

Helende omgeving maakt toekomst zorginstellingen gezond

'ARCHITECT EN OPDRACHTGEVER GAAN SAMEN OP ONTDEKKINGSREIS'

Mevrouw de Jager wil steeds naar buiten. Die onrust is niet ongewoon voor iemand die lijdt aan Alzheimer. In het verzorgingshuis waar zij woont lopen ook andere dementerende bewoners naar de afgesloten deur om te voelen of deze open kan. De verwarring bij mevrouw de Jager verdwijnt nadat op de deur een afbeelding van een boekenkast is aangebracht. Ze wordt niet langer getriggerd om naar buiten te gaan. Mevrouw de Jager bestaat niet, maar de situatie wel. Het voorbeeld illustreert dat het vinden van een goede match tussen een zorggebouw en de beleving van patiënten met een psychische aandoening niet altijd eenvoudig is. De fysieke omgeving heeft invloed op het welbevinden van een patiënt en kan een helende functie hebben. In dit artikel gaan we verder in op deze helende functie van de omgeving en hoe dit bevorderd kan worden door een goed samenspel tussen architect en opdrachtgever.

Door: R. Brekelmans

'Een ziellose betonnen doos met karakterloze ramen, onvriendelijke gangen en puur functionele zalen.' Zo beschreef Prins Charles een aantal jaren geleden het gemiddelde ziekenhuis. De observatie is Brits en van een beschouwer die misschien de lat wel erg hoog legt. Toch was de situatie in Nederland decennia lang niet veel anders. Ziekenhuizen moesten worden gebouwd volgens de voorschriften van het College Bouwtoezicht. De vorm stond van tevoren vast. Bij de inrichting lag de nadruk op hygiëne, efficiëntie en functionaliteit.

Sinds 2008 is dat college afgeschaft. In de praktijk hebben ziekenhuizen meer ruimte om nieuwe inzichten toe te passen, zoals de helende omgeving. De term is afkomstig uit de Verenigde Staten. In de jaren negentig verschenen daar de eerste artikelen over onderzoeken naar andere leefomgevingen in zorginstellingen. Deze onderzoeken waren een reactie op de klinische, kille en onpersoonlijke sfeer in zieken-

huizen. De gedachte is dat een omgeving niet letterlijk geneest maar wel de psyche positief beïnvloedt en zo indirect bijdraagt aan herstel. In de afgelopen jaren zijn veel nieuwe ziekenhuizen opgeleverd die ontworpen zijn volgens dit gedachtegoed. Zoals het Universitair Medisch Centrum Groningen. In het UMCG lijkt de KNO-polikliniek op een grand café, Oogheelkunde op een wachthal van Schiphol en Gynaecologie op een romantische herberg. Het gebouw is een ontmoetingsplek, ook voor niet-zieken. Er is een reisbureau, internetcafé, winkels en er worden regelmatig kindertheatervoorstellingen gehouden.

Ouderwetse architectuur

Ook in de GGZ heeft het begrip helende omgeving zijn intrede gedaan. Sommige instellingen omarmen het concept, zoals het Duurzaam verblijf van GGZ Drenthe waar dak- en thuislozen in een klein dorp worden behandeld en begeleid. Deze early adaptors vormen voornamelijk



Rieke Brekelmans

een minderheid. ‘Ouderwets en deprimerend’, noemt Frits Bovenberg, voorzitter van het Platform Healing Environment de architectuur in de GGZ. En dat terwijl het welbevinden van mensen daar misschien nog wel belangrijker is omdat genezing niet altijd mogelijk is. Het effect van de gebouwde omgeving bijvoorbeeld op bewoners in verpleeghuizen is groot. Veel bewoners zijn zich er, als gevolg van psychogeriatrische aandoeningen en/of hun lichamelijke conditie, niet altijd van bewust dat zij zonder begeleiding het gebouw of hun wooneenheid om veiligheidsredenen niet mogen verlaten. Het gebouw zal dan zodanig ontworpen moeten worden dat bijvoorbeeld deuren die op slot moeten niet uitnodigen om ze te gebruiken. Dat kan bij een deel van de bewoners ongenoegen en stress veroorzaken wat weer gevolgen heeft voor hun stemming en gedrag. De urgentie om helende omgeving als uitgangspunt te nemen in zorggebouwen is bij verpleeghuizen heel tastbaar. Enerzijds is er sprake van een sterk toenemende vraag naar zorg vanuit de vergrijzende bevolking. Bovendien zal dit deel van de bevolking steeds vermogender worden. Anderzijds is het zorgvastgoed voor een groot deel in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw gebouwd. Deze gebouwen moeten de komende decennia worden vervangen, concludeert het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB) in de studie ‘Bouwen voor de zorg; Perspectief voor de Nederlandse bouw’.

Kostenreductie

Zorgbestuurders beschouwen patiëntbeleving ten onrechte als een soft thema dat zich niet in harde cijfers laat vangen. Die bewijsvoering is er wel degelijk. De kosten van extra aandacht voor een helende omgeving worden door de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) geschat op maximaal een paar procent van de gangbare bouwkosten. De economische waarde van het gegroeide welbevinden van patiënten weegt daar ruimschoots tegen op. Uit onderzoek van STAGG en TNO Centrum Zorg en Bouw blijkt dat patiënten in een gezonde omgeving minder medicijnen gebruiken. Het aantal dagen dat ze in het ziekenhuis moeten doorbrengen, is geringer dan dat van de groep die in minder optimale omstandigheden verblijft (Mens en Wagenaar, 2009).

‘Metten’ van een helende omgeving

Het is mogelijk om vast te stellen of een zorggebouw voldoet aan het predikaat ‘helende omgeving’ aan de hand van het door TNO ontwikkelde meetinstrument OAZIS. De afkorting staat

voor Onderzoek Aantrekkelijkheid Zorgomgevingen door middel van de Impact Scan. Omgevingsvariabelen met een wetenschappelijk aantoonbaar positief effect op de cliënt zijn gebundeld in thema’s als privacy en autonomie, comfort en controle, oriëntatie en routing en natuur en personeel. Met OAZIS kan aan de hand van deze thema’s getoetst worden in hoeverre een bestaand gebouw of ontwerp rekening houdt met de positieve impact van diverse omgevingsvariabelen. Iedere omgevingsvariabele is vertaald in een stelling en heeft een wegingsfactor. Een groep representatieve gebruikers kent vervolgens samen of individueel aan iedere stelling een score van 1 tot 5 toe. Per thema verschijnt een totaalscore. Hoe hoger de score, hoe meer sprake er is van een helende omgeving.

Belevingsgericht programma van eisen

Het nadeel van OAZIS is dat het alleen achterom kijkt naar wat er al is. Bij het ontwerp voor een nieuw zorggebouw biedt het geen houvast. De inzichten worden daardoor zelden vertaald naar concrete bouwplannen. In de praktijk wordt bij de start van een bouw de patiëntbehoefte minimaal of niet besproken. In het overleg van directie, managers, architect en installatieadviseur ligt de focus vooral op zaken als exploitatie, onderhoud en kosten. Een interieurarchitect ontbreekt meestal. Laat staan een omgevingspsycholoog. Bijkomend probleem is dat er te veel vertrouwd wordt op de expertise van de architect. Opdrachtgevers kiezen een architect die bekend is met de materie en verwachten dat ze daarmee een gebouw krijgen dat aan al hun eisen voldoet. Maar een architect kijkt vooral naar de buitenkant. Net als de opdrachtgever. De inrichting van een zorginstelling komt meestal in de eindfase aan de orde als opdrachtgever en architect zich buigen over interieurschetsen. Dan worden vaak op basis van persoonlijke smaak keuzes gemaakt.

Wat is bekend?

De omgeving waarin patiënten zich bevinden is van invloed op hun gevoel van welbevinden.

Wat is nieuw?

Er wordt nog te weinig ingezet op het proactief in kaart brengen van de omgevingsfactoren die voor patiënten positief werken. Het opstellen van een belevingsgericht programma van eisen, ontstaan door gebruik te maken van patiëntenervaringen, is hierbij essentieel.

Wat kun je ermee?

Architect en opdrachtgever zouden veel meer vanaf de start van een ontwerpproces met elkaar en met de patiënten moeten proberen de beïnvloedende factoren van de omgeving in kaart te brengen.

Maar ook als de zorgbestuurders wel aanhangers zijn van een helende omgeving, liggen er problemen op de loer. In een publicatie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen wordt het dilemma als volgt geformuleerd. 'De opdrachtgever verwijt de ontwerper de effecten op de gebruikers niet te meten en de eigen creativiteit belangrijker te vinden dan de manier waarop een gebouw wordt beleefd. Architecten verwijten artsen echter geen begrip te hebben voor het ontwerpproces en de beleving van een ruimte te reduceren tot de visuele ervaringen van de bedlegerige patiënt.'

Die kloof kan worden overbrugd door vooraf een belevingsgericht programma van eisen op te stellen waarin de randvoorwaarden worden gedefinieerd. Hoe kan een cliënt invloed uitoefenen op het klimaat in zijn kamer? Kunnen de ramen open? Heeft iedere cliënt toegang tot een buitenruimte? Is er voldoende daglicht? Kunnen cliënten naar buiten kijken? Wordt dit uitzicht bepaald door blinde muren van het nabijgelegen gebouw of door een groen park? Hoe is de kamer ingericht en wat voor schilderijen hangen aan de muren?

Belevingen van patiënten in kaart brengen

Een belevingsgericht programma van eisen kan worden samengesteld door patiënten zelf te vragen naar hun beleving van de fysieke omgeving waarin zij behandeld worden c.q. wonen. Het vergt bijzondere vaardigheden om hoogbejaarde bewoners of psychiatrische patiënten hierover te bevragen, maar hun oordeel is wel heel waardevol. Dat bleek bijvoorbeeld in een experiment bij de zorginstellingen Cardia en Vitalis Woon-Zorg Groep. Voor de bewoners waren twee huiskamers ingericht. Beide hadden een zorgvuldig gekozen inrichting en sfeer. De een in aardetinten met een gewone stoel en kast. De ander in iets koelere kleuren voorzien van slimme techniek. Zo ging het licht aan wanneer je in de stoel ging zitten. Het experiment was bedoeld om de meningen te peilen van de bewoners. Het gaf ook meteen aan hoe verschillend de behoeftes zijn. De groep jongere bejaarden was enthousiast over de moderne slimme inrichting. Vooral mensen met een fysieke beperking vonden het prettig dat het licht aangaat als je in een stoel gaat zitten. Maar tachtigplussers ervoeren dat anders. Zeker als er sprake is van beginnende dementie werd de techniek niet begrepen. Wie heeft het licht aan gedaan?

Leren door mee te lopen levert winst op

Het opstellen van een belevingsgericht programma van eisen kan ook verder worden vormgegeven doordat de architect en/of de be-

trokken opdrachtgever zich proberen te verplaatsen in de patiënt, als gebruiker van een bepaald gebouw. Een behandelaar kan in woorden uitleggen aan de architect wat de beperkingen en stressfactoren in de fysieke omgeving van patiënten zijn, maar de architect zal dit veel beter kunnen aanvoelen door het zelf te ervaren. Ze kunnen bijvoorbeeld een dag mee lopen in een zorginstelling, in een rolstoel zitten of een flink bekraste zonnebril opzetten. Wie op die manier een dag doorbrengt, krijgt een goede indruk van wat sommige bewoners ervaren. Dan ontstaat ruimte om te discussiëren over sfeer en beleving in plaats van vierkante meters. Als architect en opdrachtgever op dezelfde golflengte zitten, ontstaat er dus ook een ander soort samenwerking.

Naast een beter op patiënten afgestemde omgeving levert dit ook goodwill op, wat de winst nog groter maakt. Uit onderzoek in de Verenigde Staten bleek dat patiënten die zijn behandeld in een helende omgeving, meer tevreden zijn over de behandeling die hen ten deel viel en – in de Verenigde Staten niet onbelangrijk – minder geneigd het ziekenhuis wegens wanprestatie voor de rechter te slepen dan patiënten die zijn behandeld in een niet-helende omgeving (Ulrich, 1984; Gotlieb, 2000).

Ook de marktwerking speelt een steeds grotere rol. Zorginstellingen gaan in toenemende mate concurreren met hun vastgoed. Daarbij is een verpleeghuis met oog voor de menselijke maat in het voordeel ten opzichte van 'ouderwetse' institutionele verpleeghuizen. Ze worden eerder geselecteerd door patiënten die kunnen kiezen tussen verschillende aanbieders. Zo maken zorginstellingen niet alleen patiënten, maar ook hun eigen toekomst gezond.

Kortom, een helende omgeving helpt om door patiënten beleefde kwaliteit van zorg te leveren. Hierbij is het nodig om op een proactieve wijze de belevingen en ervaringen van patiënten in de fysieke omgeving waar zij behandeld worden in te zetten. Deze belevingen kunnen in kaart gebracht worden door inventarisatie direct bij patiënten of indirect door als het ware in de belevingswereld van de patiënten te kruipen.

Literatuur

Gotlieb, J.B. (2000). Understanding the Effects of Nurses, Patient Hospital Rooms, and Patients Perception of Control on the Perceived Quality of a Hospital, *Health Marketing Quarterly*.
Mens, N. en C. Wagenaar (2009). *Healing environment, anders bouwen voor betere zorg*, Thoth Uitgeverij.
Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery, *Science, New Series*.

Informatie over de auteur

Rieke Brekelmans is adviseur HEVO, rieke.brekelmans@hevo.nl.