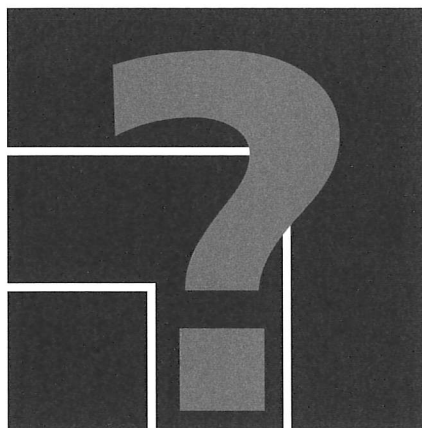
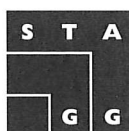


Ruimte



Bouwen aan **Vragen**
zorginstellingen
vanuit cliëntenperspectief

Ed Hoekstra en Ine van Liempd





Inhoud

Voorwoord	4
Inleiding	5
1 Het instrument	7
Doelstelling en doelgroep	7
Toepassing	8
2 Bouwen vanuit cliëntenperspectief	10
Achtergrond	10
Cliënt en fysieke omgeving	12
3 Thema's voor bouw en inrichting	14
4 Handleiding bij het instrument	16
Opbouw	16
Randvoorwaarden	17
Samenstelling werkgroep	18
Werkwijze	18
5 Thema's	19
A Autonomie	19
B Privacy	29
C Zelfredzaamheid	37
D Territorium	43
E Veiligheid	49
F Oriëntatie	55
G Sociaal contact	61
Literatuurlijst	69
Deelnemers vooronderzoek en interviews	70

Voorwoord

Bouwen in de gezondheidszorg is in Nederland een complexe en langdurige opgave, met veel partijen die betrokken zijn in een spel van allerlei belangen. Budgettaire randvoorwaarden, wettelijke voorschriften, functionaliteit en doelmatigheid lijken het vaak te winnen van de essentie van de zorgverlening zelf, namelijk het adequaat inspelen op de wensen en behoeften van cliënten. Om dit patiëntenperspectief goed op de kaart te zetten valt echter nog niet mee. De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (Stagg) probeerde hieraan al eerder een bijdrage te leveren voor de ziekenhuissector, met de publicatie 'Ruimte voor patiënten. Bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief' in 2001. Drie jaar later heeft u nu een vergelijkbare publicatie in handen, deze keer voor de residentiële zorg in die instellingen waarin de verblijfsfunctie nauw verweven is met de functies van behandeling, verzorging en verpleging. Nog meer dan ziekenhuizen, moeten juist de residentiële voorzieningen dag en nacht inspelen op wensen en behoeften van hun bewoners, die vaak langere tijd binnen hun muren verblijven.

Welke balans vindt zo'n instelling tussen privacy in privé-gebieden en een goed zorgklimaat in de gemeenschappelijke omgeving? Welke dilemma's leveren de dagelijkse verwevenheid tussen professionele behandelingsnormen en individuele woonbehoeften op? Kortom, hoe ondersteunen het gebouw, de infrastructuur en de inrichting de kwaliteit van leven van cliënten? We bieden u hierbij een instrument om de gebruikseisen vanuit cliëntenperspectief vorm en inhoud te geven, in de hoop zo bij te dragen aan moderne residentiële voorzieningen waarin het goed toeven is voor alle mensen.

Deze uitgave kon worden gerealiseerd dankzij de waardevolle, kritische en stimulerende inbreng van de leden van de studiegroep: vertegenwoordigers van patiënten- en cliëntenorganisaties en architecten.

Prof. dr R. Huijsman MBA
voorzitter Stagg

Inleiding

Cliëntenperspectief

In Nederland zijn ongeveer 115.000 mensen opgenomen in een verpleeghuis, revalidatiecentrum, GGZ-instelling of instelling voor verstandelijk gehandicapten (*Vademecum gezondheidsstatistiek*, 2003). Een deel van deze mensen verblijft voor een kortere of langere tijd in een zorginstelling. Anderen zijn voor de rest van hun leven op een dergelijke voorziening aangewezen omdat ze niet (meer) zelfstandig kunnen wonen.

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

De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (Stagg) wil met deze studie het cliëntenperspectief bij de bouw in de zorgsector verstevigen. Om die reden is er een instrument ontwikkeld dat door alle betrokken partijen kan worden gebruikt om het cliëntenperspectief in te brengen bij het ontwikkelen van bouwplannen voor het wonen en verblijven in zorginstellingen.

Het is om verschillende redenen gewenst de invloed van cliënten op de bouw van allerlei typen zorgvoorzieningen te vergroten. De cliënt is immers gebruiker van deze gebouwen en heeft eigen wensen en behoeften. Onderzoek toont aan dat het genezingsproces en het welbevinden van cliënten kunnen worden bevorderd door bij de bouw en inrichting rekening te houden met het cliëntenperspectief (*Rubin*, 1998). De cliënt als kritische consument wenst bovendien meer invloed te hebben op de aard en kwaliteit van de geboden zorg, waar het gebouw deel van uitmaakt. Dit sluit ook aan bij het overheidsbeleid om de behoefte en vraag van de cliënt centraal te stellen (*Ministerie VWS*, 2003).

De Stagg heeft in 2001 in een pilotstudy een instrument ontwikkeld om het patiëntenperspectief bij de bouw van ziekenhuizen te betrekken: *Ruimte voor Patiënten. Bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief*. In de praktijk heeft dit instrument zijn bruikbaarheid bewezen. Dit blijkt uit de evaluatie van drie projecten waarbij het instrument is toegepast. Dit was voor de Stagg reden om een soortgelijk instrument te ontwikkelen voor residentiële instellingen in de gezondheidszorg, dus instellingen waar cliënten voor korte of langere duur 24 uur per dag wonen of

verblijven. Het gaat dan om woon- of verblijfsvoorzieningen in GGZ-instellingen, in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap, in verpleeghuizen en in revalidatiecentra. Dit zijn voorzieningen binnen de gezondheidszorg waar een opname vaak grote consequenties heeft voor de cliënt. Meestal verliezen cliënten wanneer ze in een dergelijke instelling zijn opgenomen, een deel van hun autonomie en identiteit. Dit komt omdat ze 24 uur per dag in de instelling verblijven, meestal in groepsverband, waarbij ze maar beperkte invloed kunnen uitoefenen op de dagelijkse gang van zaken.

Ontwikkeling van het instrument

Allereerst heeft de Stagg een vooronderzoek verricht naar de wenselijkheid en mogelijkheid een instrument als het bestaande instrument 'Ruimte voor Patiënten. Bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief' te maken voor wonen of verblijf in brede zin. In een werkbijeenkomst met vertegenwoordigers van cliëntengroepen uit de verschillende zorgsectoren (zie de bijlage) is geconcludeerd dat een dergelijk hulpmiddel zeer gewenst is. Ook is de aanbeveling gedaan om dit nieuwe instrument dezelfde opzet te geven als 'Ruimte voor Patiënten'. Dat betekent:

- het gebruik van thema's die een rol spelen bij de wisselwerking tussen cliënt en de ruimtelijke omgeving;
- het per thema formuleren van vragen en aandachtspunten waarmee allerlei aspecten van de ruimtelijke omgeving vanuit het cliëntenperspectief kunnen worden bediscussieerd.

Deze thema's en aandachtspunten staan beschreven in hoofdstuk 3.

Er is een werkgroep geformeerd die bestaat uit architecten en vertegenwoordigers van landelijke instellingen die cliëntenraden in de verschillende zorgsectoren ondersteunen.

Eerst zijn de ervaringen van een aantal pilots geëvalueerd, waarbij 'Ruimte voor Patiënten' is toegepast. Vervolgens is een uitgebreid literatuuronderzoek verricht naar de relatie tussen de fysieke omgeving en het gedrag en welbevinden van de doelgroepen van dit project. Op basis hiervan zijn vragen en aandachtspunten geformuleerd. Deze zijn besproken met vertegenwoordigers van zeven cliëntenraden van diverse zorgsectoren (zie pagina 70) en op basis daarvan aangepast.

Het instrument

1

Doelstelling en doelgroep

Doel

Het primaire doel van het instrument is om de woon- en verblijfsomgeving van cliënten in de zorgsector te verbeteren door aandacht te besteden aan het cliëntenperspectief bij bouwplannen. Het instrument stimuleert de discussie tussen de verschillende participanten in het bouwproces over de woon- of verblijfsomgeving voor cliënten in de zorgsector. Het richt de aandacht op voor cliënten relevante onderwerpen, maar wil zeker geen checklist of overzicht van ontwerprichtlijnen zijn. Voor veel van de beschreven vragen en aandachtspunten zijn verschillende oplossingen denkbaar.

Het instrument is een hulpmiddel om het cliëntenperspectief gestructureerd in de ontwikkeling van bouwplannen te betrekken zodat de kwaliteit van gebouwen voor cliënten verbetert.

Het is dan ook uitdrukkelijk de bedoeling dat het instrument voor verschillende situaties bruikbaar is: voor een zorginstelling in één gebouw of op één terrein, maar ook voor nieuwe vormen van wonen, zorg en dienstverlening, zoals deconcentratie van instellingen, kleinschalige woonvormen en het scheiden van wonen en zorg.

Doelgroepen

Het instrument is bestemd voor alle betrokken partijen bij de bouw en inrichting van zorginstellingen: cliëntenraden, opdrachtgevers, overheden, medewerkers van de zorginstelling, regionale consumenten- en patiëntenplatforms, zorgverzekeraars, organisatieadviesbureaus en architecten.

Het instrument richt zich op volwassen cliënten die langer dan 24 uur zijn opgenomen in een zorginstelling. Er is bewust voor gekozen om de doelgroep te omschrijven in functies en niet in bestaande zorgvoorzieningen. Daarmee kan het instrument worden opgezet vanuit een vraaggestuurde benadering. Dit past in het streven naar het doorbreken van het tot nu toe voornamelijk sectoraal organiseren van wonen, zorg en dienstverlening.

De cliënten waarover dit instrument gaat zijn:

- Mensen met een (dreigende) handicap, die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een andere functiestoornis en die kortdurend klinisch worden gerevalideerd of gereactiveerd. Bijvoorbeeld een CVA-cliënt.

- Mensen met een – al dan niet chronische – psychiatrische aandoening die kortdurend klinisch worden behandeld of opgenomen. Onder behandeling wordt ook observatie en diagnostiek verstaan.
- Mensen die zeer intensieve en complexe verzorging en verpleging nodig hebben. Het kan dan gaan om mensen met complexe lichamelijke aandoeningen ofwel om mensen met een combinatie van lichamelijke en geestelijke beperkingen. Bijvoorbeeld cliënten met een verstandelijke en een zintuiglijke handicap.
- Mensen die een zodanige beperking hebben dat ze (bijna) 24 uur per dag toezicht nodig hebben. Het kan dan zowel gaan om mensen met een ernstige verstandelijke of psychiatrische stoornis als om psychogeriatrische cliënten.
- Mensen met zodanige geestelijke en/of lichamelijke beperkingen dat zij niet in staat zijn zelfstandig alleen te wonen. Zij zijn aangewezen op een vorm van groeps- of geclusterd wonen. In deze woonvorm wordt meer of minder zorg en/of begeleiding geboden.

Het betreft dus een zeer brede doelgroep. Dat betekent ook dat sommige vragen en aandachtspunten in het instrument zeer relevant zijn voor de ene doelgroep, maar minder voor de andere. Dit hangt onder andere samen met de te verwachten verblijfsduur in de instelling en het perspectief van de betrokken cliënt. Mensen die hun hele leven zijn aangewezen op het wonen in een zorginstelling, stellen andere eisen aan hun omgeving dan mensen die kort worden opgenomen en daarna weer naar hun eigen woning terugkeren. Voor sommige doelgroepen kunnen bepaalde vragen overdreven lijken. Dit is een consequentie van de keuze voor een universeel instrument voor verschillende typen zorggebruikers.

Het is niet altijd mogelijk met de cliënten, waarvoor dit instrument is bestemd, te communiceren over de geformuleerde vragen en aandachtspunten. Sommige cliënten zijn verbaal minder begaafd, of de vragen gaan hun bevattingsvermogen te boven. Andere cliënten kunnen moeilijk hun wensen kenbaar maken. Uit het reeds genoemde vooronderzoek bleek dat het onmogelijk is om een universeel instrument te ontwikkelen dat door alle doelgroepen kan worden gebruikt. Het is de bedoeling dat de verschillende cliëntenorganisaties zelf een gebruikershandleiding opstellen bij dit instrument waarin aandacht wordt besteed aan de wijze waarop met de specifieke doelgroepen kan worden gecommuniceerd. Dit wordt dus niet door de Stag gedaan.

Toepassing

Dit instrument is niet bestemd als leidraad voor het ontwikkelen van een visie op wonen, zorg en welzijn. We gaan ervan uit dat deze visie reeds op hoofdlijnen is geformuleerd alvorens men met het onderwerp bouwen aan de slag gaat. Op basis van deze visie kan men met behulp van dit instrument de plannen voor het wonen verder uitwerken.

Het instrument is bruikbaar vanaf de aanvraag van een verklaring van geen bezwaar tot en met de inrichting van het gebouw. De discussiepunten die het instrument aanreikt, dienen vanaf het begin van het bouwproces aan de orde te worden gesteld. Ze kunnen dan een rol spelen bij het bepalen van de hoofdlijnen van de nieuwe voorziening. Om inbreng van cliënten te garanderen is het van belang dat cliënten/cliëntenraden eveneens zo vroeg mogelijk in het bouwproces worden betrokken.

Het bouwproces bestaat in hoofdlijnen uit de volgende fasen:

1. aanvraag verklaring van geen bezwaar;
2. programma van eisen;
3. ontwerp;
4. bestek;
5. uitvoering;
6. inrichting.

We beschrijven per relevante fase kort hoe het instrument is in te zetten.

Programma van eisen

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

Ontwerp

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

Evaluatie

Bij de evaluatie van een bestaand gebouw kan het instrument worden gebruikt om te beoordelen in hoeverre het gebouw is afgestemd op cliëntenbehoeften en om aan te geven waar verbeteringen wenselijk zijn. Overigens kan het instrument tijdens het gehele bouwproces worden beschouwd als evaluatie-instrument: men kan er op elk moment mee toetsen of het cliëntenperspectief voldoende is meegenomen in de plannen.

2

Bouwen vanuit cliëntenperspectief

Achtergrond

Invloed op cliënten

Het tijdelijk verblijf of het wonen in een zorginstelling heeft grote invloed op het leven en functioneren van cliënten. Mensen zijn immers door hun zorgbehoefte niet in staat om zelfstandig te wonen. Mede daarom is het lastig voor hen om de regie te blijven voeren over hun eigen leven. De spanning die dit met zich meebrengt kan nog groter worden door allerlei omgevingsfactoren. Zo kan een gebrek aan privacy en autonomie maken dat cliënten zich slecht op hun gemak voelen en beperkt in hun handelen. Het grootste deel van de cliënten die in zorginstellingen zijn opgenomen, heeft te kampen met beperkingen op psychisch, verstandelijk of lichamelijk gebied. Door deze handicaps kan de fysieke omgeving een grote invloed uitoefenen op hun functioneren en welbevinden. Zo kunnen bijvoorbeeld gevoelens van onveiligheid en angst toenemen als mensen zich slecht kunnen oriënteren. De fysieke omgeving dient er aan bij te dragen hun beperkingen te compenseren, zodat zij zo veel mogelijk zelfredzaam blijven.

In gesprekken met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties die in het kader van deze studie hebben plaatsgevonden en uit rapportages van onder andere de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, blijkt telkens dat cliënten of hun vertegenwoordigers zich zeer wel bewust zijn van tekortkomingen in de gebouwde omgeving en ook goed hun wensen over die omgeving kunnen aangeven.

Invloed van cliënten

De invloed van cliënten op de bouw en inrichting van zorginstellingen is echter tot op heden gering. Daar zijn verschillende oorzaken voor:

- Cliënten worden over het algemeen weinig en zeker niet systematisch betrokken bij het ontwikkelen van bouwplannen voor zorginstellingen. Cliëntenraden hebben slechts een adviesrecht als het gaat om bouwprojecten. Ze moeten worden gehoord bij dergelijke projecten.

Bij het ontwikkelen van bouwplannen van woonvoorzieningen voor mensen met een handicap en voor cliënten uit de GGZ, is het sinds maart 2003 verplicht om een leefwensenonderzoek te verrichten. In dit onderzoek geeft de cliënt aan waar, met wie en hoe hij wil wonen met welke ondersteuning en zorg. Maar dit betekent niet dat cliënten ook automatisch worden betrokken bij de verdere planontwikkeling van de huisvesting.

- Binnen cliëntenraden ontbreekt vaak de deskundigheid om actief te participeren in

bouwprocessen. Daarnaast beschikken de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms over te weinig financiële middelen en menskracht om zich intensief bezig te houden met de planontwikkeling van zorgvoorzieningen.

- Functionaliteit en budget spelen bij de bouw van zorginstellingen een zeer grote rol. Functionele fouten en budgetoverschrijdingen worden snel opgemerkt en maken dat de aandacht van de ontwerper vooral daarop is gericht (*Scher, 1992*). Dit heeft als gevolg dat er maar weinig ruimte en belangstelling is voor het perspectief van de cliënt.
- Ook in de programmeer- en goedkeuringsfase is er vooral oog voor functionaliteit en budget en wordt er weinig gestructureerd en consequent aandacht besteed aan het cliëntenperspectief. Het programma van eisen is het uitgangspunt van de architect. Wanneer het cliëntenperspectief in dit programma van eisen niet voldoende tot uitdrukking komt, schiet het ontwerp daarop waarschijnlijk ook te kort.

Rekening houden met cliënten

Inmiddels is en wordt veel onderzoek verricht naar de invloed van de gebouwde omgeving op het welbevinden van de cliënt en het verloop van het ziekteproces. Toch wordt hiermee niet systematisch rekening gehouden bij het ontwikkelen van huisvestingsplannen voor zorgvoorzieningen. Er is een aantal redenen om dit te veranderen:

1. Vanuit de cliënt: als de fysieke omgeving hem in staat stelt zo veel mogelijk de eigen identiteit te behouden en zich te onttrekken aan de negatieve invloeden van het verblijf in een zorginstelling, leidt dit tot minder stress, vermindering van negatief of ongewenst gedrag en mogelijk tot een versnelling van het genezingsproces. In ieder geval zal zo'n omgeving een positieve invloed hebben op het welbevinden van de cliënt.
2. Vanuit de zorginstelling: de cliënt van de toekomst en zijn directe sociale omgeving zullen als kritische consumenten eisen stellen aan de kwaliteit van de zorginstelling, inclusief de fysieke omgeving. Een goed op de cliënt afgestemde omgeving kan bovendien kosten besparen. Zo blijkt kleinschalig wonen voor mensen met dementie te leiden tot afname van medicijngebruik en tot een vermindering van gebruik van incontinentiemateriaal. In een onderzoek naar de invloed van een oud en nieuw GGZ-gebouw in Engeland, bleek dat de gemiddelde opnameduur in het nieuwe gebouw met 13 procent afnam (*Lawson, 2003*). Het is voor medewerkers prettiger werken in een omgeving met tevreden cliënten. In een op cliënten aangepaste omgeving zal er meer rust en minder agressie zijn en zullen er minder conflicten tussen cliënten onderling zijn.
3. Vanuit de architect: deze heeft tot nu toe nauwelijks te maken met cliënten tijdens het ontwerpproces. Wanneer de architect goed op de hoogte is van het cliëntenperspectief, is hij een betere gesprekspartner voor de opdrachtgever en is hij in staat betere gebouwen te ontwikkelen.

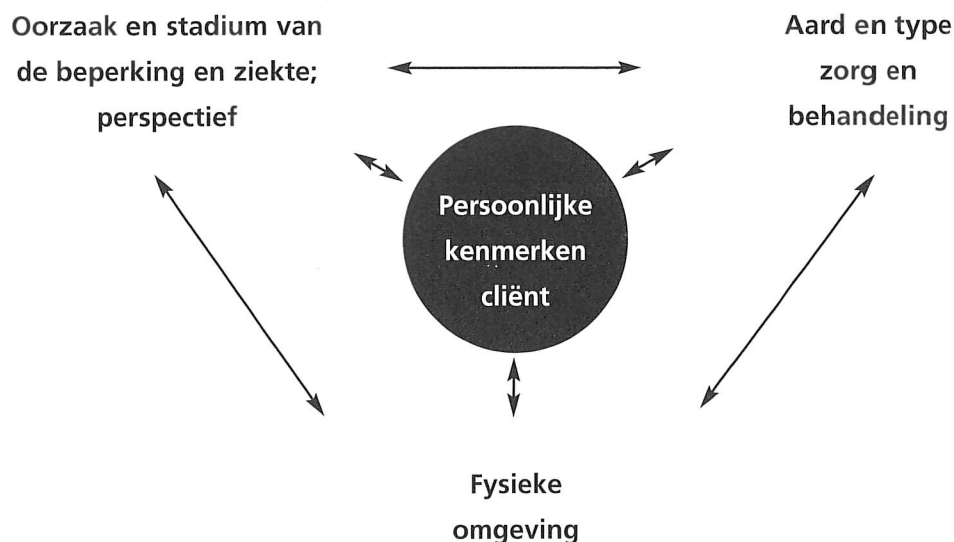
Clïënt en fysieke omgeving

Theoretisch model

Het welbevinden van een cliënt en het verloop van behandeling, zorg en genezing hangen samen met allerlei persoonlijke kenmerken, zoals leeftijd, sekse, psychologische en fysieke gesteldheid. Ook het stadium van de ziekte en of de aard van de beperking, het daarbij behorende vooruitzicht en de noodzakelijke behandeling zijn van invloed. Al deze cliëntkenmerken kunnen weer een wisselwerking hebben met de fysieke omgeving. De relatie tussen de omgeving en de cliënt is als volgt:

- De fysieke omgeving kan de zorgverlening en behandeling positief of negatief beïnvloeden. Een omgeving die voldoet aan de wensen van de cliënt leidt tot minder stress bij de cliënt, waardoor deze zich prettiger voelt en ook beter vatbaar is voor behandeling en begeleiding;
- De fysieke omgeving kan meer of minder invloed hebben op een cliënt, afhankelijk van de oorzaak, aard en stadium van een beperking of ziekte. Een cliënt die ernstig in de war is, zal meer moeite hebben met een omgeving waarin hij zich slecht kan oriënteren dan een cliënt die helder en alert is. Het perspectief van een cliënt bepaalt ook de invloed van de fysieke omgeving. Iemand die tijdelijk is opgenomen voor revalidatie met het vooruitzicht dat hij binnen afzienbare tijd weer naar huis kan, zal de negatieve aspecten van de omgeving makkelijker kunnen accepteren dan iemand die zijn hele leven in een zorginstelling woont.
- Persoonlijke kenmerken kunnen samenhangen met de mate waarin een bepaalde omgeving als passend wordt ervaren. Iemand met functionele beperkingen ondervindt meer problemen als de omgeving niet is afgestemd op zijn hulpmiddelen dan iemand die deze beperkingen niet heeft.

In een theoretisch model kan de relatie cliënt en fysieke omgeving er als volgt uit-zien (gebaseerd op *Rubin, 1998*):



Welbevinden van cliënten

Cliënten die in een zorginstelling wonen, verblijven daar 24 uur per dag. Zij zijn afhankelijk van de zorg die door de instelling wordt geboden en zijn onderworpen aan de organisatie van de zorg en de regels van de instelling. Ze leveren noodgedwongen een deel van hun identiteit en autonomie in. Omdat ze dag en nacht in de instelling verblijven, kunnen ze zich moeilijk aan de invloed van de fysieke omgeving onttrekken. De huisvesting van zorginstellingen werd lange tijd grotendeels bepaald door de eisen vanuit de organisatie. Daarbij kwamen de wensen van cliënten minder aan bod.

Er is nu steeds meer aandacht voor de kwaliteit van leven van cliënten in zorginstellingen. Dit impliceert een ruimtelijke omgeving die is afgestemd op wensen en behoeften van cliënten. De begrippen 'healing environment' en beleevingswaarde hebben hun plek gekregen in de discussie over de wenselijke fysieke omgeving in zorginstellingen. Dit betekent dat de omgeving niet uitsluitend functioneel moet zijn vanuit de doelstellingen en werkwijze van de organisatie bekeken, maar ook moet bijdragen aan het welzijn en de eventuele genezing van cliënten als gevolg van de kwaliteit van de fysieke omgeving.

Er is veel onderzoek verricht in de diverse zorgsectoren naar de invloed van de fysieke omgeving op gedrag en welbevinden van cliënten. Het blijkt moeilijk om exact te bepalen welke omgevingsvariabele welke invloed uitoefent. Er zijn namelijk veel variabelen die een rol spelen en die in praktijkonderzoek niet kunnen worden uitgefilterd. Er is wel vaak een wisselwerking tussen de ruimtelijke omgeving en het gedrag en welbevinden van de cliënt vastgesteld. Op basis van dit onderzoek is er een groot aantal aanbevelingen gedaan over de fysieke omgeving van diverse cliëntengroepen, zodat deze omgeving cliënten ondersteunt in het leven dat ze willen en kunnen leiden en hun beperkingen zo veel mogelijk compenseert.

Het afstemmen van de omgeving op behoeften van cliënten is dus van groot belang. Maar het gaat niet alleen om de fysieke omgeving. Een gebouw faciliteert en kan een organisatie stimuleren en ondersteunen in het voeren van een bepaald beleid. Het beleid van de organisatie bepaalt uiteindelijk of een gebouw wordt gebruikt zoals het is bedoeld. De visie van de organisatie moet dus de basis zijn voor het ontwikkelen van huisvestingsplannen. En het cliëntenperspectief hoort daar vanzelfsprekend in thuis.

3

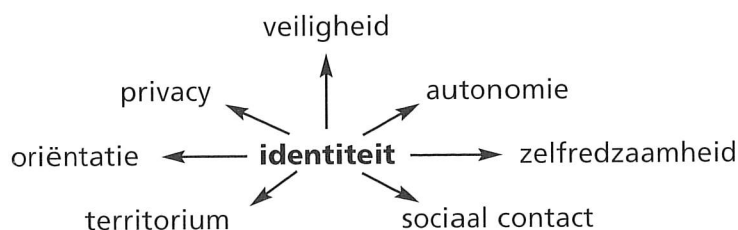
Thema's voor bouw en inrichting

Identiteit

Cliënten in zorginstellingen zijn net als mensen die zelfstandig wonen, sterk verschillend wat betreft leeftijd, achtergrond, opleiding, belangstelling, gezondheid et cetera. Het enige dat ze in ieder geval gemeenschappelijk hebben is een zorgbehoefte die zo intensief is, dat opname in een zorginstelling noodzakelijk is.

Er is gezocht naar gezamenlijke thema's die voor elk mens relevant zijn bij de wisselwerking tussen omgeving en gedrag. Deze thema's kunnen worden samengevat onder het begrip 'identiteit'. Identiteit wordt omschreven als: 'dat wat eigen is aan een persoon'. Het behouden van die eigen identiteit in een niet vertrouwde omgeving als een zorginstelling is lastig. De cliënt kan immers niet meer beschikken over die elementen waaraan hij zijn identiteit mede ontleent: tijd om dingen te doen die hij zelf kiest en eigen ruimte (*Goffman, 1968*). Opname in een zorginstelling zoals een verpleeghuis, revalidatiecentrum of GGZ-instelling en het daarbij behorende gebrek aan ruimte voor eigen identiteit kan leiden tot extra spanning en stress. Dit kan een negatieve invloed hebben op het welbevinden én op het genezingsproces.

Om het begrip identiteit duidelijk te maken, is ervoor gekozen dit onder te verdelen in thema's die een belangrijke rol spelen bij de invloed van de fysieke omgeving op het gedrag, welbevinden en genezing van cliënten. In het schema hierna staan de zeven thema's. De thema's kwamen voort uit de literatuurstudie voor dit project. Sommige thema's liggen dicht bij elkaar en overlappen enigszins. De verschillende aspecten die uit deze studie én uit gesprekken met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties naar voren kwamen – en die betrekking hebben op de relatie tussen de cliënt en zijn fysieke omgeving in zorginstellingen – zijn gegroepeerd rond deze thema's. In het instrument wordt elk thema eerst gedefinieerd, waarna een toelichting wordt gegeven op de relatie tussen het thema en de situatie waarin een cliënt woont of verblijft in een zorginstelling.



Definities van de verschillende thema's

Onder **autonomie** verstaan we de behoefte van een persoon om zijn omgeving te kunnen gebruiken, beheersen of veranderen: 'te kunnen doen wat men wil'.

Wanneer iemand autonoom is, is hij in staat om de regie over het eigen leven te voeren en keuzes te maken in het gebruik van de ruimtelijke omgeving.

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

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

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

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

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

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

4

Handleiding bij het instrument

Opbouw

Bij elk thema hebben we aandachtspunten geformuleerd met vragen en een toelichting. De vragen zijn een middel om de discussie op gang te brengen. Zonder direct oplossingen aan te dragen, richten de vragen en toelichtingen de aandacht op voor cliënten belangrijke onderwerpen. Bij de toelichtingen is niet naar volledigheid gestreefd: de toelichting is met name ondersteunend en verduidelijkend. Omdat het instrument is bestemd voor uiteenlopende doelgroepen, is het niet mogelijk om voor elke specifieke doelgroep toelichtingen op de vragen te geven. Hierdoor zou het instrument te omvangrijk en onleesbaar worden. Daarnaast is het mogelijk dat sommige aandachtspunten niet relevant zijn voor elke doelgroep.

Om de discussie te structureren en te voorkomen dat de ene persoon bij bijvoorbeeld territorium praat over zijn eigen kamer en de ander over de instelling zijn de vragen onderverdeeld in drie niveaus:

- omgeving;
- gemeenschappelijk gebied;
- privé-gebied.

Elk niveau is in verschillende situaties toe te passen. Het instrument moet breed inzetbaar en bruikbaar zijn voor zowel meer traditionele residentiële voorzieningen als voor vernieuwende projecten waarin wonen en zorg zijn gescheiden en of zoveel mogelijk zijn genormaliseerd. We hebben er daarom voor gekozen om de drie niveaus niet te omschrijven op basis van de bestaande praktijk.

• **Omgeving:** dit is de directe omgeving van één of meerdere woonclusters of privé-gebieden (individueel wonen). Een wooncluster is de bekende afdeling met slaapkamers en gemeenschappelijke ruimten of een verzameling appartementen met een gemeenschappelijke entree en woonkamer of het huisje of de unit met zit/slaapkamers en gemeenschappelijke voorzieningen. Deze omgeving kan de therapeutische of behandelomgeving zijn, waarvan naast de cliënten die in een gemeenschappelijk of privé-gebied verblijven, ook andere cliënten gebruikmaken. Wanneer wonen en therapie fysiek zijn gescheiden, kan de omgeving ook de buurt of wijk zijn waarin het gemeenschappelijk en/of privé-gebied zich bevindt.

Voorbeelden van omgeving zijn: de ontmoetingsruimte en andere gemeenschappelijke ruimten in een instelling die door meerdere units of afdelingen wordt gebruikt; het terrein van een instelling waarop de verschillende woonclusters zijn gehuisvest; de straat of buurt waarin een cluster is gehuisvest.

- **Gemeenschappelijk gebied:** de ruimte(n) die een cliënt met andere cliënten in een wooncluster deelt voor ontmoeting, recreatie en andere dagelijkse activiteiten. Bijvoorbeeld: een gemeenschappelijke woonkamer, keuken, sanitair of gang. Therapieruimten vallen onder gemeenschappelijk gebied wanneer het gaat om ruimten die alleen zijn bestemd voor de cliënten die het betreffende gemeenschappelijke gebied delen. Bijvoorbeeld: een therapieruimte in een woning of een afdeling bestemd voor de cliënten van die woning of afdeling.

- **Privé-gebied:** de ruimte(n) waarover een cliënt zelf kan beschikken, zoals een wooneenheid, zit-slaapkamer en bijbehorende ruimten voor privé-gebruik zoals sanitair en/of keuken.

Deze verdeling is gemaakt omdat deze drie niveaus bij het opstellen van een programma van eisen voor nieuwbouw of verbouw heel gebruikelijk zijn. Eerst worden de hoofdstructuur en globale prestatie-eisen van het gebouw en van de locatie bepaald, vervolgens worden de eisen uitgewerkt op het niveau van gebouw en ruimtesoorten (afdelingen) en daarna volgt een verdere uitwerking per ruimte. Deze ordening is ook heel goed te gebruiken bij het beoordelen van een ontwerp of bij het evalueren van een bestaand gebouw. Zo kunnen de aandachtspunten gestructureerd worden behandeld, hetgeen voorkomt dat zaken die bijvoorbeeld op gebouwniveau van belang zijn, zoals oriëntatie, over het hoofd worden gezien omdat men zich te veel richt op afzonderlijke ruimten.

Randvoorwaarden

- Het is van doorslaggevend belang dat de directie en bouwgroep van de instelling de toepassing van het instrument bij het ontwikkelen van bouwplannen ondersteunt. Zonder deze steun is de kans groot dat de resultaten niet worden meegenomen in het bouwproces.
- Betrek vertegenwoordigers uit de cliëntenraad maar ook uit het regionaal patiënten/consumenten platform (RP/CP) bij de voorbereidingen van de toepassing van het instrument. Dit is een belangrijke partner voor het werven van cliënten met iets meer afstand ten opzichte van de instelling. Het RP/CP kan zorgen voor continuïteit bij met name lange termijn projecten.

Samenstelling werkgroep

- Bij toepassing van het instrument in ziekenhuizen is goede ervaring opgedaan met werkgroepen die bestaan uit patiënten/consumenten en medewerkers van het ziekenhuis. De uitwisseling tussen medewerkers en patiënten had een meerwaarde: het leidt tot meer begrip voor elkaars situatie. Voor medewerkers is het goed om consequent gedwongen te zijn om vanuit het cliëntenperspectief te kijken en niet vanuit het perspectief van de organisatie.
- Zorg voor een brede samenstelling van de cliëntengroep. Dus zorg voor spreiding in geslacht, achtergrond, leeftijd en beperkingen. Deze kenmerken kunnen tot andere wensen bij de gewenste huisvesting leiden. Zo bleek uit de pilots met het ziekenhuisinstrument dat ouderen (60+) bescheidener in hun wensen zijn dan jongeren.
- Zorg voor een onafhankelijke en goede gespreksleider. Onafhankelijkheid resulteert in vertrouwen bij beide partijen. Deskundigheid zorgt ervoor dat de gewenste en juiste informatie boven tafel komt. Deelnemers aan de werkgroep moeten vaak worden losgeweekt uit bestaande situaties. De gespreksleider moet ervoor zorgen dat deelnemers niet te snel aan technische of bouwkundige oplossingen denken maar vooral aan eisen aan het gebruik van de huisvesting.

Werkwijze

Het instrument kan op verschillende manieren worden toegepast. Dit is afhankelijk van de gebruikers van het instrument en de fase waarin het planproces zich bevindt. We kunnen een paar tips geven:

- Stem met het bouwmanagement of de directie af op reeds afgesloten fasen van de planvoorbereiding. Wat reeds is vastgesteld en goedgekeurd moet niet meer ter discussie staan. Dat voorkomt frustratie bij alle betrokken partijen.
- Selecteer voor welk onderdeel van de te ontwikkelen huisvesting het instrument wordt ingezet: het hele gebouw of bepaalde onderdelen.
- Maak een keuze of de aandachtspunten per thema of per niveau worden behandeld. Dus in het laatste geval buigt de werkgroep zich bijvoorbeeld alleen over het omgevingsniveau van de thema's. In de eerste situatie worden van een thema meerdere niveaus besproken.
- Behandel niet alle thema's in één werkgroep, maar verdeel deze over subgroepen. Rapporteer centraal de resultaten uit de subgroepen. Subgroepen met een omvang van acht tot tien personen werken prettig.
- Het is voor de beslissers in het planproces praktisch wanneer de werkgroep een prioritering in de resultaten aangeeft.