

MASTERPROEF

INTERIEURARCHITECTUUR

“Hoe kan het interieur van een palliatieve zorg eraan bijdragen dat de situatie voor de patiënt, de familie (en het zorgteam), draaglijk kan worden?”

PUBLIEKE RUIMTE & FASCINATIE

Docenten Karel Deckers, Bart Lens, Roel De Ridder

Student Anouk Beselaere

KU Leuven, Faculteit Architectuur (Gent)

Academiejaar 2017 – 2018

1. Inleiding	1
1.1. Fascinatie, publieke ruimte en onderzoeksvraag	1
2. Palliatieve zorgcultuur	2
2.1. Definitie	2
2.2. Ontstaan	2
2.3. Structuur in Vlaanderen	2
2.4. Een taboe	3
3. Observerende en antropologische blik	3
3.1. Ethische commissie	4
3.2. Observerende blik: kijkstage	4
3.2.1. Kritiek op de ziekenhuiskamer	5
3.3. Antropologische blik: interviews	5
3.3.1. Dromen mag: de zee als ideaalbeeld	6
3.3.2. Doctoraatsonderzoek	7
4. Het ontwerp deel 1: dromen	8
4.1. Het idee	8
4.2. Het ontwerp: deel 1	9
4.2.1. Panamarenko	11
5. De gemoedstoestand kan de laatste levensfase (positief) beïnvloeden	12
5.1. Doorheen de tijd	13
5.1.1. Wim Goes	13
5.2. Healing Environment	13
5.2.1. Ruiken en zien: het positief effect van bloemen	14
5.2.2. Voelen: het positief effect van breien	14
5.2.3. Horen: het positief effect van muziek	16
6. Het finaal ontwerp: een dromerige realiteit	17
6.1. Voorzieningen in een palliatieve kamer	17
7. Besluit	21
8. Bibliografie	23
9. Bijlagen	26

“ Mamietje,

...

Jou zien liggen in het ziekenhuis was confronterend. Stil en onbewogen. Dit in tegenstelling met hoe wij jou altijd gekend hebben. Een ‘spring-in-’t-veld’, die niet kon zwijgen en stilzitten.

Maar toch, het laatste contact met jou was een kneep in mijn hand, tot het laatste moment toonde je een gevoel van sterkte.

Een knipoog hier, een knipoog daar, om ons toch maar gerust te stellen dat je niet ging opgeven.

....

Slaapzacht lieve oma! ”

(Anouk Beselaere, 4 februari 2017)

1. Inleiding

1.1. Fascinatie, publieke ruimte en onderzoeksvraag

Mijn familie, **mijn oma**. Mijn fascinatie.

Het besef dat een dierbaar persoon niet meer zal genezen en zijn einde stilaan nadert, is moeilijk te aanvaarden.

“Wat? Hoe? Waarom? Wanneer? En vooral, waar?”

Oneindig veel vragen die onbeantwoord blijven, net alsof de tijd voor heel even stilstaat. Het is de realiteit en een deel van het leven. Op zo'n moment kan er gekozen worden voor een **palliatieve zorg**.

Bovenstaande fascinatie en publieke ruimte leiden tot de volgende onderzoeksvraag:

“Hoe kan het interieur in de palliatieve zorg eraan bijdragen dat de situatie voor de patiënt, de familie (en het zorgteam), draaglijk kan worden?”

Draaglijker in de zin van, de situatie *verlichtend* maken voor de betrokken partijen. De mentale pijn die op zo'n moment aanwezig is *verzachten*.

Vanuit de hoofdvraag stel ik mijzelf bijkomende vragen:

“Kan het interieur in deze omstandigheid voor een positief effect zorgen?”

“Zou het een verschil uitmaken op de gemoedstoestand van de patiënt, indien het interieur van de ruimte op een andere manier ingericht wordt?”

De paper structureert zich op die manier, waarbij de onderzoeksvraag de leidraad vormt.

Vooraleer ik hier een antwoord op kan worden formuleren, verdiept dit onderzoek zich eerst en vooral in het begrip **palliatieve zorg**. Vervolgens wordt het onderzoek uitgelegd waarbij de palliatieve zorg zich toe spitst op twee pijlers.

De eerste pijler focust zich op de **palliatieve ziekenhuiskamer**. Vanuit een kritiek die ontstaat op deze ruimte wordt vervolgens een sprong gemaakt naar een **eigen ontworpen ruimte** dat ingezet kan worden tijdens de laatste levensfase, op een **plek naar keuze**. Dit vormt de tweede pijler van het onderzoek. Er wordt met andere woorden afstand genomen van een standaard ziekenhuiskamer. In beide delen worden de toegepaste methodieken in kaart gebracht en gelinkt aan referentieprojecten.

Vanuit het volledig onderzoek wordt uiteindelijk geconcludeerd dat er op de **gemoedstoestand** van de gebruikers ingespeeld dient te worden om de situatie draaglijker te maken. De zintuigen laten prikkelen op een positieve manier aan de hand van diverse ingrepen in de ruimte.

2. Palliatieve zorgcultuur

2.1. Definitie

De behandelingen in de palliatieve zorg zijn gericht op het bestrijden van de pijn. Het biedt de patiënt en de familie een maximaal comfort aan. Alles wordt in het werk gesteld om de laatste maanden, weken of dagen zo comfortabel mogelijk te maken. Palliatieve zorg gaat veel meer over leven, dan over sterven. Het is geen doel op zich maar wel een middel waar mensen in de resterende periode het leven kunnen leiden dat zij wensen. De zorg kan zowel aangeboden worden in een ziekenhuis, een rusthuis of gewoon thuis. (Spijker & Laarman, 2000).

Wat betekent palliatieve zorg eigenlijk voor mensen die in dit werkgebied staan? Uit interviews zijn volgende zaken aangehaald. (Verder in het onderzoek wordt dieper ingespeeld op de methode *interview*).

“Een patiënt en zijn of haar familie bijstaan bij het naderen van het levenseinde.”

“Op een comfortabele en pijnloze manier afscheid nemen en ondersteund worden.”

“Comfort aanbieden, daar waar de geneeskundetherapie niet voor staat.”

“Patiënten op een mooie manier naar de hemel leiden. Hun laatste reis begeleiden.”

(zorgteam palliatieve afdeling, maart 2018, AZ Sint-Jan ziekenhuis te Brugge)

2.2. Ontstaan

De palliatieve zorgcultuur is ontstaan in de jaren '50 en '60 in Engeland, en was een reactie tegen de Engelse ziekenhuizen. Er heerste een grote onrust over de manier waarop met stervende mensen werd omgegaan. De 'Hospice Movement' kwam zo tot stand waaruit residentiële eenheden uit voortgevloeid zijn. Er werd opvang aangeboden voor mensen in hun laatste levensfase. Ook familie en vrienden konden er terecht. Uiteindelijk werd in 1967 het eerste centrum opgericht voor palliatieve zorg. Dit centrum lag in Londen en werd gesticht door Cicely Saunders.

Canada, Frankrijk, Zwitserland en België volgden op hun beurt het voorbeeld van Engeland op. (Huysmans, 2015).

2.3. Structuur in Vlaanderen

Na het ontstaan van de palliatieve zorg in Engeland maakt Dokter Gert Huysmans in zijn boek, de sprong naar het prille begin van de palliatieve zorg in Vlaanderen. (Huysmans, 2015).

“De federatie palliatieve Zorg Vlaanderen is in 1990 opgericht. Vijf jaar later richtte de overheid vijftien Vlaamse netwerken op. In het begin was palliatieve zorg vooral voor kankerpatiënten van toepassing, maar nu richt men zich tot iedereen met een beperkte levensverwachting. Bovendien is er ook meer aandacht voor kinderen, voor psychiatrische patiënten en voor mensen uit verschillende culturen.”
(Huysmans)

Elk ziekenhuis in Vlaanderen moet over een functie 'palliatieve zorg' beschikken (ook wel 'palliatief suport team' genoemd). Deze zorg kan bestaan uit voltijdse of deeltijdse palliatieve personeelsleden, naargelang de grootte van het ziekenhuis. Zij moeten permanent beschikbaar zijn. (Menten & Van Orshoven, 2004).

Voor dit onderzoek is het support team van het AZ Sint-Jan ziekenhuis in Brugge aangesproken geweest. Dit team bestaat uit een groep van vijf leden: 2 dokters en 3 verpleegsters. (Verder in het onderzoek wordt dit concreter aangehaald).

2.4. Een taboe

Waarom is praten over de dood in Vlaanderen nog steeds zo'n taboe?

Iedereen zal er vroeg of laat mee geconfronteerd worden, of we het nu willen of niet. Het hoort bij de cyclus van het leven. We zijn allemaal *geboren* en we zullen allemaal *sterven*.

Het is eigenaardig te begrijpen dat de zekerheid hierover, moeilijk bespreekbaar is. ook de leeftijd speelt een belangrijke rol om te (willen) praten over de dood. (Morbé & Van Liedekerke, 2002).

Dat dit thema moeilijk bespreekbaar is, is een problematiek die in onze Westerse cultuur heerst. Palliatieve zorg wordt in de doofpot gestopt en blijft zo op de achtergrond bestaan. (Béliveau & Gingras, 2010).

Er zijn culturen waar de dood wél een deel is van het alledaagse leven. Dit is het geval in Mexico. Mexicanen groeien op met het idee dat de dood bij het leven hoort en niet eng is. Het is een aangeleerd gedrag. Zij geloven dat de dood een overgang is naar een beter leven. Er is bovendien een eeuwenoude traditie in Mexico, dat ieder jaar op 1 en 2 november plaatsvindt.

Ze geloven dat op die dagen, de doden voor een korte tijd uit het graf tevoorschijn komen om zo feest te kunnen vieren met iedereen die nog leeft. Deze feestdag beschouwen de Mexicanen als het belangrijkste volksfeest van hun land. (Motessori, 1999).

Om mijn onderzoek te kaderen kan de eerste methode die is toegepast aansluiten bij het idee dat het onderwerp *sterven*, bespreekbaar moet worden. Het vormt zo de aanzet naar de eerste pijler in het onderzoek.

3. Observerende en antropologische blik

Het eerste deel van het onderzoek legt haar focus op de palliatieve ziekenhuiskamer. Het AZ Sint-Jan ziekenhuis in Brugge komt als onderzoeksveld naar voor. Concreter betekend dit: die ene kamer waar mijn oma overleden is.

Praten met patiënten, familieleden en het zorgteam zijn een belangrijk instrument geweest in de beginfase van het onderzoek.

Ik vind het belangrijk als toekomstige interieurarchitect om te begrijpen hoe de gebruikers een ziekenhuiskamer beleven. Volgende deelvragen kwamen in deze fase van het onderzoek tot stand:

“Hoe zien patiënten hun laatste ruimte voor zich?”

“Willen zij hun laatste dagen wel in een ziekenhuis doorbrengen?”

“Wat is ons droombeeld over de laatste plek in ons leven?”

“Kan er misschien een plek voorzien worden specifiek voor de laatste levensfase?”

3.1. Ethische commissie

Om op bovenstaande vragen een antwoord te formuleren en gesprekken te kunnen uitvoeren, is het verplicht een dossier voor te leggen aan de commissie voor ethiek. Hiervoor dient een onderzoeksprotocol te worden opgesteld dat volgende zaken aankaart en bespreekt. *(Voor dit onderzoek is de commissie van het AZ Sint-Jan ziekenhuis het aanspreekpunt geweest.)*

- 1) *Wat is de opzet en motivatie van het onderzoek?*
- 2) *Wat is de onderzoeksvraag en methodologie die toegepast zal worden om op de vooropgestelde vraagstelling een antwoord te kunnen geven?*
- 3) *Een geïnformeerd toestemmingsformulier. (een formulier dat aan de gewenste partijen voorgelegd wordt. Na hun goedkeuring dient dit document ondertekend te worden.)*
- 4) *Handtekening van een hoofdarts die het document al dan niet goedkeurt.*

Na een positief antwoord werden gesprekken uitgevoerd en geleidelijk aan ontstond een betere kijk op de palliatieve ziekenhuiskamer. (zie bijlage 1: 'Onderzoeksprotocol').

3.2. Observerende blik: kijkstage

Mijn waarnemingen van de kijkstage vertel ik graag vanuit een persoonlijke ervaring.

Een hoofdverantwoordelijke van de palliatieve afdeling van het AZ Sint-Jan, heeft mij enkele dagen begeleid op de palliatieve afdeling (maart, april 2018). In deze periode ontwikkelde ik een inzicht vanuit een andere invalshoek. Ik werd bewuster van de zorg, het emotionele aspect dat er voor het zorgteam bij komt kijken en het allerbelangrijkste, hoe de ruimte beleefd wordt. Zowel door de patiënt, de familie als het zorgteam. Luisteren en kijken wat er om mij heen afspeelde. Zo ben ik veel te weten gekomen waar het onderzoek in latere stadia, verder heeft op ingespeeld.

De eerste ontmoeting met de hoofdverantwoordelijke, was in de inkomhal van het ziekenhuis.



(afbeelding 1: inkomhal AZ Sint-Jan ziekenhuis: Brugge, bron: www.sigma.be)

Je komt er terecht in een prachtig 'natuurlandschap'. De zee, het strand, de rust. Het gevoel dat je in een ziekenhuis aanwezig bent, wordt voor heel even uitgeschakeld. Er wordt een hemelse omgeving gecreëerd. De inrichting draagt zo bij aan de genezing of revalidatie van patiënten. Mijn eerste indruk was positief.

3.2.1. Kritiek op de ziekenhuiskamer

Naarmate we de kamers op de palliatieve afdeling binnenkwamen veranderde dit gevoel, in de negatieve zin dan wel.

Vanaf dit moment in het onderzoek, is een kritiek ontstaan op de palliatieve ziekenhuiskamer. Hoe kan je nu op een degelijke manier afscheid nemen als je voortdurend geconfronteerd wordt met de harde realiteit? De appartatuur, de kamer waar de zoveelste patiënt gestorven is... Waarom krijgt de kamer geen persoonlijke sfeer? Er zijn zoveel ontwerpers met goede ideeën en waarom is er dan nog altijd geen plaats voorzien om op een unieke plaats de laatste levensfase in te gaan waarbij men voor heel even de ziekenhuissfeer achterwege kan laten? Zoveel vragen.

Ik heb opgemerkt dat er heel wat elementen in de ruimte overbodig zijn en al zeker en vast niet tot de essentie bijdragen. Het zorgt ervoor dat de zo vaak gebruikte zin, 'het is een ziekenhuiskamer hé', in onze gedachten blijft spelen. We aanvaarden de ruimte omdat we niet anders gewoon zijn.

De grauwe muren, een plafond zonder beleving en triestige gordijnen versterken de koele en negatieve sfeer die er binnenin heerst. De kamers worden om de zoveel tijd ingevuld door nieuwe patiënten met nieuwe persoonlijkheden en dus ook nieuwe gevoelens. Één publieke ruimte: een ziekenhuis, die voortdurend in wisselwerking staat met private gebeurtenissen, in tal van ziekenhuiskamers.

De conclusie van de kijkstage resulteerde in één overduidelijk gevoel: de laatste levensfase moet op een andere manier ervaren worden. Dit persoonlijk gevoel werd bevestigd vanuit de daaropvolgende gesprekken met patiënten, familie en het zorgteam.

3.3. Antropologische blik: interviews

Gedurende de periode van 12 maart 2018 tot 9 april 2018, zijn gesprekken uitgevoerd tussen patiënten, familieleden en het zorgteam. De drijfveer van het onderzoek werd voordien door de hoofdverantwoordelijke aan de bevestigende groepen meegedeeld.

De drie partijen kregen dezelfde vragenlijst te horen die op voorhand reeds werd opgesteld.

De kijk van de verpleging op de kamer wordt vaak anders ervaren dan hoe patiënten en familieleden de kamers beleven. Bij deze eerste partij is het vooral belangrijk om een kamer te hebben die functioneel en mobiel is. Patiënten moeten elkaar snel kunnen opvolgen.

Bij de patiënt en de familie ligt de nadruk meer op het esthetische aspect en het ruimtegebruik. Daarom kregen de mensen van het zorgteam bijkomende vragen die meer praktisch gericht waren.

De gesprekken zijn op verschillende tijdspanningen afgenomen en werd steeds individueel uitgevoerd. Vervolgens zijn deze digitaal verwerkt waarbij de privacy van de geïnterviewde gerespecteerd werd. Hieronder zijn enkele resultaten weergegeven. (Het volledige verslag is in bijlage 2 terug te vinden: 'Interviewverslagen')

- o *"Ik zit altijd neer op een stoel. De kindjes zitten graag op de vensterbank zodat ze ook naar buiten kunnen kijken."* (familie)
- o *"Fysiek contact met de stervende is heel belangrijk. Een aanraking troost en zegt meer dan 1000 woorden..."* (zorgteam)
- o *"Ik zou graag nog eens naar de zee willen gaan."* (patiënt)
- o *"Het bed zou ik zeker aanpakken in de ruimte."* (zorgteam)
- o *"De zetels nodigen niet uit om te zitten. Ze zijn te hard en niet huiselijk."* (zorgteam)
- o *"Er moet plaats zijn om rustig te kunnen praten ipv. houterig naast het bed te staan. Vaak ga ik op het bed zitten."* (zorgteam)
- o *"Als ik alleen ben in mijn kamer kijk ik altijd naar buiten. (patiënt)*

Uit de interviews merk ik op, dat in de laatste fase van het leven belang gehecht wordt aan de inrichting van de ruimte, maar dat de gebruikers het niet als hun grootste zorg beschouwen. In eerste instantie gaat het erom de emotionele en fysieke pijn te verzachten.

Op de vraag *'Welke elementen zijn in de kamer essentieel?'*, kwam het 'bed' en een 'mooi uitzicht', meermaals als resultaat naar boven.

Op de vraag *'Waar zou je nog een laatste keer naartoe willen gaan?'*, werd er volmondig *'de zee'*, geantwoord.

In de daarop volgende vragen, merkte ik al snel op dat de meeste antwoorden vanuit een droombeeld kwamen. Dit is haast niet te vergelijken met de huidige ziekenhuiskamers. Ik merk een strijd tussen de realiteit van de inrichting van de huidige ziekenhuiskamer, en de dromen van de gebruikers.

3.3.1. Dromen mag: de zee als ideaalbeeld

Onderstaand experiment is gebaseerd op het droombeeld die vele gebruikers aangehaald hebben: *"Voor ik ga sterven zou ik graag nog eens naar de zee willen gaan"*



(afbeelding 2 en 3: strand Heist, bron: eigen archief)

Wat als je vanuit het raam in een ziekenhuiskamer zicht hebt op de zee? Gewoon kijken naar de zee. Zou dit de situatie al draaglijker kunnen maken? Om het droombeeld van de gebruikers te ervaren is het bed dus naar de zee gebracht.

Eenmaal op de locatie stelde ik mijzelf de volgende vragen:

Welke sfeer ervaar ik hier? Waarom gaan mensen zo graag naar de zee? Hoe kan ik dit gevoel overbrengen in een ziekenhuiskamer?

Voor de meeste mensen werkt de zee kalmerend. Ze kunnen hier beter de gedachten op een rijtje zetten. We worden aangetrokken door het open gevoel dat de zee ons biedt. De eenvoud van het zeelandschap werkt ontspannend en er heerst een mix van geluiden: de golven, krijsende meeuwen, kinderen, de suizende wind... (Seys, 2014).

3.3.2. Doctoraatsonderzoek

De informatie uit de kijkstage en de interviews worden in kaart gebracht met een doctoraatsonderzoek dat een gelijkaardig thema analyseert. Ik stel mijzelf hierbij de volgende vragen:

“Hoe is dit onderzoek verlopen?”, “Welke resultaten heeft het onderzoek opgeleverd?”, “Zijn er gelijkenissen en of verschillen met mijn onderzoek?”.

Onder andere KU Leuven docenten Margo Annemans en Ann Heylighen zijn een wetenschappelijk onderzoek gestart over de architectuur van gebouwen in de ouderenzorg en hoe daarvoor ontwerpend onderzoek kan gebeuren.

Zij stelden zichzelf de volgende onderzoeksvraag op: *“Hoe kan de gebouwde omgeving een invloed hebben op de patiënten en mensen sneller laten genezen?”.*

Ze zoeken ervaringen van patiënten op die een lange tijd in een ziekenhuiskamer hebben verbleven. Hun onderzoek speelt zich niet af op de palliatieve afdeling, maar op de spoedafdeling. Dat is een verschil. Het gaat wel om hetzelfde idee: *hoe wordt een ziekenhuiskamer ervaren door gebruikers?*

Net zoals mijn onderzoek, wordt dit doctoraat onderbouwd door interviews. Verschillend met mijn onderzoek is, dat zij zich enkel hebben toegespitst op de ervaring van de patiënten en niet van de familie en het zorgteam.

Het punt waarop het gebouw en de inrichting belangrijk begint te worden verschilt van persoon tot persoon. Naast de inrichting van de kamer, haalt het doctoraatsonderzoek ook aan dat netheid een belangrijke zorg is voor de patiënt. Zij hebben de tijd om rond zich te kijken, in tegenstelling met de tijd die de familie en het zorgteam daaraan besteed. Hun grootste focus wordt gelegd op de patiënt. (Annemans, 2017).

Daarnaast leert het doctoraatsonderzoek mij bij, dat patiënten de functie van een wachtkamer, *het wachten*, vergelijken met de ervaring die zij hebben als ze in een ziekenhuiskamer liggen. Ook hier weten patiënten nooit wanneer, wat of wie ze kunnen verwachten. Het wachten is voor hen onaangenaam vanwege een gebrek aan informatie.

Een verschil met mijn onderzoek is, dat Margo Annemans de sfeer van een ziekenhuis heeft bekeken vanuit een ziekenhuisbed. Ze liet zich rondrijden met een camera op haar hoofd. “*Als architecten begrijpen hoe patiënten de ruimte in een ziekenhuis beleven, dan kan dat hun ontwerp positief beïnvloeden*”. Toch kan ik dit linken met het experiment die ik met het bed aan de zee heb uitgevoerd. Het is een belangrijke methode geweest want in de leefwereld van de patiënt, staat het bed centraal. Het perspectief van iemand die het grootste gedeelte van de dag hier in zijn of haar bed doorbrengt, ziet een ziekenhuis helemaal anders dan bijvoorbeeld de familie en het zorgteam. Naast het slapen en rusten in het bed, worden hier ook alle bijkomende activiteiten zoals eten en sociale contacten houden, beleefd. Daarnaast worden ze met hun bed, doorheen het gebouw gereden.

4. Het ontwerp 1: dromen

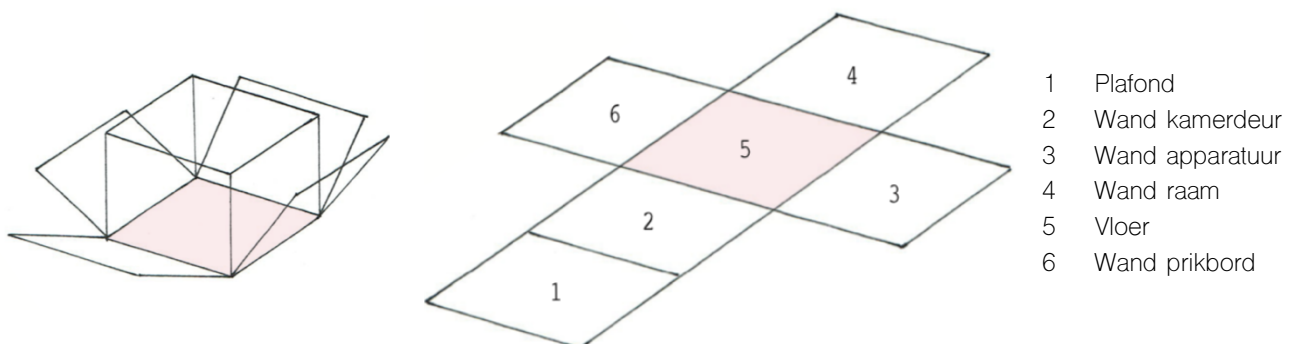
Door de kijkstage en interviews heb ik opgemerkt dat het ontmoeten met de ander, als een belangrijk aspect wordt beschouwd. Gewoon samen zijn op een aangename plek. Zo is een ontmoetingsplaats als functie naar voor gekomen. Startend van een *idee* dat resulteerde in een *ontwerp* en vervolgens op *ware grootte* werd uitgevoerd.

4.1. Het idee

De structuur en de oppervlakte van de bestaande kamer zijn behouden en de elementen in de kamer worden geëlimineerd. Met een dromerige attitude die deels door de interviews tot stand zijn gekomen, krijgt de kamer een nieuwe invulling.

Er is gezocht om de kamer op een andere manier te benaderen en in te delen. De vloer, de vier wanden en het plafond zijn verschillende vlakken die elk hun specifieke functie in de kamer hebben. Ik vind dat deze vlakken te weinig met elkaar in relatie staan. Wat als alle vlakken nu eens met elkaar geconnecteerd staan zodat de ruimte als één geheel ervaren wordt? Onderstaande afbeelding verduidelijkt hoe de kamer op een andere manier benaderd wordt.

(afbeelding 4, 5 en 6: eigen archief)



Hoe kunnen deze vlakken met elkaar in relatie staan, zodoende dat het een antwoord kan bieden op de onderzoeksvraag. Een ontmoetingsplaats waarbij de patiënt, de familie en eventueel ook het zorgteam, kan samenkomen? Ik stelde mijzelf de volgende vragen op:

“Waarom staat de familie altijd naast de patiënt?”

“Wat als zij een laatste keer de patiënt een knuffel willen geven?”

“Samen huilen, lachen en rusten in éénzelfde ruimte. Gewoon samen zijn met een materiaal waar je omringd door wil zijn.”

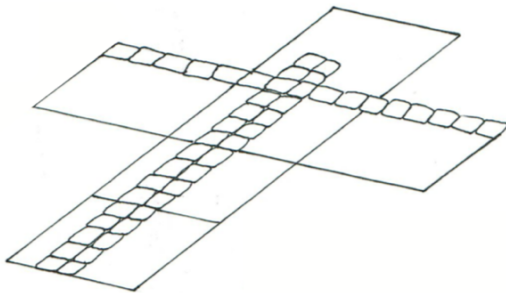
Het materiaal. Een zo belangrijk aspect dat voor heel veel of net geen sfeer kan zorgen. Het stond al lang vast in het onderzoek dat het bed het centraal hart vormt van de kamer.

Het kussen is – naast de matras – een belangrijk element van het bed. Het maakt het slapen aangenamer, zorgt voor rust, het is zacht en het nodigt uit tot zitten of liggen. Bovendien kan je er heel wat emoties in uiten. Het kussen vasthouden of zelf wegslijten als je angstig of boos bent. Het heeft meer betekenis dan enkel en alleen het aanbieden van comfort.

4.2. Het ontwerp deel 1

Het idee van de ruimte te voorzien met kussens, leunt aan bij een utopisch ontwerp waarbij de realiteit ver zoek is. Maar om een antwoord te formuleren op de vraag *“Op welke plaats zou jij je laatste levensfase willen eravere?”*, is het vanzelfsprekend dat je hierover moet nadenken en dus kan dromen en fantaseren.

De kussens worden in alle vlakken van de ruimte geïntegreerd en vervolgens weer met elkaar verenigd tot één gesloten volume. (afbeelding 7 – 12 : eigen archief).



Dit ontwerp is op ware grootte gerealiseerd door middel van een houten constructie. Het draagt de functie van een ontmoetingsplaats met zich mee waarbij de gebruiker(s) kan zitten, liggen en staan. Het idee van deze constructie was, om het in een polyvalente ruimte in het ziekenhuis te plaatsen. Even weg zijn van de ziekenhuiskamer en kunnen wegdromen op een plek dat uitnodigt tot praten, tot het samen zijn, tot dromen. Ik kijk met een kritische blik terug op dit werk, en stel mijzelf de vraag of dit ontwerp niet beter afgetoets kan worden met de realiteit. Zou dit ontwerp zich kunnen integreren in de huidige ziekenhuiskamer?



4.2.1. Panamarenko

De manier waarop dit ontwerp in het eerste deel van het onderzoek vorm heeft gekregen, link ik met de werkwijze van de conceptuele kunstenaar Panamarenko. In beide gevallen krijgen de ideeën via speelse en dromerige schetsen vorm. Een dromerig pad wordt bewandeld met de overtuiging dat het ontwerp echt kan werken. Waar ligt de grens tussen de realiteit en het dromen? Onderstaande illustratie verduidelijkt deze gelijkenis.



In 2003 ontwerpt Panamarenko een watertuig dat de naam *Donnariet* krijgt. Het is een duikboot met twee zitplaatsen die net zoals een waterfiets wordt aangedreven. Aan de hand van een simpele schets brengt hij zijn idee tot uiting op ware grootte.

(afbeelding 13 en 14 ontwerp Panamarenko: *Donnariet*, 2003, bron: www.artpartou.be)



Panamarenko laat bewust in het midden of de technologische experimenten die hij ontwerpt ook echt kunnen werken. Hij is beroemd geworden door het ontwerpen én uitvoeren van variaties op imaginaire transportvoertuigen. Het al dan niet realiseren of doen werken van een ontwerp, is een gemeenschappelijk aspect die zowel in de werken van Panamarenko als in het eerste deel van dit onderzoek terugkomen. Het doel van de kunstenaar is uiteraard om de

machines die hij realiseert, te laten werken omdat hij er ook zoveel tijd in steekt. Langs de andere kant is het resultaat niet het belangrijkste. Hij vindt de ervaring van het maken minstens even belangrijk. Zijn werken worden mooier en origineler voorgesteld dan de voertuigen die in het dagelijkse leven bestaan. Hij wil een boodschap nalaten in de maatschappij, en leert de mensen dat een voorwerp niet enkel een functionele waarde heeft maar ook een betekenisvolle. De weg waarop een object tot stand is gekomen, is vaak interessanter dan het eindresultaat en het gebruik ervan. (Panamarenko, 2003).

Ook het droombeeld wordt in het tweede deel van het onderzoek zeker en vast behouden. Daar waar het eerste deel de focus legt op enkel het dromen, wordt in het tweede stadium van het onderzoek de confrontatie aangegaan met de realiteit.

Wat heeft een patiënt nodig in zijn laatste levensfase en hoe kunnen we dit samenbrengen met een utopisch ontwerp?

Het tweede deel van het onderzoek zijn op de volgende bladzijden te lezen.

5. De gemoedstoestand kan de laatste levensfase (positief) beïnvloeden

Een ziekenhuis(kamer) wordt over het algemeen als een onaangename ruimte ervaren. Algemeen associëren wij een ziekenhuis(kamer) met een onaangenaam gevoel: *een huis vol zieken, pijn en ellende, angst en verdriet*. Het is dan ook belangrijk dat een ziekenhuis in elke fase van het zorgproces inspeelt op deze emoties en gedachten. (Kwailiteit in zorg, 2013).

Vanuit de negatieve gevoelens heb ik afstand genomen van de palliatieve ziekenhuiskamer. Het lijkt mij niet evident om de vooroordelen van de gebruikers te kunnen uitschakelen.

Om een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag, merk ik op dat de **gemoedstoestand** van de gebruikers een belangrijke rol speelt. Het zorgvuldig inspelen op de emoties kan de patiëntentevredenheid verhogen. (Kwailiteit in zorg, 2013).

*“Hoe kan het interieur in de palliatieve zorg ervoor bijdragen dat de situatie voor de patiënt, de familie (en het zorgteam), **draaglijker** kan worden?”*

Draaglijk. De mentale pijn tracht ik te verzachten aan de hand van interieur. Ik verwijst naar het begrip *healing environment*. Een omgeving creëren die zich richt op het welzijn van patiënten, familie en werknemers om zo stress te verminderen. (Mens en Wagenaar, 2009). Doorheen het onderzoek wordt dit begrip verder besproken.

Ik wil ervoor zorgen dat gebruikers positieve prikkels ervaren, in tegenstelling tot de prikkels die in de huidige ziekenhuiskamers aanwezig zijn. Dit argument wordt bevestigd in een onderzoek dat patiënten met een chronische ziekte een nieuwe plek willen geven. Dit onderzoek wordt onderbouwd door de gedachte- en gevoelswereld van patiënten en welke aspecten zij belangrijk vinden in een ziekenhuiskamer.

“Zorg dat de positieve gevoelens van de patiënt versterkt worden” (Mens en Wagenaar, 2009).

Verder in het referentieonderzoek, wordt aangehaald dat een patiënt vaak gespannen is wat kan leiden tot stress. Rust neemt daarbij een deel van de angst weg. Maar een patiënt ervaart veel negatieve emoties in een ziekenhuis.

Zeker in een palliatieve fase vind ik het belangrijk om de patiënt tot het laatste moment alles te kunnen geven dat hij of zij wenst, en dit vanuit positieve gevoelens.

Tenslotte haalt het gelijkaardig onderzoek aan dat de **zintuigen** een belangrijk input zijn voor de vorming van de beleving van een ziekenhuiskamer. Door op de zintuigen in te spelen, kan ervoor gezorgd worden dat patiënten in een positieve gemoedstoestand terechtkomen.

5.1. Doorheen de tijd

Het besef dat het einde nadert, het positief terugblikken naar het leven, het afscheid nemen, de woede, de onzekerheid, ...

Ook de fysieke kracht van mijn oma evolueerde doorheen de tijd: *rechtstaan*, *zitten* en tot slot *liggen*.

5.1.1. Wim Goes

Om hierop in te gaan refereer ik naar de Architect Wim Goes. Hij heeft een ruimte ontworpen voor een vriend die lijdt aan een ongeneeslijke spierziekte, ALS. Het ontwerp krijgt de naam *Refuge II*.

Net als mijn onderzoek neemt de architect een andere ingesteldheid aan in het professionele bouwen van de medische zorg. De terminale patiënt wordt als het ware de bouwheer.

Wim Goes liet de clichés omtrent architectuur in de medische ruimte achterwege en koos voor *simpele, natuurlijke* materialen als stro en leem. Net zoals in mijn ontwerp, is de constructie hier ook demonteerbaar. De architect denkt vanuit de sterfelijke mens en brengt zo de architectuur én de medische zorg samen in één ruimte. (Koen van Synghel, 2016).



(afbeelding 15 en 16: Refuge II, Wim goes, 2014)

5.2. Healing environment

De omgeving heeft een effect op de mentale gezondheid van mensen. Healing environment richt zich op de psychologische aspecten van het ziek zijn. Door de fysieke omgeving van een zorginstelling zodanig in te richten, worden voor patiënten, familieleden en het zorgteam het welzijn bevorderd en stress verminderd.

Om deze omgeving te ontwikkelen, moet de focus gelegd worden op het gebruik van natuurlijke elementen; natuur, daglicht, frisse lucht en stilte. (Mens en Wagenaar, 2009).

Hierbij aansluitend merkt Agnes van den Berg in een ander onderzoek op, dat een relatie bestaat tussen het zien van natuur (bijvoorbeeld planten) en een verbetering van de mentale gezondheid. De verklaring van dit effect is, dat natuur de onbewuste boodschap geeft dat we mogen ontspannen. (Agnes van den Berg, 2005).

5.2.1. Ruiken en zien: het positief effect van bloemen

Hierbij aansluitend kan een link gelegd worden met een onderzoek dat een verband heeft gezocht tussen bloemen (natuur) en de gemoedstoestand. Door een team van Amerikaanse wetenschappers in 2005, werd gekeken naar de gedrags- en emotionele reacties van deelnemers na het verkrijgen van bloemen. Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat bloemen op een gezonde manier het humeur kunnen beïnvloeden. Ze blijken een onmiddellijke impact op het geluksgevoel te hebben, een gevoel van vreugde en dankbaarheid. (Wilson, Rosario, McGuire, geciteerd door Van den Berg 2005).

“Dit wetenschappelijke onderzoek laat zien dat bloemen ons nog gelukkiger maken dan we dachten en dat ze duidelijke positieve effecten hebben op ons emotioneel welzijn”. (Dr. Haviland-Jones)



Aan de andere kant van het verhaal, kunnen bloemen en planten effectief grote hoeveelheden ziekmakende bacteriën of schimmels bevatten. Het Nederlands Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) adviseert daarom om bloemen te vermijden die mogelijk een allergische reactie kunnen geven.

Ik stel mijzelf dan de vraag of het niet veiliger is om nepbloemen te gebruiken en zo risico's te vermijden? *Heeft nepnatuur hetzelfde effect op mensen als echt natuur?* Plastieke bloemen hebben net als echte bloemen een stressverlagende werking. (Van den Berg, 2005).

Deze afbeelding toont aan dat bloemen in een ruimte geïntegreerd kunnen worden. Een werk van de Duitse kunstenares Regine Ramseier, uit 2000. (afbeelding 17)

5.2.2. Voelen: het positief effect van breien

Naast het effect van bloemen is uit wetenschappelijk onderzoek ook vastgesteld dat breien een positief effect heeft op de gemoedstoestand. Ik refereer hierbij naar de fascinatie waaruit het tweede deel van het onderzoek tot stand is gekomen, mijn oma. Haar laatste heldere momenten spendeerde zij graag aan haar hobby, *breien*.

Breien werkt ontspannend en zorgt voor een vermindering van stress en angst. Tijdens het breien wordt een *dopamine* aangemaakt, een stof die ervoor zal zorgen dat mensen geconcentreerder en gemotiveerder blijven. De universiteit van Arizona heeft zo onderzoek gedaan naar wat het effect van textieltherapie kan zijn op de gemoedstoestand van mensen. Het resulteert in een beter mentaal gevoel en humeur. Het maken en het zien groeien van je breiwerk zorgt ervoor dat er gevoelens van trots en succes ontstaan. (Burt, 2012).

Vanuit de hobby van mijn oma is wol als nieuw materiaal tot stand gekomen. De zachte stof gaf haar een goed gevoel. Ze had de touwtjes letterlijk en figuurlijk in handen. Ik vind dat we ons makkelijker verbonden voelen met een ruimte, als de omgeving is opgebouwd met natuurlijke materialen. Daarnaast heeft wol ook een aangenaam gevoel als je dit aanraakt. Dit in tegenstelling met de materialen die in de huidige ziekenhuiskamers van toepassing zijn: bakstenen en kunststof.

Hierbij aansluitend refereer ik naar Peter Zumthor. Hij haalt aan dat het materiaal dat in een ruimte aanwezig is, zich moet kunnen voorstellen als een menselijk lichaam. Een aanraakbare omgeving. Hoe kan de ruimte en het materiaal het menselijk effect van het lichaam nabootsen? Door te vertrekken vanuit een materiaal dat gelinkt is aan een persoon, wordt de ruimte die gecreëerd wordt al veel persoonlijker. (OASE #91, 2013).

Zo voelt wol aan als een zachte materie en wordt een link gelegd naar de persoonlijkheid van mijn oma. Het zijn kleine details die ervoor zorgen dat de ruimte anders ervaren wordt. Op die manier staan ik, mijn familie en mijn oma, dichterbij de ruimte.

In Spanje 2011 hebben studenten Architectuur een tijdelijk paviljoen ontworpen, gebaseerd op touw. Dit kan gelinkt worden met het ontwerp dat in het tweede deel van dit onderzoek ontworpen is. Daarnaast kan er ook een link gelegd worden met een installatie die zich op de triënnale van Brugge 2018 bevindt.



(afbeelding 18: Cadiz Temporary pavilion, 2011)



(afbeelding 19: The Floating Island, 2018)

In beide werken worden de vlakken van de ruimte ingevuld door touw. In mijn onderzoek ben ik verder gaan experimenteren op de verschillende posities van het touw, gaande van verticaal, naar horizontaal, diagonaal, of een dubbele laag van horizontale en verticale lijnen zodat een meer gesloten gevoel gecreëerd wordt. Door middel van verschillende texturen in het touw toe te passen krijg je dus verschillende gradaties in de ruimte.

Ik situeer het ontwerpen met touw in mijn onderzoek als volgt weer. Aan de hand van proefmaquettes is gezocht naar posities binnen een ruimte, zodoende dat deze een betekenis en bepaalde sfeer ontwikkelden. (zie bijlage 3: 'proefmaquettes')

5.2.3. **Horen:** het positief effect van muziek

Naast ruiken, zien en voelen, wordt het horen van muziek ook als positieve/negatieve prikkel ervaren dat dus effect heeft op de gemoedstoestand. Het verschilt van persoon tot persoon van welke muziek men kan genieten. Dat het een invloed heeft op het welzijn is al lang bewezen. Muziek kan eigenlijk alles: ontroeren, laten lachen, verdrietig maken of zelf kippenvel geven. Muziek kan je bovendien tot rust brengen of net in beweging zetten. Professor Paul Robertson stelt in zijn onderzoek zo vast, dat muziek een heel breed begrip is en dat onze hele omgeving uit muziek bestaat. Als we communiceren wordt de betekenis van woorden vooral bepaald door het geluid van de stem van de spreker, de muzikaliteit. Robertson haalt aan dat muziek een stukje geluid is waaraan de mens een emotionele betekenis geeft. (Van Hooren, 2014).

De muziek wordt ook wel de 'taal der emoties' genoemd. Volgens de James Lange-theorie, zijn emoties in werkelijkheid veranderingen die in ons lichaam optreden. Het is aangetoond dat bij personen die naar muziek luisteren, veranderingen ontstaan in de bloeddruk, de ademhaling en de polsslag. Muziek is zo dus een krachtig geestelijk geneesmiddel dat op een direct wijze emoties opwekt. (Van Hooren, 2014).

Om het geluid in relatie te brengen met architectuur, verwijs ik naar Steven Holl. Hij laat zich tijdens het ontwerpen inspireren door muziek. Hij haalt aan dat muziek een bepaalde sfeer met zich mee brengt, iets dat niet tastbaar is maar toch effect kan hebben op de gemoedstoestand van mensen. Daarnaast bespreekt de architect Steven Holl in OASE #90, '*Wat is goede architectuur?*', ook dat architectuur de menselijke zintuigen kan beïnvloeden. De zintuigelijke ervaringen linkt Holl met de tactiliteit van de architectuur, met haar materialen en haar details. Wanneer de materialiteit in een ruimte door de gebruiker ervaren wordt, worden de zintuigen geprikkeld. De sensatie van iets aanraken wordt door de industriële materialen aan ons vervreemd. (Holl, 2013).

6. Het finaal ontwerp: een dromerige realiteit

De architectuur van de zorg integreren in een utopisch ontwerp was het doel van het tweede deel van het onderzoek. In plaats van de focus te liggen op een ziekenhuiskamer, is een nieuwe locatie tot stand gekomen. De bestaande bakstenen schuur dat vroeger het werkatelier van mijn grootvader was, werd als locatie gekozen om het ontwerp te plaatsen (afbeelding 20 en 21: schuur oma en opa)



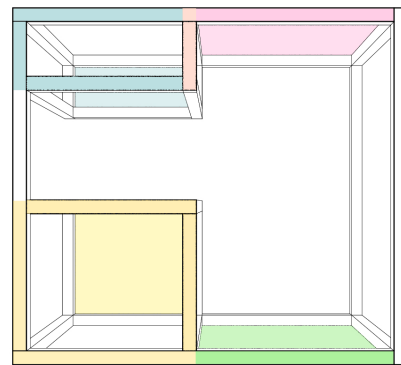
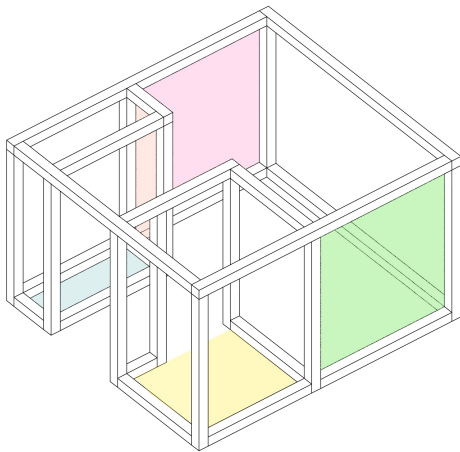
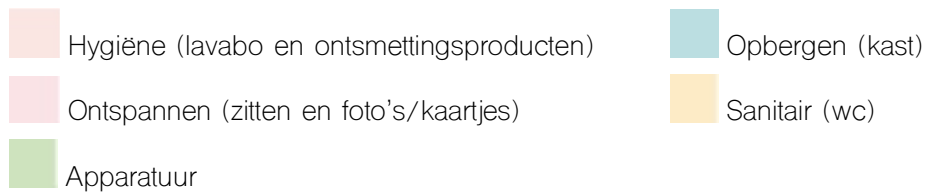
Van hieruit heb ik de sprong gemaakt naar het thuis sterven. Hoe kan ik een ontwerp maken dat geen uitstraling heeft van een ziekenhuiskamer, maar waar alle basisbehoeften inzitten die een terminale patiënt nodig heeft om op een comfortabele manier thuis te kunnen sterven. Ik combineer de realiteit en het droombeeld in één ontwerp. Door deze twee tegenstrijdige werelden met elkaar te combineren, is uiteindelijk een tweede ontwerp ontwikkeld met aan de basis de persoonlijkheid van mijn oma. Haar hobby *breien* heeft mij gebracht tot het materiaal *wol*. Zo is een kast op ware grootte ontworpen waarin de essentiële functionaliteit verwerkt zit die nodig is voor een palliatieve zorg, maar die omsloten wordt door een dromerige vormgeving opgebouwd uit touw. *Het dromen omsluit het rationele*.

6.1. Voorzieningen in de palliatieve kamer

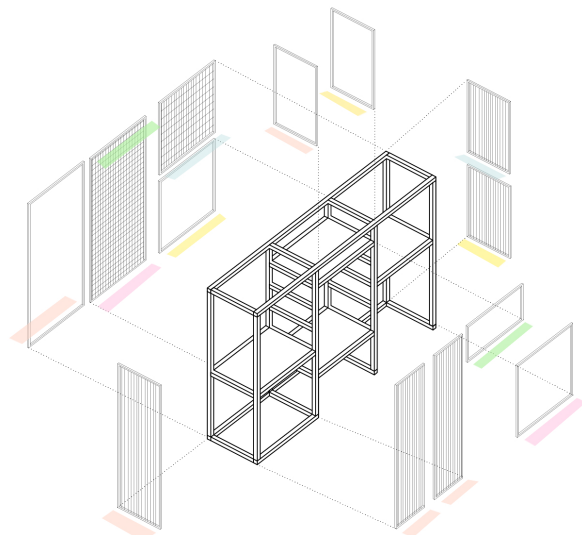
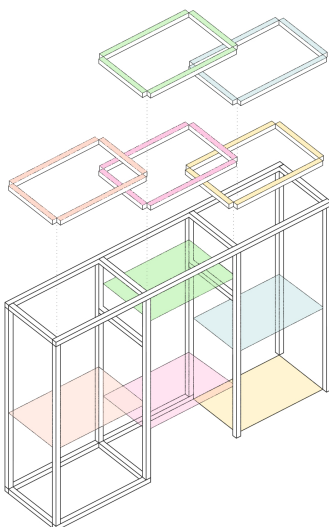
De palliatieve ziekenhuiskamer werd tijdens het participierend onderzoek van dichtbij bekeken. Wat is echt essentieel in de kamer en wat is bijzaak? Welke elementen dienen zeker worden overgenomen als de patient wenst om thuis te sterven? Vanuit een gesprek met een dokter en een verpleegster van het AZ Sint-Jan ziekenhuis te Brugge, zijn volgende zaken aangehaald die zeker aanwezig dienen te zijn (*interview, 3 juni 2018*).

- Een elektrisch hoog laag bed
 - o Koudschuimmatras
 - o Alternierende luchtmatras
- Wc stoel
- Alarmknop
- Zitplaats
- Opbergruimte
- Ontsmettingsmateriaal
- Lavabo
- Zuurstof- en persluchtaansluiting
 - o Indien nodig aansluiten op:
 - Aerosol
 - Aspiratietoestel
 - Zuurstofbril

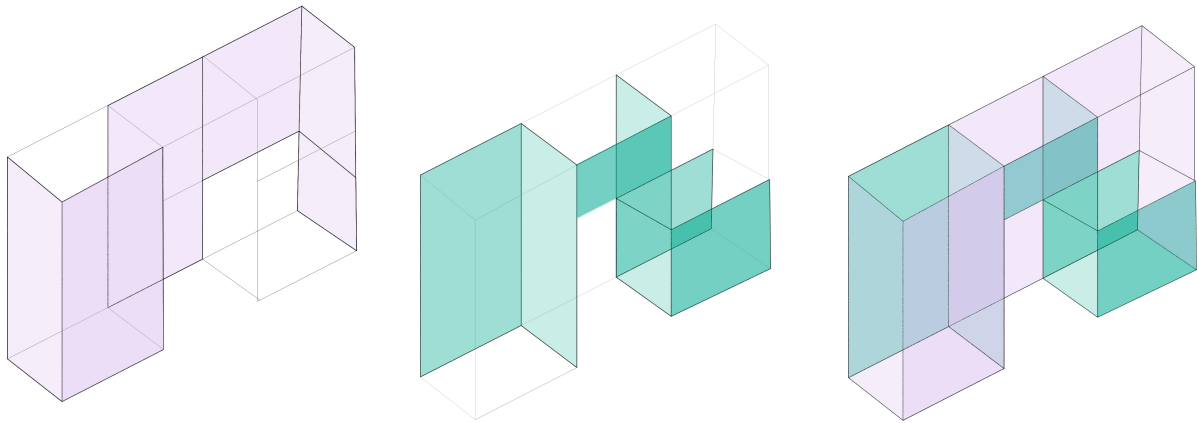
Het finaal ontwerp bevat functies die zijn overgenomen uit de ziekenhuiskamer waar mijn oma overleden is. Sanitair, opbergkast, apparatuur, hygiëne, zitten en herinneringen. (afbeelding 22 en 23: voorstelling functies ziekenhuiskamer)



Vervolgens werden deze functies in een compacte ruimte geïntegreerd. Op die manier kan dit gebruikt worden in kleinere ruimtes en ook thuis toegepast worden. Door haar dromerige vormgeving wordt dit zo een deel van het huiselijke interieur. (afbeelding 24 en 25: voorstelling functies eigen ontwerp)



Door de functies te bekleden met het materiaal wol, wordt de realiteit omsloten door een dromerige vormgeving.



De constructie krijgt vorm door twee materialen met elkaar te combineren. Aan de ene kant wordt het wol gebruikt (paars), dat staat voor een dromerige ontwerpattitude. Dit wordt geconfronteerd met een materiaal dat de realiteit (groen) wil voorstellen, de huidige ziekenhuiskamer. Wit plastic is hiervoor toegepast.

Bovenstaande schema's geven zo aan dat de twee verschillende ontwerptechnieken (realiteit en poëtisch), met elkaar gecombineerd worden. (afbeelding 26 – 28: schema's dromen en realiteit)

De opgesomde functies op de vorige pagina, worden geïntegreerd in één omsloten wand/kast. Ik zie het als een object die ingezet kan worden om in een thuissituatie te kunnen sterven. Mits verder onderzoek en verfijning zie ik dit ontwerp op langere termijn inzetbaar voor mensen, die net zoals mijn oma, de laatste levensfase plots moeten ingaan. Momenteel overheerst de utopie nog te sterk de realiteit om echt inzetbaar te zijn.

Met dit 'zorg-meubelstuk' wil ik de situatie draaglijk kunnen maken. Dit doordat de realiteit niet onmiddellijk tot uiting komt maar verscholen zit achter een bepaalde vormgeving dat vertrokken is vanuit een persoonlijke hobby van mijn oma. (afbeelding 29 – 34 : uitgewerkt ontwerp)





Het ontwerp kan onderverdeeld worden in drie delen. Het eerste deel bevat de verzorgingsfunctie: lavabo en een kast waar ontsmettingsproducten geplaatst kunnen worden.

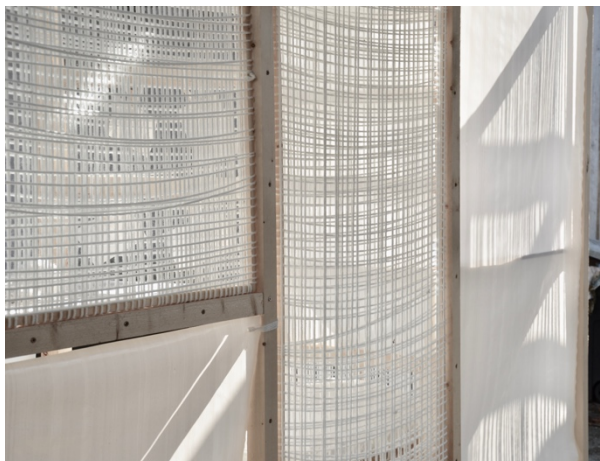
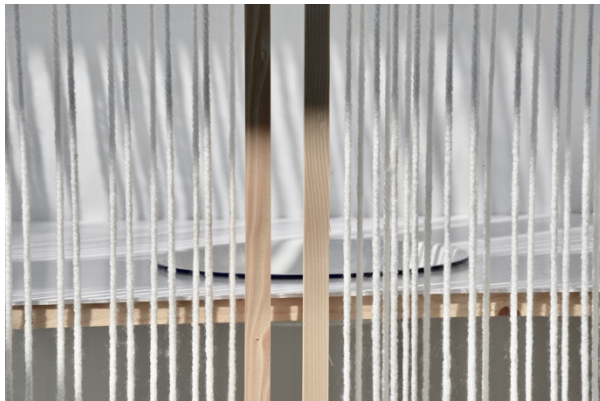
Het centrale blok omvat een zitgedeelte, plekje voor foto's of kaartjes te hangen en wordt bovenaan afgesloten door een gesloten wand waar de apparatuur zich bevindt.

Tenslotte de laatste blok wordt onderverdeeld in twee functies.

Het bovenste gedeelte is een open kast die zelf ingevuld kan worden (boeken, kleren, ...). Onderaan is plaats voorzien voor een wc-stoel.

Hierbij aansluitend zijn ook ligstoelen voorzien die vorm krijgen door kussens.

Tot slot zijn op onderstaande foto's gedetailleerde onderdelen te zien van de constructie.



7. Besluit

Vanuit het idee dat mijn oma in mijn eindontwerp haar laatste levensfase had kunnen ervaren, wordt het besluit geformuleerd. Ik zie mijn oma als de *bouwheer* van dit ontwerp. Een onzichtbare realiteit.

Eerst en vooral maak ik terug een sprong naar de vooropgestelde onderzoeksvraag. ***“Hoe kan het interieur in de palliatieve zorg eraan bijdragen dat de situatie voor de patiënt, de familie (en het zorgteam), draaglijk kan worden?”***

Architectuur behoort tot de alledaagse wereld en kan op een subtiele wijze het leven veranderen. Net zoals ik in het onderzoek aangehaald heb, vermeldt Steven Holl ook dat architectuur de menselijke zintuigen kan beïnvloeden. De zintuigelijke ervaringen hangen samen met de tactiliteit van de architectuur: haar *materialen* en *details*. (Holl, 2013).

Naar mijn mening brengt de huidige palliatieve ziekenhuiskamer negatieve prikkels met zich mee en dit heb ik willen omzetten in positieve prikkels. De materialisatie is hierbij de belangrijkste hulpbron bij geweest. Op die manier wil ik voor tevredenheid bij de gebruikers zorgen waardoor de situatie, in mate van mogelijk, draaglijk kan worden. Hun gemoedstoestand tracht ik zo te veranderen.

Vanuit een **droombeeld** dat tijdens het eerste deel van het onderzoek ontstaan is, is een zit/ontmoetingsplaats op ware grootte gerealiseerd. Dit ontwerp werd volledig ingevuld door *kussens* en aan de hand van dit warm, zacht en uitnodigend materiaal wou ik de gebruikers een dromerige realiteit bezorgen. Het tweede deel van het onderzoek heeft een bocht gemaakt naar het thuis sterven, en zo vervolgens meer de focus gelegd op de **realiteit**. Wat heeft de patiënt nodig om zijn laatste maanden, weken of dagen, in te gaan?

Dit zijn twee verschillende werelden, twee uitersten die moeilijk te combineren zijn. Aan de ene kant heb je het rationele denken wat de huidige ziekenhuiskamer illustreert en aan de andere kant heb je mijn utopische ontwerp dat afstand neemt van het functionele maar zich volledig concentreert op de vormgeving, de materialisatie, op het interieur.

Naast deze twee tegenstrijdige werelden, heb ik vastgesteld dat er ook een dualiteit is tussen de gebruikers. Uit het participierend onderzoek is opgemerkt, dat het zorgteam weinig oog heeft voor de materialisatie en de vormgeving van de palliatieve ziekenhuiskamer. Zij zijn vooral bezig met het functionele en willen efficiënt te werk gaan. Zij hebben een bepaalde dagplanning en de inrichting van de kamer moet hen daarbij helpen. Alles moet gemakkelijk én snel gebeuren. Daarom hebben zij ook een andere visie op de kamer dan de patiënt en zijn of haar familie. Zij *leven* in de kamer, het zorgteam *werkt* er.

Dit onderzoek heeft zich vooral toegespitst op het dromerige ontwerp wat ervoor zorgt dat de wensen van de patiënt sterker ingevuld worden dan die van het zorgteam. Om daarnaast 100% de wensen van het zorgteam te kunnen vervullen, moet ik mijzelf nog werk en tijd geven en is er dus nog verder onderzoek nodig.

Wanneer men als terminale patiënt onverwacht en heel snel in een onhoudbare situatie terechtkomt, wordt heel snel geopteerd voor een ziekenhuiskamer. Dit omdat er vaak ook geen andere mogelijkheid beschikbaar is. Maar veel mensen die in hun laatste levensfase terechtkomen, willen graag het afscheid in een thuissituatie ervaren maar kunnen dit niet wegens plaats- en voorziening gebrek.

Met dit ontwerp wil ik mensen een compacte ruimte aanbieden waarin de basis elementen aanwezig zijn die voldoen aan de noden voor de palliatieve patiënt.

Het interieur is en blijft een subjectief gegeven. Ik wens met dit ontwerp alvast toch één of twee stappen dichterbij gekomen te zijn, bij een ontwerp dat de laatste levensfase draaglijk kan maken.

Mijn familie bouwde mee aan dit project uit de liefde voor onze oma. Alles werd in het werk gezet om dit te kunnen realiseren. Het gaf ons allen het gevoel een wederdienst te hebben gedaan. Dit project symboliseert betrokkenheid en inzet maar vooral, heel veel liefde voor onze oma. De periode voor deze masterstudio had ik nooit kunnen denken dat ik dit voor haar nog zou mogen realiseren.

Onze oma zou fier zijn moest ze dit hebben mogen ervaren.

8. Bibliografie

Annemans, M., Stam, L., Coenen, J., Heylighen, A. (2017). Informing hospital design through research on patient experience. *The Design Journal*. Geraadpleegd op 24 mei, 2018 via <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14606925.2017.1352753?needAccess=true>

Béliveau, R., Gingras, D. (2010). *De dood. Leer begrijpen wat doodgaan inhoudt en word er minder bang voor*. Antwerpen: Kosmos.

Burt, H. (2012). Using textile arts and handcrafts in therapy with women: weaving lives back together by Ann Futterman Collier. *Canadian art therapy association journal*. Geraadpleegd op 25 mei, 2018 via <https://www-tandfonline.com.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/doi/pdf/10.1080/08322473.2012.11415559?needAccess=true>

Engels, J., Peelen, H., Mijnheer, K.K. (2013). Geef de mening van de patiënt een echte kans. Lessen uit patiënteparticipatie in het project diseasesmanagement. *Kwaliteit in zorg*, p.12–15. Geraadpleegd op 25 mei, 2018 via http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Lessen_uit_diseasemanagement_KIZ.pdf

Havik, K., Teerds, H. Tielens, G. (2013). *Sfeer bouwen. OASE#91*. Rotterdam: nai010 publishers.

Holl, S. (2013). Spreken door de stilte van zintuigelijke verschijningsvormen. Wat is goede architectuur? *OASE* (90), p.23–26. Geraadpleegd op 25 mei, 2018 via <https://www.oasejournal.nl/nl/Issues/90/SpeakingThroughTheSilenceOfPerceptualPhenomena>

Huysmans, G. (2015). *Alles over het levenseinde: wegwijs in palliatieve zorg*. Leuven: Acco.

Menten, J., Van Orshoven, A. (2004). *Palliatieve zorg, stervensbegeleiding, rouwbegeleiding. Handboek voor deskundige hulpverlening in de thuiszorg en in het ziekenhuis*. Leuven: Acco.

Mens, N., Wagenaar, C. (2009). *Healing environment: anders bouwen voor betere zorg*. Bussum: Thoth.

Morbé, E., Van Liedekerke, C. (2002). *Euthanasie en palliatieve zorg. Een actuele stand van zaken*. Heule: UGA.

Montessori, N. (1999). De dood een taboe? Niet in Mexico. *Tsjip/Letteren*. Jaargang 9, p. 45–47. Geraadpleegd op 24 mei, 2018 via http://www.dbnl.org/tekst/_tsj001199901_01/_tsj001199901_01_0052.php

Panamarenko. (2003). *Tekenen en rekenen*. Gent: Ludion.

Seys, T. (2014). *'Blue Mind', wat ze zee met ons doet*. Vlaams Instituut voor de Zee (VLIZ): Oostende.

Spijker, G.J.H., Laarman, M.J.B. (2000). *De praktijk van palliatieve zorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Van den Berg, A. (2005). *Health Impacts of Healing Environments*. Dodewaard: Van Eck & Oosterink.

Van Hooren, S. (2014). De klemtoon op muziek in therapie. *De psycholoog*, p.11–17. Geraadpleegd op 25 mei, 2018 via <http://muziektherapieblog.artez.nl/wp-content/uploads/2014/04/De-Psycholoog-april-2014-Muziek-in-therapie.pdf>

Van Synghel, K. (2016). Terug naar de levensbron. *De Standaard*. Geraadpleegd op 27 mei, 2018 via http://www.standaard.be/cnt/dmf20160605_02324827

Wilson, P., Rosario, H., McGuire, T. An environmental Approach to Positive Emoion: Flowers. *Evolutionary Psychology. Jaargang 3*, p. 104–127. Geraadpleegd op 25 mei, 2018 via <https://www.247green.nl/wp-content/uploads/2017/04/ep03104132.x30509.pdf>

Bijlagen (zie afzonderlijke documenten)

Bijlage 1: Onderzoeksprotocol

Bijlage 2: Interviewverslagen

Bijlage 3: Proefmaquettes

9. Afbeeldingen

- Afbeelding 1: Inkomhal AZ Sint-Jan ziekenhuis: Brugge
<https://www.sigma.be/nl-be/professional/diensten/sigmacare/referenties-projecten/az-sint-jan>
- Afbeelding 2 en 3: Strand Heist, eigen archief
- Afbeelding 4, 5 en 6: Schets, eigen archief
- Afbeelding 7 – 12: Schets en constructie, eigen archief
- Afbeelding 13 en 14: Donnariet, 2013, Panamarenko, bron:
<https://www.artpartout.be/nl/kunstenaars/panamarenko/werken/donnariet>
- Afbeelding 15 en 16: Wim Goes, Refuge II, 2014, bron:
<https://www.dearchitect.nl/architectuur/blog/2017/02/demontabel-huis-van-stro-101169393>
- Afbeelding 17: 2000 Dandelions, Regine Ramseier, 2000, bron:
<https://inhabitat.com/field-of-2000-wispy-dandelions-turned-into-breathhtaking-art-exhibit/2000-dandelions-regine-ramseier-6/>
- Afbeelding 18: Cadiz Temporary Pavilion, Kieran Donnellan, 2011, bron:
<https://www.archdaily.com/180326/cadiz-temporary-pavilion-breathnach-donnellan-with-easa-participants>
- Afbeelding 19: The Floating Island, OBBA en Dertien12, Triennale Brugge 2018, bron:
<https://triennalebrugge.be/installation/obba-the-floating-island>
- Afbeelding 20 en 21: Schuur oma en opa, eigen archief
- Afbeelding 22 en 23: Voorstelling functies ziekenhuis, eigen archief
- Afbeelding 24 en 25: Voorstelling functies eigen ontwerp, eigen archief
- Afbeelding 26 – 28: Schema's, dromen en realiteit, eigen archief
- Afbeelding 29 – 34: Uitgewerkt ontwerp, eigen archief

**Commissie voor
Ethiek**

voorzitter
Dr. L. Vanopdenbosch

Brugge, 2018-03-10

leden
D. Borrey
G. Bru
B. Deblauwe
B. Dupon
E. De Cuypere
K. Hemeryck
N. Sys
A. Turf
P. Van Lancker
P. Van Trappen
S. Vandecasteele
W. Verhaeghe
A. Verhaert
J. Vlaemynck
S. Vlamincx

secretariaat
S. Claeys
M. Soulliaert

Tel: 050459942
Fax: 050453057
ethisch.comite@azsintjan.be

Beste student

Wanneer u tijdens uw stage of als eindwerkproject een studie wil uitvoeren met patiënten is het verplicht eerst het dossier voor te leggen aan de commissie voor ethiek.

U dient (liefst elektronisch ethisch.comite@azsintjan.be) het volgende in:

1. Een onderzoeksprotocol: in dit document staat beschreven wat de opzet en de motivatie is van het onderzoek, de onderzoeksvraag met de methodologie die u zal gebruiken om een antwoord op deze vraag te vinden.
2. Een geïnformeerd toestemmingsformulier dat aan de patiënten voorgelegd wordt.
3. Goedkeuring van de arts-afdelingshoofd van de dienst waar uw studie zal plaatsvinden.
4. Na afloop van uw studie ontvangen we graag een samenvatting van maximum 1 A4 met de resultaten van uw onderzoek

U mag een studie pas starten nadat de commissie voor ethiek deze definitief goedgekeurd heeft.

Bij verdere vragen kan u contact nemen met het secretariaat van de commissie voor ethiek: ethisch.comite@azsintjan.be of 050 45 99 42.

Met vriendelijke groeten

Dr. L. Vanopdenbosch
Voorzitter commissie voor ethiek AZ Sint Jan Brugge Oostende

1. Administratieve gegevens:

Student

Naam en voornaam: Beselaere Anouk

School/hogeschool/universiteit: KU Leuven, Sint-Lucas Gent

Studierichting: Master Interieurarchitectuur

Adres of e-mailadres naar waar we de goedkeuring mogen opsturen: anouk.beselaere@hotmail.com

Project-/stageplaats

Periode : 12 maart – 9 april

Dienst: AZ Sint-Jan Brugge, Palliatieve afdeling – Geriatrie

2. Het protocol:

2.1 titel van het protocol:

De invloed van het interieur op de patiënt, de familie en het medisch team in de laatste levensfase.

2.2 Probleemstelling en relevantie van het gekozen onderwerp en de onderzoeksvraag.

Het interieur van een ziekenhuiskamer wordt in het algemeen eerder op een onaangename manier ervaren. Onpersoonlijk en koel kunnen deze ruimte omschrijven.

Vanuit deze basisgedachte wordt een onderzoek gestart waarbij het interieur van een ziekenhuiskamer, de situatie 'dragelijker' kan maken zowel voor de patiënt, de familie als voor het medisch team.

Een kleine aanpassing kan al een effect kan hebben voor de betrokken partijen.

Levens einde is een thema dat niet vaak aan bod komt in de maatschappij omdat het nog als 'taboe' wordt beschouwd en moeilijk bespreekbaar is. Het is net iets waar iedereen vroeg of laat mee geconfronteerd zal worden.

Het is dus een taak en rol als toekomstige interieurarchitect om een meerwaarde te zijn in dit 'verwerkingsproces'.

2.3 Beschrijving van de onderzoeksmethode:

Het is belangrijk om te vertrekken vanuit de meningen, gedachtesgangen van patiënten. Dit vormt een essentiële basis om een ziekenhuiskamer 'aangenamer' te laten functioneren.

Een gesprek aangaan met een patiënt is hierbij dus een zeer relevante keuze.

De meerderheid van de ruimtes ontstaan vanuit een architecturale blik. Het is net belangrijk, en dit is het verschil tussen Architectuur en Interieurarchitectuur, om te vertrekken vanuit de betrokken partijen, de mensen. Hoe zien mensen de ruimte? Wat vinden zij wel/niet belangrijk? ...

Daarnaast zou een methode gehanteerd worden waarbij op een bepaalde dag(en), meegelopen wordt op de afdeling van de Palliatieve zorg. Op die manier kan, in mate van mogelijk, een idee ontstaan over het leven en sfeer van deze afdeling. Zo kunnen ideeën en verbeteringen van een ziekenhuiskamer, gericht tot stand komen.

2.4 Beschrijving dataverzameling en dataverwerking:

De vooropgestelde vragenlijst zal mondeling besproken worden om deze daarna digitaal in een boekje te verwerken.

De antwoorden zullen schriftelijk genoteerd worden en achteraf verwerkt worden in een respectvolle tekst verwerken.

Indien emoties bij het gesprek ontstaan, zullen deze ook beschreven worden en eventueel via tekeningen verwerkt worden. (Bijvoorbeeld: handen schetsen die gekruist zijn, tranende ogen, ...)

Om het document grafisch sterker en helder te maken, kunnen foto's van de ziekenhuiskamers, de ziekenhuisgang, ... bijgevoegd worden.

Foto's van de patiënten kunnen hier ook aan toegevoegd worden indien de geïnterviewde daar toestemming voor geeft. Er kunnen ook altijd afspraken gemaakt worden om het hoofd bijvoorbeeld niet zichtbaar te maken en enkel een foto te nemen tot de hals.

Andere persoonlijke gegevens zoals de naam, het geslacht, de leeftijd, de woonplaats, de oorzaak (ziekte), kunnen ook samen met de patiënt besproken worden wat wel en niet in het boekje terecht zal komen.

Dit geldt ook voor de familie en het medisch team (naam, geslacht, leeftijd, functie, woonplaats).

Finaal zal er uiteindelijk een publiekelijk toonmoment georganiseerd worden waarbij de medestudenten, de docenten en een externe jury deze informatie zullen kunnen zien.

De docenten kunnen achteraf het werk ook digitaal opvragen. Het kan dus voor een breder publiek beschikbaar worden.

2.5 Ethische aandachtspunten en motivatie waarom dit onderzoek bij deze patiënten dient uitgevoerd te worden:

Naast een persoonlijk gesprek met de patiënt over hun ziekenhuiskamer, kunnen andere persoonlijke gegevens zoals een foto, naam, geslacht, leeftijd, woonplaats en eventueel de oorzaak (ziekte) opgevraagd worden. Deze kunnen ook onderling besproken worden wat wel/niet in het onderzoek terecht komt.

De uiteindelijke doelstelling van het onderzoek is om een ingreep in het interieur te maken op ware grootte.

Ik vind het dus net belangrijk om te vertrekken vanuit de betrokken partijen: de mensen. Hoe zien mensen de ruimte? Wat vinden zij wel/niet belangrijk? ...

De meerderheid van de ziekenhuizen worden nog altijd op zo'n manier ingericht waarbij gekeken wordt vanuit een architecturale blik : wat is mooi, imposant, vernieuwend?

Net in ziekenhuizen is het belangrijk om een zo aangenaam mogelijk verblijf te creëren. Dit ontstaat niet vanuit formele principes, maar vanuit ideeën en ervaringen van de gebruikers.

3. Het geïnformeerd toestemmingsformulier:

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie omtrent het effect van het interieur van een ziekenhuiskamer. Er wordt u gevraagd om uw mening en ideeën over het interieur te mogen verzamelen zodat we ze kunnen combineren met de gegevens van andere partijen zoals familie en het medisch team. Zo kunnen deze voor onderzoeksdoeleinden vormelijk verwerkt worden. Er kunnen bijkomende persoonlijke gegevens gevraagd worden zoals de naam, leeftijd, geslacht of woonplaats van de patiënt. U beslist zelf welke informatie anoniem blijft. We zullen u geen enkele aanvullende procedure voor of opvolging voorstellen.

Voordat u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze studie zal inhouden op het gebied van organisatie, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de arts-onderzoeker of zijn of haar vertegenwoordiger.

Dit document bestaat uit 3 delen: essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- De behandeling die de arts-onderzoeker u in overeenstemming met de huidige aanbevelingen heeft voorgesteld niet zal veranderen door uw deelname aan deze studie.
- Deze ontwerpende studie opgesteld is na evaluatie door één of meerdere ethische comités.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze studie is georganiseerd om het effect van het interieur van een ziekenhuiskamer op de palliatieve afdeling, te onderzoeken. Hoe kunnen nieuwe ingrepen in deze ruimte, de situatie 'dragelijker' maken zowel voor de patiënt, de familie als voor het medisch team.

Ik ben ervan overtuigd dat een kleine aanpassing al een effect kan hebben op de betrokken partijen.

Levensende is een thema dat niet vaak aan bod komt in de maatschappij omdat het nog als 'taboe' wordt beschouwd en moeilijk bespreekbaar is. Het is dan ook net iets waar iedereen vroeg of laat mee geconfronteerd zal worden.

Aan de hand van een gesprek met de patiënt wordt informatie verzameld waarbij de resultaten digitaal verwerkt zullen worden. Finaal zullen deze gegevens in een eindevaluatie voor een jury beschikbaar worden aan de hand van een boekje.

Het is belangrijk om te vertrekken vanuit betrokken partijen: de mensen. Hoe zien patiënten de ruimte? Wat vinden zij wel/niet belangrijk? ...

De meerderheid van de ziekenhuizen worden nog altijd op zo'n manier ingericht waarbij gekeken wordt vanuit een architecturale blik : wat is mooi, imposant, vernieuwend?

Net in ziekenhuizen is het belangrijk om een zo aangenaam mogelijk verblijf te creëren. Dit ontstaat niet vanuit vormelijke principes, maar vanuit ideeën en ervaringen van de gebruikers.

De duur van uw deelname aan deze studie bestaat enkel uit één routineraadpleging tijdens dewelke uw arts-onderzoeker u zal vragen om alle voor de studie noodzakelijke gegevens en informatie te verzamelen - zoals uw demografische gegevens (leeftijd, gewicht, lengte, geslacht) evenals gegevens over uw medische voorgeschiedenis.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

Ook moet u niet verwachten dat uw deelname aan deze studie u persoonlijke voordelen zal opleveren. U moet begrijpen dat uw deelname aan deze studie ervoor zal zorgen dat wij het effect van een interieur van een ziekenhuis beter kunnen begrijpen en bijgevolg in de toekomst betere behandelingen kunnen voorstellen.

Intrekking van uw toestemming

U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming voor gelijk welke reden in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.

Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Tenvolle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
- Uw arts-onderzoeker op de hoogte te brengen als men u voorstelt om aan een andere studie deel te nemen zodat u met hem/haar kan bespreken of u aan deze studie kunt deelnemen en of uw deelname aan de huidige klinische studie moet worden stopgezet.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker (Van Hoeyweghen Raf) of een medewerker van zijn/haar studieteam (Devoghel Johan, Declerck Dina) op het telefoonnummer (+32 (0)50 45 21 90).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met het Ethisch Comité.

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.

Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en met een door mij gekozen persoon, zoals mijn huisarts of een familielid, te praten.

Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten zonder dat dit mijn relatie schaadt met het therapeutisch team dat instaat voor mijn gezondheid.

Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de arts-onderzoeker en de opdrachtgever de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Belgische wetgeving ter zake.

Ik ga ermee akkoord / Ik ga er niet mee akkoord (doorhalen wat niet van toepassing is) dat de studiegegevens die voor de hier vermelde studie worden verzameld, later zullen worden verwerkt, op voorwaarde dat deze verwerking beperkt blijft tot de context van de hier vermelde studie voor een betere kennis van de ziekte en de behandeling ervan.

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam:

Voornaam:

Datum:

Handtekening deelnemer:

Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer aan een klinische studie

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan dergelijke studie deelnemen te beschermen. Ze controleren of uw rechten als patiënt en als deelnemer aan een studie gerespecteerd worden, of de studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

Hierover brengen de ethische comités een advies uit in overeenstemming met de Belgische wet van 7 mei 2004.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

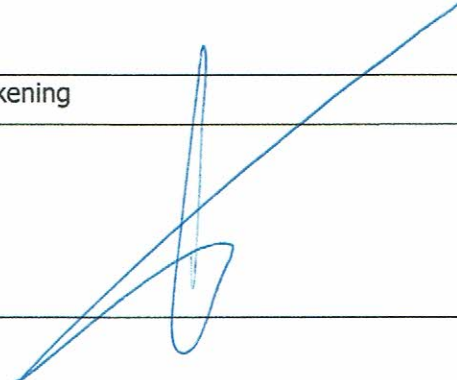
U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval uw relatie met de arts-onderzoeker en de voortzetting van uw therapeutische behandeling veranderen.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De arts-onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Schriftelijke toestemming arts-diensthooft

Ik,Dr. Raf VAN HOEYWEGHEN....., arts – diensthooft van de dienstGeriatric.....,
1/46512/55/180
Internist- Geriater

ga akkoord dat bovenstaande studie wordt uitgevoerd tijdens vermelde periode en hou het toezicht op de correcte naleving van het beroepsgeheim.

Datum	Handtekening
<u>9/03/ 2018</u>	

I N T E R V I E W

P R A T E N

P A T I Ë N T

F A M I L I E

Z O R G T E A M

I N T E R V I E W

P A T I Ë N T

M a a n d a g 1 9 m a a r t, 1 0 u

m e n e e r
p a l l i a t i e v e a f d e l i n g

M a a n d a g 1 9 m a a r t, 1 6 u 3 0

m e v r o u w
6 0 j a a r
p a l l i a t i e v e a f d e l i n g

D i n s d a g 2 0 m a a r t, 1 0 u

m e v r o u w
h u l p b e h o e v e n d
s c o o t e r

1 Stel je nu eens voor dat wij twee deze kamer helemaal zouden mogen veranderen, hoe zou jij deze kamer dan voor je zien?

p
a
t
i
ë
n
t

Nu zijn er teveel kleurcontrasten
Het moet meer moderner, eigentijds en niet te oud

Muren in het blauw met wolkjes

2 vind jij deze ruimte aangenaam zoals hij nu is?

p
a
t
i
ë
n
t

Neen. Het moet ruimer

zeer schoon
Leuk
Tof om te babbelen met een tweede persoon

3 Hou je van drukte en veel beweging of ben je liever alleen?

p
a
t
i
ë
n
t

Veel beweging is goed

Jaa! Veel beweging

4 Als je één element in de kamer mag veranderen, wat zou dat dan zijn?

p
a
t
i
ë
n
t

Wieltjes op de stoelen en tafels zijn ambetant
De zee, foto's van de duinen in de inkomhal zijn super goed!

De lamp hangt te laag en is niet mooi

Schrijven! prikbord of krijtbord

5

wat vind jij goed aan het interieur? wat kan er verbeteren?

p
a
t
i
ë
n
t

De lamp hangt veel te laag en is niet mooi

Het uitzicht door het raam, je ziet de mensen en water en dat is
zeer leuk om naar te kijken

Ik wil naar buiten kunnen gaan
Te weinig kasten, opbergruimte

6

zou het een goed idee zijn om met twee patiënten op een kamer te liggen?

p
a
t
i
ë
n
t

Ja, wij zijn zeer goed bevriend met elkaar en het is leuk om te
kunnen praten met iemand

Met twee is goed

7

wat is jouw favoriete plek als je thuis bent?

p
a
t
i
ë
n
t

Als ik 's avonds in de zetel naar televisie kan kijken met
mandarijnen

Voor de televisie op mijn scooter

8

Als jij zou mogen kiezen hoe het bed in deze ruimte zou staan, hoe zou
je die dan positioneren?

p
a
t
i
ë
n
t

Het is goed hoe het bed nu staat
Niet per sé nodig om een uitzicht naar buiten te hebben

zo is het goed

9

Door welke materialen ben jij graag omringd?

p
a
t
i
ë
n
t

zeker geen wol wat daar ben ik allergisch aan
Houten vloer (laminaat) niet goed: uitschuiven, het is gevaarlijk!
Je moet antislip materiaal gebruiken

Geen textiel

10

Als je alleen in deze kamer bent naar waar kijk jij dan voornamelijk?

p
a
t
i
ë
n
t

Naar buiten, jammer dat er geen balkonnetje is
Ik kijk naar de bomen, de mensen die daar zitten te eten

Tv kijken
Niet belangrijk om naar buiten te kijken

11

Heb je nog andere ideeën over een ziekenhuiskamer?

p
a
t
i
ë
n
t

Geen bloemen, foto's. Dat is niet belangrijk voor mij

Het gordijn dat tussen mij en de andere patiënte hangt, doe ik 's
avonds wel toe

Foto's zijn leuk! Ik heb beertjes en een hartje en bloemen
gekregen van mijn zus

I N T E R V I E W

F A M I L I E

M a a n d a g 19 m a a r t

z o r g t e a m

D i n s d a g 20 m a a r t

z o r g t e a m

D i n s d a g 20 m a a r t, 16 u

z u s v a n m e v r o u w

1 Wat vinden jullie van het interieur van deze kamer? Wat vinden jullie er goed aan en wat zou er beter kunnen?

zus Het noodzakelijke is aanwezig. Infrastructuur : 7.5/10
Functioneel: gordijnen om privacy met kamergenoot te houden is goed. Wel een lelijk stofje maar het is goed afwasbaar

zorgteam Opfrissing nodig

sobere kleuren, ouderwets, veel is ook kapot

Triestig, moet moderner

Niet veel goed, ze zijn enorm verouderd!!

2 Denk je dat de inrichting van dit interieur effect heeft op de sfeer of gevoel in deze ruimte?

zus Ja. Warme bruine kleur aan de muur is goed.
Beter met kleur dan wit, dat associeer ik direct met een ziekenhuis

zorgteam Zeker !

Ja !

zeer zeker

3 Als jullie in de kamer zijn waar willen jullie zich dan het liefst positioneren? Rechtstaand, zittend, naast het bed of op afstand?

zus Ik zit altijd neer op een stoel. De kindjes zitten graag op de vensterbank zodat ze ook naar buiten kunnen kijken

zorgteam zittend en aan het raam

Fysiek contact met je stervende naast is vaak belangrijk. Een aanraking troost en zegt meer dan 1000 woorden...

Naast het bed, zo dicht mogelijk bij de patiënt

Afstand

4 zitten jullie graag in een kamer waar er veel beweging is en lawaai of ben je liever alleen op een rustige plaats?

zus Liever op een rustige plek. In de moderne kamers is er al meer ruimte om te bewegen

Ik heb nog geweten dat er kamers waren waar je met vier samen sliep. Dat was echt niet aangenaam.

zorgteam Liever alleen en rustig

Op een rustige plek

Palliatief -> zorg -> rust !

5 zou het een goed idee zijn om met twee patiënten op een kamer te liggen zodat de patiënt met lotgenoot over bepaalde zaken kan praten?

zorgteam Niet per sé, maar een gemeenschappelijke ruimte zou wel leuk zijn

Niet iedereen heeft daar behoefte aan

Neen, iedere patiënt vindt zijn ziekte het ergste.
Het zou niet echt een steun zijn voor de medepatiënt.

Hangt af van het ziektebeeld

6 vinden jullie het belangrijk om persoonlijke spullen in de kamer te zetten of houden jullie van soberheid?

zus Ja. Bloemen, fotokaders, paaseitjes. Dit zorgt allemaal voor een huiselijke sfeer in de kamer. Zus heeft dat graag!

zorgteam Graag persoonlijke spullen

Ja! Foto,s, bloemen, tekeningen, ...

zeker! Drempel verlagen en beter om patiënten te troosten

Nee

7

Denk je dat de patiënt de kamer mooi vindt?

zus

Ja. 7.5/10

zorgteam

Neen

8

Moesten jullie carte blanche krijgen in deze kamer, hoe zou deze kamer er dan uitzien?

zus

Dan zou ik opteren voor een kamer alleen

zorgteam

Ruimer, een prikbord, mooiere badkamer en neutralere kleuren

Bed in de zon en uitzicht op de tuin

Lichte kleuren, veel lichtinval, genoeg ruimte rond het bed

9

Op welke plaats kom je tot rust of waar zou je graag nog eens naartoe willen gaan?

zorgteam

Naar de zee

Op reis gaan

10

zijn jullie liever stil als je de patiënt bezoekt of is het belangrijk dat er gesproken en gelachen kan worden?

zus

Beide. Soms eens lachen maar ook over serieuze zaken praten.
Er wordt hier ook veel gebeld in de gang en in de kamer dus echt stil is het hier nooit.

zorgteam

Praten, lachen, samen een glas drinken, taart eten, muziek, ...

Te druk is niet oké ! De patiënt staat centraal en die wensen zijn het belangrijkste !

Rustig maar toch ook een praatje kunnen maken.

11 Is er voldoende intimiteit met de patiënt? Wordt je vaak gestoord door artsen, verpleging? Zou een bordje 'niet storen' een hulpmiddel kun zijn?

zus

Ja. We kunnen ook altijd naar de cafetaria gaan als we eens rustig willen praten of doen eens een toertje met de rolstoel door de gang.

Een bordje 'niet storen' is helemaal niet nodig voor ons.

Zorgteam

Andere bezoeken inlassen waardoor de verpleging hun werk kan doen zodat wij als familie rustiger bij de patiënt kunnen zijn.

Dat zal niet werken want de verpleging heeft ook verplichtingen om bijvoorbeeld medicatie te geven, patiënt te controleren, ...

12 Denk je dat een interieurarchitect voor een verandering, verbetering kan zorgen in dit proces?

zus

Ja, maar dat is natuurlijk allemaal heel persoonlijk (smaak)

Zorgteam

Zeker !

Ja, helemaal mee eens

Zeer zeker !!!

13 Zijn er nog andere suggesties, ideeën zijn over een ziekenhuiskamer?

zus

Grote ramen

Balkon om naar buiten te kunnen gaan

Met het bed naar buiten gaan. Op het terras hierboven zijn ze zo iets aan het bouwen

I N T E R V I E W

Z O R G T E A M

M a a n d a g 19 m a a r t, 10 u

13e v e r d i e p
z o r g t e a m o n c o l o g i e

M a a n d a g 19 m a a r t, 10 u

9e v e r d i e p
z o r g t e a m G a s t r o n o m i e

M a a n d a g 19 m a a r t, 10 u

12e v e r d i e p
z o r g t e a m n i e r a f d e l i n g

D i n s d a g 20 m a a r t, 13 u 30

14e v e r d i e p
m o r e l e C o n s u l e n t e

V r i j d a g 23 m a a r t, 12 u 30

14e v e r d i e p
z o r g t e a m v o o r p i j n
b i j k i n d e r e n

1 wat betekent palliatieve zorg voor jou?

- De patiënt en zijn of haar familie bijstaan bij het naderen van zijn/haar levenseinde
- Op een comfortabele en pijnloze manier afscheid nemen en ondersteund worden
- Comfort ipv vertroetelen
- Comfort aanbieden, daar waar de geneeskundetherapie niet voor staat
- Een steun bieden aan de patiënt, familie, zijn naaste tijdens het einde van patiënt hun leven met de nadruk op comfort
- Humor is belangrijk
- Alles op maat van de patiënt, de patiënt staat centraal
- Mensen begeleiden op hun laatste reis
- Patiënten op een dragelijke, mooie manier naar de hemel leiden. Laatste wensen vervullen en de familie ondersteunen

Naar alle dementies kijken: lichamelijke comfortabel en psychologische, spirituele ondersteuning

rele
con
sule
nte

2 welke zorg voert u uit bij een patiënt op de palliatieve afdeling?

- Comfortzorg, pijncontrole
- Emotionele steun bieden
- zorg bieden in de diversiteit van diagnoses en prognoses
- Alles om de patiënt comfortabel te laten zijn
- Luisterend oor
- Dokters proberen overtuigen van afzien van overtollig onderzoek

Existentiële en spirituele zorg

rele
con
sule
nte

3

over welke onderwerpen wordt er met de patiënten gesproken?

z
o
r
g
t
e
a
m

zeer uiteenlopend: over het leven, over sterven, over therapiën,
over familie, beroep, reizen, ...

Mensen onder elkaar, koetjes en kalfjes, therapiën...
Het eigenlijke sterven kan aan bod komen maar wordt niet noodzakelijk

Afscheid nemen en de dood

Het leven op zich

De herinneringen

De wensen en dromen

zaken ivm. de zorg

Alles moet bespreekbaar zijn

Over wat de patiënt en de familie zelf nog wil van zorg en
ziekenzalving. Over hoe de dood of begrafenis te regelen

Het leven, het levenseinde, pijn, schuld, angst, verdriet

m
o
r
e
l
e
c
o
n
s
u
l
e
n
t
e

4

Als er één meubelstuk is in de kamer die u zou willen aanpakken?

z
o
r
g
t
e
a
m

Een multifuncitonele wachttafel

Bed: niet te wit

Ja, opbouw aan de muur met de verlichting en technische
apparatuur

zeker het bed !!

Grodijnen

Bed

zetels! Ze zijn te hard en niet huiselijker. Nodigdt niet uit om te zitten

m
o
r
e
l
e
c
o
n
s
u
l
e
n
t
e

5 Wat vind je goed aan de hedendaagse ziekenhuiskamers en wat kan beter?

z
o
r
g
t
e
a
m

De kamers zijn beperkt in oppervlakte (als er familie wil blijven slapen of op bezoek komen)
Waterkoker en koffiemachine en microgolven extra voor op de kamer

Veel kapotte zaken en niet altijd even comfortabel

Onze afdeling is niet up to date
Recent toch al flatscreen TV's

Alles kan beter!

Interieur is te koud

Momenteel te 'instelling-achtig'

Geen ruimte, afstandelijk en geen thuisgevoel

Niets

Naar buiten kijken, veel licht: venster op de wereld

m
o
r
e
l
e
c
o
n
s
u
l
e
n
t
e

6 Wat doen de meeste patiënten als er niemand in de kamer is?

z
o
r
g
t
e
a
m

In bed liggen

Slapen

Tv kijken

Nadenken

Naar buiten kijken

Sterven

slapen, 's nachts vooral piekeren

m
o
r
e
l
e
c
o
n
s
u
l
e
n
t
e

7

Heeft u een dichte relatie met de patiënten?

Soms. Afhankelijk van waar de patiënt nood aan heeft
Ik probeer niet te dicht te staan, om mezelf emotioneel te beschermen

Soms

Professioneel maar laagdrempelig

Indien de patiënt hier langer verblijft al beter contact

Ja

m o r e l e
c o n s u l e n t e

8

Denkt u dat dit interieur effect heeft op de situatie en gesprekken?

Ja, weinig privacy

Ja

Neen

Moet kunnen

Ja, deprimerend wit en grijs werkt evenredig op het fysieke

De omgeving bepaalt voor een groot deel het veiligheidsgevoel

zeker! De omgeving, de sfeer, beïnvloedt je beleving

Het heeft een negatieve sfeer, een kleurtjes verf zou beter zijn

Het is vooral belangrijk dat de patiënt er zich goed voelt, het interieur speelt minder een rol op zo'n moment

Soms. Er moet plaats zijn om rustig te kunnen praten ipv houterig naast het bed te staan, vaak ga ik op het bed zitten

Ja, zeker de oude kamers geven een onaangename sfeer

m o r e l e
c o n s u l e n t e

9

Denkt u dat het interieur in deze kamer effect heeft op de patiënt, familie en op u zelf?

m
a
a
t
g
r
o
z

Ja, wat minder sobere kleuren op de kamer zou een zonnigere, vrolijkere, huiselijkere uitstraling geven

Het mag niet hinderen
Meer ruimte

Ja, niet te strak ziekenhuis
Sfeer

We zijn het zo gewoon, maar ik denk dat een modernere, opgefriste kamer voor iedereen aangenamer zou zijn

Het geeft rechtstreeks een invloed op de patiënt zijn gemoedstoestand

We hebben momenteel geen kamers die rust uitstralen

Ja, veel vrijer en open

m
o
r
e
l
e
c
o
n
s
u
l
e
n
t
e

10

Heb je van patiënten ooit al zeker doorgekregen die belangrijk zijn en goed om mee te nemen in mijn onderzoek?

m
a
a
t
g
r
o
z

Ik vermoed dat dergelijke details niet echt iets is waar patiënten mee bezig zijn. Dat betekent niet dat digitale extra's niet gewenst zijn

Weinig ruimte, zeker ook in de bakamers

Huiselijke sfeer

Prikbord

Tekeningen en foto's van de familie

Patiënten vinden de kamers te klein

Meer kleur in de kamers, fleur je van op

Een gezellige en rustige zitkamer

Muziek en een sterrenhemel

Meisje heeft het hele verloop van een nest vogels in de bomen zien evolueren

Dat is hun televisie!

Kruisje in de kamer is doorn door het oog

Vele laten het kruisje in de kamer weghalen maar door het zonlicht is de vorm in de muur blijven staan

m
o
r
e
l
e
c
o
n
s
u
l
e
n
t
e

11

Heeft u het soms moeilijk om de kamer van de patiënt binnen te komen?

Neen, nu niet meer. In het begin wel, maar je leert ermee omgaan

Niet echt, kan soms wel ongemakkelijk zijn bij een stervende patiënt. Met de aanwezigheid van veel familie/vrienden : een ongemakkelijke sfeer

Soms, maar gelukkig is er de steun van collega's en PZT

Neen

Ja, sommige patiënten liggen je nauwer aan het hart

zelden

Nee, maar altijd wel eens kloppen voor je binnengaat ook al heeft de patiënt jou al gezien. Respect voor de patiënt tonen.
 Het blijft een drempel om in een intieme kring te komen.
 Ook altijd vragen na als ik naar buiten ga, of de deur toe of open mag blijven
 open : contact met de gang
 gesloten : privacy respecteren

patiënten
resultaten
conclusie

