

J.M. Prevosth
D.J.M. van der Voordt

Sturen op een gastvrij Albert Schweitzer ziekenhuis

Sturen op een gastvrij Albert Schweitzer ziekenhuis

*Invloed van de gebouwde
omgeving*

Jet Prevosth
Theo van der Voordt

Oktober 2011
TU Delft, Faculteit Bouwkunde, Afdeling Real Estate & Housing

Inhoud

<i>1. Inleiding</i>	<i>1</i>
1.1 De opdracht	2
1.2 Doel en hoofd- en deelvragen onderzoek TU Delft	2
1.3 Onderzoeksopzet	2
<i>2. Theoretisch kader: een gastvrij gebouw</i>	<i>5</i>
2.1 Wat is gastvrijheid?	6
2.2 Invloedsfactoren: personeel, proces, plek en producten	7
2.3 Meten van gastvrijheid	8
2.4 Selectie omgevingsvariabelen	8
2.5 Uitwerking omgevingsvariabelen	9
<i>3. Inspirerende voorbeelden</i>	<i>15</i>
3.1 Inleiding	16
3.2 Gastvrijheidszorg met sterren 2011	16
3.3 Havenziekenhuis	17
3.4 Deventer Ziekenhuis	20
3.5 Conclusies	23
<i>4. Analyse verpleegafdelingen Albert Schweitzer ziekenhuis</i>	<i>25</i>
4.1 Autonomie & keuzevrijheid	26
4.2 Privacy & territorium	26
4.3 Natuur	26
4.4 Veiligheid	27
4.5 Oriëntatie & routing	27
4.6 Sociale interactie	27
4.7 Ramen & uitzicht	27
4.8 Inrichting	27
4.9 Sensorische kwaliteit	30
4.10 Conclusies	30

<i>5. Conclusies en aanbevelingen</i>	33	
5.1 Conclusies		34
5.2 Aanbevelingen		34
5.3 Vervolgstappen		38
 <i>Literatuur</i>	 39	
 <i>Bijlagen</i>	 43	
<i>Bijlage 1 Wetenschappelijke onderbouwing</i>		45
<i>Bijlage 2 Op zoek naar inspirerende voorbeelden</i>		59

1.

Inleiding

1.1 De opdracht

De beleving van gastvrijheid door patiënten en bezoekers van ziekenhuizen wordt door veel aspecten beïnvloed: de bejegening door het personeel, de kwaliteit en keuzevrijheid in eten en drinken, de kwaliteit van het gebouw als geheel, de indeling en inrichting van de afzonderlijke ruimten, en de beschikbare diensten en middelen. Omdat gastvrijheidsbeleving een belangrijke waarde is, zowel op zich zelf als in concurrentie met andere ziekenhuizen, is het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) in Dordrecht en Zwijndrecht een project gestart om de gastvrijheidsbeleving waar mogelijk te optimaliseren, te beginnen met de verpleegafdelingen. Wielinga Consultancy bereidt een advies voor over het aspect eten en drinken. Monique Willemse van Momoko Visions Trends Concepts concentreert zich op de wensen en voorkeuren van de patiënten. Aan de faculteit Bouwkunde van de TU Delft is gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar de invloed van het gebouw. De gastvrijheidsbeleving van patiënten staat hierin centraal. Door de samenwerking met verschillende partijen hoopt het Albert Schweitzer ziekenhuis bouwstenen aangereikt te krijgen voor een integraal gastvrijheidsbeleid waarin de wensen van patiënten, facilitaire ondersteuning, personeel en fysieke ruimte samenkomen. Dit rapport beschrijft de bevindingen uit het onderzoek van de TU Delft.

1.2 Doel en hoofd- en deelvragen onderzoek TU Delft

<i>Doelstelling</i>	Aanbevelingen ontwikkelen voor het sturen op gastvrijheid door middel van de fysieke omgeving aan de hand van literatuuronderzoek en referentieprojecten, zowel generiek als specifiek voor de verpleegafdelingen van het Albert Schweitzer ziekenhuis.
<i>Hoofdvraag</i>	Hoe kan er op de verpleegafdelingen van het Albert Schweitzer ziekenhuis gestuurd worden op gastvrijheid door middel van de fysieke omgeving?
<i>Deelvragen</i>	Wat is gastvrijheid? Op welke manier kan de huisvesting bijdragen aan gastvrijheidsbeleving en welke bouwparameters zijn daarbij van belang? Wat kunnen we leren van inspirerende referentieprojecten (zogenaamde "best practices")? Hoe beleven patiënten de gastvrijheid op de verpleegafdelingen van het ASz? Welke lessen zijn uit dit onderzoek te trekken voor het gastvrijheidsbeleid van het ASz?

1.3 Onderzoeksopzet

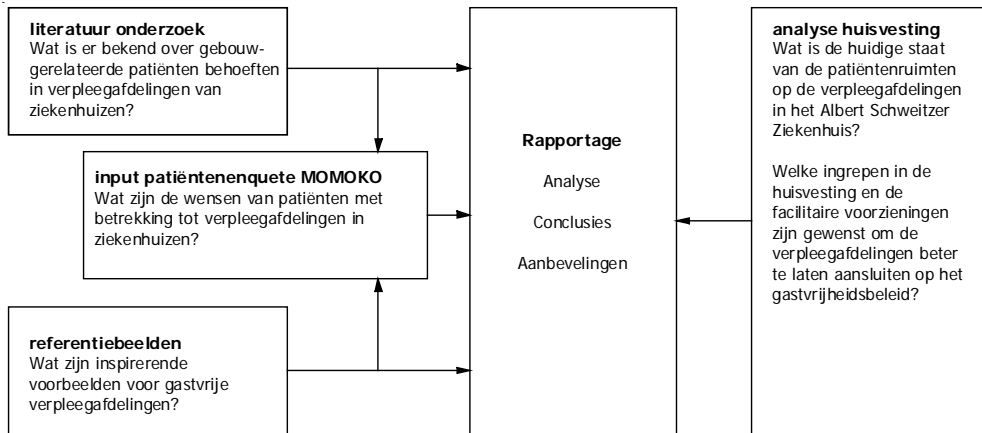
Het onderzoek van de TU Delft is opgesplitst in twee fasen. Fase 1 loopt tot eind september 2011. Op basis van literatuurstudie en veldonderzoek zijn voorlopige conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd voor sturen op gastvrijheid door een goed gebouw en voor vervolgonderzoek. In de tweede fase - van eind september 2011 tot mei 2012 - worden de resultaten van de 1^e fase uitgediept en aangevuld door (afstudeer)onderzoek van Patrick Bos, student aan de Haagse Hogeschool, studierichting Facilitair Management.

Het gehele onderzoek bestaat uit vijf stappen:

1. Literatuuronderzoek naar gebouwgerelateerde wensen en behoeften van patiënten ten aanzien van gastvrijheidsbeleving, generiek en toegespitst op verpleegafdelingen.
2. Ontwikkelen van een theoretisch kader over de invloed van fysieke omgevingsvariabelen op gastvrijheidsbeleving.
3. Analyse van de wensen, voorkeuren en prioriteiten van patiënten rond gastvrijheidsbeleving en de invloed hierop van de huisvesting en andere faciliteiten, op basis van interviews met patiënten van het ASz door Momoko Visions Trends Concepts en eigen observaties op de verpleegafdelingen.
4. Bezoeken en bestuderen van inspirerende ruimteconcepten in andere ziekenhuizen en zo mogelijk ook van zorginstellingen in de care sector. Aansprekende voorbeelden van "best practices" – in woord en beeld – kunnen inspireren en als referentie gebruikt worden voor de (her)ontwikkeling van verpleegafdelingen van het Albert Schweitzer ziekenhuis.
5. Rapportage van de bevindingen en formuleren van aanbevelingen voor gewenste aanpassingen om de verpleegafdelingen van het ASz optimaal af te stemmen op de wensen en voorkeuren van de patiënten, nu en in de toekomst.

Indien hiervoor ruimte is binnen het afstudeeronderzoek aan de Haagse Hogeschool zal ook onderzoek plaatsvinden naar de toekomstige vraag van patiënten door middel van toekomstscenario's. Deze stap is optioneel.

In schema:



Figuur 1: Onderzoeksopzet

2.

*Theoretisch kader:
een gastvrij gebouw*

2.1 Wat is gastvrijheid?

Het Van Dale woordenboek definieert gastvrijheid als volgt: gast•vrij•heid zelfstandig naamwoord; de (v) ▼ 1. gulheid in het onthalen of herbergen van gasten; synoniem: hospitaliteit • de plicht, de deugd der gastvrijheid ▼ 2. het opnemen resp. opgenomen-worden als gast • gastvrijheid aanbieden, bewijzen, genieten, verlenen. Wikipedia hanteert een vergelijkbare definitie en omschrijft gastvrijheid als het gebruik gastvrij te zijn, en ook het gastvrij handelen zelf, dat wil zeggen het ontvangen en onderhouden van gasten, bezoekers of vreemdelingen, in vrijheid en goede wil. In de vakliteratuur komen we eveneens veel definities tegen van gastvrijheid, gastvrijheidsbeleving, en de Engelse term hospitality. In Hospitality op de werkvloer stellen Dommerholt en Hofman (2010) dat hospitality op twee manieren vertaald kan worden: als een warm, gastvrij en welkom gevoel dat je krijgt als je ergens binnenkomt, en als de service op het gebied van eten, drinken en overig. Dit alles met als doel om het bezoek te veraangemen en onderscheidend vermogen te genereren.

Hokkeling (z.d.) stelt dat de beleving van gastvrijheid de prestatie minus de verwachting is. Dit kan worden weergegeven in de volgende formule: $B_g = P - V$. Dus als je als organisatie een hogere prestatie levert dan de gast verwacht had ontstaat er een positieve beleving. Volgens Happle et al. (1990) is hospitality het resultaat van een interactie tussen een gastheer/gastvrouw ('host') en gasten die van huis zijn ('guests'). Dit interactief proces tussen vraag en aanbod vereist het samenkomen van de aanbieder en de ontvanger van gastvrijheid. De gastheer of -vrouw moet zorgen voor een veilige en comfortabele omgeving, zowel fysiek als psychologisch. Hospitality heeft zowel zichtbare en tastbare ('tangible') als niet direct zichtbare ('intangible') kanten.

King (1995) onderscheidt twee typen hospitality: in de private sfeer (handelen van individuen in een private setting, bijvoorbeeld thuis), en commercieel: het leveren van diensten zoals catering, verblijf en vertier om hiermee geld te verdienen. Dit geldt onder meer voor aanbieders van Retail & Leisure, maar is ook van toepassing op bijvoorbeeld thuiszorg en intramurale zorginstellingen. De gastheer/vrouw moet goed begrijpen wat de gast plezierig vindt en wat bijdraagt aan diens comfort en welbevinden en moet hier genereus voor zorgen in face-to-face interacties, onberispelijk, tactvol, met respect voor de ander, vaak in de vorm van sociale rituelen. Het uiteindelijke doel is een tevreden gast die graag terug komt.

Alflen (2008) koppelt het gastvrijheidsbegrip specifiek aan de zorgsector. Volgens Alflen ervaren mensen 'gastvrijheid' als ze:

- zich welkom voelen;
- menselijk worden benaderd (bejegening);
- regisseur kunnen zijn over hun eigen leven (autonomie);
- eigen verantwoordelijkheid hebben en
- over keuzevrijheid beschikken.

Filosofieën over gastvrijheid in de zorg, bijvoorbeeld Planetree of het gedachtegoed van Fred Lee zoals verwoord in zijn boek *If Disney Ran Your Hospital*, nemen eveneens de menselijke relaties als uitgangspunt. Het gaat steeds om het zorgen voor tevreden en gemotiveerde medewerkers en het faciliteren van een positieve bijdrage van familie, vrienden en de gemeenschap. Een aan gastvrijheid verwante term is Hostmanship: de kunst om mensen zich welkom te laten voelen. Hostmanship geeft inspiratie en richting aan iedereen die verschil wil maken, als individu, als team, als organisatie. Organisaties die zich werkelijk onderscheiden, verwelkomen allereerst hun medewerkers. Hostmanship biedt daarmee een frisse visie op het ontwikkelen van succesvolle organisaties, aldus Jan Gunnarsson (van Hulst, 2008).

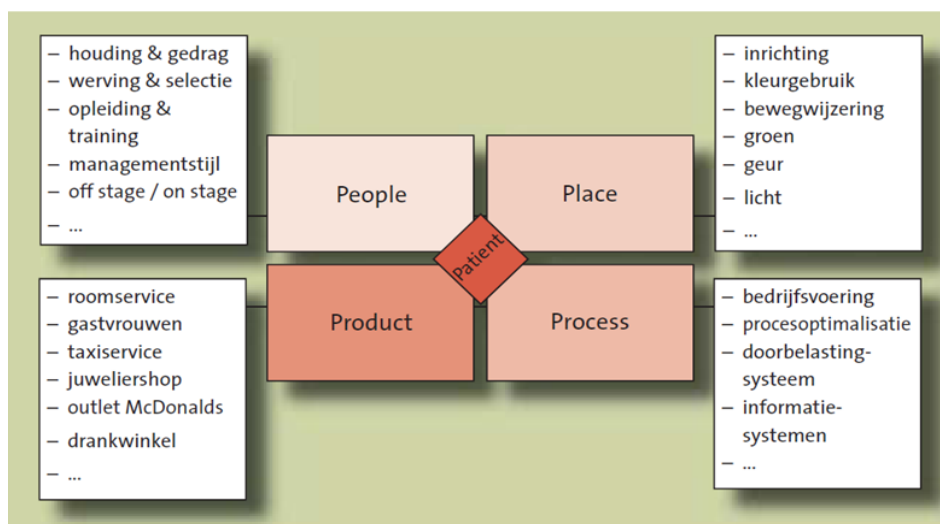
Gastvrijheidsconcepten vragen om een integrale aanpak, met voldoende aandacht voor harde en zachte aspecten. De ontwikkeling van een gastvrijheidsconcept is per definitie maatwerk en moet aansluiten bij de missie en visie van de zorginstelling. Samenvattend kunnen we gastvrijheid definiëren als het resultaat van de interactie tussen gastheer/vrouw en gast, waarbij de gastheer er voor moet zorgen dat de gast zich welkom voelt en dat de omgeving prettig, veilig en comfortabel is en bijdraagt aan het welbevinden van de gast.

2.2 Invloedsfactoren: personeel, proces, plek en producten

In de literatuur zijn verschillende modellen te vinden die het gastvrijheidsbegrip en de relaties tussen gastheer/vrouw en gasten schematisch weergeven. Volgens Kreitzer en Zborowsky (2009) kunnen ziekenhuizen op drie manieren sturen op het creëren van een optimale "healing environment: door de juiste mensen in te zetten en hen te trainen in een gastvrije houding en gastvrij gedrag, door de zorgprocessen af te stemmen op de wensen en voorkeuren van de patiënten, en door het gebouw op een aantrekkelijke manier in te richten. Samengevat: door te sturen op 'People, Process, Place'. Oorspronkelijk komt dit model van Frank Duffy (1998), die het ontwikkelde voor kantooromgevingen. In het 3-P model van Kreitzer en Zborowsky staat *place* zowel voor de ontworpen omgeving (exterieur en interieur) als voor de natuurlijke omgeving (topografie van de locatie, oriëntatie, natuurlijke landschappen). Belangrijke ruimtelijke componenten zijn onder meer:

- De lay-out van de patiëntenkamers;
- De positionering van de bedden ten opzichte van het sanitair;
- De indeling van de afdelingen, bijvoorbeeld de plaats van de zusterunit;
- Architectonische middelen zoals leuningen, aan het plafond gemonteerde tilsystemen, gestandaardiseerde gas- en elektravoorzieningen voor de zorg, vloerafwerking en verlichting.

Dit zogenaamde 'triple P' model is door Twynstra Gudde uitgewerkt in een 4-P model (figuur 2). Dit model kan helpen om een visie op gastvrijheid te ontwikkelen en te concretiseren (Allen, 2008). Het biedt houvast om na te denken over alle aspecten die gastvrijheid bevorderen en hierop gericht te kunnen sturen.



Figuur 2: Het 4-P model van Twynstra Gudde

1. De *People* component heeft betrekking op het stimuleren van de gewenste houding, een juiste bejegening en het centraal stellen van mensen.
2. Bij *Place* gaat het om de optimalisatie van de huisvesting in gebieden waar de klant komt, bijvoorbeeld door toepassing van 'healing environment' concepten zoals aantrekkelijk kleur- en materiaalgebruik, een prettig binnenklimaat en voldoende (dag)licht. De focus ligt op het creëren van een veilige en prettige sfeer. Voor service rond het bed valt te denken aan prettige stoelen voor bezoek, groenvoorziening, huiselijke elementen, een tafel waaraan je kunt eten, en mogelijkheden om je terug te trekken en te socialiseren.
3. Bij *Process* gaat het om een geruisloze dienstverlening.
4. Bij *Product* gaat het om de diensten die vanuit de beleving van de klant toegevoegde waarde leveren en om het bieden van keuzemogelijkheden.

Het onderzoek van de TU Delft richt zich voornamelijk op de component *Place*. Zoals de definitie van gastvrijheid aangeeft, kan de omgeving een bijdrage leveren aan gastvrijheid door deze veilig en comfortabel te maken en te laten bijdragen aan het welbevinden van de gast. Dit kan gerealiseerd worden door het toepassen van omgevingsvariabelen uit de Healing Environment filosofie.

2.3 Meten van gastvrijheid

Om de kunnen vaststellen hoe de gastvrijheid door de patiënten ervaren wordt en ook om te kunnen nagaan of verbetermaatregelen daadwerkelijk effect sorteren, is het nodig om de gastvrijheidsbeleving op een betrouwbare en valide manier te meten. Een methode om een integrale visie op hospitality te ontwikkelen is het gebruik van de zogenaamde guest journey. Dit houdt in dat het gebruik van een gebouw fysiek en/of virtueel wordt doorlopen vanuit het gebruikersperspectief, bijvoorbeeld als medewerker, bezoeker of leverancier. Volgens Thomas Thijssen, Lector Experience in Hospitality & Leisure bij de Hospitality Business School van Saxion is dit een goede methode om te kunnen begrijpen welke behoeften er zijn en op welke wijze deze passend ingevuld kunnen worden (Thijssen e.a., 2009; Thijssen, 2010). Virtueel wordt doorlopen wat je als gebruiker ervaart of zou willen ervaren. Door de gebruiker als uitgangspunt te nemen wordt voorkomen dat de dienstverlening en het ontwerp worden ingevuld vanuit het eigen perspectief van de aanbieder, waardoor te weinig aandacht wordt gegeven aan de echte wensen van individuele klanten.

Ten Have (2010) pleit er voor om gastvrijheidsbeleving mee te nemen in de aspecten die worden gemeten in het INK model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit. Dit model is gebaseerd op de uitgangspunten van de Balanced Scorecard van Kaplan en Norton (Kaplan en Norton, 2001), waarin aanbevolen wordt om de organisatie aan te sturen vanuit vier perspectieven: de klant, financieel, interne processen, en lerend vermogen. Het INK-model refereert aan vijf ontwikkelfases van organisaties, met een oplopende mate van proactief en innovatief handelen: 1) Activiteit georiënteerd: reactief en ad hoc; 2) Proces georiënteerd: reactief meten; 3) Systeem georiënteerd: proactief en klantgericht reageren; 4) Keten georiënteerd: proactief reageren samen met de partners; en 5) Transformatie georiënteerd: gericht op vernieuwing en bij de top willen behoren. Ziekenhuisorganisaties kunnen hun eigen positie in kaart brengen door de organisatie te scannen op de negen aandachtgebieden van het INK-model. Deze zijn onderverdeeld in vijf organisatiegebieden (leiderschap, management van medewerkers, management van middelen, management van processen, strategie en beleid) en vijf resultaatgebieden (medewerkers, klanten en partners, bestuur en financiers, maatschappij). Ten Have adviseert om binnen deze velden onderdelen te benoemen die de ontwikkeling van gastvrijheid in kaart brengen. Op basis van deze 'diagnose' kan duidelijk worden welke verbeterpunten nodig zijn op het gebied van gastvrijheid. Vanuit het perspectief van de medewerkers kan gedacht worden aan prestatie indicatoren zoals: tevredenheid van medewerkers over de gastvrijheid van het ziekenhuis, hun betrokkenheid bij het gastvrijheidsbeleid, en het aantal gerealiseerde Persoonlijke Ontwikkel Plannen, met de focus op doelstellingen rondom gastvrijheid. Bestuurders en financiers zullen waarschijnlijk eerder sturen op gastvrijheid in relatie tot mogelijke effecten op de financiële prestaties (omzet, winstgevendheid). Indicatoren voor de waardering door klanten zijn bijvoorbeeld hun perceptie van de responsiviteit van het personeel, betrouwbaarheid, empathie en vertrouwen. Als mogelijke indicatoren voor de waardering van de gastvrijheid van een ziekenhuis door de maatschappij noemt Ten Have onder meer: de mate waarin dit aspect meespeelt bij sollicitaties, de waardering in rankings zoals die van de AD Ziekenhuis Top 100 op patiëntvriendelijkheid en patiënttevredenheid, waardering door Gastvrijheidszorg met Sterren, en de waardering door Kies Beter.

2.4 Selectie omgevingsvariabelen

Er zijn in de literatuur nauwelijks concrete richtlijnen gevonden voor het ontwerpen en beheren van gastvrije ziekenhuisgebouwen, noch voor het gebouw als geheel, noch specifiek voor verpleegafdelingen. We zijn voor de ruimtelijke component daarom te rade gegaan bij de literatuur over Healing Environment. De term healing komt van het Anglo-Saxische woord haelen, wat "heel maken" betekent. Healing Environments zijn gericht op harmonie, de juiste balans tussen lichaam, geest en ziel, angstreductie, vermindering van stress, en het bevorderen van het herstel van de patiënt (Kreitzer & Zborowsky, 2009). Dit vereist een goed samenspel tussen people, process, product en place, op een bepaald moment en binnen een gegeven cultuur. Er is een duidelijke overlap zichtbaar tussen sturen op een Healing Environment en sturen op gastvrijheid. Beide concepten zijn gericht op stressreductie en het verhogen van de patiënttevredenheid. Dit draagt bij aan de gastvrijheidsbeleving van de patiënt. Van verschillende omgevingsvariabelen is bewezen, dan wel (zeer) aannemelijk, dat ze een positieve bijdrage leveren aan het genezingsproces van patiënten, of in ieder geval het welzijn van gebruikers en de kwaliteit van de ruimtelijke omgeving bevorderen (Stagg, 2001).

Om duidelijk te krijgen welke maatregelen het Albert Schweitzer ziekenhuis kan toepassen met betrekking tot fysieke omgevingsvariabelen, is het noodzakelijk om vast te stellen welke omgevingsvariabelen van belang zijn.

In de literatuur worden veel omgevingsvariabelen genoemd die invloed hebben op de gebruiks- en beleevingskwaliteit en de mate waarin een omgeving als prettig, veilig en comfortabel wordt ervaren. En daarmee dus ook op de gastvrijheidsbeleving in een ziekenhuis. We onderscheiden negen thema's, waarin de meest genoemde omgevingsvariabelen zijn ondergebracht. Tabel 1 geeft een overzicht van relevante omgevingsvariabelen uit verschillende bronnen. De negen thema's en de hieraan gerelateerde omgevingsvariabelen vormen de rode draad door het hele rapport en zijn als ordeningsprincipe gebruikt voor de beschrijving en analyse van de inspirerende voorbeelden in hoofdstuk 3, de analyse van de verpleegafdelingen van het ASz in hoofdstuk 4, en de aanbevelingen in hoofdstuk 5.

	van der Voordt, e.a. (1994)	STAGG (2001)	Boonk (2004)	College bouw zorginstellingen (2008)	Faessen (2008)	TNO (2009)	KOPVOL (2010)
Autonomie & keuzevrijheid		Autonomie, Keuzevrijheid, Zelfredzaamheid			Keuzemogelijkheid	Privacy en Autonomie, Comfort en controle	
Privacy & territorium	Privacy en sociaal contact	Privacy, Territorium	Privacy	Type patiëntenkamers	Privacy, Afstand	Privacy en autonomie	Beschutting
Natuur				Natuur		Natuur	
Veiligheid	Veiligheid	Veiligheid	Veiligheid				
Oriëntatie & routing	Ruimtelijke oriëntatie	Oriëntatie	Toegankelijkheid	Oriëntatie & routing	Ruimtelijkheid/ Overzichtelijkheid, Openheid	Oriëntatie & routing	Oriëntatie
Sociale interactie	Privacy en sociaal contact	Sociaal contact	Contact			Personeel	
Ramen & uitzicht				Ramen en uitzicht		Ramen en uitzicht	Vergezicht
Inrichting			Ruimtelijke kwaliteit	Interieur		Faciliteiten en voorzieningen niveau, Interieur	Vormgeving
Sensorische kwaliteit	Sensorische kwaliteiten		Sensorische kwaliteit	Licht, Geluidsniveau, Luchtkwaliteit, Muziek, Geur			Geur, Geluid, Licht

Tabel 1: Keuze omgevingsvariabelen

2.5 Uitwerking omgevingsvariabelen

Na het vaststellen van bruikbare thema's en hieraan gerelateerde omgevingsvariabelen zijn we op zoek gegaan naar concrete richtlijnen voor het creëren van een gastvrije omgeving. De thema's overlappen elkaar enigszins, vanwege de onderlinge samenhang en interactie tussen diverse psychologische processen, met name als het gaat om het reguleren van stress. (College bouw zorginstellingen, 2008). Het is echter maar de vraag of al deze factoren ook direct te koppelen zijn aan het begrip gastvrijheid. In de brede betekenis van gastvrijheid: zich welkom voelen in een prettige, veilige en comfortabele omgeving, zijn alle genoemde kwaliteiten van belang. Daarmee is het begrip gastvrijheid vrijwel synoniem aan het begrip kwaliteit, vanuit het perspectief van de patiënten. Waarschijnlijk worden sommige elementen door verschillende patiënten belangrijker gevonden dan andere, maar onderzoek naar prioritering door patiënten of professionals experts is nauwelijks voorhanden. We zijn daarom van de negen thema's uitgegaan voor een zoektocht naar mogelijkheden voor het verbeteren van de gastvrijheidsbeleving op de verpleegafdelingen van het ASz. Per thema is de literatuur onderzocht op informatie en aanbevolen maatregelen. We vatten de literatuur hier kort samen in de vorm van een conceptueel model per thema plus de belangrijkste aanbevelingen. Voor een beschrijving van de onderliggende theorie, begrippen en (wetenschappelijke) onderbouwing verwijzen we naar bijlage 1. De aanbevelingen zijn bedoeld als suggesties. Hoewel afgeleid uit (wetenschappelijke) kennis, zijn veel richtlijnen nog onvoldoende getoetst op hun effectiviteit.

1. Autonomie & keuzevrijheid

Mensen hebben behoefte om hun omgeving op hun eigen manier te kunnen gebruiken, beheersen, of te veranderen. Mensen willen keuzes kunnen maken in het gebruik van de ruimtelijke omgeving (Stagg, 2001). Dit zelf kunnen reguleren of controleren van de omgeving is van groot belang bij het verminderen van stress en het maximaliseren van het gevoel van controle en autonomie. Bovendien kan dit het beslag op personeel verminderen. Zeer relevant daarbij is de mate waarin patiënten zelf hun omgeving kunnen beïnvloeden en kunnen aanpassen aan hun eigen voorkeuren. (TNO, 2009). Het respecteren van de autonomie en zelfbeschikking van patiënten is essentieel voor het welzijn en de patiënttevredenheid.

Autonomie & keuzevrijheid → controle over de omgeving door middel van	<ul style="list-style-type: none"> — cognitie (denken) — gedrag (doen)
Geef patiënten zoveel mogelijk controle over hun situatie door hen beslissingsbevoegdheid en informatie te geven	
Zorg voor mogelijkheden op de privacy te reguleren als de situatie daar om vraagt	
Zorg waar mogelijk voor voorzieningen waarmee de patiënt zelf de temperatuur, ventilatie en (dag)lichttoetreding kan regelen	
Zorg dat patiënten de (kunst)verlichting zelf kunnen regelen	
Zorg dat patiënten een raam open kunnen zetten (waar mogelijk en afhankelijk van doelgroep)	
Geef patiënten de keuzemogelijkheid tussen een- of meerpersoonskamers	
Geef patiënten de mogelijkheid tot het personaliseren van hun omgeving	
Beperk waar mogelijk het institutioneel karakter van het ziekenhuis	
Creëer een aparte ruimte waar patiënten die in een meerpersoonskamer verblijven bezoek kunnen ontvangen	

Tabel 2: Aanbevelingen autonomie & keuzevrijheid

2. Privacy & territorium

Het verkrijgen van een gevoel van controle heeft veel te maken met de hoeveelheid privacy waarover patiënten willen beschikken. Privacy is de behoefte om informatie over zichzelf voor anderen te kunnen afschermen. Informatie op papier of digitaal, visueel (visuele privacy: niet gezien worden) en auditief (auditieve privacy: niet gehoord worden). Zich zelf kunnen afschermen tegen ongewenst zicht op anderen of het horen van anderen valt er ook onder, evenals de behoefte aan een eigen plek (territoriumgevoel). Privacy hangt samen met autonomie: mensen willen zoveel mogelijk zelf kunnen beslissen wanneer ze alleen of met anderen zijn.

Privacy & territorium → geeft gevoel van controle en autonomie door	<ul style="list-style-type: none"> — visuele privacy — auditieve privacy — territoriale privacy
Streef naar voldoende eenpersoonskamers	
Zorg waar mogelijk dat patiënten sanitair niet met anderen hoeven te delen	
Situeer sanitaire ruimten logisch en discreet, bij voorkeur dichtbij en duidelijk aangegeven, met de toegang niet in het volle zicht van anderen; voorkom dat gebruik van sanitair leidt tot geluidsoverlast en/of geuroverlast	
Zorg dat patiënten een privé gesprek kunnen voeren (auditieve privacy)	
Geef patiënten de mogelijkheid om zich terug te trekken (territoriale privacy)	
Biedt patiënten de mogelijkheid om persoonlijke spullen op te hangen en neer te zetten in de ruimte waar zij verblijven	
Biedt patiënten voldoende mogelijkheden voor het (veilig) opbergen van persoonlijke spullen	
Zorg dat ongewenste inkijk van buitenaf wordt voorkomen of (individueel) is te reguleren (visuele privacy)	
Waarborg privacy in meerpersoonskamers door een tussenwand, scherm of gordijn, door de patiënt te bedienen met een afstandsbediening	
Breng de kast en opbergruimte van de patiënt zoveel mogelijk in de nabijheid van de bedplekken.	
Creëer een zodanige lay-out van de afdeling (hiërarchie van ruimten) dat de privacy van patiënten kan worden gereguleerd. Zorg voor een geleidelijke opbouw van openbaar naar privé, zodat privéruimten of privacygevoelige ruimten in een besloten zone liggen en niet voor iedereen onmiddellijk toegankelijk zijn.	

Tabel 3: Aanbevelingen privacy & territorium

3. Natuur

Ontwerpen met natuur kan volgens het College Bouw zorginstellingen (2008) voor gebruikers van het gebouw positieve effecten opleveren. Natuur heeft een stressreducerende werking, vermindert pijn (hogere pijntolerantie, minder pijnmedicatie) en geeft een sneller herstel (kortere ligduur). Stress of negatieve emoties (angst, boosheid) verdwijnen en aangename gevoelens nemen toe. Groen nodigt uit tot sociale interactie en leidt tot een hogere belevings- en gebruikswaarde van het gebouw. Natuur en tuinen kunnen de overall tevredenheid van patiënten en familie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg bevorderen.



Creëer visuele toegang tot het aanwezige groen binnen en buiten
Zorg er voor dat groene gebruiksruidten zoals (binnen)tuinen, dakterrassen, e.d., toegankelijk, bereikbaar, behaaglijk, veilig en bruikbaar zijn
Richt publieke ruimten zoals atria, wachtruimten, daken en entrees in met –bij voorkeur levend- groen
Zorg dat patiënten zelf gemakkelijk naar buiten kunnen gaan
Geef een deel van de gebruikte kunstwerken en afbeeldingen in het gebouw het thema natuur
Richt daken die niet betreden kunnen worden in als groen “kijkdak”
Breng afbeeldingen van natuurlijke omgevingen aan op muren van afdelingen en in de patiëntenkamers
Speel bewegende beelden van natuur af op videoschermen in publieke ruimten, b.v. een hal of huiskamer
Richt de buitenruimte zo in dat deze aantrekkelijk is voor vlinders en vogels
Creëer indirect uitzicht op groen doormiddel van spiegels
Vermijd afbeeldingen van onveilige of opwindende natuur, zoals een surfer in de branding, diepe ravijnen of tropisch regenwoud

Tabel 4: Aanbevelingen natuur

4. Veiligheid

Onder veiligheid verstaan we het zich gevrijwaard weten of voelen van negatieve invloeden van buitenaf (Stagg, 2001). Daarbij kunnen twee aspecten worden onderscheiden: fysieke veiligheid (waarbij de fysieke omgeving zodanig is vormgegeven dat mensen deze veilig kunnen gebruiken) en psychische veiligheid (het zich beschermd voelen tegen indringers en het weten dat er hulp komt als dat nodig is).



Zorg ervoor dat patiënten hun eigendommen veilig kunnen opbergen in een afsluitbare kast en kluisje
Beperk het aantal obstakels in verkeersruimten tot een minimum
Vermijd drempels, losse snoeren en gladde of spiegelende vloeren
Zorg voor stroeve vloeren, vooral in sanitaire ruimten
Maak inrichtingselementen veilig, b.v. goede remmen voor rijdend materieel, stabiele stoelen, veilig hang- en sluitwerk en veilige nachtkastjes.
Breng op relevante plaatsen leuning en handgrepen aan (bijvoorbeeld in gangen en sanitaire ruimten)
Zorg voor een goede nachtverlichting
Zorg voor ergonomisch verantwoord meubilair
Zorg voor inbraakveilig hang- en sluitwerk inbraakveilig
Zorg voor veilige trappen
Zorg voor een veilige toegangsrouten door goede verlichting, sociale controle door zicht van binnenuit op de toegang en videobewaking
Denk aan zicht vanuit de verpleegpost op of in de kamers (kan conflicteren met privacy)
Richt ruimten sfeervol in om een gevoel van geborgenheid te creëren

Tabel 5: Aanbevelingen veiligheid

5. Oriëntatie & routing

Ruimtelijke oriëntatie is het vermogen om je voor te stellen waar je bent in een gebouw en hoe een bepaalde locatie of ruimte te bereiken is. Sommige mensen kunnen zich moeilijker oriënteren dan anderen. Problemen bij het vinden van de weg, met name in grote (zorg)gebouwen, zorgt bij veel mensen voor (extra) stress. Een heldere lay-out, routing en inrichting kunnen de oriëntatie ondersteunen (Luthi e.a., 1994; College bouw zorginstellingen, 2008).

Oriëntatie & routing	→	stress reductie door	≡	simulatie coherentie affordances
Zorg voor heldere administratieve en procedurele informatie (o.a. schriftelijke en verbale informatie over de opname). Combinatie van schriftelijke informatie en bewegwijzering ondersteunt de oriëntatie en leidt mensen doorgaans sneller naar de plek van bestemming dan alleen bewegwijzering.				
Zorg voor adequate bewegwijzering (meteen al vanaf de parkeerplaats): eenvoudige, heldere en consistente informatie; combinatie van leesbare en begrijpelijke teksten, cijfers en pictogrammen; kleurcontrast tussen figuur en achtergrond; heldere kleurcodering.				
Plaats bewegwijzering op kruispunten en hoofdroutes, en ondersteun dit met kleurgebruik. Als er geen essentiële kruispunten zijn, plaats dan elke 45 – 75 meter wegwijzers ter ondersteuning.				
Bied ook lokale informatie op de plek zelf: eenvoudige (in herkenbare termen) en consistente benamingen voor ruimten en afdelingen				
Realiseer overzichtelijke gangen en ruimten en zorg voor oriëntatiepunten naar buiten (ramen). Mensen hebben de neiging gebruik te maken van gemakkelijk toegankelijke open ruimten en overzichtelijke gangen zonder al te veel bochten				
Zorg voor een duidelijk onderscheid in hoofdroutes en secundaire routes (let b.v. op verschil in vloerafwerking, maatvoering, verlichtingsniveau, functie)				
Situeer de verpleegpost op een logische, gemakkelijk zichtbare en herkenbare plaats				
Geef kamers, dagverblijven en afdelingen een eigen karakter				
Zorg voor heldere externe en interne herkenningspunten, bijvoorbeeld in de vorm van grote planten, kunstobjecten, meubilair.				
Zorg dat de weg naar buiten gemakkelijk te vinden is				
Zorg dat er gemakkelijk een medewerker te vinden is die de weg kan wijzen				
Differentieer in materiaal en kleur om de contrasten tussen vloeren en wand, deurposten en overgangen tussen afdelingen te markeren				
Gebruik een logische opbouw in het gebouw van publieke, semipublieke, private en afgesloten zones.				

Tabel 6: Aanbevelingen oriëntatie & routing

6. Sociale interactie

Stagg (2001) verstaat onder sociale interactie de mogelijkheid om met andere mensen te kunnen samenzijn, naar andere mensen te kunnen kijken ofwel op een andere wijze met anderen te communiceren door bijvoorbeeld telefoon of internet.

Sociale interactie	→	sociale steun en afleiding door	≡	emotionele ondersteuning instrumentele ondersteuning informatieve ondersteuning
Zorg voor een gastvrije ontvangst van bezoekers door goede bereikbaarheid met openbaar vervoer en eigen vervoer en creëer voldoende en toegankelijke parkeervoorzieningen				
Maak voldoende ontmoetingsplekken met een gevarieerd karakter die uitnodigen tot verschillende activiteiten (uitrusten, praten, lezen): huiskamers, gebedsruimten, terugtrekruimten, zitjes, gespreksruimten, restaurant of grand café met voldoende zitplekken				
Biedt communicatiemiddelen aan zoals telefoon en internet				
Zorg ervoor dat bezoek kan mee-eten, denk daarbij aan bezoektijden die samenvallen met etenstijden				
Bij meerpersoonskamers moet bezoek ontvangen kunnen worden zonder anderen te storen				
Zorg dat ruimten waar activiteiten plaatsvinden goed zichtbaar en toegankelijk zijn				
Creëer een gemeenschappelijke eetruimte				

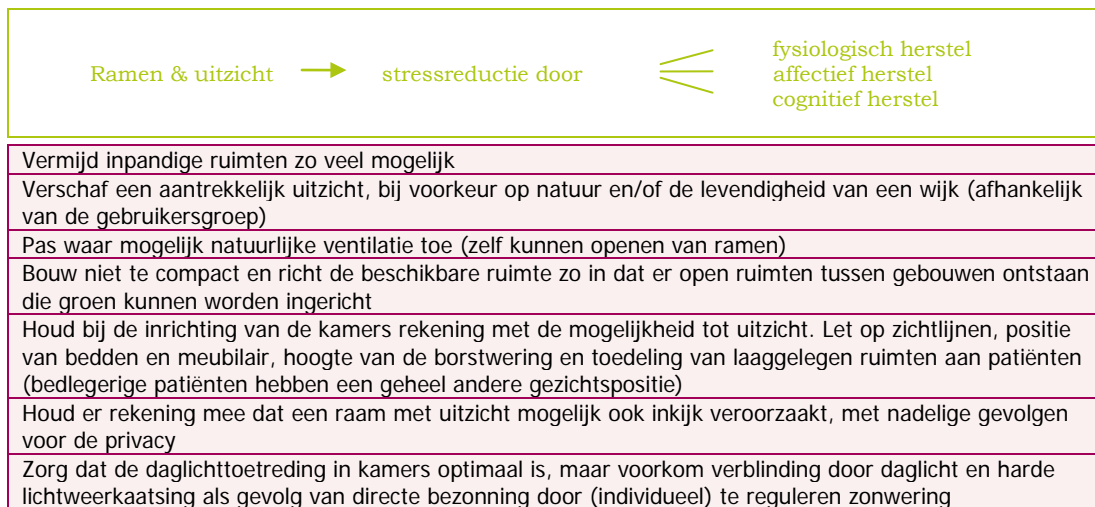
Tabel 7a: Aanbevelingen sociale interactie

Laat de opstelling van het meubilair bijdragen tot keuzevrijheid in het aangaan van contacten (b.v. gericht op verschillende groeps grootten, wel/geen oogcontact, centraal of meer perifeer gesitueerd)
 Organiseer speciale activiteiten voor oudere patiënten die langdurig in het ziekenhuis (moeten) verblijven

Tabel 7b: Aanbevelingen sociale interactie

7. Ramen & uitzicht

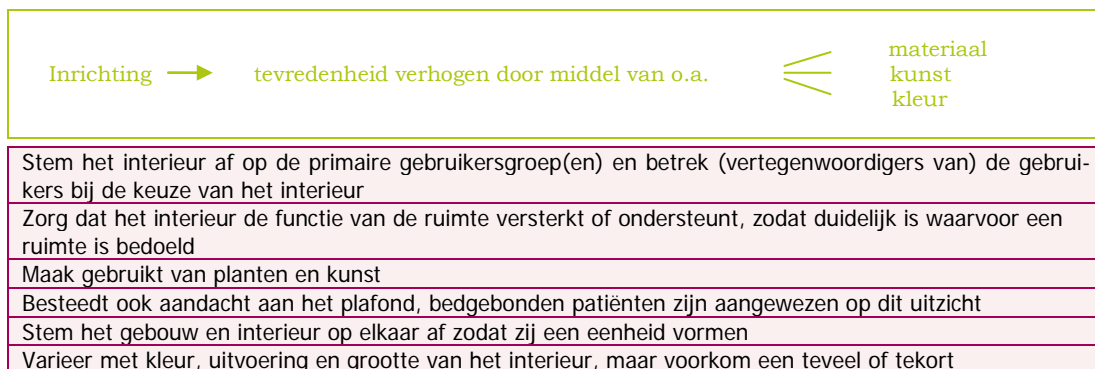
Licht is essentieel voor het menselijk functioneren. Licht stelt ons in staat dingen te zien en activiteiten uit te voeren. Met name daglicht beïnvloedt allerlei fysiologische processen (o.a. de aanmaak van hormonen en het slaap-waakritme) en het psychologisch functioneren. Daglicht geeft mensen gevoel voor tijd en plaats en voorkomt gevoelens van desoriëntatie. Een raam biedt bovendien de mogelijkheid tot uitzicht. Vooral natuurlijk uitzicht blijkt een positieve psychologische uitwerking te hebben, stressreducerend te werken en een positieve stemming te geven. (TNO, 2009). Bij de positionering dient rekening te worden gehouden met de (fysieke) conditie, mogelijkheden en beperkingen van patiënten. plaatsing



Tabel 8: Aanbevelingen ramen & uitzicht

8. Inrichting

Dit onderdeel heeft betrekking op het interieur (inrichting, materiaal- en kleurgebruik) van de ruimten waarin patiënten verblijven tijdens hun opname in een zorginstelling. De manier waarop het interieur overkomt op de individuele patiënt is tot op zekere hoogte subjectief. Van belang is dat het interieur en het toegepaste meubilair aansluit bij hun referentiekaders en niet vervreemdend werkt. Een pluspunt is als het interieur niet zozeer doet denken aan ziekte en zorg maar eerder geassocieerd wordt met een thuisgevoel of de sfeer op een aantrekkelijk ingericht kantoor of hotel. Het is dus zeer de moeite waard om aandacht te besteden aan het interieur en de beleving van het interieur. Temeer omdat dit juist de onderdelen zijn die relatief weinig kosten en tegelijkertijd wel een grote invloed hebben op beleving van de patiënt. (TNO, 2009).




Tabel 9a: Aanbevelingen inrichting

Zorg dat ruimten schoon zijn en gemakkelijk te reinigen; vermijd lastig bereikbare hoeken en afgesloten bergkasten
Voorkom zo mogelijk gevoelens van te hoge dichtheid en drukte en zorg voor voldoende "persoonlijke ruimte". Aandachtspunten zijn hier met name de lay-out, grootte en vorm van ruimten, zichtlijnen, ontspanningsmogelijkheden, en zoning van grote ruimten.

Tabel 9b: Aanbevelingen inrichting

9. Sensorische kwaliteit

Onder sensorische kwaliteit verstaan we licht, geur, luchtkwaliteit en geluid. Deze elementen kunnen een rustgevendende werking hebben en van invloed zijn op het welzijn. Geluidsoverlast kan bijvoorbeeld stress veroorzaken en gebrek aan daglicht wordt in verband gebracht met depressies.

Sensorische kwaliteit	→	stressreductie door		licht lucht geluid (muziek) geur
Zorg voor een aangename en comfortabele temperatuur, zo mogelijk individueel regelbaar				
Installeer ventilatiesystemen die royaal frisse lucht toelaten, bij voorkeur individueel regelbaar.				
Hanteer hogere lichtniveaus bij doelgroepen die overdag grotendeels binnenshuis zijn				
Stem de kunstverlichting af op het type activiteiten dat plaatsvindt in de ruimte				
Plaats voldoende ramen in patiëntenkamers in verband met daglichttoetreding, en zorg voor de mogelijkheid om verblinding te voorkomen en de temperatuur te beheersen bijvoorbeeld door zonwering				
Voorkom directe bezonning van kamers met felle harde lichtplekken (weerkaatsing van lichte vloer en wanden naar plafond)				
Streef naar een oostelijke gebouworientatie van patiëntenkamers (maximaliseren van ochtendzon)				
Realiseer (individueel) regelbare (kunst)verlichting en adequate werkverlichting (ook daglicht) voor personeel				
Beperk waar mogelijk institutionele verlichting (gebruik zachter licht, gelijkend op woningbouw)				
Reduceer geluidsoverlast tot een minimum				
Let op ruimte-akoestiek door toepassing van geluidsabsorberende plafonds en andere geluidsabsorberende materialen (vloerbedekking, gordijnen, e.d.)				
Verkiez natuurlijke en mechanische ventilatiesystemen boven airconditioningsystemen				
Elimineer en/of reduceer geluidsbronnen door bijvoorbeeld geluidloze oproepsystemen, draadloze communicatiesystemen, uitschakelen van apparatuur die niet in gebruik is, realiseren van aparte ruimten voor overleg, stille en lawaizones scheiden, goede logistiek, en het trainen van personeel (zachter praten, bewustheid verhogen)				

Tabel 10: Aanbevelingen sensorische kwaliteit

3.

*Inspirerende
voorbeelden*

3.1 Inleiding

Voor het optimaal sturen op gastvrijheid kan veel geleerd worden van ziekenhuizen die werken met een gastvrijheidsconcept en dit vertaald hebben in fysieke omgevingsvariabelen. Daarom zijn we op zoek gegaan naar interessante voorbeelden. Hoe sturen andere ziekenhuizen op gastvrijheid? Wat kan het ASz hiervan leren en toepassen in de eigen omgeving? Sommige instellingen gebruiken vooral de aankleding en inrichting van het gebouw als middel om een gastvrije uitstraling te bereiken. Andere instellingen profileren zich door hun mensen te trainen in hotelmatige verzorging om op die manier de cultuur en bejegening meer klantvriendelijk maken. Er zijn ook zorginstellingen die een integrale aanpak kiezen waarbij zorgconsumenten hoogwaardige zorg in een gastvrije setting ervaren. In dit hoofdstuk bespreken we enkele bevindingen uit de award 'Gastvrijheidszorg met sterren' en onze observaties tijdens een bezoek aan het Havenziekenhuis in Rotterdam en het Deventer Ziekenhuis te Deventer. Veel andere ziekenhuizen hebben eveneens een gastvrijheidsconcept of healing environment concept ingevoerd. De resultaten van een eerste verkenning hiervan worden besproken in bijlage 2. Het overzicht is niet compleet en vraagt om verbreding en verdieping in fase 2 van dit onderzoek. De voorbeelden kunnen als inspiratiebron worden gebruikt bij de ontwikkeling van een gastvrijheidsbeleid voor ASz.

3.2 Gastvrijheidszorg met sterren 2011

"Gastvrijheidszorg met Sterren" is een initiatief van LOC Zeggenschap in zorg, een grote cliëntenorganisatie. Het is een waarderingssysteem voor de kwaliteit van de gastvrijheidszorg in zorginstellingen. Iedere (locatie van een) zorginstelling en ziekenhuis in Nederland kan meedoen en één tot maximaal vier sterren verwerven. Niet alle Nederlandse ziekenhuizen doen mee. Gastvrijheidszorg met Sterren is geen keurmerk. Het is een verdieping van de kwaliteitskaders voor de zorg van de overheid en een middel voor zorginstellingen en ziekenhuizen om gastvrijere zorg te verlenen. (www.zorgmetsterren.nl). In totaal zijn 10 ziekenhuizen genomineerd voor de Gastvrijheidszorg Awards 2011 (Tabel 11). De winnaar van Gastvrijheidszorg met sterren 2011 was het Deventer Ziekenhuis.

1	Deventer Ziekenhuis	★★★★★
2	Ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk	★★★★★
3	Máxima Medisch Centrum, locatie Veldhoven	★★★★★
4	Máxima Medisch Centrum, locatie Eindhoven	★★★★★
5	Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam	★★★★★
6	Amphia Ziekenhuis locatie Molengracht, Breda	★★★★★
7	Amphia Ziekenhuis locatie Langendijk, Breda	★★★★★
8	Amphia Ziekenhuis locatie Pasteurlaan, Oosterhout	★★★★★
9	Beatrixziekenhuis (Rivas Zorggroep), Gorinchem	★★★★★
10	Diaconessenhuis, Leiden	★★★★★

Tabel 11: Genomineerden voor Gastvrijheidszorg met sterren 2011

Uit het juryrapport van de tien genomineerden van Gastvrijheidszorg met sterren (www.zorgmetsterren.nl) en de typering van een aantal ziekenhuizen (bijlage 2) zijn de volgende aandachtspunten worden gedestilleerd:

Gebouwniveau	Afdelingsniveau
– Transparantie	– Geen obstakels op de gangen
– Duidelijke bewegwijzering	– Afdelingsrestaurants
– Binnenplaatsen/tuinen toegankelijk voor patiënten en bezoekers	– Keuze tussen één- of meerpersoonskamers;
– Overzichtelijkheid in het gebouw	– Patiëntenkamers met mogelijkheid tot rooming-in
– Aandacht voor kleur	– Gratis telefoon, televisie en internet (bedside terminals)
– Variatie	
– Veel daglichttoetreding	
– Geluidsreductie	
– Creëren van uitzicht	

Tabel 12: Pluspunten volgens de jury Gastvrijheidszorg met sterren 2011

3.3 Havenziekenhuis

Het Havenziekenhuis in Rotterdam is een kleinschalig algemeen ziekenhuis (161 bedden, 512 fte) met specialisaties op het gebied van tropen-, reizigers- en ouderengeneeskunde. Het werkgebied omvat een deel van de stad Rotterdam (met name de binnenstad, Kralingen, Crooswijk en Hilleegersberg) en de Krimpenerwaard. Centraal in de missie staat het bieden van “zorg met aandacht”. De kleinschaligheid ziet men als een belangrijke kracht. Het facilitair bedrijf richt zich samen met directie en de zorgafdelingen op zorg, huisvesting en hospitality. Door integraal te zorgen voor een kwalitatief goede en efficiënte facilitaire ondersteuning voor de patiënt, bezoeker en medewerker, draagt FM bij aan een gastvrij en patiëntvriendelijk ziekenhuis. In 2011 staat het Havenziekenhuis op plaats 20 in de top 100 van het Algemeen Dagblad.



Het is voor het Havenziekenhuis lang lastig geweest om te bepalen welke richting het ziekenhuis op moest. Het gebouw was verouderd, er was veel personeelsverloop, en men vroeg zich af of er naast de diverse andere ziekenhuizen in Rotterdam voldoende bestaansrecht was voor het Havenziekenhuis. In die tijd is er weinig geïnvesteerd in het ziekenhuis. Sommige delen van het gebouw zijn dan ook gedateerd. Uiteindelijk is het Havenziekenhuis een samenwerkingsverband aangegaan met het Erasmus MC (als zelfstandige dochter), en is besloten verder te gaan met de huidige locatie en gebouwen. De focus verschuift van kernziekenhuis naar buitenpoli's. Het samenwerkingsverband met het Erasmus MC maakt het mogelijk om kosten te besparen. Het gehele ziekenhuis moet een besparing realiseren van 9%, het Facilitair Bedrijf een besparing van 15%. Traditioneel wordt er bespaard door minder geld uit te geven, maar het Havenziekenhuis probeert de besparing te realiseren door een andere, slimmere manier van investeren. Men is in 2007 gestart met een grootscheepse renovatie. Het gehele ziekenhuis wordt onder handen genomen. Inmiddels zijn alle verpleegafdelingen gerenoveerd. Gedurende de verbouwingen draait het ziekenhuis op volle toeren door. Tabel 13 geeft weer wat er tot nu toe is gerealiseerd. Op dit moment (2011) wordt gewerkt aan het verbouwen van de begane grond en de eerste etage.

2007	2009	2010
<ul style="list-style-type: none"> - Opknapt beurt gevel - Stiltecentrum en gebedsruimte - Polikliniek KinderHaven - Verpleegafdeling Geriatrie/Neurologie - Verpleegafdelingen Chirurgie/Orthopedie 	<ul style="list-style-type: none"> - Patiënten Service Bureau - Verpleegafdelingen Kort verblijf/Dagbehandeling - Verpleegafdeling Interne Geneeskunde - Polikliniek Interne Geneeskunde - Polikliniek Oogheelkunde 	<ul style="list-style-type: none"> - Verpleegafdelingen Cardiologie/Longziekten & Tuberculose - Polikliniek Dermatologie - Polikliniek Kaakchirurgie - Polikliniek KNO (tijdelijk) - Radiologie (MRI-scan) - Trappenhuis - Liftrenovatie

Tabel 13: Voortgang renovatieproces Havenziekenhuis (www.havenziekenhuis.nl)

De verpleegafdelingen met in totaal 161 bedden (voorheen 260) liggen op de tweede, derde en vierde etage. De indeling is op iedere etage hetzelfde. Vanuit de lift ziet men vrijwel meteen het afdelingsrestaurant en de zusterspost. De patiëntenkamers zijn een stuk ruimer geworden. De zespersoonskamers zijn verdwenen, er zijn alleen nog één-, twee- en vierpersoonskamers. Dit komt de privacy ten goede. Vanuit bed heeft het merendeel van de patiënten uitzicht over de Maas of het Haringvliet. Bij ieder bed is gratis radio en televisie beschikbaar. Verder is op iedere kamer een klein zithoekje ingericht. Het Havenziekenhuis beschikt over een soort golfwagentje dat op een duurzame en patiëntvriendelijke wijze patiënten en bezoekers vervoert tussen de locaties of naar het nabij gelegen metrostation. Het Havenziekenhuis heeft op elke afdeling een klein restaurant gecreëerd met de sfeer van een grand café, dat van zeven uur 's ochtends tot negen uur 's avonds is geopend. In het afdelingsrestaurant kunnen patiënten op flexibele tijden ontbijten, er zijn kranten en tijdschriften beschikbaar, en men kan er internetten en bezoek ontvangen. Tussen 12.00 en 14.00 uur kan de patiënt ter plekke een warme maaltijd naar keuze bestellen. Deze wordt geserveerd vanuit de pantry direct tegenover het restaurant.

Net als 's ochtends staat er 's avonds een uitgebreid wisselend broodbuffet klaar met diverse soorten brood, zoet en hartig beleg, vers fruit, melk en jus d'orange. Patiënten die in bed willen of moeten blijven krijgen roomservice. In de toekomst kunnen de warme maaltijden ook 's avonds genuttigd worden en worden de bezoektijden verruimd.



De eerste nieuwe poliklinieken zijn in locatie BuitenHaven, vlakbij het Havenziekenhuis, gevestigd. De plannen voor de overige poliklinieken zijn gereed. De nieuwe poliklinieken worden ruimer en krijgen veel licht en een sfeervolle inrichting. Voor de herkenbaarheid krijgt iedere wachtruimte een unieke kleur. Comfort tijdens het wachten staat voorop. In de nieuwe wachtkamers komen er naast stoelen ook banken, een tijdschriftenwand, een televisie met patiënteninformatie en gratis koffie, thee en water. Ten aanzien van de negen thema's uit het theoretisch kader is het volgende opgevallen:

1. Autonomie & keuzevrijheid

Er zijn één-, twee- en vierpersoonskamers aanwezig. Per verpleegafdeling zijn gezamenlijke toiletten en douches aanwezig op de gang. Patiënten kunnen hun persoonlijke spullen op de kamer opbergen in een afsluitbare kast. De ramen op de patiëntenkamers kunnen worden afgesloten met gordijnen. Er is geen prikbord voor kaarten en tekeningen aanwezig op de patiëntenkamers. Het bedkastje kan gebruikt worden om persoonlijke spullen op te zetten.



2. Privacy & territorium

In elke patiëntenkamer is een zitje aanwezig met een tafeltje en twee stoelen. De patiënt kan zich terugtrekken in zijn eigen kamer of in het afdelingsrestaurant. In meerbedskamers kan elk bed worden afgeschermd met een gordijn. Er zijn geen huiskamers aanwezig, behalve op de afdeling Geriatrie; de gemiddelde ligduur is hier langer en uit veiligheidsoverwegingen zijn de deuren richting de afdelingsrestaurants gesloten.

3. Natuur

In de gang van de afdeling Geriatrie is één muur beschilderd met een afbeelding van een duinlandschap. Dit heeft een mooi en rustig effect. In de afdelingsrestaurants staan enkele planten. In het trappenhuis hangt bij elke verdieping een grote afbeelding van natuur. Op sommige verpleegafdelingen hangt kunst op de gangen. Het personeelsrestaurant op de bovenste verdieping heeft een groot terras met stoelen, banken en groen, zodat mensen ook buiten kunnen zitten. Dit restaurant wordt in de toekomst ook toegankelijk voor patiënten en bezoekers.



4. Veiligheid

Er staan geen obstakels op de gangen. De patiënt kan zijn eigendommen opbergen in een afsluitbare kast. De patiënten van de afdeling Geriatrie kunnen niet zomaar de afdeling aflopen.

5. Oriëntatie & routing

Vanaf de entree is de centrale receptie redelijk goed zichtbaar. Voorts wijst bewegwijzering mensen de weg naar de verschillende afdelingen. Elke afdeling is op de zelfde wijze opgebouwd. Bij de liften en trappenhuizen bevinden zich de afdelingsrestaurants en de centrale zusterspost. Vanaf daar bevinden zich achter de glazen klapdeuren de gangen met patiëntenkamers. De centrale verpleegposten waren tijdens het bezoek niet altijd bemand.



6. Sociale interactie

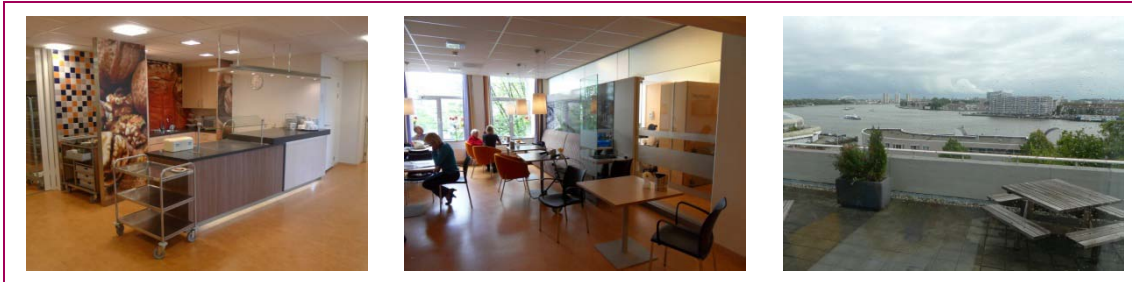
De afdelingsrestaurants bieden goede mogelijkheden voor sociale interactie. De sfeer is modern en gezellig. Patiënten kunnen hier de hele dag bezoek ontvangen, er is gratis koffie en thee, en er is een computer aanwezig waar patiënten gratis gebruik kunnen maken van internet. De patiënten hebben op de kamers gratis radio en televisie tot hun beschikking. Door het toegenomen aantal eenbedskamers is op deze kamers minder contact.

7. Ramen & uitzicht

Elke patiëntenkamer heeft voldoende ramen, in sommige kamers lopen de ramen tot op de grond, dit biedt meer uitzicht. Sommige kamers kijken uit op het Haringvliet of de Maas, andere op betonnen daken met installaties. Soms is er geen rekening gehouden met de gezichtspositie van de patiënt. Er is zonwering aanwezig. Het in de toekomst voor patiënten toegankelijke personeelsrestaurant heeft een mooi uitzicht over de Maas.

8. Inrichting

Er is veel aandacht besteed aan het interieur op de gerenoveerde verpleegafdelingen. Deze vormen een groot contrast met de nog te renoveren delen van het gebouw. Alle ruimten zien er licht, schoon, fris en overzichtelijk uit. Vanwege het grote aantal oudere patiënten wil men niet té trendy overkomen. Op de verpleegafdelingen is weinig kleur. De gangen ogen wat kaal, behalve in het gedeelte waar de afdelingsrestaurants zijn. Alle inrichtingselementen zien er verzorgd uit. De afdelingen ogen vriendelijk.



9. Sensorische kwaliteit

Het licht op de verpleegafdelingen is erg aangenaam. Er is weinig daglichttoetreding op de afdelingen maar door het mooie licht is dat niet storend. De temperatuur voelt behaaglijk aan. Er is weinig kleur, waardoor de afdelingsgangen en kamers vrij saai overkomen. Er zijn geen vervelende of overheersende geuren of geluiden waargenomen.

Belangrijkste lessen

Het geheel overziend dragen vooral de volgende pluspunten bij aan een positieve gastvrijheidsbeleving:

- Veel keuzevrijheid in eten wat en wanneer men wil;
- Op veel plaatsen levendig uitzicht;
- Veel licht;
- Afdelingsrestaurants met een grand café achtige uitstraling, waar het bezoek de hele dag welkom is, met gratis koffie en thee en mogelijkheid tot internetten;
- In de toekomst de mogelijkheid om buiten te zitten met uitzicht op de haven;
- Gratis vervoer naar de buitenpoli's.

Minpunten die belemmerend werken voor een gastvrij ziekenhuis zijn met name::

- Vanuit sommige kamers uitzicht op lelijke gebouwen;
- Begane grond oogt vol en rommelig en biedt weinig privacy (dit wordt in de komende periode aangepakt);
- De kamers ogen vrij saai.

3.4 Deventer Ziekenhuis

Het Deventer Ziekenhuis (DZ) is een algemeen opleidingsziekenhuis. Het DZ (1630 fte) biedt brede medisch specialistische basiszorg voor de inwoners van Salland en omstreken. Binnen deze brede basiszorg is ruimte voor vakgroepen om te excelleren. De DZ-zorg wordt op drie locaties verleend: het ziekenhuis in Deventer en twee buitenpoliklinieken in Raalte en Rijssen. Er zijn 390 bedden. Het verzorgingsgebied van het DZ bestaat uit de gemeenten Deventer, Voorst, Olst, Wijhe, Lochem, Raalte en Rijssen-Holten. De slagzin van het DZ is "In vertrouwde handen". Er is veel aandacht besteed aan een heldere taakverdeling tussen zorgpersoneel, roomservice (voeding en lichte huishoudelijke activiteiten) en schoonmaak. De taakverdeling is herkenbaar in de kleur van de kleding.



Het Deventer Ziekenhuis is ontstaan uit de fusie tussen het St. Jozef ziekenhuis en het St. Geertruiden Ziekenhuis in 1985. Om verschillende bedrijfsmatige processen verder te optimaliseren is uitvoerig onderzoek gedaan naar de mogelijkheden voor renovatie en/of nieuwbouw. Nieuwbouw op een nieuwe locatie bleek de beste oplossing. Het ministerie van VWS gaf in 1998 groen licht voor de nieuwbouw. In december 1999 werd het zorgconcept gepresenteerd. Het concept gaat uit van een vier-stromen model van patiënten, opgedeeld in acute, urgente, electieve en chronische zorg. Op basis van dit concept is in het voorjaar van 2000 het Programma van Eisen afgerond. Voorjaar 2004 is de bouw gestart. Het nieuwe ziekenhuis is in maart 2008 opgeleverd, waarna in augustus de inhuizing en verhuizing van patiënten plaatsvond.

Het Deventer Ziekenhuis heeft de landelijke Gastvrijheidszorg met sterren Award 2011 gewonnen. Het ziekenhuis heeft gastvrijheid tot een van haar kerntaken benoemd. Om de gastvrijheid te implementeren is een stuurgroep opgericht. Er zijn discussies gevoerd en trainingen gegeven voor het personeel. Op een speelse manier konden personeelsleden aan de hand van kaartjes prioriteiten aangeven. Gastvrijheid komt terug in de ontwikkeling van RoomService, waarmee Deventer Ziekenhuis (DZ) zich onderscheidt. De patiënt kan op de dag zelf een keuze maken uit diverse warme maaltijden of voedingscomponenten. Er is per twee verpleegafdelingen één afdelingskeuken gebouwd. In deze afdelingskeukens portioneren en regenereren RoomService medewerkers de maaltijden en brengen deze op een porseleinen bord met cloché naar de patiënt. De broodmaaltijden worden vanuit de zogenaamde BroodBuffetwagen geserveerd. Het Deventer Ziekenhuis beschikt over een geautomatiseerde voedingsadministratie en Bedside Terminals. Hierin zitten functies als televisie, radio en internet en patiënten kunnen hierop de warme maaltijd bestellen. Ten behoeve van de patiënten zijn de bezoektijden verlengd en ook de openingstijden van de receptie. Ondersteunend personeel functioneert tevens als gastvrouw. Er worden periodiek panelgesprekken met de gebruikers georganiseerd. In samenwerking met Saxion Hogeschool is gewerkt aan een meetinstrument voor het meten van gastvrijheid.

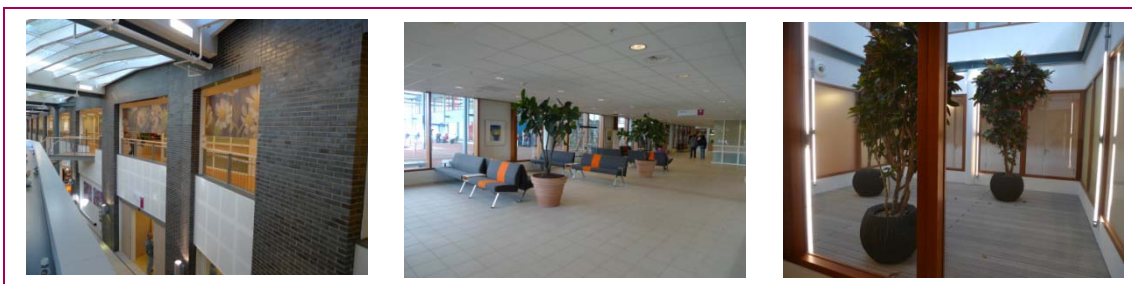


1. Autonomie & keuzevrijheid

Er zijn per afdeling zes eenpersoonskamers en drie á vier tweepersoonskamers aanwezig. De andere kamers zijn driepersoonskamers. Elke kamer heeft zijn eigen natte cel. Het sanitair ziet er ruim en verzorgd uit. De ramen kunnen worden afgesloten met gordijnen en met (per kamer te regelen) zonwering. De ramen kunnen open gezet worden. Naast elk bed is een kast aanwezig voor persoonlijke spullen. Op de kast kunnen foto's, kaarten en tekeningen worden gehangen met magneetjes.

2. Privacy & territorium

De patiëntenkamers zijn opvallend ruim. In elke patiëntenkamer is een zitje aanwezig met een tafeltje. Daarnaast hangen houten klapstoelen voor bezoek. In meerbedskamers kan elk bed worden afgeschermd met een gordijn. De patiënt kan zich terugtrekken in zijn eigen kamer of in het afdelingsrestaurant/zitje bij de receptie. Er zijn geen huiskamers aanwezig.



3. Natuur

In het ziekenhuis zijn veel natuurlijke elementen aanwezig. Bij de recepties en zitjes zijn planten aanwezig. Er is een dakterras met begroeiing aanwezig, hier kunnen patiënten, bezoekers en personeel naar buiten. Ook bedlegerige patiënten kunnen hier met bed en al naar buiten. Er is veel licht in het gebouw, dus patiënten kunnen merken of het buiten licht, donker, bewolkt of zonnig is. Er is op diverse plekken kunst aanwezig. Op één eenpersoonskamer is een grote foto van natuur tegenover het bed gehangen. Op de andere eenpersoonskamers komen ook foto's van natuur te hangen.

4. Veiligheid

Er staan geen obstakels op de gangen. De patiënt kan zijn eigendommen opbergen, maar niet in een afsluitbare kast, de patiënten wordt geadviseerd hun waardevolle spullen thuis te laten.



5. Oriëntatie & routing

De routing is niet altijd even duidelijk. Voor wie voor eerst op de afdelingen komt is het soms even zoeken. De bewegwijzering is na anderhalf jaar flink aangepast. Elk vertrek ligt aan een genummerde route. Niettemin is het soms lastig om in te schatten in welk deel van het gebouw je je bevindt.

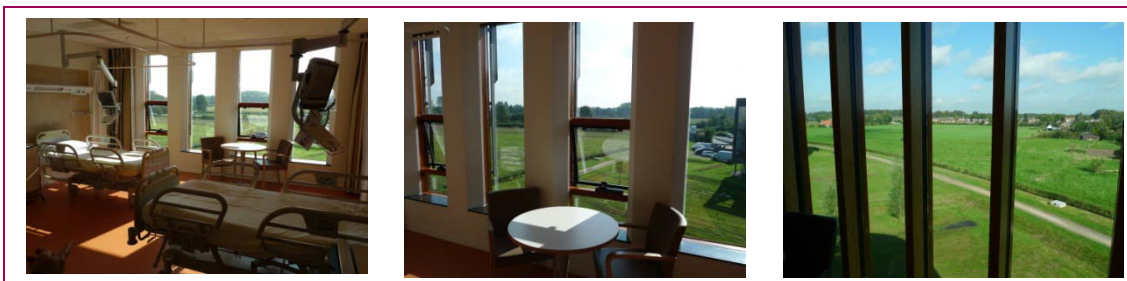


6. Sociale interactie

Er zijn logeerkamers aanwezig voor bezoek, maar het bezoek kan ook op de kamer van de patiënt overnachten. Elk bed beschikt over een bedside-terminal met gratis internet, en televisie en telefoon tegen betaling. Bezoek kan voor ongeveer vijf euro mee eten. De afdelingsrestaurants/recepties bieden goede mogelijkheden voor sociale interactie. De sfeer is modern, ruim en gezellig. Patiënten kunnen hier bezoek ontvangen en er is gratis koffie en thee. Door de ruime opzet van de patiëntenkamers is hier genoeg ruimte om bezoekers te ontvangen.

7. Ramen & uitzicht

De bedden zijn waar mogelijk zo opgesteld dat er altijd uitzicht naar buiten is. De kamers zijn erg licht door veel daglichttoetreding. De ramen lopen soms door tot aan de grond. Omdat het DZ aan de rand van een weiland staat en de verpleegafdelingen naar die kant zijn gericht is er een mooi, rustgevend en natuurlijk uitzicht zonder veel inkijk.



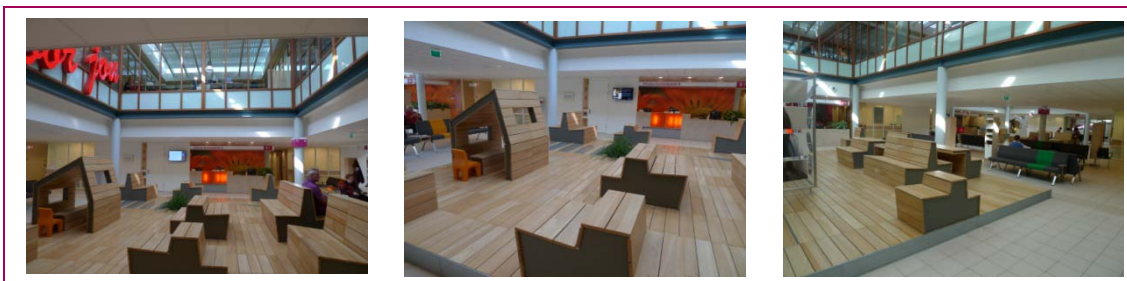
8. Inrichting

Er is veel aandacht besteed aan het interieur. Alle ruimten zien er licht, schoon en fris uit. Op de verpleegafdelingen is weinig kleur aanwezig. De gangen ogen vrij kaal, met name door gebrek aan kleur. Alle inrichtingselementen zien er verzorgd uit. De afdelingen ogen ruim.

De patiëntenkamers zijn modern ingericht, de houten raamkozijnen geven een mooi effect. De deuren van de patiëntenkamers en de deuren naar de natte cel zijn waar mogelijk uitgevoerd met schuifdeuren. Daardoor is er geen ruimteverlies door de draaicirkel van de deur.

9. Sensorische kwaliteit

Het licht op de verpleegafdelingen is erg aangenaam. Er is veel daglicht op de afdelingen. De temperatuur voelt behaaglijk. De kleuren zijn rustig. Er zijn geen vervelende of overheersende geuren of geluiden waargenomen.



Belangrijkste lessen

Pluspunten die bijdragen aan een positief gevoel van gastvrijheid zijn met name:

- Ruime, rustige en moderne uitstraling;
- Veel licht;
- Ruime patiëntenkamers met eigen sanitair;
- Mooi uitzicht;
- Prettige zitjes op de afdelingen;
- Ruim dakterras;
- Heldere bewegwijzering;
- Heldere taakverdeling en herkenbare roomservice medewerkers.

Belemmerende punten zijn de lastige oriëntatie en routing voor wie voor het eerst in het ziekenhuis komt.

3.5 Conclusies

Uit de jurering van de genomineerden voor de award Gastvrijheidszorg met sterren 2011 en de bezoeken aan het Havenziekenhuis en het Deventerziekenhuis komen verschillende volgende plus- en minpunten naar voren voor het beleven van een ziekenhuis als een gastvrij gebouw. Tabel 14 vat de belangrijkste punten nog eens samen.

Pluspunten gebouwniveau	Pluspunten afdelingsniveau
Overzichtelijkheid en transparantie	Rustig ogende gangen
Ruime rustige uitstraling	Afdelingsrestaurants met grand café uitstraling
Duidelijke bewegwijzering	Keuzemogelijkheid 1- of meerpersoons-kamers
Binnenplaatsen, dakterrassen en tuinen toegankelijk voor patiënten en bezoekers	Gratis telefoon, televisie en internet (bedside terminals)
Aantrekkelijk kleurgebruik	Patiëntenkamers met mogelijkheid tot rooming-in
Variatie in maat, kleur en materialen	Keuzevrijheid in eten wat/wanneer men wil
Veel daglichttoetreding	Eigen sanitair per kamer
Geluidsreductie	
Aantrekkelijk uitzicht	
Minpunten gebouwniveau	Minpunten afdelingsniveau
Onduidelijke routing	Obstakels op de gangen
Rommelige drukke ruimten	Saaie ogende gangen zonder kleur en kunst
Uitzicht op lelijke gebouwen	Onvoldoende privacy
Onvoldoende daglicht en uitzicht	Kleine, saaie kamers
	Weinig daglicht en uitzicht

Tabel 14: Lessen uit inspirerende voorbeelden

4.

Analyse verpleegafdelingen Albert Schweitzer ziekenhuis

Om een beeld te vormen van de huidige situatie in het ASz hebben we een gesprek gevoerd met een facilitair medewerker in Zwijndrecht en een van de gastvrouwen in Dordrecht. Op beide locaties zijn verpleegafdelingen bezocht en is beeldmateriaal verzameld. Bij de observaties is gebruik gemaakt van de thema's uit OAZIS, een instrument voor de bepaling van de kwaliteit van de gebouwde omgeving, toegespitst op ziekenhuizen (TNO Centrum Zorg en Bouw, 2009). We volgen voor de beschrijving de negen thema's uit het theoretisch kader: autonomie & keuzevrijheid, privacy & territorium, natuur, veiligheid, oriëntatie & routing, sociale interactie, ramen & uitzicht, inrichting en sensorische kwaliteit.

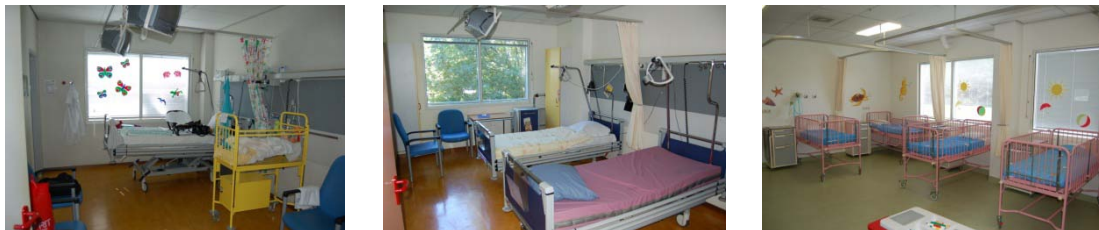
4.1 Autonomie & keuzevrijheid

Wanneer er voldoende plek is kunnen de patiënten op beide locaties kiezen tussen een één-, twee- of vierpersoonskamer. Patiënten hebben volop de mogelijkheid om klachten of complimenten te uiten. Een groene kaart staat voor een compliment (Tekst: " Natuurlijk is het normaal dat ik goed geholpen ben, maar toch wil ik graag een compliment maken, omdat ...), een rode kaart voor een klacht (Tekst: Ik deel een rode kaart uit, omdat ... Het cijfer dat ik voor de verzorging geef is: 1, 2, ..., 10 (cijfer omcirkelen). Ik wil graag dat u telefonisch contact met mij opneemt: ja/nee. Mijn naam is ..., het telefoonnummer ...). De meest voorkomende complimenten zijn fijn personeel, goed eten en drinken en goede verzorging. De meest voorkomende klacht is dat er in de beleving van de patiënt niet goed genoeg wordt schoongemaakt.

Patiënten hebben gratis WIFI tot hun beschikking, telefoon en televisie is tegen betaling beschikbaar (uitbesteed aan de Patientline). Patiënten kunnen (eventueel met bezoek) iets eten of drinken in de restaurants op de begane grond. Afgezien van de snacks of dranken die de patiënt van huis meeneemt of van bezoek krijgt, kunnen patiënten niet zelf iets te eten of drinken pakken op de afdeling. Wel kan dit aan de verpleging gevraagd worden. Er is op elke afdeling een magnetron aanwezig waarin voedsel opgewarmd kan worden. Elke kamer beschikt over individueel te regelen zonwering, luxaflex en gordijnen. De gordijnen rond het bed zijn eveneens individueel te regelen. In sommige (patiënten)kamers van locatie Zwijndrecht is de temperatuur individueel regelbaar met -2 tot en met +2 graden.

4.2 Privacy & territorium

Elke patiëntenkamer heeft eigen sanitair, op of net buiten de kamer. Bij meerpersoonskamers wordt het sanitair gedeeld. De patiënten kunnen zich terugtrekken op hun kamer. Op sommige afdelingen is een huiskamer aanwezig. Inkijk van buiten kan worden voorkomen door de gordijnen of lamellen te sluiten. Afhankelijk van de indeling van de kamer is er veel inkijk vanaf de gang, omdat de meeste deuren open staan. Er zijn klachten over geluidsoverlast van de keukens, deze zijn soms te dicht bij de patiëntenkamers gelegen. Ook zorgt de broodbuffetwagen soms voor geluidsoverlast.



De verpleegkamers zijn traditioneel en krap bemeten, naast de bedden is er weinig plaats voor ander meubilair. Er zijn een paar stoelen voor bezoek, maar verder geen alternatief voor de patiënt naast het bed.

4.3 Natuur

Alle patiëntenkamers hebben ramen naar buiten, waardoor weersinvloeden beleefd kunnen worden. Niettemin voelt de verpleegafdeling aan als zeer naar binnen gericht. Patiënten kunnen vanaf de verpleegafdelingen niet direct naar buiten. Omdat de verpleegduur steeds korter wordt is hier misschien niet veel behoefte aan. Vanuit de woonkamer annex therapieruimte op de tweede verdieping van locatie Zwijndrecht is een balkon bereikbaar. Ook op de derde verdieping is dit mogelijk, maar de deur zit hier op slot. Er is weinig groen. Op de verpleegafdelingen zijn geen planten aanwezig vanwege infectiegevaar.

In de woonkamer op de derde verdieping van locatie Zwijndrecht zijn planten gebruikt als afbakening tussen verschillende zitjes. Veel binnentuinen zijn niet toegankelijk voor publiek.

4.4 Veiligheid

Op de patiëntenkamers is voor elke patiënt een afsluitbare kast beschikbaar met een kluisje om persoonlijke spullen veilig op te kunnen bergen.

4.5 Oriëntatie & routing

Beide locaties beschikken over een logische opbouw van het gebouw. Vanaf de grote hal kom je via de lift of trappenhuis in een semipublieke verkeersruimte. Vanaf daar ga je naar de afdelingen. Het is hier gemakkelijk om een medewerker te vinden die de weg kan wijzen. Bij de verpleegpost is altijd iemand aanwezig. De weg naar buiten is redelijk gemakkelijk te vinden. De bewegwijzering is over het algemeen goed. Bij de liften staan de functies van alle ruimten vermeld. De bordjes UIT onderscheiden zich soms niet duidelijk van andere informatie. De bordjes WC en Rolstoeltoilet zijn erg hoog geplaatst. De functies worden niet op de deuren zelf aangegeven. De gebruikte materialen en kleuren helpen niet echt om de contrasten tussen vloeren en wand, deurposten en overgangen tussen afdelingen te zien. Op sommige afdelingen op locatie Zwijndrecht is alles wit. Er is wel kleurverschil in de vloerafwerking. Het geel van de kamers loopt een stukje in de gangen door, waardoor de entrees van de kamers helder te zien zijn. Op de kinderafdeling is de bedieningsknop voor de gangdeuren hoog geplaatst om te voorkomen dat de kinderen van de afdeling lopen. Voor bezoekers komt het oude gedeelte van locatie Dordwijk over als een doolhof. Alleen in het nieuwe gedeelte van locatie Dordwijk is in de gangen en looproutes zicht naar buiten mogelijk. Daardoor komt hier veel licht binnen en weet je gemakkelijker waar je bent.

4.6 Sociale interactie

Er zijn ontmoetingsmogelijkheden gecreëerd in de vorm van huiskamers en zitjes op de patiëntenkamers. In Dordwijk is op elke verdieping een zitje aanwezig met de uitstraling van een wachtruimte. Desgewenst kan een familielid of vriend bij de patiënt overnachten. Er wordt dan een ziekenhuisbed of opklapbed op de patiëntenkamer geplaatst. In Dordwijk kunnen patiënten die een heup- of knie operatie hebben ondergaan elkaar ontmoeten in een grote huiskamer, maar door de vele grote stoelen die hier staan (voorheen gebruikt voor nierdialyse) heeft deze ruimte geen echte huiskamersfeer.

4.7 Ramen & uitzicht

Er zijn veel inpannige ruimtes in de gebouwen. Op locatie Zwijndrecht is in de gangen geen daglichttoetreding. Ook in sommige publieke ruimtes is weinig of geen daglicht aanwezig. Het nieuwe gedeelte van locatie Dordwijk heeft een ruimere en lichtere uitstraling. De patiëntenkamers hebben allen één of meerdere ramen. Het uitzicht op locatie Zwijndrecht verschilt per kant van het gebouw. Aan de ene zijde kijkt men uit op enkele bomen, beton en een personeelsfietsenstalling. Aan de andere zijde (waar de kinderafdeling zit) kijkt men uit op een grasveldje en enige bomen. Bij locatie Dordwijk kijkt de patiënt zowel in het oude als het nieuwe gedeelte uit op veel beton. Slechts enkele ruimten kijken uit op de binnentuinen of op de sporthal.

4.8 Inrichting

Er is een groot contrast tussen het interieur van de publieke ruimten bij de entree van het ziekenhuis en de nieuwe poliklinieken in Dordwijk enerzijds en de verpleegafdelingen en oude poliklinieken anderzijds). De entrees ogen modern en ruim wat betreft meubilering en vormgeving. De verpleegafdelingen ogen traditioneel. Op sommige plekken, zoals de publieke wachtruimten en de wachtruimten nabij afdelingen is meer aandacht besteed aan het interieur. Dit zijn als het ware moderne oases in een traditioneel ziekenhuis. De gangruimten worden gebruikt voor het stallen van diverse hulpmiddelen. De verpleegafdelingen in Zwijndrecht zijn klein en hokkerig ingedeeld, er is weinig extra ruimte en er is een tekort aan opslagmogelijkheden. De verpleegafdelingen in Dordwijk zijn ruimer opgezet dan die op locatie Zwijndrecht. De patiëntenkamers zijn standaard ingericht en voorzien van een rood/groen lampje boven de deur, klapstoeltjes voor bezoek en een klein tafeltje.

Locatie Zwijndrecht maakt op verschillende punten een rommelige indruk. Er staan tilliften op allerlei plaatsen, karretjes op de gangen, er staan vuilcontainers in de verkeersruimte (volledig in het zicht) en er hangen veel briefjes op de wanden en deuren.



De entreehal van de locatie Zwijndrecht van het Albert Schweitzer Ziekenhuis oogt ruim en modern, er zijn verschillende voorzieningen aanwezig die uitbesteed zijn aan derden en er verzorgt uitzien. Er zijn verschillende verwijzingen naar natuur in de meubilering en het interieur ontwerp, zonder direct gebruik van veel planten.



De verblijfsruimten voor de patiënten en familie ogen hokkerig. Daarnaast wordt één van deze ruimten als therapieruimte gebruikt, waardoor eigenlijk de huiskamerfunctie is verdwenen. De enige beschikbare huiskamer is nabij de afdeling waar de patiënten juist weinig gebruik ervan kunnen maken, vanwege hun bedlegerigheid. Het balkon bij deze woonkamer is niet zonder sleutel te betreden. De meubilering is traditioneel en oogt weinig modern en uitnodigend.



De gangen op de verpleegafdelingen zijn smal en er staan veel hulpmiddelen, dat wijst op onvoldoende opslagruimte. Door het ontbreken van nissen in de gang is er ook geen alternatief voor het plaatsen van de hulpmiddelen. Voor het verplaatsen van bedden moeten soms in de weg staande karren worden verplaatst.



Aan de muren op de verpleegafdeling hangen diverse aanwijzingen voor personeel en patiënten, hierin is weinig eenheid.

Het nieuwe gedeelte in Dordwijk contrasteert op bijna elk gebied met het oude gedeelte. In het oude gedeelte zijn de wanden wit en zijn gekleurde deuren toegepast (donker en licht blauw, groen). Er is geen duidelijke relatie tussen de kleur en de functie van de ruimte. Op de derde etage wordt een experiment uitgevoerd met kleurtoepassing op wanden en vloeren. In de wachruimten is een combinatie van vrij traditionele stoeltjes en grote leestafels toegepast. De tafels met tijdschriften geven een huiselijke sfeer.

Het nieuwe gedeelte van locatie Dordwijk heeft een frisse uitstraling, hier hangt meer de sfeer van een toonzaal of kantoor dan van een ziekenhuis. Er hangt mooi beeldmateriaal aan de wanden (bijvoorbeeld een levensgrote poster van een koe in de wei). In het "Huis van Gijn" zijn mooie vitrines met spullen uit het Van Gijn museum aanwezig. Dit geeft een mooie uitstraling. Er is veel daglicht in de wachruimten van de poli's door het enkele corridor systeem. Door plaatsing van losse balies in de brede gang wordt een ruimtelijk effect gecreëerd. Er is sprake van een intensief kleurgebruik met een vrolijke sfeer. Er zijn kleurverschillen in vloerbedekking om verkeersruimte en verblijfsruimte te onderscheiden. Er is een mooie differentiatie aanwezig in het type wachtplekken: er zijn stoeltjes met het gezicht naar elkaar, stoeltjes met de rug naar ander publiek en uitzicht naar buiten, en grote leestafels. Dit geeft de patiënt veel keuze om plaats te nemen op een manier waarop hij of zij dat prettig vindt.



De gangen van de poliklinieken in het nieuwe gedeelte van locatie Dordwijk ogen fris, kleurrijk en ruim.



De wachruimten bij de verpleegafdelingen passen bij stijl van de entreehal, ogen modern en verzorgt, met veel kleurgebruik. De wachruimte op de kinderdagbehandeling heeft speciale aandacht gekregen en biedt veel speelruimte en uitdaging.

4.9 Sensorische kwaliteit

De temperatuur voelt overal aangenaam aan. Wel is het opvallend dat het steeds warmer wordt, hoe hoger je in het oude gedeelte van locatie Dordwijk komt. In het nieuwe gedeelte voelt de temperatuur overal gelijk. Het binnenklimaat werd hier als prettiger ervaren. In het nieuwe gedeelte van locatie Dordwijk kan men in de kantoor-tjes zelf de temperatuur regelen en in de gangen kan men alle kleine verwarmingssystemen zelf reguleren. Er is overal voldoende ventilatie aanwezig. Wel viel op dat sommige ventilatieroosters op locatie Zwijndrecht erg stoffig zijn. In patiëntenkamers kunnen geen ramen opengezet worden, vanwege de veiligheid voor patiënten en het behouden van een goed binnenklimaat. In sommige hallen en kantoren kunnen de ramen wel open. De verlichting kan per patiëntenkamer en gang(deel) worden geregeld. In sommige publieke ruimtes (huiskamers) is een dimmer aanwezig.

4.10 Conclusies

Opvallende pluspunten in met name het nieuwe gedeelte van Dordwijk zijn de lichtinval in de poliklinieken door toepassing van een enkel corridor ontsluiting, waardoor veel daglicht naar binnen komt. Ook de ruime en moderne opzet van de wachtruimten met veel variatie in type wachtplek (zicht op elkaar versus zicht naar buiten, traditionele stoeltjes versus grote leestafels) dragen er toe bij dat men zich hier op een prettige manier te gast voelt. Een pluspunt van Zwijndrecht is het kleinschalige karakter, waardoor iemand zich hier niet snel een "nummer" zal voelen. Anderzijds zorgen de gangen in Zwijndrecht – weinig daglicht, vol karretjes, vol papertjes met mededelingen – voor een rommelige sfeer. De plaatsing van vuilcontainers in het publieke deel dragen evenmin bij aan een gevoel van gastvrijheid. Dit zijn belangrijke verbeterpunten voor de komende verbouwing.

Relateren we onze observaties aan de uitkomsten uit het patiënten onderzoek van Momoko Visions Trends Concepts (Willemse, 2011), dan kunnen eveneens een aantal verbeterpunten worden aangegeven. De door Momoko ondervraagde patiënten geven aan vooral behoefte te hebben aan:

- Vriendelijkheid
- Kleinschaligheid
- Contact en duidelijkheid
- Prettige zintuiglijke ervaringen
- Zelfbeschikking
- Vers en tussendoortjes

Vriendelijkheid en duidelijkheid vraagt om een attitude van het personeel waarin vriendelijkheid en duidelijke communicatie hoog in het vaandel staan. Kleinschaligheid is in Zwijndrecht al vanzelf aanwezig en wordt hier ook hoog gewaardeerd. Door een heldere onderverdeling in overzichtelijke afdelingen en differentiatie in kleur en materiaalgebruik kan ook in een groter ziekenhuis zoals locatie Dordrecht een sfeer worden opgeroepen van kleinschalige afdelingen en poliklinieken. Contact wordt bevorderd door de keuzemogelijkheid voor een meerpersoonskamer, zitjes op de patiëntenkamers en huiskamers. Duidelijkheid kan worden ondersteund door heldere informatie op wanden aan te brengen, een overaanbod aan losse fragmentarische informatie te voorkomen, en duidelijke bewegwijzering toe te passen. Prettige zintuiglijke ervaringen worden ondersteund door rust op de afdelingen, mooie kleuren en materialen, veel daglicht, een aantrekkelijk uitzicht, schone ruimten en een prettig binnenklimaat. Zelfbeschikking is goed te faciliteren met keuzevrijheid en autonomie in bijvoorbeeld de keuze uit een één- of meerpersoonskamer, het zelf kunnen regelen van de temperatuur of het zelf kunnen openen van ramen. "Vers en tussendoortjes" is vooral een zaak van goede catering. Tabel 15 bevat de belangrijkste lessen nog eens overzichtelijk samen.

Pluspunten afdelingsniveau	Pluspunten kamerniveau
Duidelijke routing	Aantrekkelijk kleur- en materiaalgebruik
Differentiatie in wachtruimteplekken	Aantrekkelijk uitzicht (levendigheid en/of groen)
Huiskamer waar patiënten bezoek kunnen ontvangen in een prettige sfeer	Voldoende ruimte op patiëntenkamers waar ook wiegjes moeten staan
Zitjes in verkeersruimten	Veel daglicht, ook in verkeersruimten
Ruimtelijke en lichte uitstraling	Goede akoestiek, geluidsoverlast minimaliseren
Voldoende bergruimte	Gratis telefoon en televisie
Binnentuinen toegankelijk voor publiek	Mogelijkheid om als bezoek te blijven slapen
Gangen zonder obstakels en losse karren	Prettig binnenklimaat
Prettig binnenklimaat	
Minpunten afdelingsniveau	Minpunten kamerniveau
Lange saaie gangen zonder veel kleur	Kleine vertrekken
Obstakels in de gangen	Niet afsluitbare kasten
Rommelige sfeer	
Overdaad aan rommelige informatie	

Tabel 15: Lessen uit de bezoeken aan de verpleegafdelingen van het Albert Schweitzer ziekenhuis

5.

Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Op basis van de literatuurstudie kunnen we de volgende conclusies trekken:

Gastvrijheidsbeleving is het resultaat van de interactie tussen gastheer/vrouw en gast. De gastheer moet er voor zorgen dat de gast zich welkom voelt, dat de omgeving prettig, veilig en comfortabel is, en dat de setting bijdraagt aan het welbevinden van de gast. Door deze brede definitie is gastvrijheid een containerbegrip, waarop veel factoren van invloed zijn.

Er zijn vier basisfactoren waarmee een organisatie kan sturen op gastvrijheid, de zogenaamde 4 P's:

- personeel, bijvoorbeeld training in een klantvriendelijke houding en gedrag;
- processen, bijvoorbeeld een efficiënte patiënten logistiek en korte wachttijden;
- plaats: een aantrekkelijk ingericht gebouw;
- producten: patiëntvriendelijke diensten en middelen b.v. een infotainment scherm bij het bed en lekker eten naar keuze op het moment dat de patiënt dat wil.

In de literatuur zijn nauwelijks concrete richtlijnen beschikbaar voor het ontwerpen en beheren van een gastvrij (zorg)gebouw. Wel is veel informatie beschikbaar over omgevingsvariabelen die bijdragen aan een hoge gebruiks- en belevingswaarde van gebouw en inrichting vanuit het perspectief van de patiënt.

Uit de literatuur over gebruiks- en belevingskwaliteit van ziekenhuisgebouwen en meer specifiek uit de literatuur over healing environments zijn negen thema's te destilleren waarmee gestuurd kan worden op een gastvrij gebouw:

1. Autonomie en keuzevrijheid
2. Privacy en territorium
3. Natuur
4. Veiligheid
5. Oriëntatie & routing
6. Sociale interactie
7. Ramen & uitzicht
8. Inrichting
9. Sensorische kwaliteit

De negen thema's zijn in deze rapportage nader uitgewerkt en vertaald in concrete aandachtspunten voor het creëren van een gastvrij ziekenhuisgebouw. Op een aantal punten voldoet het Albert Schweitzerziekenhuis al goed. De locatie in Zwijndrecht heeft het voordeel van kleinschaligheid, wat bijdraagt aan een gevoel van zich welkom voelen. Het nieuwe gedeelte van locatie Dordwijk heeft een aantrekkelijk vormgegeven en ingericht entreegebied. De nieuwe poliklinieken in Dordrecht worden gekenmerkt door aantrekkelijk kleur- en materiaalgebruik, veel licht, en een differentiatie in soorten wachtplekken met keuze voor zicht op elkaar of naar buiten, op vaste stoeltjes of een plek aan een leestafel. Op beide locaties is de routing vrij helder. Bezoekers kunnen desgewenst bij een patiënt op de kamer blijven slapen als de situatie hierom vraagt. Over het binnenklimaat zijn weinig klachten vernomen.

Niettemin zijn er ook duidelijke verbeterpunten geconstateerd. De patiëntenkamers zijn krap en vrij standaard ingericht. De afdelingen op locatie Zwijndrecht maken een rommelige indruk door de vele attributen op de gangen en af en toe een vuilcontainer in de openbare ruimte. Er is veel informatie op de wanden aangebracht, zonder duidelijke ordening. De gangen missen kleur en daglicht.

5.2 Aanbevelingen

In de conclusies zijn al enkele verbeterpunten genoemd. Tabel 16 geeft een overzicht van relevante maatregelen per thema, die zowel voor het Albert Schweitzer ziekenhuis als voor andere ziekenhuizen en zorginstellingen gebruikt kunnen worden als input voor verbeterplannen.

Autonomie & keuzevrijheid
Geef patiënten zoveel mogelijk controle over hun situatie door hen beslissingsbevoegdheid en informatie te geven
Zorg voor mogelijkheden op de privacy te reguleren als de situatie daar om vraagt
Zorg waar mogelijk voor voorzieningen waarmee de patiënt zelf de temperatuur, ventilatie en (dag)lichttoetreding kan regelen
Zorg dat patiënten de (kunst)verlichting zelf kunnen regelen
Zorg dat patiënten een raam open kunnen zetten (waar mogelijk en afhankelijk van doelgroep)
Geef patiënten de keuzemogelijkheid tussen een- of meerpersoonskamers
Geef patiënten de mogelijkheid tot het personaliseren van hun omgeving
Beperk waar mogelijk het institutioneel karakter van het ziekenhuis
Creëer een aparte ruimte waar patiënten die in een meerpersoonskamer verblijven bezoek kunnen ontvangen
Privacy & territorium
Streef naar voldoende eenpersoonskamers
Zorg waar mogelijk dat patiënten sanitair niet met anderen hoeven te delen
Situeer sanitaire ruimten logisch en discreet, bij voorkeur dichtbij en duidelijk aangegeven, met de toegang niet in het volle zicht van anderen; voorkom dat gebruik van sanitair leidt tot geluidsoverlast en/of geuroverlast
Zorg dat patiënten een privé gesprek kunnen voeren (auditieve privacy)
Geef patiënten de mogelijkheid om zich terug te trekken (territoriale privacy)
Biedt patiënten de mogelijkheid om persoonlijke spullen op te hangen en neer te zetten in de ruimte waar zij verblijven
Biedt patiënten voldoende mogelijkheden voor het (veilig) opbergen van persoonlijke spullen
Zorg dat ongewenste inkijk van buitenaf wordt voorkomen of (individueel) is te reguleren (visuele privacy)
Waarborg privacy in meerpersoonskamers door een tussenwand, scherm of gordijn, door de patiënt te bedienen met een afstandsbediening
Breng de kast en opbergkamer van de patiënt zoveel mogelijk in de nabijheid van de bedplekken.
Creëer een zodanige lay-out van de afdeling (hiërarchie van ruimten) dat de privacy van patiënten kan worden gereguleerd. Zorg voor een geleidelijke opbouw van openbaar naar privé, zodat privéruimten of privacygevoelige ruimten in een besloten zone liggen en niet voor iedereen onmiddellijk toegankelijk zijn.
Natuur
Creëer visuele toegang tot het aanwezige groen binnen en buiten
Zorg er voor dat groene gebruiksruiden zoals (binnen)tuinen, dakterrassen, e.d., toegankelijk, bereikbaar, behaaglijk, veilig en bruikbaar zijn
Richt publieke ruimten zoals atria, wachtruimten, daken en entrees in met –bij voorkeur levend- groen
Zorg dat patiënten zelf gemakkelijk naar buiten kunnen gaan
Geef een deel van de gebruikte kunstwerken en afbeeldingen in het gebouw het thema natuur
Richt daken die niet betreden kunnen worden in als groen “kijkdak”
Breng afbeeldingen van natuurlijke omgevingen aan op muren van afdelingen en in de patiëntenkamers
Speel bewegende beelden van natuur af op videoschermen in publieke ruimten, zoals een huiskamer op de afdeling
Richt de buitenruimte zo in dat deze aantrekkelijk is voor vlinders en vogels
Creëer indirect uitzicht op groen doormiddel van spiegels
Vermijd afbeeldingen van onveilige of opwindende natuur, zoals een surfer in de branding, diepe ravijnen of tropisch regenwoud

Tabel 16a: Aandachtspunten voor het creëren van een gastrij gebouw

Veiligheid
Zorg ervoor dat patiënten hun eigendommen veilig kunnen opbergen in een afsluitbare kast en kluisje
Beperk het aantal obstakels in verkeersruimten tot een minimum
Vermijd drempels, losse snoeren en gladde of spiegellende vloeren
Zorg voor stroeve vloeren, vooral in sanitaire ruimten
Maak inrichtingselementen veilig, b.v. goede remmen voor rijdend materieel, stabiele stoelen, veilig hang- en sluitwerk en veilige nachtkastjes.
Breng op relevante plaatsen leuningen en handgrepen aan (bijvoorbeeld in gangen en sanitaire ruimten)
Zorg voor ergonomisch verantwoord meubilair
Zorg voor inbraak werend veilige trappen en nachtverlichting
Zorg voor een veilige toegangsrouten door goede verlichting, sociale controle door zicht van binnenuit op de toegang en videobewaking
Denk aan zicht vanuit de verpleegpost op of in de kamers (kan conflicteren met privacy)
Richt ruimten sfeervol in om een gevoel van geborgenheid te creëren
Oriëntatie & routing
Zorg voor heldere administratieve en procedurele informatie (o.a. schriftelijke en verbale informatie over de opname). Combinatie van schriftelijke informatie en bewegwijzering ondersteunt de oriëntatie en leidt mensen doorgaans sneller naar de plek van bestemming dan alleen bewegwijzering.
Zorg voor adequate bewegwijzering (meteen al vanaf de parkeerplaats): eenvoudige, heldere en consistente informatie; combinatie van leesbare en begrijpelijke teksten, cijfers en pictogrammen; kleurcontrast tussen figuur en achtergrond; heldere kleurcodering.
Plaats bewegwijzering op kruispunten en hoofdroutes, en ondersteun dit met kleurgebruik. Als er geen essentiële kruispunten zijn, plaats dan elke 45 – 75 meter wegwijzers ter ondersteuning.
Bied ook lokale informatie op de plek zelf: eenvoudige (in herkenbare termen) en consistente benamingen voor ruimten en afdelingen
Gebruik een logische opbouw in het gebouw van publieke, semipublieke, private en afgesloten zones.
Realiseer overzichtelijke gangen en ruimten en zorg voor oriëntatiepunten naar buiten (ramen). Mensen hebben de neiging gebruik te maken van gemakkelijk toegankelijke open ruimten en overzichtelijke gangen zonder al te veel bochten
Zorg voor een duidelijk onderscheid in hoofdroutes en secundaire routes (let b.v. op verschil in vloerwerking, maatvoering, verlichtingsniveau, functie)
Situeer de verpleegpost op een logische, gemakkelijk zichtbare en herkenbare plaats
Geef kamers, dagverblijven en afdelingen een eigen karakter
Zorg voor heldere externe en interne herkenningspunten, bijvoorbeeld in de vorm van grote planten, kunstobjecten, meubilair.
Zorg dat de weg naar buiten gemakkelijk te vinden is
Zorg dat er gemakkelijk een medewerker te vinden is die de weg kan wijzen
Differentieer in materiaal en kleur om de contrasten tussen vloeren en wand, deurposten en overgangen tussen afdelingen te markeren
Sociale interactie
Zorg voor een gastvrije ontvangst van bezoekers door goede bereikbaarheid met openbaar vervoer en eigen vervoer en creëer voldoende en toegankelijke parkeervoorzieningen
Maak voldoende ontmoetingsplekken met een gevarieerd karakter die uitnodigen tot verschillende activiteiten (uitrusten, praten, lezen): huiskamers, gebedsruimten, terugtrekruimten, zitjes, gespreksruimten, restaurant of grand café met voldoende zitplekken
Biedt communicatiemiddelen aan zoals telefoon en internet
Zorg ervoor dat bezoek kan mee-eten, denk daarbij aan bezoektijden die samenvallen met etenstijden
Bij meerpersoonskamers moet bezoek ontvangen kunnen worden zonder anderen te storen
Zorg dat ruimten waar activiteiten plaatsvinden goed zichtbaar en toegankelijk zijn
Creëer een gemeenschappelijke eetruimte
Laat de opstelling van het meubilair bijdragen tot keuzevrijheid in het aangaan van contacten (b.v. gericht op verschillende groepsgrootten, wel/geen oogcontact, centraal of meer perifeer gesitueerd)
Organiseer speciale activiteiten voor oudere patiënten die langdurig in het ziekenhuis (moeten) verblijven

Tabel 16b: Aandachtspunten voor het creëren van een gastvrij gebouw

Ramen en uitzicht
Vermijd inpandige ruimten zo veel mogelijk
Verschaf een aantrekkelijk uitzicht, bij voorkeur op natuur en/of de levendigheid van een wijk (afhankelijk van de gebruikersgroep)
Pas waar mogelijk natuurlijke ventilatie toe (zelf kunnen openen van ramen)
Bouw niet te compact en richt de beschikbare ruimte zo in dat er open ruimten tussen gebouwen ontstaan die groen kunnen worden ingericht
Houd bij de inrichting van de kamers rekening met de mogelijkheid tot uitzicht. Let op zichtlijnen, positie van bedden en meubilair, hoogte van de borstwering en toedeling van laaggelegen ruimten aan patiënten (bedlegerige patiënten hebben een geheel andere gezichtspositie)
Houd er rekening mee dat een raam met uitzicht mogelijk ook inkijk veroorzaakt, met nadelige gevolgen voor de privacy
Zorg dat de daglichttoetreding in kamers optimaal is, maar voorkom verblinding door daglicht en harde lichtweerkaatsing als gevolg van directe bezonning door (individueel) te reguleren zonwering
Inrichting
Stem het interieur af op de primaire gebruikersgroep(en) en betrek (vertegenwoordigers van) de gebruikers bij de keuze van het interieur
Zorg dat het interieur de functie van de ruimte versterkt of ondersteunt, zodat duidelijk is waarvoor een ruimte is bedoeld
Varieer met kleur, uitvoering en grootte van het interieur, maar voorkom een teveel of tekort aan
Maak gebruik van planten en kunst
Besteedt ook aandacht aan het plafond, bedgebonden patiënten zijn aangewezen op dit uitzicht
Stem het gebouw en interieur op elkaar af zodat zij een eenheid vormen
Zorg dat ruimten schoon zijn en gemakkelijk te reinigen; vermijd lastig bereikbare hoeken en afgesloten bergkasten
Voorkom zo mogelijk gevoelens van te hoge dichtheid en drukte en zorg voor voldoende "persoonlijke ruimte". Aandachtspunten zijn hier met name de lay-out, grootte en vorm van ruimten, zichtlijnen, ontspanningsmogelijkheden, en zonering van grote ruimten.
Sensorische kwaliteit
Zorg voor een aangename en comfortabele temperatuur, zo mogelijk individueel regelbaar
Installeer ventilatiesystemen die royaal frisse lucht toelaten, bij voorkeur individueel regelbaar.
Hanteer hogere lichtniveaus bij doelgroepen die overdag grotendeels binnenshuis zijn
Stem de kunstverlichting af op het type activiteiten dat plaatsvindt in de ruimte
Plaats voldoende ramen in patiëntenkamers in verband met daglichttoetreding, en zorg voor de mogelijkheid om verblinding te voorkomen en de temperatuur te beheersen bijvoorbeeld door zonwering
Voorkom directe bezonning van kamers met felle harde lichtplekken (weerkaatsing van lichte vloer en wanden naar plafond)
Streef naar een oostelijke gebouworientatie van patiëntenkamers (maximaliseren van ochtendzon)
Realiseer (individueel) regelbare (kunst)verlichting en adequate werkverlichting (ook daglicht) voor personeel
Beperk waar mogelijk institutionele verlichting (gebruik zachter licht, gelijkend op woningbouw)
Reduceer geluidsoverlast tot een minimum
Let op ruimte-akoestiek door toepassing van geluidsabsorberende plafonds en andere geluidsabsorberende materialen (vloerbedekking, gordijnen, e.d.)
Verkiez natuurlijke en mechanische ventilatiesystemen boven airconditioningsystemen
Elimineer en/of reduceer geluidsbronnen door bijvoorbeeld geluidloze oproepsystemen, draadloze communicatiesystemen, uitschakelen van apparatuur die niet in gebruik is, realiseren van aparte ruimten voor overleg, stille en lawaaizones scheiden, goede logistiek, en het trainen van personeel (zachter praten, bewustheid verhogen)

Tabel 16c: Aandachtspunten voor het creëren van een gastrij gebouw

5.3 Vervolgstappen

Belangrijke stappen voor vervolgonderzoek zijn met name:

- Aanvullend literatuuronderzoek, gericht op onderzoek naar de wensen, voorkeuren en prioriteiten van patiënten (voor zover deze beschikbaar is), ook internationaal.
- Aanvullende bezoeken aan inspirerende voorbeeldziekenhuizen, waaronder de ziekenhuizen die in 2011 genomineerd zijn voor de award Gastvrijheid met sterren en een selectie uit de in bijlage 2 besproken ziekenhuizen.
- Aanvullend onderzoek naar instrumenten op de gastvrijheidsbeleving te kunnen meten en monitoren: hoe gebeurt dit in de Nederlandse ziekenhuizen en elders? Wat zijn kritische succesfactoren? Wat zijn belangrijke prestatie indicatoren? Is het meten hiervan te standaardiseren?

Literatuur

- Alflen C. (2008). 'Gastvrijheid in de zorg: Facility management zorgt voor het verschil'. *Facto Magazine*, nr. 1/2, januari/februari, pp. 20-23
- Bekker, P. de, Houben, M. (2009). 'Gezonde gastvrijheid'. *Zorgmarkt*, nr. 9, pp. 17-20
- Bell, P.A., e.a. (2001). *Environmental Psychology* (5e edition). Wadson Group/Thomas Learning.
- Berg, A. van den (2005). *Health impacts of healing environments: A review of the benefits of nature, daylight, fresh air and quiet in healthcare settings*. Groningen: Foundation 200 years University Hospital Groningen
- Berg, A. van den (2009). Een foto van een boom maakt al rustig. *Kennis Online*. Wageningen UR, pp. 12
- Berg, A. van den & Winsum-Westra, M. van. (2006). *Ontwerpen met groen voor gezondheid. Richtlijnen voor de toepassing van groen in 'healing environments'*: Alterra-rapport 1371. Wageningen.
- Boonk, M.C. (2004). *Gebouwkwaliteitsbeoordeling in verpleeg- en verzorghuizen*. Afstudeerscriptie Faculteit Bouwkunde, TU Delft.
- Bovenberg, F. (2010). Helende omgeving draagt bij aan herstel. *SP*. Juli 2010, pp. 7-14
- Carpman, J., Grant, M.A. (1993). *Design that cares; Planning health facilities for patients and visitors*. American Hospital Publishing Inc.
- College bouw zorginstellingen. (2008). *Kwaliteit van de fysieke zorgomgeving: Stand van zaken onderzoek omgevingsvariabelen en de effecten op de (zieke) mens*. Culemborg: Twin Media
- Dekker, M. den. (2010). *Van openbare zorgomgeving tot Healing Environment*. Masterproef, Provinciale Hogeschool Limburg, Departement Architectuur en Beeldende Kunst
- Devlin, A.S., Arneill, A. B. (2003). Health care environments and patient outcomes; a review of the literature. *Environment and Behavior*. Vol. 35, Nr. 5, pp. 665-694
- Dijk, J. van (2009). 'Maasstad Ziekenhuis Gastvrij en efficiënt zorgconcept'. *Gastvrije Zorg*, juli/augustus, pp. 28-29.
- Dijkstra, K. (2009). *Understanding Healing Environments*. Enschede: Gildeprint Drukkerijen
- Dijkstra, K., Pieterse, M. & Pruyn, A. (2008). Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology*
- Dommerholt, J., Hofman, N. (2010). 'Hospitality op de werkvloer'. *FMI*, nr. 6, pp. 6-9
- Ekkelboom, R., Van den Berg, A., Jaspers, F. (2005). Evidence based design: stand van zaken. *ZM Magazine*, jaargang 21, pp. 20-23
- Evans, G.W., Mitchell McCoy, J. (1998). When Buildings Don't Work: The Role of Architecture in Human Health. *Journal of Environmental Psychology*, nr. 18, pp. 85-94
- Faessen, S. (2008). *De beleving van wachtruimten in het Erasmus MC*. Afstudeeronderzoek masteropleiding Cultuur, Organisatie en Management, Vrije Universiteit Amsterdam
- Frankowski Jones, B. (1996). Environments that support healing. *IS Magazine*
- Gastvrije Zorg. (11 januari 2011). iPads voor patiënten St. Antonius. (online). <http://www.gastvrijezorg.nl/products/ambiance/gastvrijheid/ipads-voor-patienten-st-antonius-5107> (geraadpleegd op 21 juli 2011)

- Gezondheidsraad (2004). *Natuur en gezondheid; Invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden*. Den Haag: Gezondheidsraad en RMNO. Publicatienr. 2004/09
- Gezondheidsraad (2009). *Het ziekenhuis als helende omgeving*. Signalement. Den Haag: Gezondheidsraad. Publicatienr. 2009/14
- Have, E. ten (2010). *Het monitoren van de ontwikkeling van gastvrijheid binnen Ziekenhuisorganisaties*. Deventer: Afstudeerscriptie Saxion Hogeschool
- Havenziekenhuis (z.d.). Tussenstand verbouwing. (online).
<http://www.havenziekenhuis.nl/?q=content/tussenstand> (geraadpleegd op 13 september 2011)
- Heerwagen, J. (2008). Psychosocial value of space. National Institute of Building Sciences. (www.wbdg.org)
http://www.wbdg.org/resources/psychspace_value.php#top
- Heppe, J., Kipps, M., Thomson J. (1990). 'The concept of hospitality and an evaluation of its applicability to the experience of hospital patients'. *International Journal of Hospitality Management*. Vol.9, No 4, pp. 305-318
- Hokkeling (z.d.) Gastvrijheid zit in alles en iedereen. (online).
<http://www.slideshare.net/johnhokkeling/gastvrijheid-zit-in-allesen-iedereen> (geraadpleegd op 19 juli 2011)
- Holwerda, H. (2011). 'Dagje meelopen met de patiënt heilzaam.' Financieel Dagblad, 18 juli 2011.
- Hulst, W. van. (2008). *Jan Gunnarsson over hostmanship: De leider van morgen denkt inclusief*. (online).
http://www.hostmanship.nl/koppladefiler/interview-ManagersLiteratuur_gunnarsson.pdf
 (geraadpleegd op 19 juli 2011)
- Jaber, A. (2008). 'Gratis kop koffie en aandacht: een wereld van verschil'. *Gastvrije Zorg*, september, pp. 10-13.
- Joseph, A. (2006). *The Impact of Light on Outcomes in Healthcare Settings*. The Center for Health Design.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2001). *Focus op strategie*. Amsterdam: Business Contact
- King, C. (1995). 'What is hospitality?'. *International Journal of Hospitality Management*. Vol.14, No 3/4, pp. 219-234
- KOPVOL. (2010). *Stress en beleving: mental map*. Oosterhout: Stimuleringsfonds voor Architectuur
- Kreitzer, M., Zborowsky, T. (2009). 'People, place, and process: the role of place in creating optimal healing environments'. *Creative Nursing*, Vol. 15, No 4, pp 186-190
- Lee, F. (2004) *If Disney ran your hospital*. Second river health care press
- Maasziekenhuis Pantein (z.d.) Verpleegcentrum. (online).
<https://www.maasziekenhuispantein.nl/verpleegcentrum> (geraadpleegd op 19 juli 2011)
- Martini Ziekenhuis (z.d.). Healing environment. (online).
<http://www.martiniziekenhuis.nl/Over-Martini/Zorgvisie-Martini-Ziekenhuis/Healing-Environment/>
 (geraadpleegd op 14 juli 2011)
- Millenaar, P. (2011). 'Maasziekenhuis Pantein Boxmeer'. *Facility Management Magazine*, nr. 189, pp. 42-45
- Niessen, M. (2011). 'Hospitality hot item in ziekenhuizen'. *FM@Work*, Hanzehogeschool Groningen, nr. 5, pp. 1
- Rashid, M., Zimring C. (2008). A Review of the Empirical Literature on the Relationships Between Indoor Environment and Stress in Health Care and Office Settings; Problems and Prospects of Sharing Evidence. *Environment and Behavior*. Nr. 40(2), pp.151-190

- Rubin, Haya R., e.a. (1998). *Status report: an investigation to determine whether the build environment affects patients' medical outcomes*. The Center for Health Design
- STAGG: Hoekstra, E., Liempd, I. van. (2001). *Ruimte voor patiënten. Bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief*
- Tijssen, T. (2010). *De toekomst van Hospitality Business*. Lectorale rede. Deventer: Saxion Hogeschool
- Tijssen, T., Groen, B. & Pijls, R. (2009). Klantbeleving begrijpen, meten en bevorderen. *FMI*. Nr. 12, pp. 82-86
- Thiel, E. van (2007). Healing environment: Omgevingsfactoren dragen bij aan genezingsproces. *Arts*. Nr. 18
- TNO Centrum Zorg en Bouw. (2009). *Excelprogramma OAZIS Cure*. (online).
http://www.tno.nl/content.cfm?context=thema&content=markt_product&laag1=896&laag2=176&laag3=345&item_id=1453 (geraadpleegd op 21 juni 2011)
- Ulrich, R. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*. Nr. 224, pp. 420-421
- Ulrich, R. & Zimring, C. (2004). *The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity*. Center for Health Systems and Design, Texas A&M University
- Voordt, D.J.M. van der, Lüthi, P., Niclaes, M.N. (1994). *Ouderen in ziekenhuizen; Problemen en oplossingen voor bouw en inrichting*. Publikatieburo Bouwkunde, Technische Universiteit Delft
- Voordt, D.J.M. van der, Wegen, H.B.R. van (1991). *Sociale veiligheid en gebouwde omgeving. Theorie, empirie en instrumentontwikkeling*. Dissertatie. Publikatieburo Bouwkunde, Technische Universiteit Delft
- Vos, F. de (2006). *Building a model of holistic healing environments for children's hospitals*. Dissertation (PhD). The City University of New York, USA
- Willemse, M. (2011). *Visie op gastvrijheid Albert Schweitzer Ziekenhuis, locatie Zwijndrecht; 5 routes naar optimaal gastwelzijn*. Momoko Visions Trends Concepts
- Zorg met sterren (z.d.) Gastvrijheidszorg met sterren. (online).
<http://www.zorgmetsterren.nl/sterren.asp> (geraadpleegd op 19 juli 2011)
- Zorgnetlimburg (z.d.). Maasziekenhuis Pantein. (online).
<http://www.zorgnetlimburg.nl/index.php?p=2859> (geraadpleegd op 19 juli 2011)

Bijlagen

Bijlage 1: Wetenschappelijke onderbouwing

Historisch gezien is het ontwerp van Healing Environments meer gebaseerd op praktische ervaring en filosofische beschouwingen dan op wetenschappelijk onderzoek. De laatste jaren wordt het belang van een gedegen wetenschappelijke onderbouwing meer en meer onderkend. Deze nieuwe benadering van het ontwerpen van healing environments staat bekend als *Evidence Based Design* (EBD) (van den Berg, 2005).

'Evidence Based Design refers to the process of creating healthcare buildings, informed by the best available evidence, with the goal of improving outcomes and of continuing to monitor the success of designs for subsequent decision-making'

Box 1: Definitie Evidence Based Design (Ulrich e.a., 2004; in College bouw zorginstellingen, 2008)

Roger Ulrich wordt vaak genoemd als de grondlegger van Evidence Based Design. Zijn onderzoek "View through a window may influence recovery from surgery" uit 1984 wordt vaak aangehaald als de eerste wetenschappelijke publicatie die de basis heeft gelegd voor verder onderzoek. In dit onderzoek is onderzocht of het uitzicht vanaf de patiëntenkamer de condities van de patiënt beïnvloed. De 23 patiënten (waarbij de galblaas was verwijderd) met uitzicht op een natuurlijke omgeving hadden een kortere opnameduur, minder negatieve evaluatieve opmerkingen in notities van verpleegkundigen en minder pijnstillers nodig, dan de 23 patiënten in soortgelijke kamers met uitzicht op een stenen muur (Ulrich, 1984).

Sindsdien is in een lange reeks studies aangetoond dat verschillende aspecten van de fysieke omgeving (o.a. opzet van de afdeling, gereduceerd geluid, toegang tot buitenruimten) een positief effect hebben op de gezondheid, zorgen voor een betere slaap, zorgen voor ondersteuning van de oriëntatie, leiden tot minder agressie en minder onregelgedrag en meer sociale interactie en een hogere tevredenheid, zowel van cliënten als van familie en medewerkers (Bovenberg, 2010). Ulrich en collega's analyseerden 600 studies en kwamen tot de conclusie dat de meerderheid (88%) een positieve correlatie laat zien tussen omgevingsfactoren en gezondheid (Ekkelboom, 2005).

Het is niet eenvoudig om onder het "softe" begrip healing environment een wetenschappelijke fundering te leggen. In het ziekenhuis liggen mensen met verschillende achtergronden en verschillende aandoeningen. Bovendien worden veranderingen vaak gelijktijdig ingevoerd, waardoor het niet eenvoudig is om op een valide en betrouwbare manier vast te stellen welke aanpassingen tot welk resultaat leiden. Causale relaties zijn lastig aan te tonen. Zachte data over de beleving van patiënten moeten worden aangevuld met harde data over medicijngebruik, verblijfsduur en bijvoorbeeld kans op infecties. EBD staat in Nederland nog in de kinderschoenen (van Thiel, 2007). Voor het formuleren van 'evidence based' (ontwerp)richtlijnen voor het creëren van een optimale fysieke zorgomgeving lijkt het nog te vroeg. Wel is inmiddels voldoende kennis beschikbaar om op een bewuste manier aandacht te besteden aan de effecten van de fysieke zorgomgeving op het welzijn van de gebruikers (Bovenberg, 2010).

Volgens een rapport van de Gezondheidsraad (2009) is het wetenschappelijk onderzoek naar Healing Environments heterogeen en versnipperd en kan veel onderzoek methodologisch de toets der kritiek niet doorstaan. De Gezondheidsraad trekt in haar rapport de volgende conclusies: Het best onderbouwd is de helende invloed van een goede natuurlijke ventilatie van frisse lucht. Ook 'uitzicht op natuur' heeft een heilzame werking, in de vorm van vermindering van stress en pijn. Verder kan een overmaat aan geluid het herstel van patiënten ongunstig beïnvloeden. Maatregelen die geluidsoverlast terugdringen werpen dus ook vruchten af. Hetzelfde geldt voor een bouwkundige inrichting die de kans op ziekenhuisinfecties verkleint, al zijn er op dit gebied ook nog vragen. Bij veel andere omgevingsvariabelen liggen de zaken minder duidelijk. Persoonlijke voorkeuren voor bepaalde (combinaties van) factoren, zoals licht, kleur en geluid kunnen sterk verschillen. Bovendien zijn er onvoldoende aanwijzingen dat zulke preferenties positieve gezondheidseffecten hebben. Ook over de mogelijke voordelen van eenpersoonskamers is het laatste woord nog niet gesproken. De vele vragen en onzekerheden op dit vlak vloeien voort uit de vaak gebrekkige opzet van de diverse onderzoeken. Er zijn slechts enkele overzichtspublicaties, zo heeft de Gezondheidsraad vastgesteld, waarin onderzochte verbanden tussen elementen van een helende omgeving en effecten op gezondheid en welbevinden op hun bewijskracht zijn beoordeeld. In aanvulling op dit algemene beeld bespreken we kort een aantal publicaties die de aanbevolen maatregelen ondersteunen met meer of minder wetenschappelijke "bewijslast".

1. Autonomie & keuzevrijheid

Het College bouw zorginstellingen (2008) stelt dat ervaren controle over situaties een belangrijke component is binnen het stressmodel. Gebrek aan controle wordt geassocieerd met depressie, passiviteit, hoge bloeddruk en verlaagde afweer. Dit heeft een negatief effect op het welzijn. Verlies van controle over vrijwel iedere dagelijkse handeling is vaak inherent aan opname in een zorginstelling. Omgevingsfactoren die nog eens extra bijdragen aan het verlies aan controle zijn bijvoorbeeld verwarrende bewegwijzering (desoriëntatie), lawaai, het ontbreken van privacy en het ontbreken van uitzicht. Als men patiënten controle geeft (inclusief controle over hun fysieke omgeving) dan krijgen zij als het ware de mogelijkheid zich te weren tegen prikkels en stressoren uit de (fysieke) omgeving, om deze te reguleren of te beïnvloeden. Bovendien wordt hiermee de autonomie en zeggenschap gerespecteerd.

Er zijn verschillende vormen van controle op omgevingsfactoren (vrij naar; Bell e.a., 2001):

- Gedrag: Het direct beïnvloeden van de omgevingsvariabele met gedrag (een raam open zetten als het te warm is) en via besluitvorming, waarbij sprake is van de mogelijkheid tot het maken van een keuze (de keuze hebben om de kamer te verlaten en naar een minder warme plek te gaan);
- Cognitie: als de informatie over de omgevingsvariabelen zodanig verwerkt wordt dat deze als minder bedreigend wordt ervaren (voelen dat het te warm is, maar weten dat je zo naar buiten gaat).

Het is dan ook van groot belang om patiënten maximale controle over hun situatie te geven door middel van beslissingsbevoegdheid, keuzemogelijkheden en/of informatie. Ook de symboliek en uitstraling van de fysieke omgeving kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Ruimtelijke aspecten die samenhangen met het kunnen beïnvloeden van de fysieke omgeving zijn bijvoorbeeld de mogelijkheid tot het reguleren van de privacy als de situatie daar om vraagt, zelf de temperatuur, ventilatie en (daglicht)toetreding te regelen, of de mogelijkheid tot het personaliseren van de omgeving (College bouw zorginstellingen, 2008). TNO (2009) stelt dat het zelf kunnen open van een raam en het inademen van verse buitenlucht voor veel mensen zeer aangenaam is en een therapeutische of kalmerende werking heeft. Dit geldt zeker voor doelgroepen die langdurig zijn opgenomen, bedgebonden zijn of om wat voor reden dan ook niet in de gelegenheid zijn om buiten een frisse neus te halen. Grote schaal, steriliteit, uniformiteit van materialen en meubilair en beperkingen op personalisatie dragen bij aan een institutioneel karakter van het gebouw. Al deze omgevingsfactoren hebben een negatieve invloed op het gevoel van controle op de omgeving (Evans & McCoy, 1998).

Stagg (2001) relateert keuzevrijheid van patiënten ook aan keuzevrijheid tussen een één- of meerpersoonskamer. Keuzevrijheid kan versterkt worden door een zorgvuldige inrichting, bijvoorbeeld lawaai kunnen vermijden door zelf ramen of deuren te kunnen sluiten, en zelf de verlichting aan of uit kunnen doen. Keuzevrijheid maakt mensen minder afhankelijk van anderen. Keuzevrijheid kan het gemakkelijkst gerealiseerd worden in eenpersoonskamers. In meerpersoonskamers kunnen individuele keuzemogelijkheden rondom het bed geboden worden. Als patiënten een kamer delen zijn de hoeveelheid, frequentie en lengte van het bezoek belangrijke aandachtspunten. Bezoek kan storend zijn voor een medepatiënt. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is het creëren van een aparte bezoekkamer (bijvoorbeeld een huiskamer) op afdelingsniveau, waar ook mogelijkheden zijn om bedgebonden patiënten naar toe te brengen.

2. Privacy & territorium

Volgens Stagg (2001) is privacy om verschillende redenen belangrijk, de meeste mensen willen: (1) graag alleen of samen met vertrouwde mensen zijn als ze verdrietig, boos of somber zijn, (2) niet dat anderen deelgenoot zijn van situaties waarin de waardigheid wordt aangetast, (3) zich kunnen onttrekken aan situaties waarmee zij niet geconfronteerd willen worden, en (4) informatie voor zichzelf houden die zij als privé beschouwen. Gebrek aan privacy kan leiden tot het verlies van controle en autonomie. Het kan ook leiden tot het niet openlijk bespreken van zaken door patiënten of het weigeren van bepaald (lichamelijk) onderzoek, en het kan de kwaliteit van de communicatie tussen patiënten en personeel nadelig beïnvloeden (Ulrich, e.a., 2004).

Niet iedereen heeft dezelfde behoefte aan privacy. Dit kan samenhangen met persoonlijkheidskenmerken, sociaal-culturele achtergrond, de aard van de ziekte, de duur van de opname en de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van de patiënt. Sommige mensen zijn zo kwetsbaar dat ze niet alleen willen of kunnen zijn en geven daarom de voorkeur aan een meerpersoonskamer, terwijl anderen het liefst alleen zijn (Stagg, 2001).

TNO (2009) stelt dat zowel de mate van visuele toegang (hoeveelheid zicht op de ruimte) als de mate van visuele blootstelling (mate waarin men zichtbaar is voor anderen) van invloed zijn op de privacybeleving. Nauw verwant aan privacy is het kunnen beschikken over een eigen territorium, een eigen gebied, een eigen kamer, waar je als patiënt 'zeggenschap' over hebt. Dit biedt veiligheid en bescherming tegen stressoren in de omgeving. Een eigen territorium bevordert de sociale interactie en biedt mensen een plek waar intieme momenten met familie en vrienden gedeeld kunnen worden. Een eigen territorium biedt patiënten verder de mogelijkheid uitdrukking te geven aan de eigen identiteit en roept gevoelens van eigendom op. Bijvoorbeeld door personalisatie van de ruimte in de vorm van het ophangen van foto's en neerzetten van eigen spullen. Dit vergroot de verbondenheid met de ruimte en zorgt dat deze als meer comfortabel wordt ervaren. Visuele privacy is vooral van belang bij privacygevoelige ruimten (sanitair, patiëntenkamers, spreekkamers, e.d.). In algemene zin kan met (bed)gordijnen, maar ook met positionering van de inrichting, afstand tussen bedden, plaatsing van deuren en ramen (inkijk en zichtlijnen) visuele privacy worden gecreëerd.

De afmetingen en lay-out van de kamer moeten het mogelijk maken om er te verblijven en bezoek te ontvangen. Wanneer een sanitaire ruimte door meer mensen gebruikt wordt en/of als die ruimte niet direct vanuit de eigen kamer toegankelijk is, moet privacy gewaarborgd worden door de lay-out, bijvoorbeeld door een routing waarbij men tussen kamer en sanitair geen openbare ruimte hoeft te passeren. Indien het verblijf in (overwegend) eenpersoonskamers wordt gerealiseerd, zijn ontmoetingsruimten nodig, zoals huiskamers, zitjes, 'pleinen' en tuinen (College bouw zorginstellingen, 2004). In meerpersoonskamers kan privacy extra gewaarborgd worden door een tussenwand, scherm of gordijn, door de patiënt te bedienen met een afstandsbediening (Stagg, 2001).

Volgens Van der Voordt, Lüthi en Niclaes (1994) is het ook van belang dat patiënten hun eigen plek kunnen creëren rondom het bed. In een meerbedskamer is het bed voor de ziekenhuispatiënt het enige eigen territorium waar hij zich kan terugtrekken. Kenmerk van de meeste bedkamers is dat ze uniform zijn vormgegeven en ingericht. Bedden, kasten, tafels en hulpmiddelen zijn in alle bedkamers en voor alle bedplekken gelijk. Aflegplankje en prikbord bevinden zich vaak achter het bed van de patiënt. Het maken van een eigen herkenbare plek (identiteit) is dan ook vooral afhankelijk van de aanwezigheid van (bouwkundige) voorzieningen en de mogelijkheden van de individuele ziekenhuispatiënt. Bouwkundige middelen kunnen gebruikt worden om een eigen herkenbare bedplek mogelijk te maken en af te bakenen. Breng de kast en opbergruimte van de patiënt bijvoorbeeld zoveel mogelijk in de nabijheid van de verschillende bedplekken. Kleur kan gebruikt worden om de verschillende bedplekken te onderscheiden. Goed zichtbare en bereikbare afleg- en ophangmogelijkheden voor de persoonlijke bezittingen van de patiënt zijn eveneens belangrijk.

Eenpersoonskamers versus meerpersoonskamers

Om een welkome omgeving te creëren speelt de patiëntenkamer een belangrijke rol. De uitdaging is om voor patiënten een prettige, comfortabele en respectvolle ruimte te realiseren waar voor het personeel alle noodzakelijke (technische) voorzieningen voorhanden zijn om verantwoorde zorg te kunnen leveren (College bouw zorginstellingen, 2008).

De Gezondheidsraad (2009) onderzocht de veronderstelde voordelen van eenpersoonskamers. Eenpersoonskamers zouden bijdragen aan het voorkomen van ziekenhuisinfecties. De literatuur daarover is omvangrijk, maar de betreffende onderzoeken hebben meestal maar beperkte bewijskracht. Aangevoerde verklaringen voor de gevonden resultaten zijn dat eenpersoonskamers gemakkelijker zijn schoon te houden dan meerpersoonskamers en dat zorgverleners (op weg van kamer naar kamer) eerder geneigd zijn hun handen te wassen. Eenpersoonskamers zouden bovendien geschikter zijn voor de verscheidene fasen in de zorgverlening, met als bijkomend voordeel dat patiënten minder vaak hoeven te worden verplaatst. Dat zou de kans op fouten verkleinen en eveneens stress bij de patiënt verminderen. In het algemeen laat de methodologische kwaliteit van het onderzoek naar deze aspecten volgens de Gezondheidsraad te wensen over. Dat eenpersoonskamers beter zijn voor de fysieke gezondheid van patiënten is dus nog niet afdoende aangetoond.

Een eenpersoonskamer kan zoals eerder al vermeld werd, volgens den Dekker (2010) wel een positieve invloed uitoefenen op de privacy- en controlebeleving. Wanneer patiënten een eigen kamer hebben wordt hen sneller de mogelijkheid geboden om bijvoorbeeld het licht in de ruimte aan te passen zoals zij dat willen of hun kamerdeur te sluiten wanneer ze alleen willen zijn. Tevens wordt de sociale interactie en ondersteuning van patiënten aanzienlijk verbeterd. Contact met familieleden, vrienden of zorgpersoneel verloopt in eenpersoonskamers namelijk vaak gerichter en met minder onderbrekingen.

Ook het College bouw zorginstellingen (2008) gaat in op het type patiëntenkamer. Eenpersoonskamers reduceren de geluidsoverlast voor patiënten en geven hen meer rust en een betere nachtrust. De patiënttevredenheid met betrekking tot geluidsoverlast in eenpersoonskamers is dan ook een stuk hoger in vergelijking met meerbedskamers en dit is onafhankelijk van leeftijd, geslacht en type aandoening. Met name flexibel aanpasbare eenpersoonskamers hebben het voordeel dat het aantal overplaatsingen van patiënten beperkt kan blijven. Er is groeiend bewijs dat het overplaatsen van patiënten naar een andere kamer of afdeling een belangrijke rol speelt bij de incidentie van medicatiefouten. Het reduceren van transfers spaart bovendien tijd van personeel, verkort de ligduur en vermindert kosten. Tevredenheidsonderzoek onder patiënten geeft aan dat vooral de privacy van een eenpersoonskamer hoog wordt gewaardeerd ten opzichte van meerpersoonskamers, zeker als de patiëntenkamer ook faciliteiten biedt zoals eigen sanitair, uitzicht, regelbare verlichting en klimaatbeheersing, een interne aansluiting, etc. Patiënten krijgen daardoor een positieve beleving van de ruimte, het biedt hen mogelijkheden tot personalisatie van de ruimte, het geeft hen meer grip op de realiteit met alle voordelen van dien als het gaat om stressregulatie en ervaren comfort. Eenpersoonskamers blijken daarnaast beter geschikt om bezoek van familie en vrienden te faciliteren. Sommige onderzoeken suggereren dat meerpersoonskamers de aanwezigheid van familie ontmoedigen en daarmee ook de sociale ondersteuning. Meerpersoonskamers bieden minder privacy voor interacties tussen patiënten en hun familie. Bovendien gelden er vaak beperkingen aan bezoektijden. Een duidelijk voordeel van eenpersoonskamers is verder dat er meer fysieke ruimte is om bezoek te ontvangen en om als familie te blijven overnachten ('rooming in'). Het kunnen ontvangen van bezoek op de eigen kamer scoort goed in de tevredenheid van patiënten.

Sociale contact en steun (door medepatiënten) wordt ook wel als argument genoemd om juist te kiezen voor meerpersoonskamers. Onderzoek laat volgens het College bouw zorginstellingen (2008) wisselende resultaten zien, zonder dat geheel duidelijk is wat de variatie in resultaten bepaalt (aard aandoening, persoonskenmerken). Hoewel de meerderheid van de patiënten zou kiezen voor een eenpersoonskamer, zijn er zeker ook patiënten met voorkeur voor een meerpersoonskamer. Redenen om te kiezen voor een meerpersoonskamer zijn gezelligheid en aanspraak, niet eenzaam voelen, sociaal contact en steun bij elkaar vinden. Het bieden van keuzemogelijkheden tussen eenpersoons- dan wel meerpersoonskamers sluit aan op de wensen van de patiënten.

3. Natuur

Onderzoek van de Gezondheidsraad (2004) laat zien dat uitzicht op natuur en verblijf in de natuur een positieve invloed heeft op onder meer stemming, concentratie, zelfdiscipline en fysiologische stress. De gunstige effecten treden al op bij kortdurende blootstelling via uitzicht op natuur. Het is niet bekend hoe lang of hoe vaak contact met de natuur nodig is om op termijn stressgerelateerde ziekten te voorkomen. De Raad concludeert in haar onderzoek dat vervolgonderzoek nodig is om meer kennis te vergaren over de gunstige invloed van natuur op gezondheid. Het (quasi-)experimentele onderzoek, voor zover van voldoende kwaliteit, heeft tot nu toe vooral kennis opgeleverd over de invloed op herstel van stress en aandachtsmoeheid. Over de andere mechanismen is veel minder bekend (stimuleren tot bewegen, vergemakkelijken van sociaal contact en invloed op ontwikkeling van kinderen) of zijn de aanwijzingen door de methodologische beperkingen van het onderzoek zwak (invloed op persoonlijke ontwikkeling en zingeving). De consistente aanwijzingen, afkomstig uit een breed scala aan experimentele en beschrijvende onderzoeken, duiden op een gunstige invloed van natuur op de gezondheid. Als de veronderstelling over aard en omvang van die invloed in nader onderzoek wordt bevestigd onderstreept dat het belang van meer aandacht in beleid voor groene interventies die velen in de praktijk als gezondheidsbevorderend ervaren.

Agnes van den Berg (2005) heeft sterk methodologisch onderzoek verricht naar de invloed van natuur op de gezondheid, waarbij telkens rekening is gehouden met de kwaliteit van de onderzoeksopzet en met de omgeving waarin het onderzoek is verricht (binnen of buiten de kliniek). De omgevingsfactoren zijn gerubriceerd onder de noemers 'natuur' en 'natuurlijke elementen'. Bij 'natuur' worden drie subcategorieën onderscheiden: 'uitzicht op natuur', 'tuinen' en 'kamerplanten'. Van de 45 geselecteerde onderzoeken waren er 17 van methodologisch goede kwaliteit en hadden er 12 betrekking op een klinische situatie. Binnen die laatste groep waren er slechts twee met een goede onderzoeksopzet. De subcategorieën bij 'natuurlijke elementen' zijn 'daglicht', 'frisse lucht' en 'rust'. Hier werden 52 onderzoeken geanalyseerd, waarvan er 42 methodologisch goed scoorden. Ook in dit geval waren onderzoeken in een klinische context in de minderheid (12, waaronder 5 van goede kwaliteit).

Samenvattend komt Van den Berg tot de volgende conclusies:

- Er is sterk bewijs dat natuurlijke ventilatie van frisse lucht samenhangt met gezondheidsverbetering, zowel op basis van rapportage door de patiënt zelf als van medische diagnose.
- Er is voldoende bewijs dat 'uitzicht op (echte en afgebeelde) natuur' stress en pijn kan verminderen.
- Er is zwak bewijs dat de aanwezigheid van planten de stemming van de patiënt verbetert en leidt tot vermindering van zelf gerapporteerd ongemak.
- Er is zwak bewijs voor positieve gezondheidseffecten van daglicht, maar ook voor negatieve effecten.
- Er zijn enkele aanwijzingen voor positieve gezondheidseffecten van maatregelen die rust in het gebouw bevorderen.
- Er is gebrek aan bewijs voor het nut van het bezoeken van 'healing gardens'.

Volgens van den Berg (2009) is uitgebreid aangetoond dat natuur een gunstige invloed heeft op mensen. De concentratie stresshormonen gaat al meetbaar omlaag als je mensen naar plaatjes van natuur laat kijken. Natuur ontspant en zorgt daardoor voor een betere stemming en minder stress- en pijn gerelateerde klachten. Uit deze onderzoeken komt volgens van der Berg ook naar voren komt dat je niet veel natuur nodig hebt om het rustgevende effect te bereiken. Het kijken naar een plaatje of filmpje is al voldoende. En, anders dan de meeste mensen denken, maakt het ook niet veel uit hoe mooi de natuur is. Het positieve effect van planten op het gezingsproces is al in 1984 aangetoond door Roger Ulrich.

In 2009 promoveerde Karin Dijkstra op "Understanding Healing Environments". Publicaties werden in haar onderzoek geïnccludeerd indien deze gezondheidseffecten bij patiënten betroffen in relatie tot omgevingsvariabelen en indien deze waren gebaseerd op gecontroleerd klinisch onderzoek, gepubliceerd in een 'peer reviewed' tijdschrift. Zowel klinische als psychologische uitkomstmaten werden geaccepteerd. Van de ruim 500 opgespoorde publicaties voldeden slechts 30 aan alle inclusiecriteria (Gezondheidsraad, 2009). Dijkstra vond stressreducerende effecten van planten en een schilderij met een natuurlijke afbeelding in een patiëntenkamer. De stressreducerende effecten van natuurlijke elementen worden veroorzaakt door een hogere aantrekkelijkheid van de ruimte.

Het College bouw zorginstellingen (2008) probeert te verklaren hoe het herstellende effect optreedt. Mensen lijken een aangeboren mechanisme te hebben ontwikkeld dat ervoor zorgt dat hun aandacht automatisch wordt getrokken door niet-bedreigende plekken in de natuur die goed zijn voor het overleven. Zoals plekken met water en plekken waar je ver kunt zien. Dergelijke plekken trekken ook in de moderne tijd nog steeds automatisch de aandacht zonder dat het moeite kost. Hierdoor krijgt het systeem van gerichte aandacht even rust en wordt de mens in staat gesteld om zijn aandachtscapaciteit te vergroten. Grofweg gaat het om drie vormen van herstel: fysiologisch herstel (stressverlaging), affectief herstel (positieve emoties) en cognitief herstel (aandacht). Natuur kan zowel binnen als buiten invloed uitoefenen, door bijvoorbeeld de aanwezigheid van uitzicht op natuur (een park, tuin e.d.), maar ook door natuurlijke elementen toe te voegen aan het interieur. Een ruimte met planten wordt bijvoorbeeld positief gewaardeerd (prettig, rustgevend, vrolijk). Ook het kijken naar natuurafbeeldingen of naar een film heeft aantoonbare rustgevende en gezondheidsbevorderende effecten. In omgevingen waar uitzicht op natuur niet mogelijk is of levend groen te veel risico's oplevert, bieden afbeeldingen een goed alternatief.

4. Veiligheid

Veiligheid en het gevoel veilig te zijn is belangrijk voor de gastvrijheidsbeleving. Behoeftes aan veiligheid en zekerheid is een van de eerste levensbehoeften, na primaire fysieke behoeften zoals eten en slapen. Al in 1943 wees de Amerikaanse psycholoog Abraham Maslow hierop in zijn behoeftehiërarchie, bekend geworden als de 'piramide van Maslow'. Gebruiksveiligheid en sociale veiligheid zijn in de context van dit onderzoek van groot belang.

Gevoelens van onveiligheid hangen nauw samen met persoonlijkheid. Ook de aard van de aandoening is van invloed: hoe hoger het gezondheidsrisico, hoe meer behoefte aan veiligheid. Ook de mate waarin men het eigen territorium kan beschermen bepaalt of men zich veilig voelt. Een ziekenhuis is een gebouw waar veel mensen in en uit lopen die elkaar niet kennen. Het is onmogelijk en ongewenst om iedere bezoeker van het gebouw te controleren. Situaties die gevoelens van onveiligheid opwekken zijn dus bijna niet te vermijden, maar allerlei fysieke en organisatorische maatregelen kunnen de objectieve en subjectieve veiligheid wel vergroten. (Stagg, 2001).

Volgens Van der Voordt, Lüthi en Niclaes (1994) kan van een gebruiksveilig ziekenhuis worden gesproken, wanneer de kans op vallen, beklemd raken of zich anderszins beschadigen tot een minimum gereduceerd is. Vooral vallen komt in ziekenhuizen regelmatig voor, met namen bij ouderen. Veel voorkomende val-incidenten zijn vallen uit bed, vallen tijdens het lopen of staan zonder hulp (veel voorkomend bij bijvoorbeeld patiënten met stoornissen in de doorbloeding) en vallen van een stoel. Risico-afdelingen zijn neurologie, algemene interne verpleegafdelingen en orthopedie (vanwege de vele heupoperaties bij ouderen). Ter verklaring van val-incidenten worden drie factoren onderscheiden: (1) persoonsgebonden factoren, zoals fysiologisch (gebrekkige mobiliteit, slecht gezichtsvermogen, verminderd coördinatievermogen), pathologisch (krachtverlies in de benen, aanval van duizeligheid, hersenbloeding, medicijngebruik) of psychosociaal (eenzaamheid, depressiviteit); (2) omgevingsfactoren: de stand van het bed, een gladde vloer, ontbreken van handgrepen, obstakels; en (3) interactie tussen beide factoren, b.v. misverstanden tussen patiënt en verpleging. Dit onderscheid kan van belang zijn bij het bedenken van maatregelen ter voorkoming van vallen.

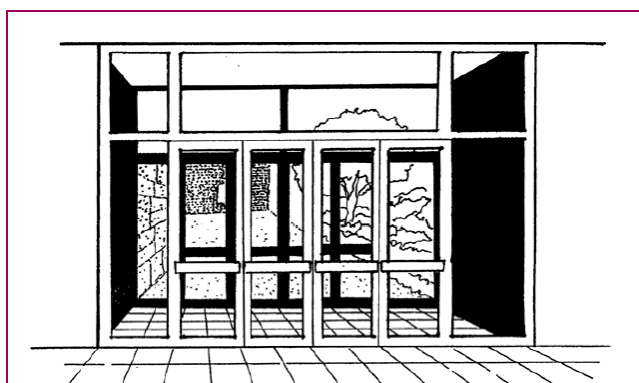
Sociale veiligheid kan worden gedefinieerd als de mate waarin mensen vrij van dreiging van de gebouwde omgeving gebruik kunnen maken (Van der Voordt en Van Wegen, 1991). Daarbij gaat het zowel om de objectieve veiligheid: de feitelijke kans om slachtoffer te worden van een delict, als om de subjectieve veiligheid: de gepercipieerde kans om slachtoffer te worden van een delict en de angstgevoelens die daardoor worden opgeroepen. Zoals overal elders speelt het probleem van sociale onveiligheid ook in ziekenhuizen. Voor patiënten speelt vooral het probleem van diefstal van persoonlijke eigendommen. (Van der Voordt e.a., 1994).

Een ander aspect betreft de gevoelens van onveiligheid van patiënten in verband met hun gezondheidstoestand. Men wil er zeker van zijn dat onmiddellijk ingegrepen wordt wanneer de lichamelijke situatie plotseling zou verslechteren (bijvoorbeeld bij hartklachten). De nabijheid van vertrouwde mensen (medepatiënten, verplegend personeel) kan in belangrijke mate bijdragen aan een gevoel van veiligheid, geborgenheid en zekerheid. Daarom geven patiënten soms de voorkeur aan een meerpersoonkamer. (Van der Voordt e.a., 1994).

De rol van de omgeving in relatie tot het aantal valincidenten wordt breed onderkend, maar er is nog geen significant onderzoek naar welke factoren daarbij doorslaggevend zijn: de omgevingsfactoren zelf (licht, type vloerbedekking, e.d.), dan wel valpreventiestrategieën in brede zin. De meeste valincidenten komen voor in patiëntenkamers en sanitair en bij transfers in en uit bed. Geïdentificeerde inrichtings 'fouten' zijn dan vaak een gladde vloer, ongeschikte deurplaatsing, de plaatsing van hulpmiddelen (handvatten, beugels) en de hoogte van het sanitair. Ook het ontbreken van toezicht en assistentie van personeel kan een rol spelen, bijvoorbeeld als patiënten zonder toezicht en zonder hulp uit bed proberen te komen. Bedrekken blijken ineffectief bij het reduceren van dit soort incidenten. Sterker nog, ze kunnen de ernst van het vallen zelfs vergroten. (College bouw zorginstellingen, 2008).

5. Oriëntatie & routing

In het rapport van het College bouw zorginstellingen (2008) wordt ruimtelijke oriëntatie als volgt omschreven: "Ruimtelijke oriëntatie is het vermogen om je voor te stellen waar je bent in een gebouw en hoe een bepaalde locatie of ruimte te bereiken is". Het ondervinden van problemen bij de oriëntatie of tijdens het zoeken naar de weg in een gebouw kan extra stress en verwarring veroorzaken. Het is wetenschappelijk bewezen dat patiënten die zelf hun bestemming in de zorgomgeving weten te bereiken meer zelfvertrouwen hebben en minder beroep hoeven te doen op het (verplegend) personeel. Patiënten die hun bestemming zelf niet kunnen vinden hebben vaker last van een verhoogde hartslag en stress en zullen het ziekenhuis slechter beoordelen.



Deze deuren illustreren een 'misaffordance' omdat niet duidelijk is hoe de deuren te openen zijn. (Evans & Mitchell McCoy, 1998; in College bouw zorginstellingen, 2008)

Lay-out, routing en inrichting kunnen in het algemeen gezien worden als componenten van ruimtelijke oriëntatie. In gezondheidszorggebouwen is de oriëntatie vaak vrij complex vanwege de vele verschillende functies en voorzieningen die er in het gebouw ondergebracht zijn (Den Dekker, 2010).

Volgens Amerikaans onderzoek is het zich niet kunnen oriënteren de belangrijkste stressfactor voor bezoekers (Carpman, 1993). 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 verpleegafdeling, moet iemand zich makkelijk kunnen oriënteren. Voor patiënten, die vaak maar kortere 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. Bewegwijzering vormt altijd een aanvulling op (en komt niet in de plaats van) andere oriëntatiesteunen zoals kleur, lay-out, herkenningpunten, heledere kruispunten en verlichting (Stagg, 2001).

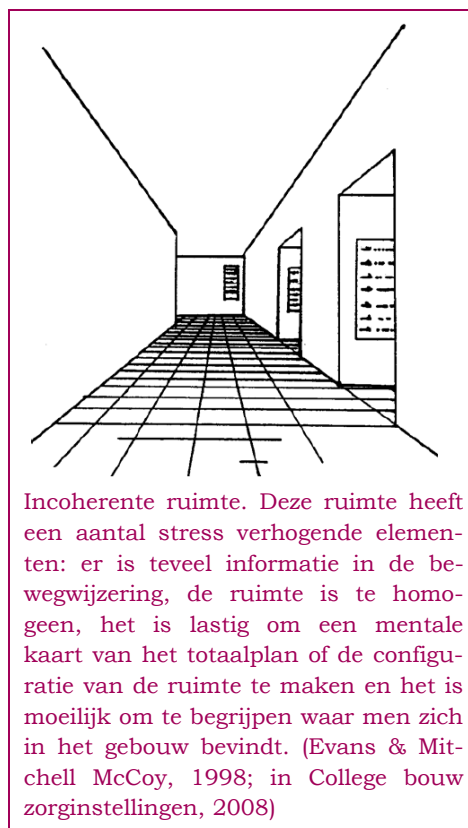
In algemene zin kan worden gesteld dat de lay-out, routing en inrichting van een gebouw kunnen bijdragen aan het oriëntatiegevoel. Hoe precies is lastig te bepalen, omdat het in de gezondheidszorg vaak gaat om een complexe gebouwenstructuur met tal van functies en voorzieningen. Ook uit onderzoek blijkt dat het moeilijk is om de invloed van ontwerpkeuzes te isoleren en de invloed ervan op het oriëntatiegevoel en de stress die dit oplevert. Er zijn wel losse studies naar goede bewegwijzering, optimale ruimte tussen borden en locatie van borden, etc. Ook zijn er studies naar gebouwstructuur, hoe die de beweging van mensen bevordert en de mate van stress die dit geeft (Ulrich e.a., 2004). Er is echter meer onderzoek nodig om beide typen onderzoek te integreren. Oplossingen ter verbetering van de oriëntatie worden gezocht in geïntegreerde systemen. Het gaat dan om eenvoudige, heldere en consistente bewegwijzering in combinatie met schriftelijke en verbale informatie (College bouw zorginstellingen, 2008).

Een drietal algemene ruimtelijke principes die gelieerd kunnen worden aan stress zijn: stimulatie, coherentie en affordances (Evans & McCoy, 1998; Heerwagen, 2008):

- Stimulatie is de hoeveelheid informatie en prikkels bedoeld die op de menselijke gebruiker afkomt. Mensen functioneren het beste bij gemiddelde niveaus van stimulatie (kleuren, geuren, geluid, de objecten in de ruimte en de toegepaste vormen van objecten, de lay-out van de ruimte);
- Coherentie refereert aan de helderheid en begrijpelijkheid van gebouwelementen en vorm. De gebruikers kunnen duidelijk afleiden wat de functie, identiteit, betekenis en locatie van objecten of ruimten binnen een gebouw zijn. Onduidelijkheid, disorganisatie en desoriëntatie verstoren de ruimtelijke coherentie;
- Affordances heeft betrekking op de waargenomen en werkelijke eigenschappen van een object, met name die fundamentele eigenschappen die bepalen hoe het object gebruikt moet worden (hoe een deur opengaat, waar een trap eindigt, etc.).

Om de oriëntatie te verbeteren moet een zekere eenheid in het zorggebouw gecreëerd worden ten aanzien van de lay-out, routing en inrichting. Een geïntegreerd bewegwijzeringssysteem dat eenvoudig en helder is en consistent gebruikt wordt door het hele gebouw vergemakkelijkt de oriëntatie. Hierbij gaat het niet alleen om de bewegwijzering zelf of het bijbehorende kleurgebruik (Bouwcollege 2008; Ulrich & Zimring 2004). Een oriëntatiesysteem bestaat uit vier verschillende componenten die het gehele gebouw omvatten (Den Dekker, 2010):

1. De administratieve en procedurele niveaus van het zorggebouw;
2. Externe gebouwaanwijzingen. Deze component heeft betrekking op het eerste contact wat gemaakt wordt met de bezoeker en betreft het wijzen van de weg naar de parkeerplaats en de ingang van het gebouw zelf;



3. Lokale informatie. Deze component omvat alle oriëntatieonderdelen binnen in het gebouw. Het gaat hierbij onder andere om de verstrekte informatiebrochures, informatiebalies, plattegronden en de algemene bewegwijzering;
4. De globale structuur van het gebouw. De algemene structuur van de verschillende ruimtes en gangen oefent invloed uit op de weg die patiënten en bezoekers nemen om hun bestemming te bereiken.

Mensen geven de voorkeur aan omgevingen die zowel uitzicht als beschutting ('prospect and refuge') bieden. Hierop aansluitend blijkt uit interieuronderzoek dat ruimten met natuur, met een gemiddeld niveau van complexiteit en met voldoende 'prospect' en 'refuge' de voorkeur hebben boven ruimten die deze kenmerken niet hebben. Zo prefereren mensen vooral ruimten die onderverdeeld zijn in kleinere zones. Deze zones geven de gebruiker de mogelijkheid om de omgeving te verkennen, vanuit de beschutting van een zone ('prospect and refuge'). Veel ruimten waar de voorkeur naar uitgaat hebben zachte, ronde en onregelmatige lay-outs. Institutionele ruimten met een minimaal interieur en opsmuk/versiering worden in het bijzonder onaangenaam gevonden, evenals reusachtige grote lege ruimten (Heerwagen, 2008).

6. Sociale interactie

Uit onderzoek blijkt dat sociale steun leidt tot minder stress en een groter welbevinden (Frankowski Jones, 1996). Bezoekers van de patiënt moeten zich dus welkom en op hun gemak 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 meeten en logeermogelijkheden dragen bij aan een gevoel van gastvrijheid. Niet alle patiënten hebben even veel behoefte aan sociaal contact door bijvoorbeeld culturele verschillen en persoonlijkheid. Dit uit zich ook in de voorkeur van een een- of meerpersoonskamer. (Stagg, 2001). Sociale ondersteuning bestaat uit verschillende componenten (Den Dekker, 2010):

- Emotionele ondersteuning (bijvoorbeeld in de vorm van zorg en aanmoediging);
- Instrumentele ondersteuning (onder andere in verband met de hulp bij dagelijkse activiteiten);
- Informatieve ondersteuning (bijvoorbeeld in de vorm van het verschaffen van advies en raad).

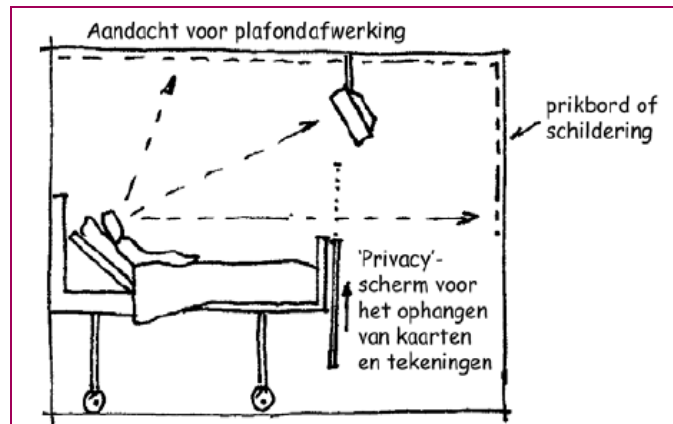
Het verkrijgen van emotionele ondersteuning van naasten, en eventueel van lotgenoten, is voor patiënten vooral een belangrijk element bij het volhouden en volbrengen van hun ziekenhuisperiode. Dit zorgt namelijk voor een versterking van het gevoel dat ze de situatie rondom hun ziekte en ziekenhuisverblijf aankunnen. Bij sociale interactie is het ook van belang dat patiënten en bezoekers de interacties op verschillende manieren zelf kunnen reguleren (Bouwcollege 2008; Ulrich & Zimring 2004).

Naast ondersteuning en begrip speelt ook afleiding een belangrijke rol bij stressreductie. Communicatie met de buitenwereld zorgt voor positieve afleiding en kan spanning en pijn helpen verminderen (Rubin, 1998). Contact met de buitenwereld helpt het dagelijks leven zoveel mogelijk in stand te houden. Het maken van ontmoetingsplekken in het gebouw en het 'binnenhalen' van publieke functies kan ertoe bijdragen dat het contact met de buitenwereld behouden blijft. (Stagg, 2001). Sociale interactie kan in deze tijd ook verlopen via virtueel contact met bijvoorbeeld vrienden en familie die geen mogelijkheid zien om op bezoek te komen, door bijvoorbeeld lange afstanden. Daarnaast kunnen patiënten en bezoekers, die lange tijd in het ziekenhuis verblijven, via internet ook op de hoogte worden gehouden van wat er in de wereld aan de gang is. Op deze manier wordt het contact met de buitenwereld en een routine van het dagelijkse leven in stand gehouden (Vos, de 2006).

Omgevingen kunnen op een specifieke manier ontworpen worden zodat ze sociale interactie bevorderen. Ruimtes die sociale interactie aanmoedigen en mensen bij elkaar brengen worden ook wel "sociopetaal" genoemd. Wanneer mensen bijvoorbeeld in kleine groepjes met hun gezicht naar elkaar zitten zal dit eerder leiden tot interactie. Sociopetale ruimtes zullen mensen ook eerder de mogelijkheid bieden tot het zelf kunnen reguleren van hun persoonlijke ruimte vanwege de vaak flexibele en verplaatsbare opstelling van meubels. In tegenstelling tot sociopetale ruimtes, zullen sociofugale ruimtes de sociale interactie tussen mensen juist belemmeren, hen eerder van elkaar scheiden en uiteindelijk leiden tot isolatie. Voorbeelden van sociofugale ontwerpen zijn bijvoorbeeld rechte rijen stoelen (al dan niet geplaatst tegen een wand) die vaak terug te vinden zijn in luchthavens en treinstations. Ook veel bestaande wachruimtes van zorginstellingen maken nog gebruik van een sociofugale opstelling die niet uitnodigt tot sociaal contact. (den Dekker, 2010).

7. Ramen en uitzicht

Nauw verwant aan de onderwerpen "natuur" (thema 3) en "sensorische kwaliteit" (thema 9) is de beschikking hebben over een raam dat de mogelijkheid tot uitzicht biedt. Volgens het College bouw zorginstellingen (2008) geeft betrouwbaar en consistent onderzoek aan dat (met name natuurlijk) uitzicht een positieve psychologische uitwerking heeft, een helend effect kan hebben en stressreducerend werkt. Eén van de bekendste studies hierover is van Roger Ulrich uit 1984. In deze studie zijn galblaaspatiënten met uitzicht op natuur en patiënten met uitzicht op een blinde muur onderling vergeleken nadat zij een operatie hadden ondergaan. Gebleken is dat uitzicht op natuur leidt tot verkorting van opname, minder negatieve feedback op verpleegkundigen, minder en minder sterke pijnmedicatie en minder postoperatieve complicaties. De relatie tussen uitzicht op groen en gezondheid wordt vaak verklaard via het mechanisme van herstel van stress: affectief herstel (stemmingsverbetering), fysiologisch herstel (positieve verandering in bloeddruk, hartslag, huidgeleiding) en cognitief herstel (betere concentratie, geheugen e.d.) (Van den Berg & Winsum-Westra, 2006). Ook Dijkstra (2009) heeft een aantal studies onderzocht, en kwam tot de conclusie dat de aanwezigheid van ramen en een natuurlijk uitzicht positief effect hebben op klinische resultaten, zoals slaap en ligduur.



Het uitzicht van bedgebonden patiënten is vaak beperkt. Er is dan meer aandacht nodig voor de hoogte van de ramen, rekening houdend met de gebouwhoogte en de afwerking van wanden en plafonds. Dit laatste kan bijvoorbeeld door muurschilderingen, projecties (bij voorkeur zelf te kiezen) binnen het gezichtsveld. Ook het bieden van 'doorkijkjes' naar de gang of een binnentuin kan het gevoel van opgeslotenheid en eenzaamheid verminderen. (College bouw zorginstellingen, 2008)

Een andere verklaring voor het effect is dat uitzicht mensen helpt om een link te krijgen met de externe omgeving en grip te krijgen op de realiteit (Devlin & Arneill, 2003). Uit onderzoek met foto's/afbeeldingen blijkt dat er een voorkeur bestaat voor bomen en lanen, buurten buiten het ziekenhuis en vergezichten. Beelden met natuur lijken het meest tegemoet te komen aan menselijke behoeften.

Overigens kan de aanwezigheid van storende stadsgeluiden en lawaai de positieve effecten van uitzicht op groen verminderen of zelfs teniet doen. Ook het personeel is niet ongevoelig voor het wel of niet hebben van een raam met uitzicht op de natuur. Werknemers met uitzicht op de natuur zijn minder vaak gestrest, gezonder en vaker tevreden met hun werk. Alhoewel dat nog niet expliciet is onderzocht, is het aannemelijk te veronderstellen dat uitzicht op groen ook belangrijke positieve effecten heeft op het cognitief functioneren van personeel, wat de kans op medische fouten kan verminderen (Van den Berg & van Winsum-Westra, 2006).

Vanwege de positieve effecten van uitzicht (gecombineerd met daglichttoetreding) is aandacht voor de locatie van het gebouw en het type uitzicht dat hierdoor ontstaat en uiteraard de raamplaatsing zelf van groot belang.



Van den Berg (2005)

Soms is het onvermijdelijk dat sommige ruimten uitkijken op blinde muren en daken, dan wel andere minder interessante zaken. Groene daken (sedumdak, kruidendak, e.d.) of afbeeldingen aan de muur kunnen dan wellicht een oplossing bieden. (College bouw zorginstellingen, 2008).

8. Inrichting

Herinrichting en renovatie leiden vaak tot positieve evaluaties, maar medisch gezien zijn nog geen effecten aangetoond. Wel lijkt iedereen het er over eens dat kleurgebruik, type meubels, kunst en verlichting veel kunnen doen met de sfeer van een ruimte en dat die sfeer van invloed kan zijn op de gezondheid en het welbevinden van gebruikers. Verder is er sterk bewijs dat veranderingen in de omgeving om deze meer comfortabel en aantrekkelijk te maken, de tevredenheid met de geleverde zorg verhogen (Ulrich & Zimring, 2004; College bouw zorginstellingen, 2008). Zo blijkt dat patiënten die in een hotelachtige, goed gedecoreerde omgeving verblijven een hoger cijfer geven aan artsen, voeding en schoonmaak dan mensen die in een standaard kamer in hetzelfde ziekenhuis verblijven. Ook zouden zij het ziekenhuis aan anderen aanbevelen. De tevredenheid met de omgeving blijkt een significante voorspeller van de overall tevredenheid met de zorg. Tevredenheid met de kwaliteit van de verpleging en de klinische zorg is overigens de sterkste voorspeller voor de overall tevredenheid. Over het effect van materiaalgebruik is weinig bekend. Er worden voordelen gesignaleerd van tapijt boven vinyl of andere hardere materialen (minder geluidsoverlast, minder nadelige gevolgen bij vallen, positiever waardering door gebruikers). Zo blijkt uit onderzoek naar revalidatieafdelingen dat bezoek en familie langer blijft als er vloerbedekking in de patiëntenkamers ligt in plaats van vinyl (prettige omgeving) (College bouw zorginstellingen, 2008).

Recent is onderzocht hoe mensen hun omgeving ervaren in relatie tot hun vaardigheid om niet relevante elementen/stimuli uit de omgeving uit te bannen ('screen out'). Sommige mensen hebben de natuurlijke neiging of vaardigheid om op effectieve wijze de complexiteit van hun omgeving te verminderen. Dit zijn de zogenaamde 'high screeners'. Anderen zijn juist niet in staat om de veelheid aan informatie uit de omgeving te verminderen ('low screeners'). 'High screeners' vertonen minder arousal (prikkeling, opwindning) door hun omgeving (in dit geval kleur van ruimte), of zijn minder sensitief voor hun omgeving. Het ziet er sterk naar uit dat 'screening ability' samenhangt met ziekte. Dit betekent dat zieke mensen minder in staat zijn om irrelevante informatie uit hun fysieke omgeving uit te schakelen en dus extra gevoelig zijn voor hun omgeving. Ook andere persoonlijkheidstrekken zouden wel eens van invloed kunnen zijn op de mate waarin mensen al dan niet of minder gevoelig zijn voor hun omgeving (Dijkstra e.a., 2008).

Kleur

Kleuren kunnen zich in het interieur op verschillende manieren manifesteren: in de samenstelling van het licht en in de afwerking van de wanden, vloer, meubilair en dergelijke. Het is bovendien een relatief eenvoudig aan te passen omgevingsvariabele. Kleurstimuli bestaan uit drie kenmerken: de tint (golflengte), de helderheid (licht versus donker) en de verzadiging (de hoeveelheid grijs die door de kleur is vermengd). Aangenomen wordt dat kleuren een effect kunnen hebben op emoties. Er wordt wel melding gemaakt van het effect van kleur op stemming en op het uitvoeren van bepaalde taken, maar deze effecten zijn niet erg eenduidig. Onderzoek naar het effect van kleuren is deels anekdotisch. Wetenschappelijk bewijs van effecten van kleurgebruik – specifiek in gezondheidszorginstellingen - is matig en soms tegenstrijdig. Aangenomen wordt dat inconsistenties in de effecten van kleur te verklaren zijn door individuele verschillen, bijvoorbeeld het vermogen om stimuli al dan niet op effectieve wijze uit te bannen (College bouw zorginstellingen, 2008).

Er is onder meer onderzoek uitgevoerd naar de gesuggereerde link tussen warme kleuren (rood- en geeltinten) die zou leiden tot opwinding (fysiologisch en psychologisch) en koude kleuren (blauwe en groene tinten) die een kalmerende werking zouden hebben (ontspanning, positieve emoties) (Dijkstra e.a., 2008). Ook is gekeken naar de cognitieve waardering van kleuren in ruimten. Uit het promotieonderzoek van Dijkstra (2009) naar het effect van gekleurde wanden in een ziekenhuiskamer komt inderdaad naar voren, dat hetzelfde interieur een verschillende werking op mensen kan hebben, afhankelijk van hun persoonlijkheidskenmerken. Witte muren in een spreekkamer leiden tot meer zelfonthulling dan groene muren. De kleur van de ruimte waarin het psychologisch consult plaatsvindt, speelt een rol in het therapeutische proces en kan de effectiviteit van de behandeling beïnvloeden. Het promotie onderzoek draagt bij aan een groeiende hoeveelheid bewijs dat de fysieke zorgomgeving een verschil kan maken in hoe snel patiënten herstellen of zich aanpassen aan specifieke acute of chronische condities. De kennis over omgevingskenmerken en het effect op gezondheid en welbevinden kan helpen om de sfeer in een omgeving effectief te verbeteren. Ontwerpers dienen zich bewust te zijn van de gewenste en ongewenste effecten die schijnbaar neutrale omgevingen kunnen hebben. Nader onderzoek is nodig naar de onderliggende processen, voordat de kennis op grote schaal kan worden geïmplementeerd.

Kunst

Kunst kan als positieve afleider werken. Het is wetenschappelijk bewezen dat kunst met afbeeldingen van (vooral open en rustgevende) natuurlijke omgevingen, op dezelfde manier als de natuurlijke omgeving zelf, een positieve invloed kan hebben op het welzijn van patiënten en bezoekers. Dit geldt tevens voor andere vormen van kunst met eenzelfde geschikte emotionele lading. Abstracte kunst kan daarentegen juist zorgen voor negatieve invloeden op patiënten. Vooral de onduidelijke en soms provocatieve component van deze kunstvorm en van andere soortgelijke stromingen die voor een emotionele uitdaging kunnen zorgen, veroorzaakt bij patiënten vaak negatieve en stressvolle reacties. (Den Dekker, 2010).

Op grond van het bovenstaande lijkt het in ieder geval belangrijk om de inrichting af te stemmen op de gebruikers en daarbij vooral rekening te houden met de hoeveelheid prikkels die van een ruimte uitgaan en de prikkelgevoeligheid van de mensen die van een ruimte gebruik maken (apathische mensen wil je wat prikkelen, drukke/agressieve mensen juist niet). De hoeveelheid prikkels wordt onder meer bepaald door het aantal objecten in een ruimte, het kleurgebruik en de congruentie tussen de verschillende inrichtingselementen.

9. Sensorische kwaliteit

Licht

Licht is essentieel voor het menselijk functioneren en beïnvloedt zowel het fysiologisch als psychologisch functioneren. De meeste (gezondheidszorg)gebouwen worden verlicht door een combinatie van natuurlijk daglicht en kunstverlichting. Daglicht heeft in tegenstelling tot kunstlicht een breed en uitgebalanceerd kleurenspectrum en varieert in intensiteit door o.a. het tijdstip van de dag en seizoensinvloeden. Daglicht heeft in tegenstelling tot kunstlicht een breed en uitgebalanceerd kleurenspectrum en varieert in intensiteit door o.a. het tijdstip van de dag en seizoensinvloeden. Daglicht is niet superieur ten opzichte van kunstlicht als het gaat om het uitvoeren van activiteiten. Wel heeft daglicht duidelijke voordelen wat betreft allerlei fysiologische processen en de algehele gezondheid. Daglicht biedt mensen bovendien gevoel van tijd en plaats en voorkomt gevoel van desoriëntatie (College bouw zorginstellingen, 2008).

Licht beïnvloedt het functioneren en de gezondheid via vier mechanismen (Joseph, 2006).

- Het verbetert de *uitvoering van taken*, wat vooral van belang is voor het personeel. Uit een beperkt aantal studies blijkt bijvoorbeeld dat het (werk)lichtniveau een rol speelt bij het maken van fouten in de medicatiebereiding: 1.500 lux levert significant minder medicatiefouten op dan lagere niveaus (Ulrich, 2004). Meer onderzoek is nodig naar het optimale lichtniveau in relatie tot complexe taken en de context waarin deze plaatsvinden.
- Mede aangestuurd door met name natuurlijk daglicht worden vanuit de *biologische klok* verschillende lichaamsprocessen aangestuurd, zoals lichaamstemperatuur en het slaap-waakritme. Dit principe is ook verantwoordelijk voor de productie van hormonen, zoals melatonine (slaaphormoon) en cortisol (stresshormoon). Onderzoek geeft duidelijk aan dat (helder) licht positieve effecten heeft, zoals vermindering van depressie (bipolair) en seizoensdepressie, verkorting opnameduur, mortaliteit, verbetering slaapgedrag en dag-nachtritme, agitatie bij dementie, postoperatief herstel, ervaren stress en pijn (medicatie). Ochtendlicht, oftewel een oostelijke oriëntatie van het gebouw, is in vergelijking met avondlicht effectiever bij depressies en agitatie bij dementie.
- Licht beïnvloedt de *stemming en perceptie*. Met name uit onderzoek in kantooromgevingen blijkt dat mensen daglicht prefereren boven kunstlicht en dat mensen graag beschikken over een raam. Dit beïnvloedt de tevredenheid, de stemming en uitvoering van het werk (Heerwagen, 2008). Een verklaring is dat mensen een natuurlijke behoefte hebben aan stimuli die verbonden zijn aan tijd en het weer, zoals veranderingen in daglicht (kleur, schaduw, helderheidscontrast, zonnestand) en thermische sensaties als gevolg van direct zonlicht, wind en luchtvochtigheid.
- Allerlei *fysiologische processen* treden op zoals o.a. vitamine D opname.

Volgens het College bouw zorginstellingen (2008) is er overtuigend wetenschappelijk bewijs dat licht essentieel is voor het menselijk functioneren en positieve effecten heeft voor zowel patiënten als personeel, waarbij de voorkeur uitgaat naar natuurlijk licht (daglicht) boven kunstlicht. Niet alleen vanwege de positieve effecten voor de gebruikers, maar ook omdat daglicht een relatief eenvoudige en goedkope oplossing is die bovendien de voorkeur heeft van de meeste mensen.

Uiteraard zal aanvullend kunstlicht nodig zijn. Er wordt aangenomen dat full-spectrum kunstlicht zodanig vergelijkbaar is met daglicht dat het te prefereren is boven andere vormen van kunstlicht. Hier is echter meer onderzoek voor nodig.

Lucht

College bouw zorginstellingen (2008) geeft aan dat er in tegenstelling tot kantooromgevingen in de gezondheidszorg slechts een beperkt aantal studies naar de effecten van temperatuur beschikbaar is. Als temperatuur onderwerp van studie is dan is het vaak in combinatie met andere omgevingsfactoren. Aangenomen wordt dat patiënten over het algemeen een stabiele temperatuur van 21,5°C - 22°C aangenaam vinden en een luchtvochtigheid van 30-70%. Uit onderzoek in kantooromgevingen blijkt dat te hoge en te lage temperaturen leiden tot klachten bij personeel en ontevredenheid. Ook de uitvoering van taken wordt nadelig beïnvloed. Verschijnselen van een 'Sick Building Syndrome' (SBS) zoals een droge keel en prikkelende ogen nemen lineair toe bij temperaturen boven de 23°C. Middelhoge temperaturen kunnen leiden tot negatieve sociale reacties, zoals 'crowding' (gevoel van te hoge dichtheid), agressie en andere negatieve reacties richting anderen. Vele studies in de kantooromgeving hebben aangetoond dat een slechte luchtkwaliteit kan leiden tot stress onder personeel. In alle gebouwtypen blijkt een ventilatiegraad van minder dan 10 liter/seconde per persoon te leiden tot gezondheidsklachten en de ervaren luchtkwaliteit negatief te beïnvloeden. Naarmate de ventilatie verbetert nemen de SBS klachten af. De effecten van ventilatiegraad op het functioneren van mensen (prestaties) zijn minder eenduidig (Rashid & Zimring, 2008).

Geluid

Geluid in zorginstellingen heeft verschillende verschijningsvormen en kan een enorme impact hebben op patiënten, personeel en bezoekers. In positieve zin kan geluid zoals muziek kalmerend, ontspannend en zelfs therapeutisch werken. In negatieve zin, als sprake is van ongewenst geluid of lawaai, kan het een versturende en stress verhogende uitwerking hebben op mensen en zelfs de gezondheid beïnvloeden (College bouw zorginstellingen, 2008). Uit onderzoek van Rubin (1998) blijkt dat geluidsoverlast leidt tot onrust en slecht slapen. Dit vertraagt het genezingsproces. Geluidsoverlast kan bestaan uit het horen van gesprekken van anderen, geluiden van mensen die snurken, gebruik maken van het toilet of pijn lijden, en geluiden van apparatuur of het horen praten van personeel over patiënten.

Volgens richtlijnen van de World Health Organisation (WHO) mag aanhoudend achtergrondgeluid in een zorgomgeving overdag niet boven de 35 dB uit komen. 's Nachts geldt een limiet van 30 dB, met een maximum voor geluidspieken van 40 dB. In de realiteit ligt het geluidsniveau echter vaak veel hoger dan deze richtlijnen. Medische apparatuur en stemgeluid van personeel zorgen voor circa 70-75 dB (vergelijkbaar met een druk restaurant). Geluiden van alarmsystemen en andere apparatuur overstijgen zelfs de 90 dB (vergelijkbaar met een drukke weg waar een vrachtwagen rijdt). Ook wisseling van diensten kan tot piekbelastingen leiden van 113 dB (vergelijkbaar met het geluid tijdens een groot sportevenement). Dergelijke geluidniveaus kunnen zelfs leiden tot gehoorschade (Devlin & Arneill, 2003). In het verlengde hiervan is een ander aandachtspunt de nagalmtijd. De nagalmtijd is de tijd die nodig is om het geluid in een ruimte met 60 dB af te laten nemen vanaf het moment dat de geluidsbron uitgeschakeld is. Hoe minder geluid er in de ruimte geabsorbeerd wordt, hoe hoger de nagalmtijd. Ruimten met een lange nagalmtijden worden vaak omschreven als hol. Zelfs wanneer het geluidsniveau van een ruimte binnen de richtlijnen van het WHO blijft, kan een te lange nagalmtijd dezelfde negatieve effecten op de gezondheid van patiënten veroorzaken (Den Dekker, 2010).

Er bestaan verschillende componenten om geluid te reduceren en overlast te voorkomen. Met betrekking tot de openbare ruimten in zorgomgevingen zijn twee componenten van belang. De eerste component is het elimineren of reduceren van geluidsbronnen. Dit kan onder andere gerealiseerd worden door het gebruik van afgesloten ruimtes voor (personeels)overleg en het scheiden van stille en drukke zones in een omgeving. De tweede component betreft de akoestiek van de ruimte. Het gaat hierbij vooral om een juiste toepassing van geluidsabsorberende materialen waardoor geluidsreflecties worden verminderd en de nagalmtijd wordt verlaagd. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van geluidsabsorberende plafondtegels (Den Dekker, 2010).

Te hoge geluidsniveaus in ziekenhuizen hebben ernstige implicaties voor het welzijn en de gezondheid van patiënten en personeel. Voor een goed herstel van ziekte of een medische ingreep zijn juist weldadige stilte, rust en ontspanning noodzakelijk. Stille en rust zijn ook van belang voor een goede communicatie, zowel met patiënten als tussen personeel. Belangrijk in dit verband is ook de privacy en vertrouwelijkheid van de patiëntgegevens waarover gecommuniceerd wordt.

Het is dus van belang om aandacht te besteden aan de ruimteakoestiek van gebouwen. Ruimteakoestiek beschrijft het gedrag van geluid in een afgesloten ruimte. Door eisen te stellen aan de ruimteakoestiek kan een fysieke omgeving gecreëerd worden die het genezingsproces van de patiënt ondersteunt en voor het personeel een goede werkomgeving oplevert. De meest gebruikte parameter is nagalmtijd. Afhankelijk van het type ruimte zijn er ook andere parameters om bijvoorbeeld eisen omtrent spraakverstaanbaarheid of privacy te omschrijven (College bouw zorginstellingen, 2008).

Muziek

Als specifieke vorm van geluid is muziek een afleidingsvorm die zowel fysiologisch als psychologisch kan helpen bij het creëren van een Healing Environment. Het luisteren naar muziek is een vorm van persoonlijke en culturele uitdrukking die mensen in contact brengt met hun eigen emoties, met ideeën over zichzelf en met ideeën over hun plaats in de wereld. Muziek geeft een gevoel van zelfbewustzijn en helpt mensen bij het omgaan met pijn en verwarring (Den Dekker, 2010).

Het College bouw zorginstellingen (2008) geeft aan dat bepaalde typen muziek een ontspannende en stressreducerende werking kunnen hebben, angst (bijvoorbeeld tijdens een medische procedure) kunnen reduceren en de hartslag en ademhalingsfrequentie kunnen laten afnemen. Een ander voordeel van muziek is dat het ongewenste geluiden kan buitensluiten. Muziek in de gezondheidszorg wordt vaak toegepast in de vorm van muziektherapie. Uiteenlopende settingen zijn denkbaar: oncologie, IC, moeder en kind zorg, dementerende ouderen, psychiatrie, gehandicaptenzorg. Uit onderzoek waarbij muziek wordt ingezet als therapeutische interventie worden zeer positieve effecten gerapporteerd. Het gaat vaak om muziek die door de patiënten zelf is uitgezocht en dus in overeenstemming is met hun voorkeur. In algemene zin blijkt vooral rustige, langzame muziek de voorkeur te hebben. Onderzoek naar toepassingen van achtergrondmuziek (in bijvoorbeeld wachtruimten), bedoeld om positieve afleiding te bieden, heeft vooralsnog geen consistente resultaten opgeleverd. Persoonlijke kenmerken zoals geslacht en leeftijd, voorkeuren en keuzemogelijkheid lijken hierbij een rol te spelen (Dijkstra, e.a., 2006).

Volgens Dijkstra (2009) is blootstelling aan muziek geassocieerd met positieve veranderingen in emotionele staat en cognitieve verwerking van mensen. Daarnaast is muziek ook een effectieve therapeutische interventie gebleken. Ondanks deze potentieel gunstige effecten, zijn er geen studies beschikbaar die het effect van muziek op angst en stress in de wachtkamer hebben onderzocht. De wachtkamer kan beschouwd worden als een geschikte ruimte om angst reducerende technieken toe te passen.

Geur

In detailomgevingen wordt geur vaak ingezet als instrument om een bepaalde sfeer in een omgeving te creëren, het koopgedrag te beïnvloeden en klanten te binden. In de gezondheidszorg wordt geur nog niet of nauwelijks toegepast. Er is een zeer beperkt aantal studies bekend naar geur in wachtruimten. Hieruit blijkt dat patiënten die blootgesteld worden aan lavendel- of citrusgeur kalmer kunnen worden, minder angstig zijn en in een meer positieve stemming zijn. Het maskeren van nare 'ziekenhuisgeuren' door middel van het aanbrenge van een aangename geur kan wellicht bijdragen aan een positieve sfeer. (College bouw zorginstellingen, 2008).

Bijlage 2: Op zoek naar inspirerende voorbeelden

Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam

Het Maasstad Ziekenhuis is een groot algemeen ziekenhuis, gevestigd in Rotterdam-Zuid. Het is in 2000 ontstaan uit de fusie tussen het Zuider Ziekenhuis en het St. Clara Ziekenhuis. Begin 2011 is de nieuwbouw in gebruik genomen. Het nieuwe ziekenhuis telt 620 bedden. Op de verpleegafdelingen van het Maasstad worden alle zorgondersteuningsactiviteiten, waaronder voeding, huis-houding en lichtverzorgende taken, anders ingericht: gastvrij en tegen lagere zorgkosten. De invoering van dit



nieuwe concept levert ook een bijdrage aan het oplossen van een van de andere uitdagingen van de zorgsector, namelijk het groeiende tekort aan verplegend en verzorgend personeel. Door de ondersteunende processen goed te regelen hebben verpleegkundigen meer tijd voor hun medische taken. Het concept wordt ziekenhuisbreed geïmplementeerd en uitgevoerd door de zogenoemde medewerker Patiëntenservice. In de praktijk blijkt veel winst te behalen door goed te kijken naar organisatie en processen. Vaak zijn taken versnipperd en worden ze uitgevoerd door veel verschillende medewerkers. Nu zijn de taken in handen van één medewerker Patiëntenservice die zorgt voor een beperkt aantal patiënten. De eerste reacties zijn positief. De patiënten zijn enthousiast maar ook de verpleegkundigen merken dat ze zich minder met bijzaken hoeven te bemoeien en zich kunnen concentreren op hun kerntaken. Het draagt dus niet alleen bij tot een betere service aan de patiënt maar ook tot een efficiëntere inzet van verpleegkundigen. (van Dijk, 2009). In het nieuwe ziekenhuis is veel aandacht voor inrichting en uitstraling van het gebouw. Ook is er aandacht voor groenvoorzieningen en heeft een landschapsarchitect vijf grote binnenplaatsen ontworpen. Deze patio's zijn vanuit bijna elke deel van het ziekenhuis zichtbaar en bieden een groene rustige aanblik, maar ook een aangename verblijfsplek voor patiënten en medewerkers. Er is ook extra aandacht besteed aan het privacy aspect van de verpleegkamers, wat leidde tot een groot percentage eenpersoonskamers. Elke afdeling van 32 bedden bestaat uit 16 eenpersoonskamers (50%) en 4 vierpersoonskamers. Het Maasstad Ziekenhuis hecht veel waarde aan een prettige omgeving voor patiënten, bezoekers en personeel. De architecten hebben een onderverdeling gemaakt in 4 categorieën: privé ruimten, semi-openbare ruimten, openbare ruimten en medisch technische ruimten. Het stafcentrum is alleen toegankelijk voor het personeel en is daardoor een privé ruimte. Als corporate identity van de staf ruimten is gekozen voor casual chique: transparant, neutraal, licht en sober in contrasten in kleur en materiaalgebruik.

Martini Ziekenhuis, Groningen

Het in 2010 geopende Martini ziekenhuis is gebouwd rondom het concept 'healing environment'. Een healing environment is een prettige omgeving die stress vermindert en het herstel en welbevinden van mensen ten goede komt. Kenmerkend voor een healing environment is het gebruik van veel (dag)licht, kleur en natuurlijke elementen. Het Martini ziekenhuis krijgt hiermee een warme, menselijke uitstraling (de Bekker, 2009). In het Martini Ziekenhuis was bij de nieuwbouw het creëren van een healthy environment een belangrijk uitgangspunt. Onder meer door aandacht voor kleurgebruik, daglichttoetreding, geluidsreductie en groenvoorziening is rekening gehouden met de beleving van de omgeving door de gebruikers van het gebouw. Daarnaast is sinds twee jaar het ontwikkelen van hospitality verheven tot een van de organisatiedoelstellingen. Alfred Thies, manager bij het Martini Ziekenhuis, geeft aan dat de behoeften van de patiënt hierbij centraal staan, van binnenkomst tot afscheid. Voorbeelden hiervan zijn: het reduceren van wachtlijsten, het geven van extra service zoals een koelkast op de kamer en een grotere menukeuze. Gastvrijheid staat of valt met het sociaal emotionele aspect: het zijn de mensen die het doen.



Om bij het personeel een attitudeverandering op gang te brengen is een project opgestart, zijn diverse (interne)media ingezet, is er een cursus voor het personeel ontwikkeld en is er een 'week van de gastvrijheid' gehouden (Niessen, 2011). Kenmerken van de healing environment in het Martini ziekenhuis (www.martiniziekenhuis.nl) zijn:

- Veel daglicht (30% meer daglicht dan in de reguliere ziekenhuisbouw dankzij de lange, smalle bouwblokken) en goed gebruik van zonlicht (bijvoorbeeld: opkomende zon aan kant waar cardiologiepatiënten liggen)
- Kleurgebruik: kleurcombinaties van 18 kleuren uit het kleurenpalet dat kunstenaar Peter Struycken speciaal voor de nieuwbouw ontworpen heeft
- Geluidsreductie (dubbele huidgevel aan de kant van de Paterswoldseweg)
- Uitzicht: ramen tot bijna aan de vloer (+ ramen die open kunnen)
- Overzichtelijkheid: een logische indeling van het gebouw, goede bewegwijzering en veel oriëntatiemogelijkheden
- Ontspanningsmogelijkheden: aandacht voor natuur, cultuur, sport en zingeving

Waterlandziekenhuis, Purmerend/Volendam

Het Waterlandziekenhuis is een middelgroot regionaal ziekenhuis met 359 bedden, 1200 medewerkers en 140 vrijwilligers. Het ziekenhuis is gevestigd in Purmerend en Volendam. Het is een algemeen ziekenhuis. Het Waterlandziekenhuis heeft ervoor gekozen om zich expliciet te onderscheiden in gastvrijheid en service. Het programma 'Passie voor zorg' richt zich dan ook op het inspireren van medewerkers, onder meer gebruik makend van het gastvrijheidsconcept van Planetree, de internationale formule voor mensgerichte zorg. De zorg wordt mensgerichter door liefdevolle aandacht en zorg met mededogen te geven. Het Waterland heeft een intensief partnership met ISS Hospital Services BV voor alle facilitaire diensten, heeft gastvrouwen in dienst om bezoekers te woord te staan en werkt met 'Meals on Wheels'. Verschillende onderdelen van de maaltijd komen kant-en-klaar binnen en mensen kunnen zelf hun maaltijd samenstellen uit meerdere componenten (de Bekker, 2009). Het gastvrijheidsconcept is losjes gebaseerd op het Planetree-concept. De ambiance geeft een huiselijk gevoel, er staat een piano in de entree, op de poliklinieken wordt gratis koffie en thee geschonken en cliënten krijgen een welkomstpakket. Het ziekenhuis heeft in Purmerend een 24-uursapotheek, die voor iedereen toegankelijk is. Patiënten die ontslagen worden krijgen een tasje met medicijnen mee, zodat ze bij thuiskomst niet eerst langs de apotheek hoeven. Medewerkers en vrijwilligers van het Waterlandziekenhuis volgen sinds 2008 een zogeheten apk-cursus: aandacht en passie voor cliënten. Het Waterlandziekenhuis overdag altijd twee gastvrouwen (vrijwilligers) bij de ingang staan om bezoekers welkom te heten. Ze staan de gast te woord, stellen hen gerust en lopen eventueel mee naar het betreffende loket (Jaber, 2008).



Maasziekenhuis Pantein, Boxmeer

Het Maasziekenhuis Pantein is een regionaal ziekenhuis met ongeveer 200 bedden. De ruim 60 specialisten bieden alle basis-specialismen en de belangrijkste ondersteunende specialismen aan ongeveer 128.000 inwoners van het Land van Cuijk en Noord Limburg. In het voorjaar van 2011 is het ziekenhuis verhuisd naar een nieuw gebouw, hierin spelen gastvrijheid en principes van een 'healing environment' (Planetree) een belangrijke rol. (www.zorgnetlimburg.nl). Professionaliteit en mensgerichte zorg zijn de belangrijkste pijlers van het ziekenhuis. Binnen ademt het ziekenhuis overal gastvrijheid. Licht, ruimte, inrichting, kleur en materiaalgebruik zorgen voor een aangename sfeer en een positieve beleving. Het gebouw is compact met korte looplijnen, de patiëntenlogistiek is helder, en de wachruimtes zijn licht, ruim en comfortabel.



Er zijn zoveel mogelijk eenpersoonskamers en er is op elke verdieping een lounge-restaurant. Op de verpleegafdelingen is een roomserviceconcept ingevoerd (Millenaar, 2011). Privacy en comfort staan centraal op alle verpleegafdelingen. Er zijn veel eenpersoonskamers met eigen sanitair. Daarnaast zijn er enkele driepersoonskamers. De grote huiskamer biedt mogelijkheden voor ontmoeting. De inrichting van de ruimtes is erop gericht het verblijf zo aangenaam mogelijk te maken. De eenpersoonskamers zijn voorzien van faciliteiten, zodat de partner of een ander familielid overdag en 's avonds bij de patiënt kan verblijven (www.maasziekenhuispantein.nl).

Orbis, Sittard

Eind januari 2009 opende Orbis Medisch Centrum in Sittard-Geleen zijn deuren. Het is een technologisch hoogontwikkeld centrum waar op een patiëntvriendelijke manier hoogwaardige zorg wordt geboden. Het biedt ruimte aan Orbis Medisch Centrum (ziekenhuis), Orbis Geestelijke Gezondheidszorg, Orbis Revalidatie en een Zorgboulevard. Er zijn 425 bedden. Alle kamers zijn eenpersoonskamers met eigen sanitair en mogelijkheid tot rooming-in. Dit ziekenhuis afficheert zich als 'het ziekenhuis van de 21 eeuw' als het gaat om techniek, inrichting, ICT én gastvrijheid. Sommige instellingen werken met personeel dat getraind is in het verzorgen van hoteldiensten. Naast verpleegkundige teams werkt Orbis met hotelteams. Verpleegkundigen zijn in het ziekenhuis in Sittard verantwoordelijk voor de medische zorg, de mensen van het hotelteam doen de hotelmatige verzorging. Dit betekent dat zij voor de voeding zorgen, verantwoordelijk zijn voor de logistiek, de bedden opmaken en de schoonmaak verzorgen. Elke afdeling heeft in principe een vast team van hotelmedewerkers. Wat voeding betreft zijn er veel keuzemogelijkheden. De patiënt kan zelf kiezen wanneer hij een bepaalde maaltijd wil gebruiken, rekening houdend met een bandbreedte. Ontbijt en lunch worden in buffetvorm aangeboden en het diner, dat bestaat uit een apart geserveerd voorgerecht, hoofdgerecht en toetje, wordt tussen 17 en 19 uur naar wens geserveerd op de kamer van de patiënt of in een gezamenlijke huiskamer (de Bekker, 2009).



St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein/Utrecht

Het St. Antonius Ziekenhuis is het grootste niet-academische opleidingsziekenhuis in Nederland en levert topklinische zorg. Het ziekenhuis in Nieuwegein/Utrecht heeft 6 locaties; locatie Nieuwegein, locatie Utrecht Overvecht, locatie Utrecht Oudenrijn, Kaakchirurgie Utrecht-De Meern, polikliniek Vleuten en polikliniek Houten. Bovendien wordt een nieuw ziekenhuis gebouwd in stadsdeel Leidsche Rijn met een vernieuwend zorgconcept. Het nieuwe ziekenhuis zal de huidige locaties Utrecht Overvecht en Oudenrijn vanaf de opening in 2013 gaan vervangen. Het St. Antonius beschikt over 880 bedden. Het St. Antonius heeft als eerste ziekenhuis in Nederland iPads voor patiënten aangeschaft. Sinds een paar maanden kunnen isolatiepatiënten van de verpleegafdeling hematologie/oncologie gebruikmaken van een iPad. De iPads op deze afdeling fungeren als proef voor het hele ziekenhuis. (www.gastvrijezorg.nl). Het ziekenhuis profileert, al meerdere jaren in de top drie wat betreft een aantal kwaliteitscriteria, zich als gastvrij topziekenhuis. Om deze ambitie waar te maken wordt procesmatig gewerkt aan de samenhang tussen veiligheid en hoffelijkheid met oog op de loyaliteit van patiënt én medewerker. Een mooi voorbeeld is te zien bij introductiedagen, waarbij nieuwe medewerkers de gelegenheid krijgen om een uur rond te lopen en het ziekenhuis te bekijken vanuit de ogen van de patiënt. Dit levert concrete verbetervoorstellen op (de Bekker, 2009). Allereerst moeten ziekenhuizen erkennen: ook al werken wij elke dag met hen, wij kennen onze patiënten nog onvoldoende. Wat gaat er in hen om? Welke ervaringen doen ze op tijdens hun gang door het ziekenhuis? Welke diepere behoeften spelen op al die momenten? En hoe kun je als ziekenhuiswerker delen in die ervaringen?



Om deze vragen te onderzoeken riep het St. Antonius Ziekenhuis Utrecht/Nieuwegein samen met Mixe - medische marketing onlangs een team bijeen van 25 ziekenhuiswerkers: verpleegkundigen, afdelingshoofden en (para)medici. Zij brachten de reis van de patiënt in kaart, via interviews, een onderzoek naar beleavingswerelden en het opstellen van een stap-voor-stap-overzicht van de tocht van patiënten door het ziekenhuis, de customer's journey. Als meest in het oog springend onderdeel van het onderzoek liepen de deelnemers een dagje mee met een patiënt - vanuit huis, mee in de auto, op weg naar het ziekenhuis, in de parkeergarage, op zoek naar de juiste poli, al dan niet verwelkomd door de receptioniste, wachtend met of zonder tijdschriften, in gesprek (of was het geen gesprek?) met de arts, met of zonder antwoorden weer naar huis, of doorverwezen voor onderzoek. En tot slot weer thuis, na een reis met vele stops, ervaringen en emoties. Het project leidde tot allerlei praktische voorstellen ter verbetering, vanaf het opheffen van verwarrende bewegwijzering tot een patiëntenportaal op internet en nog veel meer. Maar minstens zo belangrijk: deze vorm van participerend onderzoek leverde ziekenhuiswerkers een unieke ervaring op. Waar zij doorgaans maar zicht hebben op een klein deel van de gehele reis van de patiënt, beleefden zij nu het hele traject van A naar B mee. De onderneming viel bij hen in zeer goede aarde, mede omdat veel ziekenhuiswerkers graag iets willen betekenen voor patiënten. Hun bereidheid om ten behoeve van die patiënt gedrag te veranderen is dan ook groot. Ingesleten gewoontes en gedragingen zijn echter hardnekkig; een 'blikopener' is dan van harte welkom. Deelnemers worden vervolgens ambassadeurs. Zij gaan hun collega's dezelfde 'patiëntenervaring' bezorgen en vanuit die houding de praktijk op de werkvloer ombuigen, waar nodig (Holwerda, 2011).

