemogelijkheden zodat patiënten kunnen kiezen voor het al dan niet delen van een kamer met anderen?
- c 4** Op welke manier wordt aandacht besteed aan verschillen in behoeften van patiënten met betrekking tot het ontvangen van bezoek?
- c 5** Op welke wijze is aandacht besteed aan de mogelijkheid te kiezen voor gelijkwaardige dagverblijfruimten als het gaat om roken versus niet roken en om tv-kijken versus niet tv-kijken?
- c 6** Op welke wijze is aandacht besteed aan de mogelijkheid om vanwege religieuze, culturele of privacyredenen, te kiezen voor het delen van kamers alleen met seksegenoten?
- c 7** Welke mogelijk andere aspecten spelen op afdelingsniveau een rol die te maken hebben met keuzevrijheid van patiënten?

■ *Op gebouwniveau wordt gekozen voor de wijze van aansturing van airconditioning, zonwering, bediening van ramen enzovoorts. Deze keuzes kunnen implicaties hebben voor de afdeling en patiëntenkamer. Het is belangrijk daarbij in een vroeg stadium stil te staan.*

■ *Als patiënten een kamer met anderen delen zijn hoeveelheid, frequentie en lengte van het bezoek belangrijke aandachtspunten. Iemand die veel en vaak bezoek wenst kan storend zijn voor een medepatiënt die behoefte heeft aan rust. Denk bijvoorbeeld aan aparte bezoekkamers /-nissen op afdelingsniveau zodanig dat ook bedgebonden patiënten daar met hun bezoek kunnen zijn.*

■ *Dit kan samenhangen met de grootte van de afdeling en de verhouding in aantallen een-, twee- en meerbedskamers. Het kan conflicteren met medische of technische redenen: het kan noodzakelijk zijn patiënten met dezelfde medisch/technische behoeften bij elkaar te plaatsen. Op welke wijze zouden voor deze situatie bouwkundige oplossingen bedacht kunnen worden?*

Patiëntenkamer/Behandelkamer **Keuzevrijheid**

c 8 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan het bieden van mogelijkheden aan een patiënt zelf te kunnen beslissen over temperatuur, licht, ventilatie en geluid in de ruimte waar hij zich bevindt?

c 9 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het bieden van de mogelijkheid zich af te schermen van prikkels van buitenaf zoals lawaai?

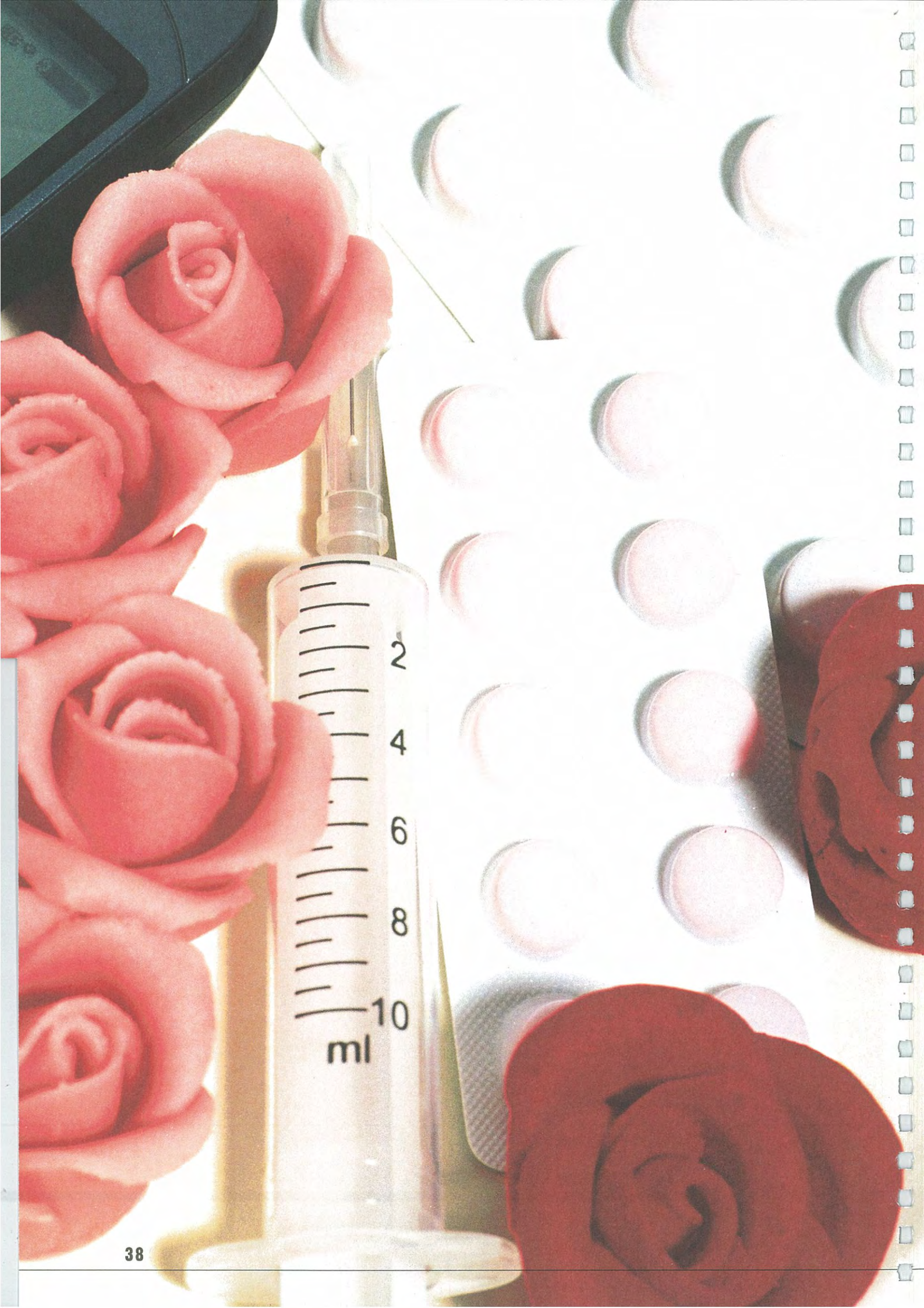
c10 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het bieden van keuzes met betrekking tot cultuur en recreatie?

c11 Is het wenselijk patiënten nog andere keuzeopties te bieden die implicaties hebben voor gebouw en of inrichting?

- *Denk aan de mogelijkheid dat de patiënt zelf het licht kan dimmen, de zonwering bedienen, de temperatuur regelen en ramen openen of sluiten. Keuzen in comfortvariabelen (licht, temperatuur) zullen als patiënten een kamer delen gezamenlijk moeten worden gemaakt. Ook dan kan er aandacht zijn voor keuzeoptyes op individueel niveau (koptelefoon, lichtdimmer bij het bed, individuele koeling).*
- *Denk daarbij aan zaken die de patiënt zelf kan beïnvloeden bijvoorbeeld door zelf ramen en deuren te kunnen sluiten of openzetten. Denk ook aan zaken die niet door de patiënt te beïnvloeden zijn en dus op voorhand goed geregeld moeten worden, zoals goede geluidsabsorptie bij de geluidsbron en geluidsisolatie tussen ruimten.*
- *Denk aan keuzemogelijkheden in bijvoorbeeld kunst op de wanden en in materiaal dat afleiding biedt (iets om te lezen, naar te kijken of te luisteren). Houd daarbij ook rekening met patiënten die aan bed gebonden zijn: denk aan zicht vanuit bed op kunst, prikbord en dergelijke en aan een bedtafeltje voor lezen of hobby's.*
- *Denk aan de mogelijkheid om te kiezen voor extra voorzieningen (luxe catering, grotere kamer, internet-aansluiting).*

Zelfredzaamheid

Mevrouw van Dijk heeft pas een rugoperatie ondergaan. Ze moet een paar dagen plat op haar rug liggen. Boven haar bed is een spiegel bevestigd die ze zelf kan bedienen: ze gebruikt hem bij het verzorgen van haar gezicht en haren. Het draadloze telefoontoestel waarmee ze ook e-mailtjes kan ontvangen ligt onder handbereik. Ze heeft veel hulp en verzorging nodig, maar kan dus gelukkig toch het een en ander zelf doen op momenten die haar goed uitkomen.



4d Zelfredzaamheid

Onder zelfredzaamheid verstaan we het in staat zijn om zelf te kunnen voorzien in de eigen dagelijkse behoeften, eventueel met hulpmiddelen. Zelfredzaamheid betekent ook dat iemand gebruik kan maken van aanwezige voorzieningen, voor zover dit psychisch en fysiek mogelijk is.

Zelfredzaamheid is belangrijk voor de patiënt: hij houdt het gevoel tenminste een deel van de regie over het eigen leven te kunnen blijven voeren. Het begrip hangt dus sterk samen met autonomie. Wanneer mensen de regie over het eigen leven in elk geval deels kunnen behouden, kan dit, zeker bij langdurige of regelmatige opnames, als voordeel hebben dat het hospitalisatie helpt voorkomen. Bovendien maakt het de overgang naar de thuissituatie gemakkelijker. Voor het ziekenhuis betekent een zelfredzame patiënt dat er minder hulp verleend hoeft te worden.

Veel patiënten hebben door hun ziekte of de behandeling die zij (hebben) ondergaan een verslechterde motoriek. Daarnaast komen slechtziendheid en slechthorendheid veel voor. Voor deze patiënten met fysieke of psychische beperkingen is het belangrijk dat zij zich zo zelfstandig mogelijk door het gebouw kunnen bewegen en gebruik kunnen maken van voorzieningen in het gebouw.

Door het gebouw zo te maken dat mensen zelf hun persoonlijke verzorging, hun comfortbehoeften en bezigheden overdag kunnen organiseren, neemt de afhankelijkheid van anderen af. Zelfredzame patiënten houden zodoende greep op de omgeving waarin zij noodgedwongen gedurende langere of kortere tijd moeten verblijven. Het behoud van zelfstandigheid door zelfredzaamheid is belangrijk omdat men als patiënt toch altijd in meer of mindere mate afhankelijk is van de zorgverlening.

Zelfredzaamheid kan conflicteren met:

- *hygiëne en gezondheid, wanneer patiënten (of bezoek) niet verantwoord omgaan met bijvoorbeeld het bereiden van eten en drank.*

Patiëntenkamer/Behandelkamer **Zelfredzaamheid**

- d 9** Welke voorzieningen zijn op kamerniveau gewenst om zelfredzaamheid van patiënten te ondersteunen?
- _____
- _____
- _____
- d10** Welke maatregelen dienen er in de patiëntenkamer te worden genomen om lichamelijke en psychische handicaps en beperkingen te compenseren?
- _____
- _____
- _____
- _____
- d11** Welke maatregelen dienen er bij de sanitaire voorzieningen te worden getroffen om lichamelijke en psychische handicaps en beperkingen te compenseren?
- _____
- d12** Welke andere beperkingen doen zich voor die zulke specifieke eisen stellen dat ze via fysieke maatregelen gecompenseerd dienen te worden?
- _____
- d13** Op welke wijze wordt aandacht besteed aan mogelijkheden om het dagelijks leven zoveel mogelijk voort te zetten?
- _____
- d14** Kan een kamer voor patiënten die niet (meer) bedgebonden zijn een hotelfunctie krijgen? En zo ja, welke aanpassingen in de ruimtelijke functies of in indeling of inrichting van de kamer zouden dan gewenst zijn?
- _____
- d15** Op het niveau van onderzoeks- en behandelruimten kan zelfredzaamheid een rol spelen bij situaties waarin mensen regelmatig gedurende langere tijd een onderzoek of behandeling moeten ondergaan. Bijvoorbeeld bij nierdialyse. Hier gelden dezelfde aandachtspunten als bij de patiëntenkamer.
- _____

■ Denk bijvoorbeeld aan voorzieningen om bezoek iets te eten of drinken aan te kunnen bieden. Maar ook aan een aparte eetruimte voor patiënten die niet aan bed gebonden zijn (kan ook op afdelingsniveau, zie daar). Patiënten die aan bed gebonden zijn kunnen in staat gesteld worden zelf hun bed te bedienen en vanuit bed licht, deur, zonwering, televisie, koeling, gordijnen et cetera te bedienen (domotica).

■ Bedenk daarbij dat ook mensen die normaal geen beperkingen hebben, deze in een ziekenhuissituatie, door ziekte of medicatie, vaak wel hebben. Het kan gaan om een verslechterde motoriek of coördinatie, of om verminderd zicht of reactievermogen. Ook bij dit onderwerp dienen organisaties van gehandicapten betrokken te worden en kan met hen een procedure of checklist worden opgesteld. Aandachtspunten zijn: a) de vormgeving en inrichting van de ruimte; b) voorzieningen die door patiënten zelf gebruikt worden, zoals kranen, handgrepen, alarmering, gordijnen, aanpasbare spiegels. Technische hulpmiddelen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

■ Zie toelichting bij vorige vraag.

■ Denk bijvoorbeeld aan het kunnen beschikken over een computer- of internetaansluiting, over een werk- of hobbyplek.

■ Zie ook afdelingsniveau. Overwogen kan worden om kamers multifunctioneel te maken, zodat niet de patiënt die ambulantly is geworden naar een hotelplek hoeft te verhuizen, maar de patiëntenkamer een hotelfunctie krijgt. De patiënt blijft op dezelfde kamer maar maakt gebruik van diensten alsof hij in een hotel zit.

Territorium

Josie van Driel, 15 jaar oud, moet regelmatig voor een paar dagen naar het ziekenhuis. Ze neemt dan haar eigen dekbed en een paar op dat moment favoriete posters mee. Die worden recht tegenover haar bed opgehangen, aan de schilderijenrails die daar bevestigd is. Zo wordt de kamer een beetje haar eigen kamer. Ze neemt ook altijd haar discman mee met een hele bak cd's en nog een doos met tekenspullen. Als ze naar de behandelafdeling moet kan ze alles veilig opbergen in de afsluitbare kast bij haar bed.



MAASTRICHT
DE MOSA
640
HOLLAND

MAASTRICHT
DE MOSA
122
HOLLAND

4e Territorium

Elke persoon of groep heeft behoefte aan een eigen territorium in de vorm van een fysieke ruimte of plek die je zelf kunt controleren en beheersen. Dit territorium kan afhankelijk van de situatie klein zijn (persoonlijk territorium: een onzichtbare kleine ruimte om je heen in een openbare ruimte) of groot (het eigen huis).

Met territoriumgedrag oefenen we controle uit op een (deel van de) fysieke ruimte of een voorwerp, door die ruimte of dat voorwerp ook daadwerkelijk te bezetten, te verdedigen of te personaliseren (Gifford, 1987). Een territorium kan privé-gebied zijn, semi-openbaar of openbaar. Het privé-territorium is bijvoorbeeld het eigen huis, de plek waarover iemand zelf zeggenschap heeft. Een semi-openbaar territorium is bijvoorbeeld het eigen bureau op het werk, waarover men gedeeltelijk zeggenschap heeft maar waar ook anderen gebruik van kunnen maken. Het openbare territorium is de groentewinkel op de hoek, waar iedereen als klant in en uit kan lopen. Territoriumgedrag verduidelijkt de onderlinge relaties tussen mensen en waarborgt de persoonlijke veiligheid. Territorium hangt dan ook nauw samen met het begrip 'veiligheid'.

Territorium speelt een belangrijke rol in het handhaven van de persoonlijke identiteit. Hoe kleiner het territorium en hoe minder het mogelijk is het eigen territorium te begrenzen, hoe sterker de angst dat een ander het kan binnendringen. Wanneer het territorium klein en onbegrensd is, is dit ook van invloed op het gevoel van privacy. Een bedgebonden patiënt kan zich moeilijk onttrekken aan anderen: het bed is zijn territorium, hij kan zelf de afstand tot anderen niet vergroten.

In een ziekenhuis vormen de centrale hal en het restaurant het openbare territorium, iedereen kan daar binnenlopen. De meerpersoonskamer en de afdeling zijn het semi-openbare territorium. Niet iedereen kan er zomaar komen. Bezoekers, behandelaars en verzorgers komen daar alleen voor een bepaalde patiënt. Maar van al deze mensen kan een patiënt zich niet afsluiten, tenzij hij de hele tijd op de eigen kamer verblijft.

De patiëntenkamer is het meest persoonlijke territorium in een ziekenhuis. Dit persoonlijke territorium kan zelfs nog kleiner zijn, wanneer meerdere patiënten een kamer delen of een patiënt volledig aan bed gebonden is. Het territorium bestaat dan uit bed, nachtkastje en de directe ruimte daaromheen. Het zoveel mogelijk 'eigen' kunnen maken van dit territorium is belangrijk voor het behouden van de eigen identiteit. Mensen die zich door hun ziekte gespannen, onzeker en afhankelijk voelen, hebben de behoefte om in elk geval zoveel mogelijk greep te houden op hun eigen leven en de toegang van anderen te kunnen begrenzen. De behoefte aan een stukje eigen territorium is bij veel mensen aanwezig: het biedt extra steun als mensen het gevoel hebben dat ze, al is het maar in beperkte mate, een plek hebben waar over ze zelf de controle kunnen uitoefenen. Dit geldt sterker naarmate iemand langer is opgenomen of minder verplaatsingsmogelijkheden heeft. In een eenpersoonskamer is het territorium makkelijk af te bakenen en te verdedigen, in een meerpersoonskamer is dat lastiger. Bezoek van de ene patiënt kan bijvoorbeeld te dicht op de andere patiënt zitten en daarmee indringen in diens territorium.

Territorium kan conflicteren met:

- *de behoefte aan territorium van degene met wie je een ruimte deelt. Sommige mensen 'nemen' meer ruimte dan anderen.*

Gebouw Territorium

e 1 Is het wenselijk om op gebouwniveau patiënten een eigen territorium te bieden?

Afdeling Territorium

e 2 Is het mogelijk / wenselijk een afdeling beperkt toegankelijk te maken?

e 3 Is het mogelijk om - buiten de 'eigen' kamer - aan patiënten de gelegenheid te bieden bepaalde plekken of delen van voorzieningen tot 'eigen territorium' te maken?

e 4 Welke situaties zijn er op afdelingsniveau denkbaar waarbij patiënten te weinig 'eigen' ruimte krijgen?
Op welke wijze zou dit opgelost kunnen worden?

Patiëntenkamer/Behandelkamer Territorium

e 5 Op welke wijze is aandacht besteed aan het bieden van de mogelijkheid om met eigen attributen de ruimte te personaliseren?

e 6 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het bieden van de mogelijkheid om persoonlijke spullen bij zich te houden?

e 7 Op welke wijze kunnen patiënten ook in een meerpersoonskamer een eigen territorium hebben?

e 8 Op welke wijze zouden patiënten ook in een behandelkamer een eigen territorium kunnen hebben?

e 9 Welke andere aspecten spelen een rol bij het bieden van eigen territorium?

■ *Vooraf mensen die langdurig of regelmatig worden opgenomen kunnen behoefte hebben aan een groter 'eigen' territorium waarvan ze, ongestoord door buitenstaanders, gebruik kunnen maken. Denk bijvoorbeeld aan een tuin, balkon of ruimte die alleen toegankelijk is voor patiënten.*

■ *Wanneer iedereen zomaar een afdeling kan binnenlopen is er geen sprake van een semi-openbaar territorium maar van een openbaar territorium. Dit hangt ook samen met sociale veiligheid (zie daar).*

■ *Denk bijvoorbeeld aan een eigen kluisje en koelkastplank. Denk bij de inrichting van gemeenschappelijke zit-/letruimten aan het maken van voldoende geschikte zitplekken zodat mensen daarover niet met elkaar de strijd aan hoeven gaan. Denk ook aan de aankleding van gemeenschappelijke ruimten.*

■ *Het kan hier zowel bouwkundige als organisatorische maatregelen betreffen.*

■ *Denk aan de mogelijkheid mensen een keuze te geven in kunst aan de muur (kunstuitleen), aan de mogelijkheid om kaarten of foto's op te hangen en deze te kunnen bekijken ook als iemand bedgebonden is, aan het meenemen van een eigen dekbed(overtrek) en aan ruimte om dierbare spullen neer te zetten.*

■ *Een afsluitbare kast en/of een kluisje voor kostbaarheden bij elk bed of in elke kamer stelt mensen in staat spullen die dierbaar of kostbaar zijn bij zich te houden. Denk ook aan een eigen kastje of vak voor toiletspullen in de badkamer.*

■ *Denk daarbij aan de plaatsing van bedden ten opzichte van elkaar en aan de hoeveelheid beschikbare ruimte per patiënt, zowel rondom het bed als in de ruimte die men deelt (eettafel, zitje). Denk ook aan ruimte voor bezoek: bezoek van de ene patiënt kan bijvoorbeeld te dicht op de andere patiënt zitten (indringen in diens territorium). Houd rekening met de hoeveelheid beschikbare voorzieningen: zorg voor voldoende stoelen, kastruimte, tafelruimte et cetera.*

■ *Daarbij kan gedacht worden aan het bieden van de mogelijkheid om eigen spullen onder handbereik te hebben zoals muziek, iets om naar te kijken of te lezen tijdens langdurige of regelmatig terugkerende behandelingen.*

Veiligheid

De heer van Veenendaal maakt zich ernstig zorgen over de heupoperatie die hem te wachten staat. Hij heeft de voorlichtingsfilm al drie keer bekeken, maar voelt zich nog altijd niet op zijn gemak. Toch kiest hij voor een gedeeltelijke verdoving in plaats van algehele narcose, omdat herstel daarna sneller gaat. In de operatiekamer kan hij via een koptelefoon luisteren naar muziek van eigen keuze en hij kijkt naar een bewegend landschap dat op de wand tegenover hem geprojecteerd is. Dat biedt afleiding tijdens de ingreep en zorgt ervoor dat hij zich wat minder gespannen voelt.



4f Veiligheid

Onder veiligheid verstaan we: het zich gevrijwaard weten of voelen van negatieve invloeden van buitenaf. Veiligheid heeft twee aspecten in zich. Het gaat enerzijds om fysieke veiligheid, waarbij de fysieke omgeving, het gebouw, zodanig is vormgegeven dat mensen deze veilig kunnen gebruiken. Anderzijds gaat het om psychische veiligheid, het zich beschermd voelen tegen indringers en het weten dat er hulp komt als dat nodig is.

Het gaat bij veiligheid zowel om de objectieve veiligheid - hoe groot is de feitelijke kans dat er iets gebeurt - als om subjectieve veiligheid - hoe veilig of onveilig voelt iemand zich - (v.d. Voordt e.a., 1994). Zich veilig voelen is heel belangrijk in een stressvolle situatie. Gevoelens van onveiligheid hangen sterk samen met persoonlijkheid, de ene mens is nu eenmaal angstiger dan de ander. Maar ook de aard van de aandoening heeft invloed: hoe hoger het gezondheidsrisico, hoe meer behoefte aan veiligheid, bijvoorbeeld door contact met medepatiënten en verpleegkundige. Maar ook de mate waarin men het eigen territorium kan beschermen bepaalt of men zich veilig voelt. Op het niveau van de kamer of een afdeling spelen daarbij andere aspecten een rol dan op gebouwniveau. Een afdeling of een eenheid waar meerdere patiënten verblijven is weliswaar minder anoniem en overzichtelijker, zo'n eenheid (en de eigen kamer) is ook meer het 'eigen' territorium en indringing daarin wordt als bedreigender ervaren.

Het hedendaagse ziekenhuis is per definitie een gebouw waar veel mensen in en uitlopen die elkaar niet kennen. Het is ook onmogelijk en ongewenst om iedere bezoeker van het gebouw te controleren. Situaties die gevoelens van onveiligheid oproepen zijn dus bijna niet te vermijden, maar allerlei fysieke en organisatorische maatregelen kunnen de objectieve en subjectieve veiligheid wel vergroten.

Gevoelens van onveiligheid hangen ook samen met de mate waarin iemand zich gespannen en angstig voelt. Afleiding blijkt voor patiënten een belangrijke rol te spelen bij het zich kunnen ontspannen. Ontspanning maakt dat een patiënt zich psychisch beter en veiliger voelt. Patiënten die angstig of onzeker zijn zullen grote behoefte hebben aan een omgeving die vertrouwde en afleiding biedt.

Naast de psychische veiligheid zal ook de fysieke veiligheid een belangrijk aandachtspunt moeten zijn. Maatregelen die de fysieke veiligheid in het gebouw bevorderen zullen veel overeenkomsten hebben met maatregelen die besproken worden bij 'zelfredzaamheid'.

Daarnaast is het belangrijk om aandacht te besteden aan het begrijpelijk maken van de fysieke omgeving. Als mensen weten hoe lang de afstand is tussen de beddenkamer en de behandelkamer, kunnen ze besluiten of het in hun conditie veilig is om te lopen of om bijvoorbeeld een rolstoel of looprek te gebruiken. Zie hiervoor ook 'oriëntatie'.

Veiligheid kan conflicteren met:

- *privacy, wanneer het vanuit het oogpunt van veiligheid wenselijk is zoveel mogelijk zicht op patiënten te houden.*

Gebouw Veiligheid

f 1 Op welke wijze wordt er buiten het gebouw aandacht besteed aan maatregelen om de sociale veiligheid te vergroten?

f 2 Op welke wijze wordt er binnen het gebouw aandacht besteed aan maatregelen om de sociale veiligheid te vergroten?

f 3 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan gevoelens van onveiligheid in specifieke ruimten?

f 4 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan gevoelens van onveiligheid bij patiënten die per bed of rolstoel verplaatst worden door het gebouw?

Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan fysieke veiligheid in en rond het gebouw? Meer in het bijzonder:

f 5 Hoe worden situaties voorkomen die de kans op vallen of struikelen vergroten?

f 6 Op welke wijze is aandacht besteed aan maatregelen om zich veilig rond en door het gebouw te verplaatsen?

Afdeling Veiligheid

Op welke wijze wordt er op afdelingsniveau aandacht besteed aan maatregelen om de psychische veiligheid te vergroten? De situering van de verschillende ruimten kan daarbij een rol spelen. Denk daarbij aan de volgende vragen:

f 7 Zijn de toegangen tot de afdeling sociaal veilig?

- Voor bezoekers en patiënten die 's avonds of 's nachts naar het ziekenhuis komen is het belangrijk dat ook de toegangsroute als sociaal veilig wordt ervaren. Denk bijvoorbeeld aan verlichting, sociale controle door zicht van binnenuit op de toegang, videobewaking.
- Het kan gaan om maatregelen die te maken hebben met de organisatie van het gebouw, zoals het beperken van het aantal ingangen en de situering van recepties en verpleegposten op zodanige wijze dat medewerkers zicht op de ingangen kunnen houden. Denk ook aan technische maatregelen, zoals verlichting op donkere plekken, beveiliging en videobewaking.
- Afmetingen van afzonderlijke ruimten kunnen leiden tot gevoelens van onveiligheid. Dat geldt bijvoorbeeld voor heel grote en hoge ruimten. Zulke ruimten imponeren en kunnen mensen die toch al angstig zijn nog onzekerder maken.
- Mensen kunnen zich onveilig (en in hun privacy aangetast) voelen wanneer ze onderweg zijn van de ene naar de andere ruimte en ergens moeten wachten. Deels is dit een organisatorisch probleem, omdat bijvoorbeeld iemand alleen gelaten wordt in een gang. Maar er zijn ook fysieke maatregelen denkbaar, zoals het plaatsen van een scherm om iemand heen of het maken van een 'wachtnis' waar een bed in past.
- Gladde of spiegellende vloerafwerking kan met name voor oudere of slecht mobiele patiënten onveilig zijn, goede verlichting en doordacht kleurgebruik vermindert valrisico's voor slechtzienden, drempels dienen vermeden te worden, trappen moeten veilig zijn.
- Denk aan goede bestrating en duidelijke routes van parkeerterrein naar toegang, aan steungrepen in gangen, veilige trappen, goede oriëntatiesteunen (zie hierna), breedte van deuren en looproutes. Zie ook: 4d Zelfredzaamheid.
- Bijvoorbeeld doordat er vanuit de verpleegpost zicht is op de entree, videobewaking, verlichting. Denk daarbij ook aan nooduitgangen zoals trappenhuizen en aan liften.

f 8 Op welke wijze is aandacht besteed aan de situering van patiëntenkamers zodat patiënten zich veilig voelen?

f 9 Op welke wijze is aandacht besteed aan maatregelen die de fysieke veiligheid vergroten?

f10 Op welke wijze is aandacht besteed aan de behoefte van patiënten zich te kunnen ontspannen en afleiding te vinden?

f11 Op welke wijze is aandacht besteed aan de behoefte van patiënten om naasten te laten logeren zodat mensen in de buurt zijn voor ondersteuning?

Patiëntenkamer/Behandelkamer **Veiligheid**

f12 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan maatregelen om de sociale veiligheid te garanderen?

Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het vergroten van de psychische veiligheid?

Daarbij zijn de volgende vragen relevant:

f13 Kan een patiënt die zich angstig voelt vanuit de patiëntenkamer of behandel-/onderzoekskamer visueel toegang en spreekcontact hebben met verpleegkundige of behandelaar?

f14 Op welke wijze kan een patiënt zich afschermen van stressfactoren in de patiëntenkamer en onderzoeksruimte?

f15 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het voorkomen van gevoelens van onveiligheid wanneer mensen moeten wachten in een kleine ruimte?

- Denk aan zicht vanuit de verpleegpost op of in de kamers (kan conflicteren met privacy, tenzij voor flexibele oplossingen gekozen wordt).
- Denk daarbij aan maatregelen die vallen of struikelen voorkomen, zoals goede verlichting, steunpunten, niet gladde vloerbedekking, markering van op- en afstapjes.
- Dit kan samenhangen met de vormgeving van het gebouw, zoals het bieden van uitzicht naar buiten, het maken van zitplekken voor patiënten buiten (balkon, terras) of binnen op plekken waar iets te zien is. Daarnaast valt te denken aan de aankleding en inrichting van ruimten: kunst, muziek en televisie. Ook materiaal- en kleurgebruik, verlichting en vorm van de ruimten kunnen mensen helpen zich op hun gemak te voelen.
- Daarbij kan men denken aan logeerkamers op afdelingsniveau of aan het zodanig vormgeven van (een deel van) de patiëntenkamers dat er eenvoudig een extra bed bijgeplaatst kan worden. Dit laatste is vooral voor jonge kinderen en angstige patiënten belangrijk.
- Denk aan de situering van patiëntenkamers ten opzichte van verpleegpost, entrees, trappenhuizen. Denk ook aan het bieden van de mogelijkheid persoonlijke spullen in een afsluitbare kast (en kostbaarheden in een kluisje) op te bergen.
- Bij onderzoek gaat het bijvoorbeeld om situaties waarin de patiënt alleen in een onderzoeksruimte moet verblijven. Denk aan ramen, beeldschermcontact, spreekinstallaties.
- Als iemand zich kan afschermen van stressfactoren kan dit bijdragen aan meer ontspanning. Denk daarbij aan uitzicht naar buiten, (zelf gekozen) muziek luisteren, tv kijken, kunst aan wanden en op plafonds.
- Als mensen in een kleine afgesloten ruimte zoals een kleedcabine moeten wachten, kunnen ze zich angstig en opgesloten voelen. Het is belangrijk rekening te houden met de mogelijkheid dat iemand de patiënt vergezelt. Door een spiegel en stoel te plaatsen wordt het wachten comfortabeler gemaakt.

f16 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan de mogelijkheid om tijdens behandelingen patiënten meer ontspannen te laten zijn?

f17 De uiterlijke kenmerken (met veel techniek) van veel medische hulpmiddelen en apparatuur waar je als patiënt geen greep op hebt, kunnen extra angstig maken. Op welke wijze wordt aandacht besteed aan maatregelen om mensen minder te confronteren met dergelijke hulpmiddelen?

f18 Op welke wijze kan de aankleding, inrichting en verlichting van de ruimten vriendelijk en aantrekkelijk gemaakt worden?

f19 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan mogelijkheden om een familielid te laten logeren op de eigen kamer (met name bij kinderen belangrijk) en aanwezig te laten zijn tijdens onderzoek en /of behandeling?

Op welke wijze wordt aandacht besteed aan maatregelen om de fysieke veiligheid te vergroten?

De volgende vragen zijn hierbij relevant:

f20 Welke maatregelen zijn gewenst om de beschikbaarheid van hulp te optimaliseren?

f21 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan veiligheid in de patiëntenkamer en sanitaire ruimten?

f22 Welke andere aandachtspunten spelen een rol m.b.t. het realiseren van fysieke en/of psychische veiligheid?

- *Het bieden van afleiding gedurende behandelingen, bijvoorbeeld als een patiënt wordt geopereerd onder plaatselijke verdoving, en in de preoperatieve en postoperatieve fase, werkt stressverlagend. Muziek, kunst en tv of video kunnen ontspanning en afleiding bieden en muziek kan helpen nare geluiden te camoufleren.*

- *Denk aan het dempen van geluid van apparatuur, het zoveel mogelijk wegwerken van apparatuur, het uiterlijk van apparatuur aantrekkelijker maken door kleur en vorm.*

- *Een ruimte die op een sfeervolle manier is ingericht kan het gevoel van geborgenheid vergroten. Denk daarbij aan materialen, kleuren, verlichting en afwerkingen.*

- *Als mensen angstig zijn is het belangrijk dat ze een vertrouwd persoon bij zich kunnen hebben.*

- *Als een patiënt er zeker van is dat een beroep op hulp ook opgevolgd zal worden, verhoogt dat zowel de fysieke als de psychische veiligheid. In een aantal situaties is visueel contact met de verpleegpost gewenst. Denk aan bereikbaarheid van hulp door middel van alarmering, ramen of beeldschermcontact, situering van kamers ten opzichte van de verpleegpost, spreekverbinding met hulpverlener zodat iemand weet dat en wanneer er hulp komt.*

- *Denk aan een zodanige vormgeving en inrichting dat voldoende vrije loopruimte, ook met hulpmiddelen of infuusstandaard, mogelijk blijft. Denk aan het voorkomen van struikelblokken zoals drempels en gladde vloerbedekking, aan steunpunten in de badkamer, aan Bedienbaarheid van knoppen, grepen, kranen en aan temperatuurbegrenzing van het water (zie ook: 4d zelfredzaamheid).*

Oriëntatie

Jeroen van Dam komt voor het eerst in het ziekenhuis om zijn vriendin te bezoeken. In de centrale hal hangt een groot bord waarop staat dat de afdeling waar ze ligt op de derde verdieping is. In een oogopslag ziet hij de liftdeuren, die door hun heldere kleur niet te missen zijn. In de lift hoort hij via een luidspreker steeds op welke verdieping hij is. Handig als je blind of slechtziend bent, denkt hij.



4g Oriëntatie

Oriëntatie betekent: weten waar je je in een gebouw bevindt, weten hoe je op een bepaalde plek kunt komen en hoe je vanuit die plek weer naar buiten kunt komen.

Patiënten en bezoekers raken in een ziekenhuis gemakkelijk de weg kwijt. Ze zijn vaak gespannen en hebben hun aandacht niet volledig vrij om zich kunnen oriënteren. Het zich niet kunnen oriënteren blijkt een belangrijke stressfactor, voor patiënten en voor bezoekers. Volgens Amerikaans onderzoek is het zelfs de belangrijkste stressfactor bij bezoekers (Carpman, 1993). Als iemand weet waar hij zich in het gebouw bevindt en hoe hij op de plek van bestemming kan komen geeft dit rust. Voor het ziekenhuis is het ook gunstig. Medewerkers hoeven minder tijd te besteden aan het wegwijs maken van patiënten en bezoekers en mensen komen op tijd op hun afspraak, omdat ze meteen de weg konden vinden.

Oriëntatie vraagt met name op gebouwniveau veel aandacht, zeker bij een groot gebouw dat veel verschillende functies herbergt. Maar ook op een kleinere eenheid met een beperkt aantal functies, zoals een beddenafdeling, moet iemand zich makkelijk kunnen oriënteren. Eenvormigheid en een gebrek aan duidelijke herkenningspunten of uitzicht naar buiten kunnen ook daar gemakkelijk tot verwarring leiden. Voor patiënten, die vaak maar korte tijd in het ziekenhuis verblijven, is belangrijk dat de relatie tussen de eigen kamer, de afdeling en de rest van de voorzieningen waarvan zij gebruik maken helder is.

Oriëntatie hangt ook samen met persoonlijke kenmerken. Iemand met een visuele, psychische of auditieve handicap zal extra steun nodig hebben in de vorm van beeld of geluid, om de weg te kunnen vinden.

Een goede oriëntatie hangt samen met meerdere factoren: de organisatie van functies in relatie tot de vormgeving van het gebouw, het bieden van duidelijke herkenningspunten en - altijd als ondersteuning en nooit alleen maar - een goede bewegwijzering.

Gebouw Oriëntatie

g 1 Wordt de ingang zodanig gesitueerd en vormgegeven dat deze makkelijk te vinden is?

g 2 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan indeling en vormgeving van het gebouw zodat patiënten en bezoekers gemakkelijk de weg kunnen vinden naar de plekken waar zij moeten zijn?

Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan bewegwijzering als hulpmiddel bij de oriëntatie?

Daarbij zijn de volgende vragen relevant:

g 3 Welke routes door het gebouw zullen door patiënten en bezoekers gebruikt worden, zowel bij het naar binnen gaan, het zich verplaatsen van de ene ruimte naar de andere, als bij het weer weggaan?

g 4 Op welke punten van deze routes is bewegwijzering nodig en in welke vorm?

g 5 Is het wenselijk om patiënten en bezoek informatie te bieden over de afstand tussen de ene plek en de andere plek in het ziekenhuis, zodat ze weten hoe lang ze onderweg zullen zijn?

g 6 Hoe wordt de bewegwijzering afgestemd op mensen met auditieve en visuele handicaps en op mensen die niet kunnen lezen (kinderen, analfabeten, anderstaligen)?

■ *Denk daarbij aan:*

- *Organisatorische aspecten, zoals het bij elkaar situeren van voor de patiënt bestemde ruimten - gescheiden van de ruimten die bestemd zijn voor de staf - en een logische opeenvolging van ruimten.*
- *De vormgeving van het gebouw, waarbij rekening gehouden wordt met het feit dat mensen lopend door het gebouw zicht kunnen houden op vaste punten binnen of buiten het gebouw. Daardoor kunnen mensen telkens hun positie ten opzichte van zo'n vast punt bepalen. Uitzicht naar buiten, zicht op markante punten in het gebouw en doorkijkjes naar bepaalde ruimten bieden oriëntatiesteun.*
- *Herkenbaarheid van de verschillende onderdelen van een gebouw, aan binnen- en aan buitenzijde. Eenvormigheid belemmert een goede oriëntatie en leidt tot verwarring. Het is belangrijk dat verschillende functiegebieden duidelijk van elkaar verschillen. Denk aan vorm, kleur, materialen en verlichtingsniveau.*
- *Schaalgrootte en structuur: hoe groter en gecompliceerder een gebouw, des te lastiger wordt het er de weg te vinden. De structuur van het gebouw moet simpel zijn, vooral als het een groot gebouw met veel verschillende functies is.*

■ *Bewegwijzering vormt altijd een aanvulling op (en komt niet in de plaats van) andere oriëntatiesteunen zoals kleur, lay-out, herkenningspunten, heldere kruispunten en verlichting. Bewegwijzering verdient vooral aandacht op (kruis)punten waar meerdere keuzes mogelijk zijn. Denk daarbij aan nieuwe technieken, die het bijvoorbeeld in grote gebouwen mogelijk maken om op centrale plekken een computeruitdraai met een routebeschrijving te krijgen. Let wel op dat deze op een voor leken begrijpelijk manier wordt weergegeven.*

■ *Dit kan van belang zijn in grote gebouwen waar bijvoorbeeld de afstanden tussen beddenkamer en behandel- of onderzoeksruimte groot zijn.*

■ *Op dit punt is overleg nodig met organisaties die de belangen van de verschillende groepen behartigen.*

Afdeling Oriëntatie

g 7 Op welke wijze kunnen patiënten die vanuit de verpleegafdeling naar elders in het gebouw moeten (bijvoorbeeld behandel- of onderzoeksruimte) worden geïnformeerd waar ze moeten zijn en hoe lang ze onderweg zijn?

g 8 Voor bezoekers of patiënten die voor het eerst op een verpleegafdeling komen is het belangrijk dat ze makkelijk de weg kunnen vinden. Op welke wijze is er aandacht besteed aan een goede oriëntatie van bezoekers en patiënten?

g 9 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan een goede oriëntatie bij de sanitaire voorzieningen?

Patiëntenkamer/Behandelkamer Oriëntatie

g10 Op welke wijze wordt in patiëntenkamer en behandelkamer aandacht besteed aan mogelijkheden voor oriëntatie in plaats en tijd?

g11 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan een goede oriëntatie bij onderzoeks- en behandelruimten?

- *Patiënten weten soms niet hoe groot de afstand is tussen verpleegafdeling/eigen kamer en bijvoorbeeld de behandelruimte elders in het gebouw. Mensen die slecht mobiel zijn kunnen daardoor niet inschatten of ze de behandelruimte lopend kunnen bereiken of een hulpmiddel moeten gebruiken. Dit valt organisatorisch maar wellicht ook met maatregelen in het gebouw op te lossen (informatiezuil).*
- *De eenvoudigste oplossing is om de receptie van de afdelingen bij de entree van een afdeling te situeren. Denk daarbij ook aan maatregelen op de afdeling voor mensen met een visuele beperking (zie ook hiervoor: gebouwniveau).*
- *Het betreft de sanitaire voorzieningen die niet direct vanuit de eigen kamer te bereiken zijn. Vooral voor mensen die zich slecht kunnen oriënteren of een handicap hebben kan oriëntatiesteun nodig zijn. Denk aan: duidelijke situering ten opzichte van de kamer, bewegwijzering, verlichting gedurende de nacht.*
- *Uitzicht naar buiten maakt het mogelijk zich te oriënteren in plaats en tijd. Een blik naar buiten maakt duidelijk waar je je bevindt en of het dag, avond of nacht is. Vooral als patiënten verward en gedesoriënteerd zijn, bijvoorbeeld na een operatie, is het belangrijk dat ze kunnen zien waar ze zijn. Ook zicht hebben op eigen spullen biedt steun bij het zich kunnen oriënteren.*
- *Door een logische situering van en duidelijke pictogrammen bij onderzoeksruimten, toilet, kleedruimten en wachtruimten kunnen problemen met oriëntatie voorkomen worden.*

0 Sociaal contact

Meneer van Overschie ligt sinds vijf dagen in het ziekenhuis. Zijn vrouw heeft een drukke baan en haalt vanuit haar werk net elke avond het bezoekuur. Het is voor hen beiden een geweldige uitkomst dat ze dan, uiteraard tegen betaling, kan mee-eten. Zo kan ze wat langer bij haar man zijn. Na zijn operatie blijft ze straks bij hem op de kamer logeren, om in de buurt te zijn wanneer hij het moeilijk heeft.



4h Sociaal contact

Onder sociaal contact verstaan we de mogelijkheid om met andere mensen te kunnen samenzijn, naar andere mensen te kunnen kijken ofwel op een andere wijze met anderen te kunnen communiceren (telefoon, schrijven, e-mailen).

Contact kunnen onderhouden met anderen en vooral met dierbaren is een zeer essentiële voorwaarde voor herstel en welzijn. Uit onderzoek blijkt dat sociale steun leidt tot minder stress en een groter welbevinden (Frankowski Jones, 1996). Sociale steun kan daardoor een positieve invloed hebben op het genezingsproces. Bezoekers van de patiënt moeten zich dus welkom en op hun gemak kunnen voelen. Daarom is het belangrijk dat er voldoende en geschikte ruimte is om bij de patiënt te kunnen zijn. Ook iets te drinken krijgen, kunnen mee-eten en logeermogelijkheden dragen bij aan een gevoel van gastvrijheid.

Niet alle patiënten hebben even veel behoefte aan sociaal contact. Culturele verschillen zorgen voor een grote variatie in hoeveel, hoe lang en op welke wijze er bezoek gewenst is. Daarnaast hangt het van de persoonlijkheid en persoonlijke omstandigheden af of mensen graag alleen willen zijn of juist veel behoefte hebben aan anderen om zich heen. Dit uit zich ook in hun voorkeur voor een eenpersoons- of een meerpersoonskamer. Zo kan een patiënt die veel behoefte heeft aan sociale steun door familie en vrienden er om die reden de voorkeur aan geven alleen op een kamer te liggen. Als hij daar immers op ongeregelde tijden bezoek kan ontvangen zal deze patiënt wellicht minder behoefte hebben aan een -onbekende- medepatiënt dan iemand die weinig sociale steun van familie of vrienden te verwachten heeft.

Naast ondersteuning en begrip speelt ook afleiding een belangrijke rol bij stressreductie. Communicatie met de buitenwereld, zoals naar buiten kijken of naar muziek luisteren, zorgt voor een positieve afleiding en kan spanning en pijn helpen verminderen (Rubin, 1998). Contact met de buitenwereld helpt ook het dagelijks leven zoveel mogelijk in stand te houden. Het onderkennen van dit belang kan consequenties hebben op gebouwniveau. Het maken van ontmoetingsplekken in het gebouw en het 'binnenhalen' van publieke functies kan ertoe bijdragen dat het contact met de buitenwereld behouden blijft. Dat binnenhalen hoeft niet per se letterlijk te gebeuren. Ook door gebruik te maken van nieuwe technologische ontwikkelingen zoals het internet, kan het contact met de buitenwereld in stand blijven.

Sociaal contact kan conflicteren met:

- *behoefte aan rust van degenen waarmee de ruimte gedeeld wordt.*
- *sociale veiligheid, bijvoorbeeld bij het binnenhalen van publieke functies.*

Gebouw Sociaal contact

h 1 Op welke wijze wordt gewaarborgd dat het gebouw goed bereikbaar is?

h 2 Op welke wijze is er aandacht voor de mogelijkheid tot sociaal contact en communicatie als afleiding?

h 3 Op welke wijze wordt op gebouwniveau aandacht besteed aan het ontvangen van bezoek?

h 4 Op welke wijze is er aandacht voor het bieden van mogelijkheden voor sociale en geestelijke steun?

h 5 Op welke wijze wordt in het gebouw aandacht besteed aan communicatie tussen en met mensen met zintuiglijke en motorische beperkingen?

Afdeling Sociaal contact

h 6 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan goede voorzieningen voor bezoekers?

h 7 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan verschillen in behoeften tussen patiënten als het om bezoek gaat?

h 8 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan verschillende behoeften als het gaat om het al dan niet delen van een kamer met anderen?

h 9 Op welke wijze wordt er aandacht besteed aan de behoefte om persoonlijke gesprekken te kunnen voeren zonder anderen erbij?

h 10 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het vergroten van het sociaal contact tussen patiënt en verpleging zodanig dat privacy van patiënten (en van verpleging) gewaarborgd blijft?

- *Denk aan voldoende en toegankelijke parkeervoorzieningen, bereikbaarheid met eigen vervoer, bereikbaarheid met openbaar vervoer.*
- *Daarbij kan gedacht worden aan het 'binnenhalen' van publieke functies zoals winkels en restaurant. Denk ook aan de situering van het gebouw in de directe nabijheid van dergelijke voorzieningen.*
- *Denk bijvoorbeeld aan patiënten op een meerpersoonskamer die hun bezoek graag apart willen ontvangen. Een restaurant of café kan daarvoor ruimte, en eventueel privacy bieden, mits voldoende ruim opgezet om met eigen bezoek apart te zitten. Denk ook aan bezoektijden die samenvallen met etenstijden: kan bezoek mee-eten?*
- *Denk aan het maken van gebedsruimten, terugtrekruimten, gespreksruimten, het bieden van communicatiemogelijkheden via internet of telefoon.*
- *Daarbij kan de akoestiek een rol spelen (voor mensen met een auditieve handicap). Denk ook aan de inrichting en situering van bepaalde ontmoetingsplekken (kunnen mensen met een motorische handicap er zitten?).*
- *Denk aan voldoende en goede zitgelegenheid (rekening houdend met lichamelijk beperkingen: hoge stoelen in plaats van lage, voldoende ruimte voor mensen die gebruik maken van hulpmiddelen), aan de mogelijkheid om iets te drinken of eten, aan de mogelijkheid te kunnen blijven logeren.*
- *Denk aan de mogelijkheid een patiënt op door hem zelf gekozen tijden bezoek te laten ontvangen zonder anderen te storen. Als patiënten op meerpersoonskamers verblijven kan daar een aparte ruimte voor gemaakt worden of een zitje in een gang of nis.*
- *Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat met name mensen met ernstige aandoeningen vaker behoefte hebben aan twee- of vierpersoonskamers (een kamergenoot geeft afleiding en biedt veiligheid).*
- *Zie ook: 4b privacy.*
- *Als de verpleegpost centraal ligt ten opzichte van de patiëntenkamers vergroot dit de interactie en het sociaal contact tussen patiënten en verpleegkundigen. Extra aandacht is dan nodig voor het waarborgen van de privacy (zie ook: 4b privacy).*

h11 Op welke wijze wordt aandacht besteed aan het bieden van mogelijkheden tot sociaal contact tussen patiënten onderling en met de buitenwereld?

h12 Welke andere aspecten spelen een rol bij het bevorderen van sociaal contact/communicatie?

Patiëntenkamer/Behandelkamer Sociaal contact

h13 Op welke wijze is aandacht besteed aan maatregelen die het mogelijk maken om bezoek op de eigen kamer op een adequate manier te ontvangen?

h14 Op welke wijze wordt bevorderd dat relaties (partner, kinderen) regelmatig op bezoek kunnen komen?

Op welke wijze is aandacht besteed aan maatregelen om het contact met de buitenwereld in stand te houden? Daarbij spelen de volgende vragen:

h15 Welke mogelijkheden zijn er tot visueel contact?

h16 Welke mogelijkheden zijn er tot mondeling of schriftelijk contact?

h17 Op welke wijze is aandacht besteed aan het bieden van de mogelijkheid om te kiezen voor een meerpersoonskamer in verband met afleiding en sociaal contact?

Op welke wijze is aandacht besteed aan verschillende behoeften aan sociaal contact tijdens onderzoek en behandeling? De volgende vragen zijn daarbij relevant:

h18 Welke maatregelen zijn denkbaar voor patiënten die regelmatig langdurige behandelingen (bijvoorbeeld dialyse) ondergaan die geen visuele privacy behoeven?

h19 Welke maatregelen zijn denkbaar voor kinderen of angstige volwassenen die tijdens een behandeling graag een vertrouwd persoon in de buurt willen hebben?

h20 Welke maatregelen worden genomen in situaties waarin een patiënt noodgedwongen alleen in een ruimte moet verblijven (bestraling)?

h21 Aan welke andere aspecten m.b.t. sociaal contact en communicatie dient aandacht te worden besteed?

■ Denk bijvoorbeeld aan ontmoetingsruimten zoals dagverblijf, informele zitjes op de afdeling, balkon of terras om te zitten of liggen bij mooi weer (biedt ook contact met de buitenwereld).

■ Denk aan de vormgeving en afmeting van de kamer: er is voldoende ruimte nodig om bij de patiënt te kunnen zitten (bij een meerpersoonskamer zodanig dat elke patiënt voldoende ruimte heeft voor eigen bezoek of met bezoek naar een andere plek kan). Denk daarnaast aan de inrichting, zoals voldoende zitgelegenheid en de mogelijkheid om bezoek iets te eten of drinken aan te bieden.

■ Denk aan mogelijkheden om mee te kunnen eten en aan logeermogelijkheden.

■ Uitzicht naar buiten blijkt belangrijk te zijn voor het welbevinden, het biedt afleiding en houdt het contact met de buitenwereld in stand. Als het gaat om ramen waardoor patiënten bezoek kunnen zien komen of gaan, dienen deze ramen tweezijdig doorzicht te bieden.

■ Denk aan een telefoon bij het bed, mogelijkheden om te e-mailen of te schrijven. Denk voor patiënten die hun handen niet kunnen gebruiken aan nieuwe technieken zoals spraaksturing.

■ Voor hen kunnen afleiding (uitzicht naar buiten, muziek, kunst) en mogelijkheden tot communicatie belangrijk zijn.

■ Denk aan communicatiemogelijkheden met anderen in een aangrenzende ruimte via microfoon of beeldscherm.

5 Literatuuroverzicht

- Carpman, J., Grant, M.A., Simmons, D.A., Design that cares – Planning health facilities for patients and visitors, second edition, American Hospital Publishing Inc., 1993
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Bouwkundig-functionele maatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een algemene of standaard-verpleegafdeling van een algemeen ziekenhuis, Utrecht, 1995
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Bouwkundig-functionele maatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een operatie-afdeling in een algemeen ziekenhuis, Utrecht, 1995
- Department of Health and Social Security, Health buildings evaluation manual, DHSS, London, 1985
- Dilani, A., Design and care in hospital planning, Karolinska Institutet, Stockholm, 1999
- Frankowski Jones, B., Environments that support healing, in: IS Magazine, 1996
- Gelders Instituut voor Welzijn en Gezondheid, 'De achterban op de voorgrond'. Een onderzoek naar de mogelijkheden van mobilisatie en participatie van de achterban van een regionaal patiënten/consumenten platform, Patiënten / Consumenten Platform Zwolle, Zwolle, 1994
- Gifford, R., Environmental psychology. Principles and practice, Newton Massachusetts, 1987
- Goffman, E., Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates, Middlesex, 1961
- Van Hoorn, E., Identiteit en ruimte. Het patiëntenperspectief op bouwen in de zorg, STAGG, Utrecht, 1999 (ongepubliceerd)
- Kantowitz, M. e.a., Design evaluation of six primary care facilities for the purpose of informing future design decisions, The Center for Health Design, Martinez, 1993
- Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis, Goed Best Beter Checklist. Kwaliteit van zorg voor kinderen in algemene ziekenhuizen, Dordrecht, 1994
- McCuskey Shepley, M., Healthcare environments for children and their families, Association for the care of children's health, Dubuque Iowa, 1998
- Mens, N. en Tjihuis, A., De architectuur van het ziekenhuis. Transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland, Nai Uitgevers, Rotterdam, 1999
- Moos, R. & Lemke, S., Evaluating residential facilities: the multi-environmental assessment procedure, Sage, New York, 1996
- Nicolai, R., Typologie van gebouwen. Handleiding bij het ontwerpen van verpleeghuizen voor somatisch zieken, NZi + TU Delft, Utrecht, 1982
- Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie, De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief, NP/CF, Utrecht, 1995
- Plaisier, A.J., Bewoners praten mee over de bouw. Handreiking voor: verzorgingshuizen, voorzieningen voor gehandicaptenzorg, voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, NZi, Utrecht, 1999

- Prismant , Gebruik ziekenhuisvoorzieningen 1999, Prismant, Utrecht, 2000
- Quirk, M., Wapner, S., Environmental psychology and health, Environment and Behaviour, 1995, V. 27, no. 1, 90-99
- Rigo, Zorg voor Architectuur, mogelijkheden voor architectuur in de zorgsector. Amsterdam, 1998
- Rubin, Haya R., e.a., Status report: an investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes, The Center for Health Design, 1998
- Scher, P., Environmental design quality and health care, Arts for Health, Manchester, 1992
- Scher, P., Patient-focused architecture for health care, Arts for Health, the Manchester Metropolitan University, 1996
- STAGG, Zorgen voor morgen, ontwerpen voor de gezondheidszorg, Amsterdam, 1997
- Stichting Bouwresearch, Bouwstenen voor het PvE. Hulpmiddel voor het samenstellen van programma's van eisen voor niet tot bewoning bestemde gebouwen, SBR, Rotterdam, 1998
- Stichting Toekomstscenario's gezondheidszorg, Jaarverslag 1997, Amsterdam, 1998
- Ulrich, R., Research on healthcare building design and medical outcomes, in: HCHD'97, Trondheim, 1997
- Visser, A.P., De beleving van het verblijf in het algemene ziekenhuis, proefschrift, Amsterdam, 1984
- Voordt, D.J.M. van der, e.a., Ouderen in ziekenhuizen. Problemen en oplossingen voor bouw en inrichting, STAGG, Amsterdam, 1994
- Wijk, M., i.s.m. van Ditmarsch, M., Consumentuitgave toegankelijkheid, Elsevier bedrijfsinformatie b.v., Doetinchem, 1999

Bijlage I

Leden begeleidingscommissie

- Mevr. Drs. I. van Bennekom,
directeur Nederlandse Patiënten / Consumenten Federatie te Utrecht
- Mevr. J. Noorlander,
senior-adviseur Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie te Woerden
- J. Thie,
adviseur KITZ te Groningen
- Ir. L. Wessels,
hoofd afdeling bouwzaken College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen te Utrecht
- Prof. Ir. M. Wijk,
hoogleraar Technische Universiteit Delft te Delft

Bijlage II

Interviews en bezoeken:

Er hebben interviews plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de cliëntenraden van:

- Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen
- Sint Maartenskliniek te Nijmegen
- Ignatius Ziekenhuis te Breda
- Maasziekenhuis te Boxmeer

Er zijn bezoeken gebracht aan en gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van:

- Medisch Centrum Molendaal te Baarn
- Universitair Medisch Centrum Sint Radboud te Nijmegen
- Ignatius Ziekenhuis te Breda
- Ziekenhuis Sint Jansdal te Harderwijk

De concept-versie van het instrument is van commentaar voorzien door:

- Prof. Dr. A. F. Casparie, voorzitter STAGG
- G. de Haan, voorzitter cliëntenraad Isala Klinieken
- Drs. H. Jacobs, arts, Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Leeuwarden
- J. Noorlander, senior-adviseur NIGZ
- Drs. W. Smeenk, recentelijk patiënt Isala Klinieken
- Ir. J. Spek, architect
- Th. Zijlstra, projectleider signalering, Patiënten/Consumenten Platform Leeuwarden

Inhoudsopgave

	Voorwoord	1
1	Inleiding	2
2	Ontwikkeling van het instrument	3
2.1	Doelstelling en doelgroepen van het instrument	3
2.2	Toepassingsmogelijkheden	4
3	Bouwen vanuit patiëntenperspectief	5
3.1	Achtergronden	5
3.2	Relatie patiënt en fysieke omgeving	6
4	Thema's en aandachtspunten voor bouw en inrichting	8
4a	Autonomie	11
	Gebouw	14
	Afdeling	14
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	16
4b	Privacy	19
	Gebouw	22
	Afdeling	22
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	26
4c	Keuzevrijheid	29
	Gebouw	32
	Afdeling	32
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	34
4d	Zelfredzaamheid	37
	Gebouw	40
	Afdeling	40
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	42
4e	Territorium	45
	Gebouw	48
	Afdeling	48
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	48
4f	Veiligheid	51
	Gebouw	54
	Afdeling	54
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	56
4g	Oriëntatie	61
	Gebouw	64
	Afdeling	66
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	66
4h	Sociaal contact	69
	Gebouw	72
	Afdeling	72
	Patiëntenkamer/Behandelkamer	74
5	Literatuuroverzicht	77
	Bijlage I	79
	Bijlage II	80