

PALLIATIEVE ZORG EN ARCHITECTUUR

MAUD VAN OERLE

Masteropleiding Architectuur
Seminarie: Mens en Cultuur
Designing for More
UHasselt
Faculteit Architectuur en Kunst
2017-2018



PALLIATIEVE ZORG EN ARCHITECTUUR

MAUD VAN OERLE

Masteropleiding Architectuur
Seminarie: Mens en Cultuur
Designing for More
UHasselt
Faculteit Architectuur en Kunst
2017-2018

maudvanoerle@gmail.com
+32 497 89 92 16

Promotor: Ann Petermans



“GEEN DAGEN TOEVOEGEN AAN HET LEVEN,
MAAR LEVEN TOEVOEGEN AAN DE DAGEN”

DANKWOORD

Om te beginnen wil ik graag mijn promotor, Ann Petermans bedanken. Deze gesprekken vormden een goede basis in het schrijfproces van deze scriptie. Met grote interesse, gesprekken en advies helpt zij studenten, en staat altijd klaar voor dringende vragen.

Mijn dank gaat ook uit naar de hoofdverpleger van de palliatieve eenheid van het ZOL, Pierrot Smets, die tijd heeft vrijgemaakt voor al mijn vragen te beantwoorden in een interview, en een rondleiding heeft voorbereid op de palliatieve eenheid. Ook anderen stagiair verpleegkundigen van het JESSA ziekenhuis en mijn vriendinnen die allemaal verpleegkunde of geneeskunde studeren wil ik graag bedanken voor de interviews en de informele gesprekken om meer praktische kennis op te doen over het onderwerp palliatieve zorg.

Het is een cliché, maar als laatste wil ik mijn familie bedanken. Niet alleen voor de bediening van eten en drinken tijdens het schrijven, maar ook voor de steun die zij aanboden tijdens alle studie jaren.

ABSTRACT

Op welke manier kan architectuur bijdragen aan palliatieve zorg? Dat is de centrale onderzoeksvraag en rode draad door deze scriptie. Het doel van deze scriptie is om verschillende parameters die gerelateerd zijn aan architectuur en die positief kunnen bijdragen aan het welbevinden van een persoon in de laatste levensfase samen te vatten uit een literatuuronderzoek, en deze vervolgens in de praktijk te toetsen aan verschillende relevante casestudies. Voor mijn masterproject dienen deze parameters en bevindingen van de verschillende casestudies als basis voor het ontwerp van een palliatief centrum met permanent en dagverblijf, in combinatie met een plek voor de muzikale verenigingen van Kotem en een fietshotel, op de gekozen locatie in Kotem.

Om tot antwoorden op de centrale onderzoeksvraag te komen is deze scriptie opgebouwd uit drie delen. Het eerste deel van de scriptie bestaat uit een literatuuronderzoek dat vertrekt vanuit de vraag 'wat is palliatieve zorg?'. Vervolgens worden verschillende aspecten van palliatieve zorg besproken zoals de rol van deze specifieke zorg, het standpunt van de patiënt, van de naasten en de zorgverleners. Daarnaast wordt de evolutie van terminale zorg kort beschreven en wordt de regelgeving, betreffende deze zorg in België en Nederland vergeleken; omdat het masterproject aan de grens tussen Nederland en België gevestigd is en het op die manier relevant kan zijn om inzicht hieromtrent te verwerven en te delen. Om dit hoofdstuk af te sluiten wordt euthanasie en de link met palliatieve zorg kort besproken. Het tweede hoofdstuk van Deel I gaat dieper in op het levenseinde. Rituelen rond het levenseinde in geloofsgemeenschappen die toonaangevend zijn in België, worden besproken. Zoals Deel III later duidelijk zal maken zullen deze verschillende geloofsgemeenschappen ook voor komen in de ruimere context van het masterproject. In hoofdstuk 4 van Deel I worden de parameters samengevat en wordt dieper ingegaan op welke manier architectuur palliatieve zorg kan beïnvloeden. In het eerste luik van dit hoofdstuk worden zorgarchitectuur, de omgeving en de structuur besproken. Het tweede luik van dit hoofdstuk gaat dieper in op de manier waarop een omgeving invloed kan uitoefenen op bezoekers, patiënten en zorgverleners in het algemeen met behulp van architectuur. Om dit hoofdstuk af te sluiten wordt de invloed van ruimtelijke kwaliteit van architectuur uiteengezet.

In Deel II van dit onderzoek worden verschillende casestudies, relevant in het kader van palliatieve zorg, getoetst aan de parameters die voortvloeien uit het literatuuronderzoek. Deze casestudies zijn opgedeeld in ziekenhuizen, hospices en Maggie's Centres. Uit deze analyse komen verschillende positieve en negatieve aandachtspunten naar boven die waardevol kunnen zijn met het oog op mijn masterproject.

De link met het masterproject wordt in Deel III beschreven. Het eerste hoofdstuk van dit deel omschrijft de opdracht en het basisidee. Het tweede hoofdstuk bespreekt de visie over het masterproject. Deze bestaat uit een contextvisie, programmavisie en het concept. Het derde hoofdstuk beschrijft hoe elke parameter die naar voren komt uit mijn literatuuronderzoek wordt ingezet in het masterproject en welke voor- en nadelen dit kan hebben op de verschillende actoren die betrokken zijn bij palliatieve zorg.

ABSTRACT [ENG.]

In what way can architecture contribute to palliative care? That is the central research question and the thread through this thesis. The aim of this thesis is to summarize various parameters that are related to architecture and that can positively contribute to the well-being of a person in the last stage of life from a literature research. These parameters are being tested in practice against various relevant case studies. For my master project, these parameters and findings from the different case studies serve as the basis for the design of a palliative center with permanent and daycare, in combination with a place for the musical associations of the village Kotem and a bicycle hotel, at the chosen location in Kotem.

In order to find answers to the central research question, this thesis is made up of three parts. The first part of the thesis consists of a literature study based on the question 'what is palliative care?'. Thereafter, various aspects of palliative care are discussed, such as the role of this specific care, the position of the patient, of the relatives and the care providers. After that, the evolution of terminal care is briefly described and the regulations concerning this care in Belgium and the Netherlands are compared; because the master project is located at the border between the Netherlands and Belgium, it can be relevant to acquire information on this subject. To conclude this chapter, euthanasia and the link with palliative care are briefly discussed. The second chapter of Part I goes deeper into the end of life. Rituals around the end of life in faith communities that are leading in Belgium are discussed. As Part III will make clear later, these different faith communities will also occur in the broader context of the master project. In Chapter 4 of Part I the parameters are summarized and the way architecture can influence palliative care is discussed in a more detail. In the first part of this chapter, care architecture, the environment and the structure are discussed. The second part of this chapter deals with the way in which an environment can influence visitors, patients and caregivers in general, with the help of architecture. To conclude this chapter, the influence of spatial quality of architecture is explained.

In Part II of this study, various case studies, relevant in the context of palliative care, are tested against the parameters resulting from the literature review. These case studies are divided into hospitals, hospices and Maggie's Centers. From this analysis several positive and negative points of attention emerge that can be valuable for my master project.

The link with the master project is described in Part III. The first chapter of this section describes the assignment and the basic idea. The second chapter discusses the vision about the master project. This consists of a context vision, program vision and the concept. The third chapter describes how each parameter that emerges from my literature research is used in the master project and which advantages and disadvantages this may have for the various actors involved in palliative care.

INHOUD

Dankwoord	05
Abstract	06
Abstract [Eng.]	08
Inhoud	10
Inleiding	14
Deel I: Literatuurstudie	17
1. Palliatieve zorg	19
1.1 Wat is palliatieve zorg?	19
1.2 Aspecten palliatieve zorg	24
1.2.1 De rol van palliatieve zorg	24
1.2.2 De patiënt in palliatieve zorg	25
1.2.3 De naasten van de patiënt	26
1.2.4 De zorgverleners van de patiënt	26
1.3 Geschiedenis	28
1.4 België	29
1.5 Nederland	30
1.6 Euthanasie	31
1.6.1 Wat is euthanasie?	31
1.6.2 Palliatieve zorg en euthanasie	32
2. Rituelen rond het levenseinde	35
2.1 Rituelen rond het levenseinde in verschillende geloofsgemeenschappen	35

3. Invloed architectuur op palliatieve zorg	39
3.1 Architectuur in de zorgsector	39
3.1.1 Zorgarchitectuur	39
3.1.2 Omgeving van zorginstellingen	40
3.1.3 Structuur van zorginstellingen	41
3.2 De invloed van factoren m.b.t. comfortabel voelen en architectuur op verschillende actoren	41
3.2.1 Factoren die het comfortabel voelen van een persoon in een omgeving kunnen beïnvloeden	41
3.2.2 Factoren m.b.t. ruimtelijke kwaliteit die een invloed kunnen hebben op een persoon	48
4. Conclusie	53
Deel II: Empirisch onderzoek	57
5. Ziekenhuis - Eenheid palliatieve zorg	60
5.1 Wat is de eenheid palliatieve zorg?	60
5.2 Geschiedenis	61
5.3 Casestudies	62
5.3.1 Palliatieve eenheid van het ZOL, Genk	63
5.3.2 Palliatieve eenheid van het JESSA, Hasselt	68
6. Hospice	73
6.1 Wat is een hospice?	73
6.2 Geschiedenis	74
6.3 Casestudies	74
6.3.1 CODA Hospice	74
6.3.2 The Good Hospice	79

7. Maggie's centres	82
7.1 Wat is een Maggie's centre?	82
7.2 Casestudies	84
7.2.1 Frank Gehry - Dundee	84
7.2.2 Snøhetta - Aberdeen	86
7.2.3 Zaha Hadid - Kirkcaldy	88
7.2.4 Norman Foster - Manchester	90
8. Conclusie	92
Deel III: Masterproject	97
9. Omschrijving opdracht masterproject	99
10. Ontwerpvisie - Concept	101
10.1 Contextvisie	101
10.2 Programmavisie	103
10.3 Concept	105
11. Ontwerpparameters	106
Deel IV: Reflectie	109
Referentielijst	115
Lijst met afbeeldingen	123

INLEIDING

De dood; ooit worden we er allemaal mee geconfronteerd. Terwijl deze fase in onze cultuur tot vandaag doorgaans ‘taboe’ is, wordt er in andere culturen hierrond feest gevierd. Waarom zien we sterven in onze huidige maatschappij niet als een ritueel of overgang? Waarom het volwassenen worden vieren en het sterven niet? Deze laatste levensfase is ook een overgang in het leven die vaak onbespreekbaar blijft in onze cultuur, maar als je terminaal ziek verklaard bent weet je dat deze laatste fase in korte tijd nadert. Het gegeven dat de dood nog steeds onbespreekbaar is in onze cultuur is een grote inspiratiebron voor mij geweest in de zoektocht naar een onderwerp voor deze scriptie.

Palliatieve zorg is opgericht voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn en streeft naar het zo goed mogelijk verlichten en verzachten van pijn en andere symptomen. Deze specifieke zorg is een totale zorg die niet alleen rekening houdt met het fysieke aspect van het lichaam, maar ook met psychologische, sociale en spirituele aspecten van een persoon en zich tevens ook nog op de familie en naasten richt. Het doel van palliatieve zorg is de kwaliteit van het leven te behouden zonder dat er nog genezing mogelijk is (Bruntink, 2003). Deze soort zorg is het meest bekend bij kankerpatiënten die terminaal verklaard zijn, maar er zijn ook andere ziektes waarbij de palliatieve fase vaak te laat of zelfs niet wordt opgestart om de patiënt zo goed mogelijk te begeleiden tot aan het einde (Zorg voor beter, 2016). Omdat mensen in de terminale fase gevoeliger zijn voor verschillende prikkels uit de omgeving, speelt architectuur een zeer grote rol in het ontwerpen van deze gebouwen (Gola, Francalanze, Galloni, Pagella & Capolongo, 2016).

Palliatieve zorg kan in verschillende omgevingen plaatsvinden. In een ziekenhuis zijn er bijvoorbeeld palliatieve eenheden en supportteams, maar verder zijn er ook hospices en bestaat er palliatieve thuiszorg. In de palliatieve zorg wordt er gestreefd om zo lang mogelijk de patiënt thuis de nodige zorgen aan te bieden, maar indien dit niet mogelijk meer is wordt de patiënt uit de thuisomgeving weggehaald en verzorgd in een ziekenhuis, rusthuis of hospice. Steeds meer en meer mensen overlijden in ziekenhuizen en rusthuizen, waardoor het concept hospice steeds meer een belangrijkere rol kan spelen in deze soort zorg. Maar waarom kan een soort tussenweg niet gepromoot worden?

Een tussenweg die bijvoorbeeld bestaat uit een dagcentrum waar alle nodige zorg overdag plaatsvindt en waarbij het sociale aspect, zoals mensen in dezelfde situatie, kan bijdragen aan het verzachten van fysieke en mentale pijn en kan helpen om verschillende vragen over het levenseinde te beantwoorden. In Belgisch Limburg is er momenteel geen dagverzorgingscentrum voor palliatieve zorg voorzien, wat een grote inspiratiebron is geweest voor het uitwerken van het programma van het masterproject (Zorg en gezondheid, 2017).

De centrale onderzoeksvraag van deze scriptie luidt dan ook: 'Op welke manier kan architectuur bijdragen aan palliatieve zorg?'

Om een antwoord te kunnen formuleren op de centrale onderzoeksvraag, is deze scriptie opgebouwd uit drie delen. Deel I bestaat uit een literatuuronderzoek dat dieper ingaat op wat palliatieve zorg is, hoe deze is ontstaan en welke vormen dat er zijn. Ook een filosofische kijk op zorg en de dood wordt erbij betrokken om een beter inzicht te krijgen in de laatste levensfase. Uit het literatuuronderzoek worden parameters samengevat, die gerelateerd zijn aan architectuur. In Deel II worden verschillende casestudies met betrekking tot een palliatief zorgaanbod afgetoetst aan de parameters uit het voorgaande literatuuronderzoek uit Deel I. Deze casestudies zijn ziekenhuizen, hospices en Maggie's Centres. Op basis van een studie van de indeling, het grondplan, andere parameters en interviews met palliatief verpleegkundigen worden deze drie verschillende plekken waar een palliatief zorgaanbod wordt georganiseerd, geanalyseerd en met elkaar vergeleken, met als doel na te gaan op welke manier architectuur kan bijdragen aan palliatieve zorg. De parameters uit Deel I en de casestudies in Deel II vormen de basis voor de uitgangspunten, aandachtspunten en het ontwerpproces van het masterproject, dat het topic van Deel III vormt. Tot slot sluit deze scriptie af met een kritische reflectie.

“JE GAAT DOOD ZOALS JE GELEEFD HEBT...”

(Kruispunt, 2012).

DEEL I

LITERATUURONDERZOEK



1. PALLIATIEVE ZORG

Dit hoofdstuk schetst een basis over palliatieve zorg, waarbij de vraag wat palliatieve zorg precies inhoudt en de verschillende aspecten ervan, zoals de rol van palliatieve zorg voor patiënten, de mens, de naasten en de zorgverleners, wordt beantwoord. Verder wordt kort de geschiedenis en evolutie van palliatieve zorg in Nederland en België uiteengezet en de link met euthanasie gefundeerd. Nederland en België worden in dit hoofdstuk op verschillende gebieden aan elkaar afgetoetst omwille van diverse redenen. Ten eerste is de basis voor palliatieve zorg en euthanasie vroeger ontwikkeld in Nederland dan België. Ten tweede zijn hospices meer uitgewerkt en bekender in Nederland. De vergelijking tussen beide landen heeft als doel een beter zicht te krijgen op palliatieve zorg en op deze manier meer parameters te kunnen bespreken die invloed kunnen hebben op architectuur voor deze specifieke zorg.

1.1 WAT IS PALLIATIEVE ZORG?

‘Pallium’ is het Latijnse woord voor ‘mantel’, met als betekenis een wijd kledingstuk dat gedragen werd bij de Romeinen om zich te beschermen. Metaforisch kunnen we dit herleiden tot de focus van palliatieve zorg waarbij een mantel om een persoon heengeslagen wordt met als doel de pijn te verlichten. Het woord palliatief is afgeleid van palliatie, dat staat voor het verzachten van het lijden, het behandelen van verschillende soorten symptomen waaronder een ziek persoon lijdt zonder het doel te genezen (van Everdingen, 2017).

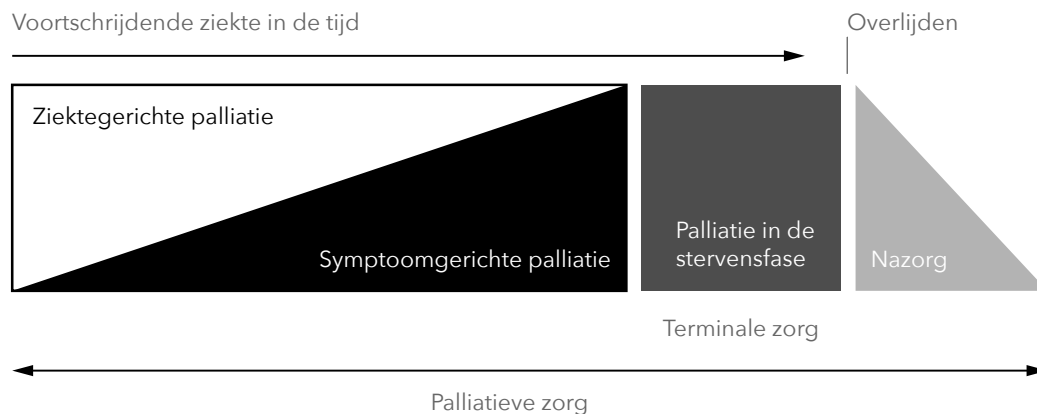
De basis van palliatieve zorg is een actieve en totale zorg voor patiënten waarbij er geen genezing mogelijk is met als doel de kwaliteit van leven te behouden en waar mogelijk te verbeteren. Hierbij spelen psychologische, fysieke, sociale en spirituele aspecten een grote rol (Gil Huerta et al., 2016) en moeten deze in de palliatieve zorg goed in acht worden genomen (Zorg voor beter, 2016). Volgens Morrison en Meier (2004) zijn pijnbeheersing en het managen van andere symptomen zoals bijvoorbeeld psychologische ondersteuning bij het sterven ook belangrijke factoren op het gebied van palliatieve zorg. Dit sluit nauw aan bij de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor deze specifieke soort zorg dat het leven bevestigt en het sterven als een normaal proces beschouwt. Palliatieve zorg legt volgens de WHO, nadruk op het verzachten van pijn en andere symptomen, ondersteunt zo goed mogelijk de patiënt tot aan de dood en integreert de verschillende aspecten in de patiëntenzorg (Bruntink, 2003).

Aansluitend hierbij concentreert palliatieve zorg zich op het voorbereiden om te sterven en de omstandigheden rond de dood (Gil Huerta et al., 2016). Nabestaanden worden in dit soort zorg ook ondersteund en begeleid in het omgaan met de zieke patiënt. Na verschillende interviews met verpleegkundigen van JESSA ziekenhuis Hasselt en ZOL Genk met de vraag wat palliatieve zorg volgens hun is, blijken door mijn ervaringen met hen deze theoretische definitie van palliatieve zorg de praktijk te beamen.

Het meest bekende voorbeeld van een ziekte waarbij palliatieve zorg een grote rol kan spelen is kanker die uitbehandeld is. Verder zijn dementie, zware luchtweg falen of hartfalen ook ongeneeslijke ziektes waarbij palliatieve zorg een bijdrage kan leveren (Zorg voor beter, 2016). Bij palliatieve zorg spelen verpleegsters en anderen zoals bijvoorbeeld mantelzorgers een grote rol, maar een chirurg kan ook palliatief handelen. Een voorbeeld hiervan is als de chirurg een zenuw doorsnijdt die een ondraaglijke pijn geeft, en hierdoor dus de totale pijn verzacht (van Everdingen, 2017).

Volgens Zorg voor Beter en Integraal Kankercentrum Nederland (2010) kan palliatieve zorg in vier fasen worden ingedeeld, namelijk de ziektegerichte palliatie, de symptoomgerichte palliatie, de palliatie in de stervensfase en de nazorg voor familie. De palliatieve zorg is meer dan de zorg in de stervensfase. In de meeste gevallen start de palliatieve zorg als de patiënt terminaal verklaard is, maar kan ook aangegeven worden door zorgverleners die de levensverwachting van de patiënt minder dan een jaar inschatten. De eerste en de tweede fase lopen geleidelijk simultaan, zoals verduidelijkt wordt in afbeelding 1, met als hoofddoel een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven aan te bieden. De eerste fase is de ziektegerichte palliatie waarbij de ziekte behandeld wordt zonder dat er genezing mogelijk is. De fase wat hiermee gelijk loopt is de symptoomgerichte palliatie waarbij het verlichten van pijn en het onder controle houden van symptomen een grote rol spelen en worden er beslissingen genomen omtrent het levenseinde. De volgende fase duurt slechts een paar dagen, de palliatie in de stervensfase of te wel de terminale fase, waarbij de aandacht van kwaliteit van leven verschuift naar de kwaliteit van sterven. De laatste fase is de nazorg voor naasten na het overlijden van de patiënt waarbij ze het overlijden van hun dierbare verwerken en bij behoefte ondersteuning kunnen vragen in de vorm van bijvoorbeeld een gesprek.

De definitie die het WHO over palliatieve zorg stelt is onduidelijk wat het startpunt is van palliatieve zorg en het verloop van een ziekte die minder voorspelbaar is dan kanker. In sommige gevallen kan de diagnose samenvallen met de start van de palliatieve fase, die gevolgd kunnen worden door stabiele periodes die onderbroken worden door momenten van plotselinge verslechtering (Palliatieve Zorg, 2017).



Afb. 1. Zorg voor beter, 2016; The Steering group of The Good Hospice Denmark, 2006 (Eigen bewerking).

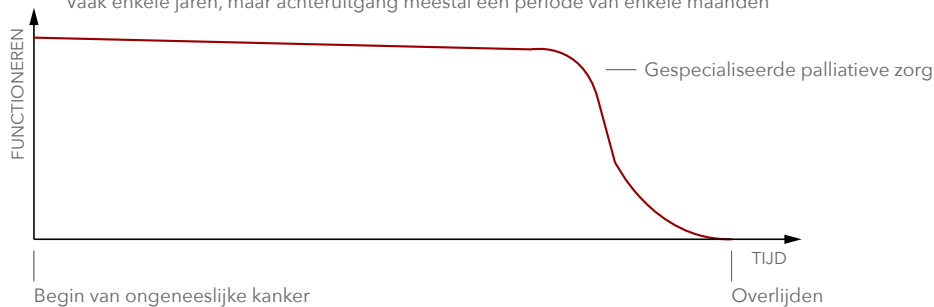
Naargelang de soort ziekte kan de palliatieve fase op drie verschillende manieren verlopen, zoals visueel verduidelijkt in afbeelding 2. Het kan bijvoorbeeld een korte periode zijn van plotselinge en snelle achteruitgang, waarbij palliatieve zorg enkele maanden of slechts enkele weken een bijdrage kan leveren. Een voorbeeld van een ziekte die hierbij aansluit is kanker, die aan het eind van de ziekte abrupt een achteruitgang veroorzaakt van de patiënt. Bij sommigen ziektes zoals zware luchtweg falen of hartfalen bouwt het functioneren zich langzaam af gedurende twee tot vijf jaar met perioden van terugvallen en is het overlijden zeer plotseling. De laatste manier waarop een palliatieve fase kan verlopen komt vaak voor bij dementerenden of zwakkere ouderen waarbij de achteruitgang van fysieke, spraak en cognitieve vermogens geleidelijk aan plaatsvindt.

Vaak worden de termen 'palliatieve zorg' en 'terminale zorg' verward met elkaar. Bij terminale zorg gaat het om patiënten die niet meer kunnen genezen van hun ziekte met een levensverwachting minder dan drie maanden, gericht op een zo goed mogelijke kwaliteit van sterven. Palliatieve zorg wordt ook verleend aan patiënten die terminaal zijn, maar kan jaren duren en concentreert zich op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven. De palliatieve zorg kan overgaan in terminale zorg omdat de tijdsduur per patiënt kan verschillen. Verder kan het gecombineerd worden met palliatieve sedatie waarbij het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase opzettelijk verlaagd wordt (Zorg voor beter, 2016).

A Korte periode van plotselinge en snelle achteruitgang

Specifiek voor het beloop van kanker

Vaak enkele jaren, maar achteruitgang meestal een periode van enkele maanden



B Geleidelijke achteruitgang met tussentijdse ernstige episodes

Vaak bij hartfalen en zware luchtweg falen

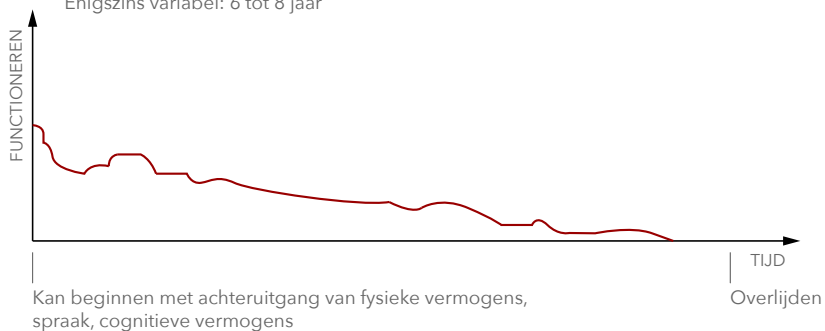
2 tot 5 jaar, maar overlijden is meestal plotseling



C Langdurige, geleidelijke achteruitgang

Vaak kwetsbare ouderen en dementerenden

Enigszins variabel: 6 tot 8 jaar



Afb. 2. Zorg voor beter, 2016 (Eigen bewerking)

1.2 ASPECTEN PALLIATIEVE ZORG

Deze paragraaf beschrijft de verschillende aspecten van palliatieve zorg. Om te beginnen wordt de rol van palliatieve zorg in het algemeen omschreven. Daarna wordt palliatieve zorg vanuit drie belangrijke standpunten bekeken, namelijk vanuit het standpunt van de patiënt, de naasten en niet te vergeten, de zorgverleners. Deze verschillende standpunten hebben een invloed op de verschillende parameters, met als gevolg ook een bijdrage aan het masterproject.

1.2.1 DE ROL VAN PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve zorg is een holistische zorg, die vertrekt vanuit de persoon. De mens zoekt verbondenheid met iemand, om zich niet eenzaam of geïsoleerd te voelen (Huysmans, 2015). Verder speelt palliatieve zorg een rol in het omgaan en accepteren van het sterven en werkt het aan de autonomie en de vrijheid van de patiënt om beslissingen te nemen (Bruntink, 2003). De wensen, ideeën en beslissingen van de patiënt hebben een grote invloed in hoeverre palliatieve zorg uitgevoerd wordt. Werken naar de toekomst toe, anticiperen en proberen op voorhand te bedenken welke klachten kunnen verwacht worden, kunnen een positieve uitwerking hebben op de soort zorg die toegepast kan worden (Zorg voor beter, 2016). Met andere woorden, het is dus van belang dat een tijdige zorgplanning wordt opgesteld met de verwachtingen, wensen en zorgdoelen van de patiënt en zijn familie (Vanden Berghe, 2003).

Normale medische zorg heeft twee doelen waarbij sterven zo lang mogelijk genegeerd wordt: als eerste het genezen van de ziekte en als tweede het verlengen van leven. Het verzachten van pijn komt in de normale medische zorg altijd pas na het verlengen van het leven. Een combinatie van dit doel en de behandeling van pijn symptomen kan veel voordeel brengen voor de patiënt (Morrison & Meier, 2004). In de traditionele gezondheidszorg is 'wij kunnen niets meer voor u doen' een boodschap waarbij alles stopt, maar palliatieve zorg gaat hier verder op in. Het herkennen dat de dood een normaal en natuurlijk proces is van het leven, en dat deze levensfase nabij is, spelen een grote rol in deze specifieke soort zorg. Aanvaarden, waardig sterven met zo weinig mogelijk pijn in combinatie met klaar zijn voor de dood zijn belangrijke aspecten waarop de palliatieve zorg zich concentreert. Verder kan palliatieve zorg ook verschillende aspecten van de patiënt beïnvloeden zoals lichamelijke, fysieke, spirituele en sociale factoren (Bruntink, 2003).

De manier waarop architectuur toegepast wordt en het 'goed voelen' in een ruimte kunnen voorkomen dat een persoon zich geïsoleerd voelt. Ook kan dit bijdragen tot het aanbieden van variabele mogelijkheden en oplossingen om verwachtingen, wensen en zorgdoelen van een patiënt te ondersteunen. Ten slotte kan bepaalde architectuur invloed hebben op fysieke, spirituele en sociale factoren van een persoon. De vraag op welke manier al deze aspecten een invloed kunnen hebben wordt in hoofdstuk drie beantwoord.

1.2.2 DE PATIËNT IN PALLIATIEVE ZORG

Vaak voelen mensen die palliatief zijn zich machteloos en een blok aan het been voor de familie en de zorgverleners. Palliatieve zorg begeleidt patiënten met deze negatieve gevoelens door middel van spirituele, religieuze, culturele aspecten te betrekken in de zorg en patiënten te helpen om hun dood proberen te accepteren (Morrison & Meier, 2004). Bij palliatieve zorg staan de wensen en de behoeften van de patiënt centraal waarbij er ook naar de verlangens en voorkeuren geluisterd wordt. De mogelijkheden worden in een duidelijke taal uitgelegd waarbij de patiënt het voortouw neemt om zelf de beslissing vast te leggen (Bruntink, 2003). De individualiteit van de persoon staat dus centraal, waarbij er geconcentreerd wordt op het gevoel van 'mens zijn'. Het tegenhouden van vervreemden van zichzelf is een belangrijke factor in het proces (Huysmans, 2015). Ook de verbondenheid van de patiënt met mensen speelt een grote rol in palliatieve zorg. Als deze verbondenheid ontbreekt kan er bij de patiënt een gevoel van isolement en eenzaamheid ontstaan wat een negatieve invloed heeft op het 'goed voelen' van de persoon (Vanden Berghe, 2015).

Een ander belangrijk aspect voor de patiënt waarbij palliatieve zorg kan bijdragen is het accepteren van de dood. In het algemeen zijn er twee manieren hoe mensen kunnen omgaan met gevoelens over de dood als ze terminaal verklaard zijn. Enerzijds zijn er mensen die weten dat ze dood gaan en het geaccepteerd hebben. Anderzijds ontkennen mensen die terminaal zijn dat ze in een relatief korte periode sterven en blijven hopen op genezing (The Steering group of The Good Hospice Denmark, 2006).

1.2.3 DE NAASTEN VAN DE PATIËNT

Naasten beïnvloeden bewust of onbewust het welbevinden van de patiënt en hebben geleefd tussen de hoop en wanhoop van hun geliefde. Het proces staat altijd in het teken van de patiënt en zijn ziekte, terwijl naasten daarbij vaak tot het uiterste zijn gegaan en lichamelijk en emotioneel uitgeput kunnen geraken. Bij het opnemen van hun naaste in een hospice kunnen ze dan ook het gevoel hebben dat ze gefaald hebben, dat ze niet genoeg zorg hebben kunnen toedienen, zichzelf allerlei dingen verwijten etc. Maar opname in een hospice kan ook huishoudelijke en zorgtaken wegnemen, waardoor naasten meer energie en tijd hebben om leuke dingen te doen met hun geliefden, en voldoening te vinden en krijgen bij zichzelf en met hun familielid.

Naasten zijn niet gewend dat alles mag en kan in dit soort zorginstellingen, waar er vaak geen vaste bezoeken zijn, er logeermogelijkheden zijn en alles mag gedaan worden waarbij er een positieve bijdrage is voor de patiënt. Bij palliatieve zorg wordt dus aan de ene kant zorg aangeboden aan naasten, en aan de andere kant kunnen zij meehelpen in de verzorging van hun geliefde; naasten kunnen dus tegelijk zorggever en zorgvrager zijn (Bruntink, 2003). Voor naasten speelt het accepteren van iemands dood een grote rol, en is uiteraard zeer ingrijpend in hun leven. Het overgeven aan de geliefde, en hun moed en wilskracht om het leven te accepteren kan verandering brengen in deze gevoelens (Collet, 2009).

1.2.4 DE ZORGVERLENERS VAN DE PATIËNT

In de palliatieve zorg zijn er veel verschillende zorg- en hulpverleners die met elkaar samenwerken (Zorg voor beter, 2016). Deze hulpverleners nemen veel taken op zich die niet alleen te maken hebben met de patiënt maar ook met hun naasten zoals bijvoorbeeld het stimuleren om na te denken over het afscheid, om te anticiperen op de rouw en voor te bereiden op het aanstaande verdriet (Bruntink, 2003). Nog een taak van deze zorg- en hulpverleners is aan de verbondenheid met de patiënt te werken, hen een prettig gevoel te geven en een luisterend oor te bieden (Huysmans, 2015).

Er zijn veel verschillende zorgverleners. De huisarts is hier een onderdeel van en is de centrale persoon voor de medische zorg, psychosociale of spirituele problemen voor mensen die wensen thuis te sterven. Een huisarts moet goed kunnen luisteren en met de patiënten meeleven, maar tegelijkertijd ook pijn en andere symptomen zoals misselijkheid kunnen bestrijden. Veel huisartsen vinden de begeleiding van een terminale patiënt zeer intensief, daarom zijn er in Nederland

en België gespecialiseerde consultatieteams opgericht bestaande uit een hospice-arts of medisch specialist en een aantal gespecialiseerde verpleegkundigen die hun kennis en ervaringen delen en advies geven voor de meeste specifieke situaties of vragen. Verder betekenen vrijwilligers in de palliatieve zorg veel voor de patiënt en zijn deze onmisbaar (Bruntink, 2003).

Communiceren met patiënten is één van de belangrijkste elementen wat een zorgverlener moet kunnen in de palliatieve zorg. Kunnen praten over de verschillende kopzorgen van een patiënt, zijn angsten die zelfs kunnen leiden tot zware depressies, geïsoleerd voelen,... kan een grote positieve invloed op de patiënt zelf en zijn naasten hebben (Morrison & Meier, 2004). Open communicatie en goede zorgverlening hangen nauw samen, en zorgen ervoor dat een patiënt en naasten zich veilig voelen en open durven zijn zodat ze het gevoel hebben alles te kunnen zeggen en te kunnen vragen. Voor een arst zijn specifieke kennis en vaardigheden vereist, zoals de kennis van pijn- en symptoombestrijding en communicatievaardigheden, waarbij de dood geaccepteerd moet worden en 'ik moet genezen' uit het hoofd zetten.

Hulpverleners moeten een bepaalde houding hebben. Namelijk geen angst hebben om te praten over de dood en eigenverlieservaringen een plaats geven, zodat deze geen invloed hebben op de aan te bieden hulp door de zorg- en hulpverlener. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken zijn belangrijk als hulpverlener om te beheersen, namelijk open en respectvol kunnen omgaan met de patiënten, naasten van de patiënten en collega's waarmee ze nauw samenwerken. Compassie en bevlogenheid spelen ook een grote rol voor de patiënten en hun naasten. Voor hulpverleners is palliatieve zorg een verrijkende ervaring, maar kan het omgaan met mensen die geestelijk en lichamelijk lijden, aftakelen en sterven natuurlijk ook gevoelens van angst, verdriet, onmacht en boosheid opwekken (Bruntink, 2003).

1.3 GESCHIEDENIS

Doorheen de eeuwen zijn er verschillende standpunten ingenomen t.o.v. zorg voor zieken, ouderen en zelfs euthanasie, zonder dat hiervoor meteen deze concrete benamingen hiervoor gebruikt werden.

In 342-270 v. Chr. definieerde de Griekse filosoof Epicurus geluk als een geestestoestand, simpelweg als 'de afwezigheid van pijn'. Dit denkbeeld was tweedelig: Epicurus concentreerde zich op positieve vrijheid zoals vrij zijn om plezier en genot te hebben, en negatieve vrijheid, dat staat voor vrij zijn van pijn en onrust. Eeuwen later werd deze opvatting gebruikt door utilitaristen, die streven naar een zo groot mogelijke mate van geluk en genot, met zo min mogelijk pijn (Wijnberg, 2010). Verder schreef de filosoof Thomas More in 1516 *Utopia*, de "ideale samenleving" die bestaat uit een humaan strafrecht. Volgens More was een *Utopia* ook een plaats waar zieken werden verzorgd en hun lijden in alle ernst in acht werd genomen. Hij pleitte ervoor dat zieken hun leven zelf konden beëindigen (Nabuurs, 2017). Verder in de tijd, eind 18de eeuw, hadden de filosofen van de verlichting een tegenovergesteld standpunt dan Thomas More t.o.v. ouderen, ziekenzorg en geneeskunde. Zij waren ervan overtuigd dat mensen die zorg nodig hebben, waarbij vroeger de natuur zijn eigen gang ging, niet in staat zijn om voort te planten omdat al hun problemen worden doorgegeven aan het nageslacht. Aan de andere kant in deze periode luidde de Engelse filosoof en anarchist William Godwin de vraag in: 'waarom zou de mens op een bepaalde dag niet onsterfelijk zijn?' (Van den Berghe, 2008). In 1883 schreef de Duitse filosoof Nietzsche zijn boek '*Also Sprach Zarathustra*' over de *übermensch*, waarbij medelijden en verliezen kenmerken waren van zwakte. De zorg voor zieken, armen en ouderen en het idee naastenliefde werd dan ook volledig afgekeurd in zijn ideeën (Koops, 2016).

De Canadese arts Balfour Mount introduceerde het begrip palliative care in 1973 en heeft twee mogelijke verklaringen waar het begrip naar kan verwijzen. Aan de ene kant verwijst de term naar het Latijnse woord *Pallium*, dat mantel betekent. Metaforisch wordt deze mantel gezien als de zorg die palliatieve hulpverleners aan terminale patiënten bieden, en valt terug op een anekdote over de Heilige Martinus. Deze anekdote vertelt dat de heilige zijn wollen mantel gaf aan een bedelaar die bij de stadspoort zat te wachten voor geld, onder het motto: 'ik kan je niet van je problemen afhelpen, maar ik kan er wel voor zorgen dat je je wat beter voelt'.

Deze boodschap kan men ook reflecteren op het principe van de palliatieve zorg. Bij de tweede verklaring van het begrip palliatieve zorg wordt er verwezen

naar de term palliare, dat toedekken of bemantelen betekent. Vroeger in de geneeskunde werd palliativum gebruikt als een middel dat symptomen toedekte zonder een geneeskrachtige werking. Gereflecteerd op palliatieve zorg is dit ook een benadering van het doel van deze specifieke zorg, namelijk symptomen verlichten, zonder te kunnen genezen (Palliatieve zorg, 2017).

1.4 BELGIË

Palliatieve zorg in België bestaat nog niet zo lang; de eerste initiatieven werden opgezet in 1985. Een paar jaar later verenigden experts in palliatieve zorg zich in België, richtten de Belgische Federatie voor Palliatieve Zorg op, en betrokken hierbij de overheid. Tussen 1992 en 1997 werd deze nationale Federatie opgedeeld in drie delen: de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, de Fédération Wallonne de Soins Palliatifs en de Brusselse Pluralistische Federatie voor Palliatieve en Continue Zorg. Op het einde van deze periode komt een algemeen plan tot stand en een algemeen wetgevend kader voor palliatieve zorg in België; waarbij de wet op ziekenhuizen toepasselijk op samenwerkingsverbanden opgericht in 1997 een grote rol spelen in het wetgevend kader. In 2002 worden er wetten gestemd zodat (i) iedereen recht heeft op palliatieve zorg, (ii) voor de decriminalisering van euthanasie en (iii) de rechten van de patiënt worden gegarandeerd. Ook vindt de oprichting van een federale evaluatie-cel plaats voor palliatieve zorg, die de kwaliteit bewaakt van de behoeften in de palliatieve zorg. Zeven jaar later worden er vanuit de overheid studies opgestart over de definitie van de palliatieve patiënt in overleg met de drie federaties en onderzoeksteams, waarna het belang van voorbereiding van de palliatieve zorg naar niet-kanker patiënten met een korte levensverwachting wordt benadrukt. In 2014 pleit de Wereldgezondheidsorganisatie voor de integratie van palliatieve zorg in de algemene gezondheidszorg. In 2016 is de studie van Dr. Marianne Desmedt, hoogleraar aan de Universitaire Ziekenhuizen St-Luc Brussel, opgezet waarbij een nieuw instrument ontwikkeld werd. Dit instrument, getiteld 'PICT' of 'Palliative Care Indicator Tool' zorgt voor identificatie van een palliatieve patiënt en kent een statuut toe met de ernst van de noden (Brusselse Federatie voor Palliatieve en Continue Zorg, 2017).

In België is palliatieve zorg mogelijk voor patiënten met een levensbedreigende ziekte, ongeacht de pathologie, dus niet alleen kanker maar ook andere aandoeningen.

Verder spelen de leeftijd en het stadium van de ziekte ook geen rol, met andere woorden palliatieve zorg is niet enkel mogelijk bij het levenseinde maar bestaat uit verschillende fasen, zoals uiteengezet in hoofdstuk 1, afbeelding 1. Op financieel gebied wordt palliatieve zorg volledig vergoed buiten het remgeld, dat bijvoorbeeld de eventueel gebruikte geneesmiddelen inhoudt. De patiënt of naaste wordt altijd op voorhand over deze mogelijke kosten geïnformeerd.

Bij het aanvragen van palliatieve zorg moet de behandelende arts een formulier invullen om het palliatief statuut aan te vragen. In België zijn er nog steeds veel vooroordelen en vragen over palliatieve zorg, waardoor patiënten er vaak laat mee starten. Eén van deze vooroordelen is dat palliatieve zorg de verzorgende en levensreddende behandelingen stopzet. De werkelijkheid is het tegendeel; de actieve behandelingen worden pas stopgezet als ze geen resultaat meer leveren, waarbij palliatieve zorg parallel kan lopen. Verder worden palliatieve sedatie en pijnstilling en verhogen van levenskwaliteit vaak door elkaar gehaald. Veel mensen denken dat door het toedienen van sterke pijnstillers hun bewustzijn wordt verlaagd, ze verslaafd geraken of dat op deze manier hun overlijden bespoedigd wordt. Uit studies is echter gebleken dat vroegtijdige palliatieve zorg de levenskwaliteit net verhoogt, en in sommige gevallen zelfs de levensverwachting verlengt (Stichting tegen kanker, 2017).

1.5 NEDERLAND

Nederland was in 1980 al bezig met de verbetering van palliatieve zorg. Hierbij werden een groot aantal conclusies en aanbevelingen verwerkt tot verbetering van deze specifieke soort zorg. Bezoeken aan hospices in het Verenigd Koninkrijk door de leden van de Nederlandse stichting “voorbij de laatste stad”, een organisatie voor het ontwikkelen van palliatieve zorgverlening in Nederland, en onderzoek naar de ervaringen van patiënten en personeel zorgden voor verbeteringen in de terminale zorg (Bruntink, 2016).

In 1993 wordt de eerste afdeling Palliatieve zorg in Nederland opgericht in het verpleeghuis Antonius in Rotterdam waaruit de eerste ervaringen van deze afdeling de kwaliteitsrichtlijnen van palliatieve zorg voor verdere verpleeghuizen als basis dienen. Na deze ervaring met vaste afdelingen in verpleeghuizen werden er in 1999 mobiele palliatieve teams opgericht om hulpverleners zowel in

de palliatieve thuiszorg als in de ziekenhuizen ter beschikking te stellen en hun expertise en ervaringen te delen. In 2004 zet het LPZ, Leerhuizen Palliatieve Zorg, onderwijs op in palliatieve zorg gebaseerd op praktijkervaringen van hulpverleners die betrokken zijn bij palliatieve zorg (LPZ, 2017). In Nederland richten de meeste palliatieve zorg instellingen zich op de zorg voor mensen met kanker in de terminale fase. Deze fase is niet scherp af te grenzen, maar de levensverwachting in de terminale fase is minimaal enkele weken tot maximum drie maanden (Palliatieve Zorg, 2017).

1.6 EUTHANASIE

1.6.1 WAT IS EUTHANASIE?

Het woord euthanasie stamt af van het Oudgrieks, (eu) 'goed' en (thanatos) 'dood', dat kan herleid worden tot 'de goede dood', of te wel sterven zonder veel lijden.

Voordat de wet betreffende euthanasie gelegaliseerd werd doorging deze een hele evolutie zowel in België als in Nederland. In Nederland is volgens artikel 293 en 294 van het Wetboek Strafrecht doden op verzoek strafbaar. Deze wet houdt in dat: "hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie." (Weyers, p23, 2004). In tegenstelling tot België, waarbij er geen afzonderlijke wet is voor het doden op verzoek. Hulp bij zelfdoding wordt dan ook gezien als een daad onder lichtere vorm van doodslag, waarbij de toestemming van de persoon die om zelfdoding vraagt niet de strafbaarheid voor het doden opheft.

De stichting NVVE, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde, opgericht sinds 1973, heeft gestreden voor het legaliseren van euthanasie. De definitie van euthanasie volgens deze stichting NVVE is "het actief beëindigen van een leven door een ander waarbij de patiënt in coma wordt gebracht en daarna een middel wordt toegediend waardoor de ademhaling stopt zonder enige ongemakken te ondervinden" (NVVE, 2017). De tegenhanger in België van deze stichting is de Vlaamse organisatie RWS; die staat voor Recht op Waardig Sterven.

De Euthanasiewet werd zowel in België als in Nederland in 2002 gelegaliseerd. Het weigeren van medische behandelingen, niet meer toedienen van vocht en voedsel noch het toedienen van slaapmiddelen valt niet onder de noemer 'euthanasie'. Deze laatste betreffen 'palliatieve sedatie' waarbij het bewustzijn in de laatste levensfase wordt verlaagd door een arts waardoor klachten verlicht worden en de patiënt zo min mogelijk lijdt. Het verschil met euthanasie is dat palliatieve sedatie het bewustzijn verlaagt, terwijl euthanasie het leven beëindigt (Zorg voor beter, 2016).

Voor beide landen geldt dat deze wet alleen uitgevoerd kan worden als het uitzichtloos en ondraaglijk lijden bevestigd kan worden door een arts, waarbij een onafhankelijke arts ook geen andere redelijke oplossing kan voorleggen. Verder moet de patiënt wilsbekwaam zijn om een verzoek in te dienen voor hulp bij zelfdoding. Dit houdt in dat hij of zij moet kunnen overzien wat de gevolgen kunnen zijn van bepaalde handeling. Een aspect wat in beide landen een grote invloed hierop heeft, is de wilsverklaring waarbij op voorhand de patiënt precies aangeeft onder welke omstandigheden de arts euthanasie moet uitvoeren. Een klein verschil tussen Nederland en België is dat de arts in België het proces om euthanasie te kunnen toepassen volledig schriftelijk moet documenteren (nbu, 2010).

1.6.2 PALLIATIEVE ZORG EN EUTHANASIE

Euthanasie kan een onderdeel zijn van palliatieve zorg wanneer mensen genoeg hebben van het leven en de zorg of te wel de symptomen niet onder controle te krijgen zijn en een (te) zware lijdensweg met zich meebrengen. Er is een absoluut verband tussen de kwaliteit van palliatieve zorg en de vraag om euthanasie, waarbij de vraag naar euthanasie afneemt naarmate er betere palliatieve zorg aangeboden wordt (Bruntink, 2003). Anderzijds vermoedt de internationale hospicewereld dat euthanasie een negatieve invloed heeft op de maatschappij en het idee van de waarde van het leven. Daarom wordt euthanasie in sommige hospices uitgesloten, wat volgens de hulpverleners met dit standpunt, mensen rust geeft, en hen een gevoel geeft dat ze niet bang hoeven te zijn om gedwongen te sterven, dus duidelijkheid en veiligheid met zich meebrengt. Als patiënten in zulke hospices toch wensen om euthanasie toe te passen worden zij overgeplaatst (Van Leeuwen, 2002).

De standpunten over de samenhang van palliatieve zorg en euthanasie zijn uiteenlopend. Bij het Integraal kankercentrum in Nederland is de stelling dat palliatieve zorg en euthanasie in elkaars verlengde liggen. Het is van groot belang dat de wensen en behoeften rondom het beëindigen van het leven tijdig worden vastgelegd. In Nederland worden deze opgesteld in een wilsbeschikking waarbij voorlichtingen over palliatieve zorg, medische beslissingen rond het levenseinde, een euthanasieverklaring of het dragen van een niet-reanimeren penning een onderdeel van kunnen zijn. Het doel is de patiënt, die terminaal verklaard is en in een beperkte tijd zal overlijden, een zo goed mogelijke kwaliteit van leven aan te bieden en de wensen van een waardig levenseinde te accepteren (IKNL, 2015).

Drs. Piet van Leeuwen, arts van Johannes Hospitium in Wilnis en Vleuten, pleit voor palliatieve zorg zonder euthanasie, maar concludeert ook dat goede palliatieve zorg de vraag naar euthanasie niet kan voorkomen. Er is een groot onderscheid tussen doodgaan en willen doodgaan. Gevoelens van wanhoop, onmacht en uitzichtloosheid kunnen een grote invloed hebben op de patiënt, ook al wordt er een hoge kwaliteit van palliatieve zorg geboden. Drs. van Leeuwen ziet de vraag om euthanasie als een mogelijkheid om met iemand in contact te komen en over zijn/haar gevoel van lijden en klem zitten te kunnen praten. Hij tracht altijd de precieze oorzaak van deze gevoelens te vinden en stelt aan zijn patiënten de vraag: 'wat maakt dat u zo niet verder kunt?' Hierdoor kan de patiënt volgens hem zijn nood delen, zonder tijdsdruk en met iemand met specifieke belangstelling. Dit kan ervoor zorgen dat het gevoel van eenzaamheid in het lijden verbroken worden (Van Leeuwen, 2002).

Uit de interviews blijkt dat praktikanten euthanasie niet afwijzen, maar een gesprek aan gaan met de patiënt over zijn of haar verlangens, wensen en noden naar het einde toe. Verder wordt er rekening gehouden met een eventuele opgestelde wilsverklaring.

Wat volgens mij belangrijk is in de architectuur van de ruimte voor dit aspect is hoe de ruimte, waarin dit proces plaats vindt op een persoon kan inspelen. Met andere woorden, hoe kan de ruimte ervoor zorgen dat euthanasie op een serene manier gebeurd? Dit wordt verder uiteengezet in de volgende hoofdstukken, waaruit belangrijke parameters voortvloeien.

“DE DOOD RECHT IN HET GELAAT KIJKEN, LIJKT ZONDER EEN GOD EEN
STAREN IN HET NIETS.”
(Klukhuhn, p91, 2007).

“DE DOOD BETEKENT NIETS VOOR ONS, GEZIEN HET FEIT DAT ZOLANG
WIJ ER ZIJN, DE DOOD ER NIET IS, EN DAT ALS DE DOOD GEKOMEN IS,
WIJ ER NIET MEER ZIJN”.
(Epicurus, 342-270 v. Chr.).

“FILOSOFIE EEN LEERPROCES DAT EEN HEEL LEVEN VULT EN PAS BEËINDIGD
WORDT DOOR DE DOOD”.
(Driessen, p1, 2003).

2. RITUELEN ROND HET LEVENSEINDE

De dood speelt een belangrijke rol in palliatieve zorg. In dit hoofdstuk worden er kort citaten aangehaald over hoe verschillende filosofen zich ten opzichte van de dood verhouden. Verder worden rituelen in verschillende geloofsgemeenschappen rond het levenseinde besproken die een invloed kunnen hebben op verschillende parameters om architectuur voor palliatieve zorg te kunnen ontwerpen. Ook voor het masterproject is dit onderwerp een aanvulling omdat deze zich positioneert in een samenleving met diverse geloofsgemeenschappen.

2.1 RITUELEN ROND HET LEVENSEINDE IN VERSCHILLENDE GELOOFSGEMEENSCHAPPEN

In het palliatief proces wordt ook veel aandacht gegeven aan levensvragen en zingevingsvragen; dit speelt een grote rol in de meeste mensenlevens. In elke cultuur is de omgang met de dood anders en raken mensen doorgaans moeilijk vertrouwd met de dood (Werkgroep voor liturgie Heeswijk, 2016). Volgens Meijenfeldt en Driessen, twee filosofen, is dit de reden waarom mensen naar een God zoeken en zich dus aansluiten bij een godsdienst. Het antwoord op levensvragen zoals bijvoorbeeld bestaan na de dood en dergelijke worden in een godsdienst aangereikt (Driessen, 2003; Meijenfeldt, 2017).

Religies en rituelen kunnen een grote invloed hebben op de moed, kracht en andere gevoelens die positief kunnen bijdragen aan het stervensproces. Daarom is het belangrijk om de gebruiken, noden en functionele eisen te voorzien in de omgeving waar palliatieve zorg plaats vindt. Veel voorkomende religies in België zijn onder andere christendom, islam, jodendom en humanisme. Bij een stervensproces zijn er voor iedere religie verschillende rituelen en gebruiken die een invloed kunnen hebben op de noden van de patiënt en het optimaal uitvoeren van palliatieve zorg.

Als eerste analyseer ik hier kort het christendom. Deze godsdienst bestaat uit verschillende kerkgemeenschappen. De dood is voor alle christenen een mysterie en daarom zoeken mensen inspiratie in het leven, sterven en verrijzen van Jezus. Zij geloven dat de geest na de dood verder leeft. De eerste gemeenschap onder het christendom is de rooms-katholieke kerk. Deze leunt aan bij deze visie op leven en dood en voegde toe dat je invloed kunt uitoefenen op je plek in het hiernamaals door goed te leven of door te bidden.

De rituelen die in de terminale fase gevraagd kunnen worden zijn ziekenzalving, biecht en communie. Het meest voorkomende ritueel is ziekenzalving waarbij de priester de handen oplegt en hoofd en handen zalft met speciaal hiervoor gewijde olie; tegelijkertijd bidden de priester en de persoon. Dit ritueel moet rustig kunnen uitgevoerd worden, daarom dienen er afspraken gemaakt te worden met familieleden en de priester. Ook de plaats dient afgesproken te worden: dit kan de privékamer zijn of in een kapel. Naast deze rituelen is er ook de traditie om te waken door familie en vrienden bij een terminaal zieke persoon. Op ethisch gebied is in de rooms-katholieke kerk euthanasie in principe onaanvaardbaar, maar in de praktijk maken mensen op basis van eigen geweten een beslissing. Na het overlijden wordt de overledene opgebaard in nette kleding en zal een uitvaartviering, een begrafenis of crematie plaatsvinden. De avond voordat de begrafenis of crematie plaatsvindt is er soms een avondwake, voorbereidend op het definitieve afscheid.

Een andere tak van het christendom is het protestantisme dat meer een persoonlijke visie heeft op leven en dood, met andere woorden de mens moet zelf verantwoording afleggen waarbij God als meer barmhertig en vergevingsgezind wordt gezien. Als ritueel in de laatste levensfase is een gesprek, gebed of lezing uit de Bijbel die troost gevend ervaren kan worden. De familie kan bij dit ritueel betrokken worden. Bij protestanten is het niet van belang of een predikant aanwezig is; ze hechten meer waarde aan diaconie of het omzien naar en de zorg voor elkaar in de gemeente, waarbij familie, vrienden en kennissen een belangrijk rol spelen. Pijnstillende medicatie is geen probleem in het terminale proces op ethisch gebied en daarom zijn de meningen over euthanasie verdeeld. Rondom het overlijden is er soberheid, typerend voor het protestantisme.

De orthodoxe kerkgemeenschap van het Christendom kent geen verschil tussen de aardse en hemelse kerk. Net zoals bij de rooms-katholieken is er de ziekenzalving, biecht en de ziekencommunie waarbij het gebruik van wierrook een grote rol speelt in dit ritueel. Ethische voorschriften in het terminale proces steunen op het liefdevol begeleiden in zowel lichamelijk als geestelijk opzicht tot het einde; daarom benadrukt de Orthodoxe kerk de rol van een goede palliatieve zorg. Na het overlijden wordt er een nachtwake gehouden en een dodenherdenkingsdienst.

Een tweede veel voorkomende religie is de islam waarbij islam letterlijk 'overgave (aan God)' betekent. De profeet Mohammed, Allah en de stad Mekka spelen een grote rol in deze geloofsgemeenschap. De mens is hierbij zelf verantwoordelijk voor zijn of haar daden en wordt op het einde van het leven hierop beoordeeld. In de islam wordt de dood beschouwd als een overgang naar een ander, eeuwig leven. In de terminale fase ontvangt de patiënt veel bezoek, en wordt er afscheid genomen. Tijdens de terminale fase ligt de stervende op zijn rechterzijde, met het gezicht naar het heiligdom in Mekka waarbij de familie de stervende steunt en voorbereidt op de dood. Vergeving ontvangen en geven speelt een grote rol in het afronden van het leven. Ethische voorschriften zijn vooral toepasbaar op het verzorgen vanwege gevoelens van schaamte en discretie. Verder is levensbeëindiging en euthanasie onbespreekbaar. Na het overlijden vindt een rituele wassing plaats door familieleden of mensen van de moskee van hetzelfde geslacht.

Vervolgens het jodendom, een godsdienst en levenswijze, verspreidt over de hele wereld. De leefwijze kent verschillende richtlijnen en gebruiken maar de gebruiken die invloed kunnen hebben op palliatieve zorg zijn de viering van de sabbat en de spijswetten. De sabbat is een viering van vrijdagavond tot en met zaterdagavond, een ritueel dat gevierd wordt met het ontsteken van kaarsen. De spijswetten houden in dat de voeding moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. De visie op leven en dood in het jodendom is gebaseerd op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van een persoon. Er moet zoveel mogelijk hulp worden aangeboden om het leven in stand te houden en waar mogelijk de gezondheid te bevorderen. Een terminaal persoon mag in de laatste fase niet alleen gelaten worden maar tegelijkertijd moet er rust heersen en de gelegenheid zijn om het eigen stervensproces zo goed mogelijk door te maken. Euthanasie wordt absoluut niet geaccepteerd, maar pijnstillende middelen daarentegen wel. Verder wilt de patiënt zoveel mogelijk rust en zo min mogelijk aangeraakt worden. Na het overlijden wordt de persoon verzorgd door iemand van de gemeenschap en is het ritueel van de uitvaart sober.

De laatste besproken rituelen vallen onder de stroming humanisme, die geen godsdienst of religieuze stroming is. In deze levensbeschouwing staat de mens centraal en heerst er geen geloof in leven na de dood.

De dood is geen taboe en er wordt openlijk over gesproken en nagedacht over hoe de dood een plaats kan worden gegeven. Rituelen in het terminale proces kunnen afkomstig zijn van bestaande religies of culturele gebruiken, aangepast of verder zelf ontwikkeld. Het is voor nabestaande heel belangrijk om het afscheid een goede vorm te geven, waardoor naderhand nabestaanden verder goed kunnen leven (Werkgroep voor liturgie Heeswijk, 2016).

Een tak van het humanisme is spiritualiteit. Het woord spiritueel is afkomstig van het Latijns woord 'spiritus', of te wel adem, dat symbool staat voor leven. Spiritualiteit is het geestelijk werkgebied dat zich bezighoudt met het pure bewust zijn (Spiritueel, 2017). Het heeft dus een opmerkelijke en dynamische invloed op verschillende geestelijke en lichamelijke aspecten. Aspecten die vaak meespelen bij terminaal verklaarde mensen zijn spijt, onafgemaakte zaken, spirituele en religieuze kwesties en relatievoltuoiingscomponenten. Emoties zoals ongeloof, schok, boosheid, verdriet, angst en acceptatie hebben een grote invloed op het verloop van het stervensproces. Spirituele zorg kan een mogelijkheid zijn om mensen die zich in de laatste levensfase bevinden, te helpen met het verwerken van verschillende soorten kwesties en vragen te beantwoorden om finaal een 'goede dood' te bewerkstelligen (Frampton & Charmel, 2009).

Een ritueel dat ook onder de noemer spiritualiteit valt is muziekthanatologie. Thanatologie is in de spiritualiteit de algemene term voor alles wat met het stervensproces en met de dood te maken heeft en muziek kan hierbij een positieve bijdrage zijn voor het palliatief proces. De invloed van muziek kan lichamelijke en emotionele symptomen verzachten en kan een troostende sfeer bewerkstelligen. De woorden die worden gezegd via muziek komen van binnenuit en betreffen zo een manier om geloofscrisis, boosheid, angst en andere emotionele aspecten te kunnen uiten (Frampton & Charmel, 2009). Verder wordt muziek ook gebruikt om de acceptatie van het sterven te verwerken. Een voorbeeld waar muziek een medium is om dit proces te implementeren is in de palliatieve eenheid van ZOL Genk. Hierbij wordt een componist betrokken in het palliatief proces om een begrafenisstuk te schrijven samen met de patiënt, met als doel emoties en dergelijke te uiten en over te brengen aan dierbare familie en vrienden na het overlijden (interview verpleegkundige ZOL, 2017).

3. INVLOED ARCHITECTUUR OP PALLIATIEVE ZORG

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen, namelijk de architectuur in de zorgsector (3.1) en welke invloed een omgeving op een persoon kan hebben (3.2). Zorgarchitectuur, de omgeving waarin zorginstellingen zich bevinden en de constructie ervan worden besproken. Dit zijn belangrijke factoren die verschillende aandachtspunten en parameters voortbrengen voor de analyse van casestudies (Deel II) en voor het masterproject (Deel III). Het tweede deel van dit hoofdstuk gaat dieper in op de invloed die verschillende factoren kunnen hebben op een persoon in een bepaalde omgeving (3.2.1). In het tweede onderdeel van dit hoofdstuk wordt besproken hoe factoren op het gebied van ruimtelijke kwaliteit in architectuur een invloed kunnen hebben op een persoon (3.2.2).

3.1 ARCHITECTUUR IN DE ZORGSECTOR

3.1.1 ZORGARCHITECTUUR

Zorgarchitectuur is een specifiek onderdeel van architectuur en is een gesloten wereld waarin architectuur op zich een kleine rol speelt. De opdrachtgevers zijn naar mijn mening het meest geconcentreerd op het lucratieve luik, met andere woorden, hoeveel geld zal dit project mij kunnen opbrengen en natuurlijk ook, hoeveel gaat het mij kosten? Door dit aspect vervaagd vaak de meerwaarde van architectuur en de positieve invloed die architectuur kan hebben op de zorg van mensen. De zorg ontwikkelt zich zeer snel terwijl de traditionele zorggebouwen niet mee evolueren. Volgens Pieter Michiel Schaap (2008), projectmanager actief in de zorgsector, draagt architectuur bij aan het begrijpen van een gebouw, hoe complex ook. Architectuur zorgt voor de kwaliteit, logica, gebruikswaarde, beleving en de representatieve waarde van het gebouw en zijn ruimtes. Belangrijke vragen die hierin een rol spelen zijn bijvoorbeeld: 'wat doet een gebouw met de bezoekers en de medewerkers?', 'voelt een patiënt zich goed, kan hij of zij de weg makkelijk vinden?'.... Dergelijke vragen zijn de basis van een goed architectonisch ontwerp (Hansen, 2008). De ontwikkelingen op medisch en technologisch vlak evolueren zeer snel waardoor de structuur van een zorggebouw om flexibiliteit vraagt. Een architect kan meedenken over concepten en flexibele structuren waarin deze aanpassingen op een vlotte manier kunnen uitgevoerd worden (Schaap, 2008; Vroom, 2015).

Verder speelt volgens mij het klinische aspect een grote rol in de ervaring van de typische 'ziekenhuissfeer'. Daarom is het belangrijk om rekening te houden met dit aspect bij het ontwerpproces van een gebouw of een plek die palliatieve zorg op eender welke wijze dan ook aanbiedt. In het masterproject zal het klinisch aspect zeker in acht worden genomen, maar zodanig toegepast in het ontwerp dat dit geen ziekenhuissfeer stimuleert. Op welke wijze dit wordt toegepast wordt uiteengezet in Deel III, dat inzoomt op het masterproject zelf. Voorbeelden die hiertoe kunnen bijdragen zijn speciale verfsystemen. Om een huiselijke sfeer te kunnen behouden zijn er bepaalde antibacteriële verfsystemen ontwikkeld die gebaseerd zijn op chemische bestrijding van een bepaalde bacterie met behulp van zilverzout. Hierdoor kunnen bacteriën niet voorplanten en overleven op vloeren en wanden en wordt dus het verspreidingsrisico van bacteriën verminderd (Dornseiffen, 2015; Edu&Care, 2013). Verder heeft het specifiek ontwerp van stevige trapleuningen, extra brede deuren voor rolstoelen, stootvaste wanden, steunkleuren voor herkenbaarheid en klimaatplafonds in plaats van radiatoren een invloed op het minimaliseren van een ziekenhuissfeer (Bijsterveld, 2015).

3.1.2 OMGEVING VAN ZORGINSTELLINGEN

Sommige zorginstellingen hebben een bepaald imago volgens mij. In de meeste gevallen zijn ze uit de samenleving gehaald en gevestigd ver van de stad of in een bos. Bij bezoeken aan verschillende soorten zorginstellingen heerst er in de meeste gevallen een onpersoonlijke sfeer. Tegenwoordig zijn steeds meer en meer zorggroepen in de samenleving geïntegreerd. Een belangrijk aspect bij deze integratie is de anonimiteit van patiënten, waar ligt de grens tussen de zorg en de maatschappij en wat zijn de mogelijke uitwerkingen hiervan? (Esser & Schaap, 2007). Bij het masterproject heeft de keuze van de omgeving en de contextvisie een grote invloed op mensen en hun ervaring van buitenaf. Ook het voorkomen van het imago van een zorginstelling en de 'ziekenhuissfeer' zijn dus van groot belang en vormen belangrijke uitgangspunten van het masterproject.

3.1.3 STRUCTUUR VAN ZORGINSTELLINGEN

Door de snelle ontwikkelingen op het gebied van zorg vraagt de constructie van een algemene zorginstelling voor een flexibele structuur zodat er makkelijk aanpassingen kunnen uitgevoerd worden, zonder dat dit een grote invloed heeft op de verschillende actoren (Vroom, 2015). Volgens mij is de flexibiliteit van de structuur van een gebouw, met eender welke functie dan ook, een belangrijk uitgangspunt in een project. Door flexibiliteit kan een gebouw snel aangepast worden aan mogelijke nieuwe wensen van gebruikers. Ook kan de functie van een gebouw bij bijvoorbeeld een herbestemming op een eenvoudige manier worden veranderd door simpelweg een andere invulling van de structuur. Aansluitend hierbij is de architectuur van het hoofdvolume ook van belang, en met name de uitstraling en invloed die het hoofdvolume kan hebben op een persoon (Bijsterveld, 2015).

Verder speelt het functionele aspect van een structuur een grote rol voor de rust van patiënten en familie, maar tegelijkertijd ook voor het personeel en de vrijwilligers die dagelijks in een zorgomgeving werken (The Steering Group of The Good Hospice, 2006).

3.2 DE INVLOED VAN FACTOREN M.B.T. COMFORTABEL VOELEN EN ARCHITECTUUR OP VERSCHILLENDE ACTOREN

3.2.1 FACTOREN DIE HET COMFORTABEL VOELEN VAN EEN PERSOON IN EEN OMGEVING KUNNEN BEÏNVLOEDEN

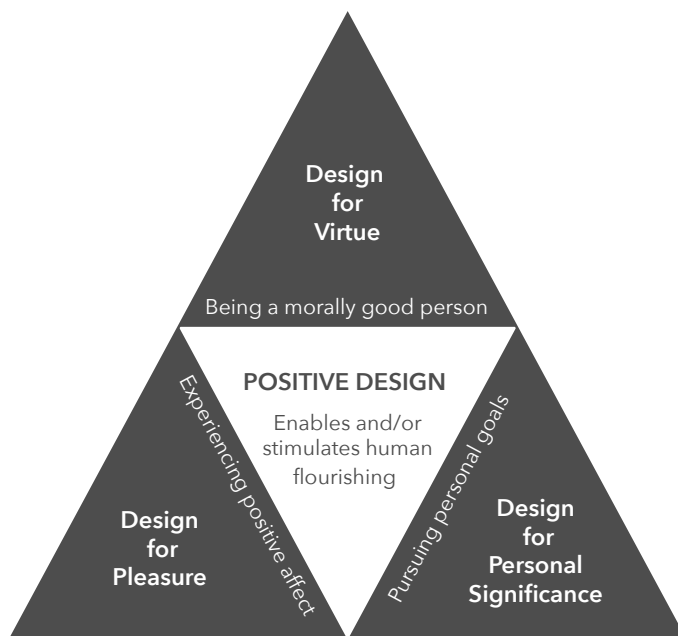
Er zijn talloze factoren die een invloed kunnen hebben op het comfortabel voelen van een persoon in een omgeving. In dit hoofdstuk worden negen factoren besproken die in mijn ogen, na een grondige literatuurstudie het meest cruciaal lijken te zijn; deze factoren kunnen op een positieve manier bijdragen aan de omgeving waar palliatieve zorg wordt aangeboden. De negen factoren die besproken worden zijn: het 'thuis' gevoel, het subjectief welbevinden, de visie van de architect in het ontwerpproces, sociale ontmoetingsplekken, de invloed van muziek, de invloed van natuur, de privacy van een persoon, de invloed van verschillende aspecten in een ziekenhuisomgeving, en tot slot wayfinding.

De eerste factor die een grote invloed kan hebben op het comfortabel voelen van een persoon in een omgeving, is het idee van een 'thuis gevoel'. Dit idee kan een grote impact hebben op het welbevinden van een patiënt in de terminale fase waarbij de zorgnoden te hoog zijn om nog thuis te kunnen verblijven.

Het 'thuis gevoel' kan voortvloeien uit het voorzien van verschillende mogelijkheden tot personaliseren van een ruimte. As such kan architectuur weinig of geen invloed uitoefenen op een 'thuis gevoel', maar het kan wel een goede 'onderlegger' vormen om te kunnen personaliseren. 'Thuis' is geen object of gebouw, maar een plek waar een verzameling van verlangens en angsten samen komt; herinneringen en beelden, in het nu en de toekomst. Het is voor vele mensen een soort van samenvatting van dagelijkse rituelen en persoonlijke ritmes, maar ook een plaats van warmte, bescherming en liefde (Pallasmaa, n.d.). Het concept 'thuis voelen' wordt omwille van deze invloeden opgenomen als parameter voor het masterproject.

Een andere factor die kan bijdragen aan het comfortabel gevoel van een patiënt is het 'subjectief welbevinden'. Dit subjectief welbevinden bestaat uit drie persoonlijke componenten; plezier, persoonlijke betekenis en deugd, met focus op de kwaliteit van het leven. Desmet en Pohlmeier (2013) hebben in hun artikel 'Positive Design: An introduction to design for subjective well-being' een Positive Design Framework ontworpen. Zoals afbeelding 3 laat zien steunt subjectief welbevinden op 'Positive Design'. Elk component kan onafhankelijk van elkaar het welbevinden van een persoon stimuleren. Eén van de componenten die besproken wordt in deze driehoek is plezier. Het is belangrijk dat de focus gelegd wordt op het huidige, het 'hier en nu', waarbij het maximaliseren van plezier en comfort daarbij een grote rol speelt. Een andere component is persoonlijke betekenis, wat toegepast op mijn project kan duiden op persoonlijke doelstellingen en verlangens in de laatste fase van het leven. Zoals in afbeelding 3 te zien is wordt de laatste component omschreven als persoonlijke deugd, gebaseerd op een onderscheid maken tussen wat goed en slecht is en waarvan je mag en kunt genieten. Dit kan gelinkt worden aan normen en waarden van een persoon, en dingen die je belangrijk vindt.

Elk ontwerp kan dus op een positieve bijdragen aan het welbevinden van een persoon. Het ontwerp kan enerzijds het welbevinden stimuleren, maar anderzijds mogelijke bedreigingen die een negatieve invloed kunnen hebben op het welbevinden oplossen. Het is van belang dat de visie van de ontwerper over hoe het ontwerp van een ruimte invloed kan hebben op het welbevinden van een persoon, aan de start van een ontwerpproces wordt uitgeschreven. Hierdoor is er een rode draad doorheen het ontwerpproces waartoe een architect zich kan richten bij het maken van beslissingen (Desmet, 2016).



Afb. 3. Positive Design Framework, 2013 (Eigen bewerking).

De vierde factor die kan bijdragen aan het comfortabel voelen van een patiënt in een palliatieve zorgomgeving zijn de sociale plekken waar mensen elkaar kunnen ontmoeten, zoals de gemeenschappelijke keuken, eetkamer, de buitenruimte en dergelijke. Het is daarom van belang deze ontmoetingsplekken goed te definiëren en de juiste architecturale kwaliteiten te ontwerpen (Derix, 2002). De manier waarop gemeenschappelijke ruimtes ontworpen worden heeft een grote impact op het promoten van sociale interacties tussen mensen. Sociale ontmoetingen hebben voor de meeste patiënten en hun familieleden een positieve invloed op de ervaring van een palliatieve omgeving. In deze gesprekken kan er informatie uitgewisseld worden over ervaringen en kan mentale steun van mensen in dezelfde situatie met elkaar gedeeld worden (The Steering Group of The Good Hospice Denmark, 2006).

Naast de aandacht voor het ontwerpen van ontmoetingsplekken, kunnen muziek en geluid ook de gemoedstoestand van een persoon beïnvloeden. Muziek heeft de kracht om mensen verschillende emoties te laten voelen door bepaalde connecties in het brein. Een positieve ervaring van muziek kan het 'goed voelen' stimuleren, terwijl harde en onaangename geluiden stress kunnen veroorzaken (Bruscia, 2012; Sternberg, 2009). Het tempo, de geluidsterkte en tonaliteit hebben een invloed op de wijze waarop muziek kan ervaren worden. Naast deze drie factoren dragen ritme, melodie en timbre ook bij aan het stimuleren van bepaalde gevoelens van een persoon (Dhondt, 2016).

Volgens Grinde en Patil (2009), twee Noorweegse onderzoekers actief op het gebied van algemene gezondheidszorg en natuurwetenschappen, heeft de natuur een grote impact op onze psychologische gezondheid. In veel steden worden groene elementen zoals parken, bomen en dergelijke, opnieuw geïntroduceerd om de omgeving te verbeteren. Verder zorgt een groene omgeving ervoor dat de luchtvervuiling in de omgeving verlaagt, wat positief bijdraagt tot de gezondheid van de mens. Naast gezondheidsaspecten heeft een groene omgeving bij de meeste mensen ook een grote impact op het stressgehalte (van den Berg, 2017) en zal daarom een belangrijk uitgangspunt zijn in de contextvisie van het masterproject. Dit wordt verder uiteengezet in Deel III van deze scriptie. In het onderzoek van Grinde en Patil (2009) is aangetoond dat er voor de meeste mensen een positieve link is tussen de mentale gezondheid en het contact met de natuur. De aandacht voor een groene omgeving heeft vier mogelijke voordelen.

Als eerste kan deze specifieke omgeving stress reducerend werken en waar mogelijk bijdragen aan de fysieke activiteit van een persoon. Verder kan deze omgeving stimuleren tot het leggen van sociale contacten tussen mensen, en tegelijk ook bijdragen aan een gevoel om tijdelijk te kunnen ontsnappen aan dagelijkse routines. Deze factoren kunnen een positieve impact hebben op het 'goed voelen' van een persoon (Grinde & Patil, 2009).

Een ander aspect waarbij een groene omgeving kan bijdragen is visueel contact met de buitenwereld. Door dit visueel contact wordt een opgesloten gevoel vermeden en kunnen de invloeden van buitenaf, zoals bijvoorbeeld het weer en de natuur, de gevoelens en ervaringen van een persoon stimuleren (Vroom, 2015). De keerzijde van visueel contact is privacy, die voor patiënten in een palliatieve omgeving altijd gewaarborgd moet blijven. Privacy is een grote factor die kan inspelen op het welbevinden van een patiënt, maar kan in verschillende gemoedstoestanden vragen om verschillende gradaties van privacy (The Steering Group of The Good Hospice Denmark, 2006). De mogelijkheid bieden tot het graderen van privacy is daarom ook een belangrijk aspect in de ontwerp-opgave van het masterproject. De manier waarop de gradaties van privacy verwezenlijkt worden in het masterproject wordt bepaald door de conclusie van de casestudies en verder bestudeerd in het ontwerpproces zelf.

De balans tussen privacy en het gevoel van veiligheid is een cruciale factor voor het comfortabel voelen van een patiënt in een palliatieve omgeving. Patiënten mogen niet het gevoel hebben dat ze onder bewaking staan, maar moeten er tegelijkertijd zeker van zijn dat zij in bepaalde omstandigheden kunnen rekenen op de nodige hulp. De specifieke plaatsing van visuele contacten tussen gangen en publieke ruimtes ten opzichte van de individuele ruimtes kunnen in deze situatie bijdragen om een balans te vinden tussen privacy en het gevoel van veiligheid in een palliatieve omgeving (The Steering Group of The Good Hospice Denmark, 2006).

Het laatste aspect, het gevoel van veiligheid, omvat vier belangrijke componenten die kunnen bijdragen aan het welbevinden van de patiënt. Veiligheid, rust, waardigheid en continuïteit zijn vier belangrijke condities die beïnvloed kunnen worden door drie verschillende parameters; namelijk de structuur van een gebouw, de manier waarop het personeel kan functioneren en ten slotte de organisatie van de aangeboden palliatieve zorg door de verschillende actoren (The Steering Group of The Good Hospice Denmark, 2006).

“DE PATIËNT MOET ZICH NIET ALLEEN PATIËNT VOELEN,
MAAR ZOVEEL MOGELIJK ZICHZELF KUNNEN ZIJN”

(Frank Pörtzgen, Vroom, p9, 2015).

Volgens omgevingspsycholoog Fiona de Vos (2015) ervaren mensen vaak stress bij het betreden van een ziekenhuis en kunnen ze daardoor gedesoriënteerd raken. Door gebruik van daglicht, kleur en kunst als onderdeel van de routing kan de oriëntatie in een ziekenhuis positief beïnvloed worden. Verder is het belangrijk dat het interieur er als een zelfstandige eenheid uitziet om overbodige prikkels te vermijden, maar met accenten om de routing duidelijk te maken (Vroom, 2015). Het is belangrijk dat openbare ruimtes zoals wachtkamers en dergelijke geruststellen, comfortabel en rustig zijn; het gebruik van neutrale kleuren heeft hier een positieve invloed op (Vries, 2014). Om variatie te bieden is het belangrijk dat accentkleuren op de juiste plaats worden toegepast, bijvoorbeeld achter een receptie, om dit belangrijk punt makkelijk te kunnen herkennen. Bij het gebruik van meerdere accentkleuren is het belangrijk om contrastkleuren te gebruiken zodat iedereen, ook slechtzienden of mensen op leeftijd, de kleuren kunnen onderscheiden (Akzo Nobel Coatings, 2010; Vries, 2014).

Verder kan de architecturale taal van gangen, trappen en liften een grote invloed hebben op de oriëntatie van een persoon. Door het plaatsen van zitelementen en zichten gericht naar een groene omgeving worden gangen op een bepaalde manier geactiveerd. Eveneens worden groene elementen steeds meer gebruikt bij het ontwerpen van verschillende nieuwe ziekenhuisconcepten. Door de zitelementen kunnen sociale relaties tussen mensen gestimuleerd worden. Een connectie met een groene omgeving kan een effect hebben op het richtingsgevoel van bezoekers en patiënten, en kan op deze manier zorgen voor een comfortabel gevoel (Van den Berg, 2017; The Steering group of The Good Hospice in Denmark, 2006). Eveneens kan 'wayfinding' hiertoe bijdragen. Wayfinding is een proces waarbij ruimtelijke- en omgevingsinformatie wordt gebruikt om mensen te ondersteunen in het navigeren van plaats tot plaats. Dit proces bestaat uit vier fases; als eerste de oriëntatiefase die betrekking heeft op andere projecten in de omgeving van de bestemming. Vervolgens route beslissing, dat verwijst naar het kiezen van een welbepaalde route die leidt tot aan de bestemming. De derde fase is de route monitoring die betrekking heeft op het bevestigen van de route naar de bestemming, met uiteindelijk de laatste fase, de herkenning van de bestemming (Butler, Holden, Lidwell, 2010; Gibson, 2009). In het masterproject zal palliatieve zorg niet in een ziekenhuis worden aangeboden, maar in een andere omgeving. Het ontwerp is gebonden aan de context van Kotem en het aanbod van palliatieve zorg zal in relatie staan met andere delen in het programma. De inzichten die worden opgedaan tijdens het bestuderen van een ziekenhuis kunnen cruciaal zijn om te projecteren op het masterproject. Dit wordt verder besproken in Deel III van deze thesis.

Een ander aspect dat meespeelt zodat een persoon zich comfortabel voelt in een ziekenhuisomgeving is de zichtbaarheid van apparatuur, concreter in een privékamer van een patiënt. Deze ervaring kan een negatieve invloed hebben op het comfortabel voelen van een persoon in een ruimte. Hiernaast kan de mogelijkheid tot het verblijven van familie van een patiënt op de privékamer bijdragen aan het comfortabel voelen van een patiënt, maar ook familie van de patiënt. Dit kan een gelegenheid bieden om een aangename huiselijke omgeving te creëren (Vroom, 2015). Naast de mogelijkheid tot het verblijven van familie kunnen het materiaalgebruik en akoestiek ook bijdragen aan de ervaring van warmte, gezelligheid en gastvrijheid in een bepaalde omgeving (van Oldenbeek, 2015). Omwille van deze reden zullen ze ook toegevoegd worden aan de parameters.

3.2.2 FACTOREN M.B.T. RUIMTELIJKE KWALITEIT DIE EEN INVLOED KUNNEN HEBBEN OP EEN PERSOON

‘I confront the city with my body; my legs measure the length of the arcade and the width of the square; my gaze unconsciously projects my body onto the facade of the cathedral, where it roams over the mouldings and contours, sensing the size of recesses and projections; my body weight meets the mass of the cathedral door, and my hand grasps the door pull as I enter the dark void behind. I experience myself in the city, and the city exists through my embodied experience. The city and my body supplement and define each other. I dwell in the city and the city dwells in me.’

(Merleau-Ponty philosophy, beschreven in een van Pallasmaa's werken, "The eyes of the skin", p40, 2005).

De sfeer van een ruimte en de sfeer van architectuur wordt bepaald door de ervaring van ruimtelijke kwaliteit. De architect Zumthor en de filosoof Böhme omschrijven dat sfeer gecreëerd kan worden door materialiteit, textuur en tactiliteit, licht en schaduw, overgangen en dergelijke. Aan de andere kant omschrijven Wigley en Pallasmaa sfeer als een fysieke en zintuiglijke ervaring (Havik, 2013).

Volgens Wigley (2013) is sfeer vaag en ongrijpbaar en is het een persoonlijke ervaring die de kern van architectuur vormt. Sfeer overbrugt volgens Wigley de kloof tussen experts en leken, en ontstaat waar architectuur loskomt van haar autonome positie. Een ander belangrijk onderdeel is dat de link tussen bouwkundige realiteit en programmatische aspecten in het dagelijks gebruik zichtbaar is. Sfeer wordt bepaald door de aandacht voor licht en schaduw, materiaal, textuur en tactiliteit, door de veroudering en fysieke en zintuiglijke ervaringen. Zumthor, duidt sfeer in architectuur aan als de 'materiële compatibiliteit'. Sfeer speelt een grote rol in zijn projecten en de componenten die volgens hem bepalend zijn bij het creëren van sfeer in architectuur betreffen het gebruik van welbepaalde materialen, de temperatuur van een ruimte, de niveaus van intimiteit, en architectuur die werkt in een omgeving. Bij dit laatste component sluiten thema's zoals landschap, materialiteit, karakter en realiteit nauw aan voor het opbouwen van sfeer in zijn projecten (Havik, 2013).

Een Duitse filosoof die zich bij dit standpunt over sfeer aansluit is Böhme. Volgens hem ontstaat sfeer van een ruimte door een objectieve verzameling van materialen, aansluitdetails en ruimtelijke verhoudingen. Verder spelen veroudering van materialen, relatie met de plek en andere gebouwen, ritme en de hoeveelheid toetredend licht ook een rol voor het creëren van sfeer in een ruimte. Kort samengevat bestaat volgens hem sfeer dus uit twee perspectieven, namelijk de objectieve architectonische aspecten, en de subjectieve waarneming. Het landschap, de relatie tussen de mens en een gebouw, de overgang tussen binnen en buiten, de overgang tussen publieke en private sluiten ook aan bij deze twee perspectieven. Sfeer is dus volgens Böhme een samenspel van persoonlijke en emotionele indrukken van een ruimte (Havik, 2013). Deze definitie van sfeer in een ruimte of sfeer in architectuur overlapt voor een deel met de betekenis van sfeer voor de architect Pallasmaa. Volgens Pallasmaa (2014) betreft de kwaliteit van architectuur de atmosfeer die gecreëerd wordt. Er zijn twee belangrijke aspecten die volgens hem een grote rol spelen in de ervaring van sfeer. Enerzijds kun je een ruimte emotioneel ervaren, voordat je de ruimte intellectueel begrijpt. Anderzijds kan onze ervaring van architectuur en sfeer plaats vinden door onze verschillende zintuigen en sensoren. Een ruimte kan namelijk ervaren worden door het te zien, te horen of te voelen voordat we ons er bewust van worden hoe deze ruimte specifiek is ontworpen. Volgens Pallasmaa vloeien hieruit twee soorten architectuur; namelijk de architectuur van het oog dat controleert en de atmosferische architectuur die zich met een persoon verbindt. Pallasmaa pleit voor een architectuur die minder focust op de visuele eigenschappen en meer ontworpen is voor een ruimtelijke ervaring waar meerdere zintuigen geprikkeld worden (Borch, 2014). Met andere woorden, hij pleit ervoor dat sfeer als een eenheid ervaren wordt waarin alle zintuigen gelijktijdig geprikkeld worden. Het is belangrijk dat een architect bij het ontwerpproces gebruikt maakt van zijn inlevingsvermogen in de gebruikers, om zo de beleving van sfeer in architectuur als een lichamelijke ervaring te kunnen ontwerpen (Havik, 2013).

De sfeer in een ruimte heeft een zeer grote invloed op de ervaring van die specifieke ruimte door een persoon. De meeste mensen in de terminale fase zijn vatbaarder voor verschillende prikkels waardoor de sfeer en de architectuur van een ruimte een grote rol spelen (Gola, Francalanze, Galloni, Pagella & Capolongo, 2016). Het herkennen van de noden, wensen en ervaringen van mensen in de terminale fase is volgens mij daarom van groot belang voor het masterproject.

Tijdens het ontwerpproces is het cruciaal steeds terug te koppelen vanuit het perspectief van de patiënt en andere actoren, om zo het ontwerp te optimaliseren vanuit verschillende oogpunten.

Het lichaam speelt een grote rol in het ervaren van sfeer in een ruimte. Volgens Pallasmaa (2005) speelt tegenwoordig de visuele ervaring de grootste rol in het beoordelen van sfeer in architectuur, maar vroeger was dit anders. Net zoals de overgang tussen gesproken en geschreven taal, onderging het beleven van sfeer ook een overgang tussen de ervaring van auditief naar visueel. Pallasmaa wijst de dominantie van het oog echter af, omdat de visuele ervaring ervoor zorgt dat andere zintuigen naar de achtergrond geschoven worden, wat leidt tot onthechting, isolement en uitsluiting van andere sensorische aspecten in architectuur. De huid kan bijvoorbeeld een grote rol spelen voor de ervaring van textuur en tactiliteit, maar de temperatuur van een ruimte kan veel betekenen voor het gevoel van een ruimte. Ook het oor kan een ruimte of gebouw ervaren. Geluid creëert een sfeer van innerlijkheid, gebouwen brengen onze geluiden terug naar onze oren. Maar het meest standvastige geheugen van een ruimte is geur. Een specifieke geur van een ruimte draagt in grote mate bij tot een negatieve of positieve ervaring van een ruimte en wordt opgeslagen in ons geheugen.

Volgens Pallasmaa is het gebruik van natuurlijke materialen in architectuur van belang. Natuurlijke materialen drukken hun leeftijd, gebruik, geur en geschiedenis uit en dat leidt tot het waarnemen van een specifiek gevoel van een bepaald materiaal. Tegenwoordig worden veel producten machinaal gemaakt waardoor dit gevoel niet meer waar te nemen is. Door gebruik te maken in de architectuur van grote glasoppervlakten die geen schaal uitdrukken en plastics die geen leeftijd noch bepaalde tactiliteit uitdrukken, richten deze gebouwen zich doelbewust tot tijdloze perfectie. Volgens Pallasmaa is deze angst voor het toelaten van slijtage en leeftijd bij gebouwen gerelateerd aan onze angst voor de dood (Pallasmaa, 2005).

Om bepaalde ervaringen te ontwerpen voor het masterproject is het van belang dat beide perspectieven in acht worden genomen. Enerzijds dat sfeer in architectuur bepaald wordt door ervaring van ruimtelijke kwaliteit. Deze ruimtelijke kwaliteit wordt bepaald door factoren zoals materialiteit, textuur, tactiliteit, licht en schaduw, en tot slot door overgangen tussen verschillende omgevingen en ruimtes.

Anderzijds speelt het perspectief van fysieke en zintuigelijke waarneming ook een grote rol in mijn ogen. Door de combinatie te maken van beide perspectieven kunnen de verschillende zintuigen op een bepaalde manier extra getriggerd worden. Door deze combinatie kunnen dus in het masterproject de verschillende gewenste sferen gerealiseerd worden. Deze factoren zullen allemaal als parameter verwerkt worden; en meegenomen worden in het masterproject.



Afb. 4. Parameters, 2018 (Eigen bewerking).

4. CONCLUSIE

Uit de voorgaande literatuurstudie, gaande van hoofdstuk 1 tot en met hoofdstuk 3, kunnen we verschillende parameters afleiden waaraan we casestudies kunnen aftoetsen. In het volgende deel van deze scriptie zullen deze parameters dan ook de leidraad zijn om de analyse van acht casestudies die betrekking hebben op palliatieve zorg te helpen sturen. Naast de analyse van de verschillende casestudies op basis van deze parameters in Deel II, zullen zij ook de rode draad vormen voor het ontwerp van mijn masterproject. De manier waarop dit precies zal gebeuren, wordt verduidelijkt in Deel III van deze scriptie.

Kort samengevat is de basis van palliatieve zorg het aanbieden van een actieve en totale zorg voor patiënten waarbij geen genezing meer mogelijk is met als doel de kwaliteit van het leven te behouden en waar mogelijk te verbeteren. De parameters met betrekking tot architectuur die hiertoe kunnen bijdragen zijn onderverdeeld in drie niveaus; namelijk het macro-, meso- en microniveau. Hierbij wordt vanuit de omgeving waarin een gebouw zich bevindt steeds dieper ingezoomd tot het gebouw zelf, en verder tot de privékamer van een patiënt, omdat de patiënt hier de meeste tijd doorbrengt. Afbeelding 4 geeft een overzicht van alle parameters onderverdeeld in de verschillende niveaus.

Het macroniveau bestaat uit acht parameters, waarbij de eerste drie een rol spelen in het ontwerpproces. Persoonlijk vormt het woord '**pallium**' voor mij de basis van palliatieve zorg. Een persoon moet zich beschermd en goed voelen in een ruimte, zeker in de laatste levensfase. Dit gevoel kan extra opgeladen worden door rekening te houden met verschillende actoren. **Empathie** met actoren, zoals patiënt, naasten, dokters en zorgverleners is het belangrijkste om mee te nemen in het ontwerpproces vooraleer te starten aan een effectief ontwerp. Hiernaast is het in mijn ogen waardevol om als architect een duidelijke **visie** uit te werken over context en omgeving, programma gaan werken, en hoe het ontwerp van een ruimte invloed kan hebben op de ervaring van een ruimte door een persoon. De visie kan verder uitgewerkt worden in verschillende parameters. De eerste parameter met betrekking tot de omgeving spreekt zich uit over hoe een gebouw zich in de **omgeving** gedraagt en wat de **relatie met de context en andere gebouwen** is. Omgekeerd kunnen **natuur** en **oriëntatie** positief bijdragen aan de gemoedstoestand van een persoon. De laatste parameter die voor mij van belang is op macroniveau is de **toegang** tot het gebouw; deze parameter kan inspelen op het gevoel van de verschillende actoren in palliatieve zorg.

Achttien parameters worden ingedeeld op mesoniveau, deze hebben betrekking op het gebouw dat palliatieve zorg voorziet. De **structuur** van een gebouw is een parameter die zeker moet meegenomen worden bij de analyse van de casestudies en bij het masterproject. De structuur moet flexibel en functioneel zijn, zodat er makkelijk aanpassingen kunnen worden volbracht en het personeel en andere actoren goed kunnen functioneren. Hiernaast speelt de **routing** in een gebouw ook een grote rol. Het correcte gebruik van wayfinding, daglicht, kleur en kunst in een ontwerp kunnen hiertoe bijdragen. Het is belangrijk dat een persoon zich 'goed voelt' in een ruimte. Toegepast op palliatieve zorg, is dit een factor die kan bijdragen en zelfs kan voorkomen dat een patiënt zich geïsoleerd voelt. Architecturale parameters die op dit gevoel kunnen inspelen zijn **openingen, licht en schaduw, oppervlakte, hoogte en verhoudingen** van een ruimte. Ook speelt de **temperatuur van een ruimte** in op de gemoedstoestand van een gebruiker. De overgangen van en naar andere ruimtes hebben ook invloed op het comfortabel voelen van een persoon, de **niveaus van intimiteit** spelen hierbij een grote rol. De **materialiteit, textuur en tactiliteit** zijn eveneens belangrijke parameters die bijdragen tot **fysieke en zintuiglijke waarneming** van verschillende soorten ruimtes. Het is hierbij cruciaal de materiële compatibiliteit in acht te nemen. Deze opgenoemde parameters kunnen ook positief bijdragen aan het sociale contact tussen mensen, en hebben dus een invloed bij het ontwerpen van ontmoetingsplekken. In het algemeen is het van belang dat een '**ziekenhuis**' **sfeer voorkomen** wordt, maar het **klinische aspect** moet wel nog in acht worden genomen. Verder kunnen religies en rituelen positief bijdragen aan het stervensproces, daarom moet hier ook in het **programma** een speciale ruimte voorzien worden die rust uitstraalt. Een ruimte waarin verschillende geloofsvormen hun plek kunnen vinden. Tevens moet deze ruimte specifieke rituelen zoals het gebruik van wierrook en kaarsen toelaten. Specifiek voor de Islam is het van belang dat een persoon in de terminale fase de gelegenheid krijgt om op zijn rechterzijde te liggen, met het gezicht naar Mekka. In het programma kan ook een ruimte voorzien worden waarin therapieën plaatsvinden. Een voorbeeld hiervan is muziektherapie, deze soort therapie kan bijdragen aan de gemoedstoestand van een patiënt en kan opgekropte gevoelens helpen uit te drukken. Om andere personen niet te storen is **akoestiek** ook een parameter die meespeelt in het ontwerp.

Meer ingezoomd op de privékamer van een patiënt, zijn er vier parameters op microniveau. Het gevoel 'thuis' en de mogelijkheid tot **personaliseren** zijn parameters die een impact kunnen hebben. Een andere factor die kan bijdragen aan het 'thuis' gevoel is de mogelijkheid aanbieden voor het verblijven van familieleden. Bij het aspect personaliseren behoort ook het aspect privacy, dat een variabel gegeven is en afhangt van de gemoedstoestand van een persoon. Hierdoor is het cruciaal dat de mogelijkheid bestaat om **gradaties van privacy** op een eenvoudige manier te kunnen bewerkstelligen. Aangezien patiënten in het algemeen doorgaans heel wat tijd in bed doorbrengen speelt de vormgeving van het **plafond** een prominente rol, en behoort daarom ook tot de parameters die kunnen dienen voor het masterproject. Verder is het van belang dat architectuur toegepast wordt, niet alleen voor het welbevinden van een patiënt, maar ook kan beantwoorden aan de verwachtingen, wensen en zorgdoelen van een patiënt. Om aan deze doelen te kunnen voldoen is er mogelijk veel apparatuur nodig. De **zichtbaarheid** van deze **apparaten** kunnen negatieve gevoelens oproepen. Architectuur kan hier in een rol opnemen, en kan de mogelijkheid bieden om deze hulpmiddelen effectief en flexibel op te bergen. Tevens kunnen de nodige voorzieningen opgenomen worden in een ruimte om er indien nodig voor te kunnen zorgen dat het proces van euthanasie op een serene manier kan gebeuren. Parameters die hierop kunnen inspelen zijn vooral materialiteit, temperatuur van een ruimte en licht.

DEEL II

EMPIRISCH ONDERZOEK

INLEIDING

Als palliatieve zorg thuis niet meer haalbaar is voor een patiënt, hulpverleners of andere actoren, zijn er alternatieven waarop palliatieve zorg aangeboden kan worden voor een persoon. Uit onderzoek van wetenschappers van de afdeling oncologie in Boston (Wright, Keating, Balboni, Matulonis & Prigerson, 2010) blijkt dat de plek waar iemand sterft invloed heeft op de kwaliteit van het leven in de laatste fase. De conclusie uit dit onderzoek is dat mensen die in een ziekenhuisomgeving sterven meer emotionele en psychologische angst ondervinden dan mensen die thuis of in een hospice sterven. Ook het gevoel van comfort is volgens hun onderzoek lager in het ziekenhuis dan in een thuisomgeving.

In Deel II van deze thesis worden omwille van deze redenen verschillende soorten casestudies geanalyseerd. De casestudies zijn gekozen aan de hand van een aantal criteria. Als eerste moeten de casestudies palliatieve zorg op verschillende manieren aanbieden; de diversiteit van typologieën is daarom een eerste criterium. Ten tweede mogen de casestudies internationaal zijn. Om die reden betreffen de geselecteerde casestudies niet louter Belgische voorbeelden, maar zorgen ook cases uit Denemarken en het Verenigd Koninkrijk voor meer diversiteit op dit vlak.

Door op deze manier te werk te gaan, ben ik tot de selectie van drie verschillende soorten casestudies gekomen, namelijk (i) palliatieve eenheid van een ziekenhuis, (ii) hospice en (iii) Maggie's Centres. In de analyse wordt elk van deze casestudies getoetst aan de drie niveaus van parameters, geconcludeerd uit de literatuurstudie uit Deel I. Door de geselecteerde cases op deze manier te analyseren wil ik nagaan op welke wijze deze parameters in het masterproject concreet in architectuur ingezet kunnen worden of welke belangrijke aandachtspunten zeker meegenomen moeten worden in het ontwerp.

Wat de opbouw van Deel II betreft, ga ik in hoofdstuk 5 eerst dieper in op de palliatieve eenheid van een ziekenhuis. Mijn keuze gaat uit naar twee ziekenhuizen; namelijk het ZOL in Genk en het JESSA ziekenhuis in Hasselt, beiden gelegen in Limburg. Mijn keuze voor palliatieve eenheden van ziekenhuizen in Limburg is omwille van de locatie van het masterproject. Deze bevindt zich immers ook in Limburg, in de context van het dorp Kotem, een Belgisch dorp, in de gemeente Maasmechelen, net aan de Nederlandse grens. De analyse van deze cases bestaat telkens uit de toetsing van de parameters aan de drie verschillende niveaus zoals afbeelding 4 laat zien.

Voor elk niveau is er ook een afbeelding die de analyse verduidelijkt. Bij de analyse worden ook de bevindingen van de interviews die ik in de twee ziekenhuizen uitvoerde, en de analyse van mijn bezoek aan het ZOL, meegenomen. Na de analyse van palliatieve eenheden in de ziekenhuizen ga ik in hoofdstuk 6 dieper in op hospices. De keuze van cases bestaat hier uit twee hospices: een pilootproject in België en een gerealiseerd project in Denemarken. De analyse bestaat uit de toetsing van parameters aan de drie verschillende niveaus, telkens verduidelijkt met verschillende afbeeldingen. Tenslotte beschrijft hoofdstuk 7 van Deel II vier verschillende Maggie's Centres. Maggie's Centres worden meer aan sociale en zintuigelijke parameters getoetst, en beschreven hoe deze een connectie maken met de omgeving. In hoofdstuk 8 van Deel II wordt een conclusie gevormd over de drie verschillende typologieën heen.

5. ZIEKENHUIS - EENHEID PALLIATIEVE ZORG

Ziekenhuizen spelen een rol in palliatieve zorg. Zoals in Deel I uitgebreid besproken werd, heeft een ziekenhuissfeer een grote invloed op een persoon. In dit hoofdstuk worden twee ziekenhuizen in Limburg getoetst aan de parameters uit het literatuuronderzoek in Deel I. De eerste casestudy is de palliatieve eenheid van het ziekenhuis Zuid-Oost Limburg (ZOL) in Genk, gelegen in een bosrijke omgeving. De tweede casestudy is de palliatieve eenheid van het JESSA ziekenhuis, gevestigd op de Salvator campus aan de rand van de stad Hasselt.

5.1 WAT IS DE EENHEID PALLIATIEVE ZORG?

Volgens Netwerk Palliatieve Zorg Limburg (2017) wordt de afdeling in een ziekenhuis voor mensen die terminaal zijn, waarbij de patiënt permanent of tijdelijk op de afdeling kan verblijven, een eenheid “palliatieve zorg” genoemd. Het is een aangepaste afdeling waarbij er een huiselijke sfeer gecreëerd wordt en het aantal patiënten beperkt is. Hierdoor kan de palliatieve verzorging met voldoende tijd worden uitgevoerd en kan deze op het ritme van de patiënt worden aangeboden. Ook wordt er steeds overlegd met de familie en worden zij betrokken in de zorg en het proces van hun geliefde. In Limburg zijn er vier eenheden palliatieve zorg, namelijk in het Vesalius ziekenhuis in Tongeren, Mariaziekenhuis Overpelt, ZOL in Genk en het JESSA ziekenhuis in Hasselt (NPZL, 2017). Om de palliatieve zorg zo goed mogelijk te kunnen aanbieden werkt er meer personeel op de palliatieve eenheid dan op een andere ziekenhuisafdeling en zijn er geen gebonden bezoeken. Als een ziekenhuis geen eenheid palliatieve zorg heeft is er een palliatief supportteam beschikbaar dat minstens uit een palliatieve arts, verpleegkundige en een psycholoog bestaat. Elke afdeling in het ziekenhuis kan beroep doen op dit team waarbij ze de patiënten mee begeleiden of collega-zorgverleners bijstaan voor de palliatieve zorg van deze patiënten (Netwerk Palliatieve Zorg, 2017).

5.2 GESCHIEDENIS

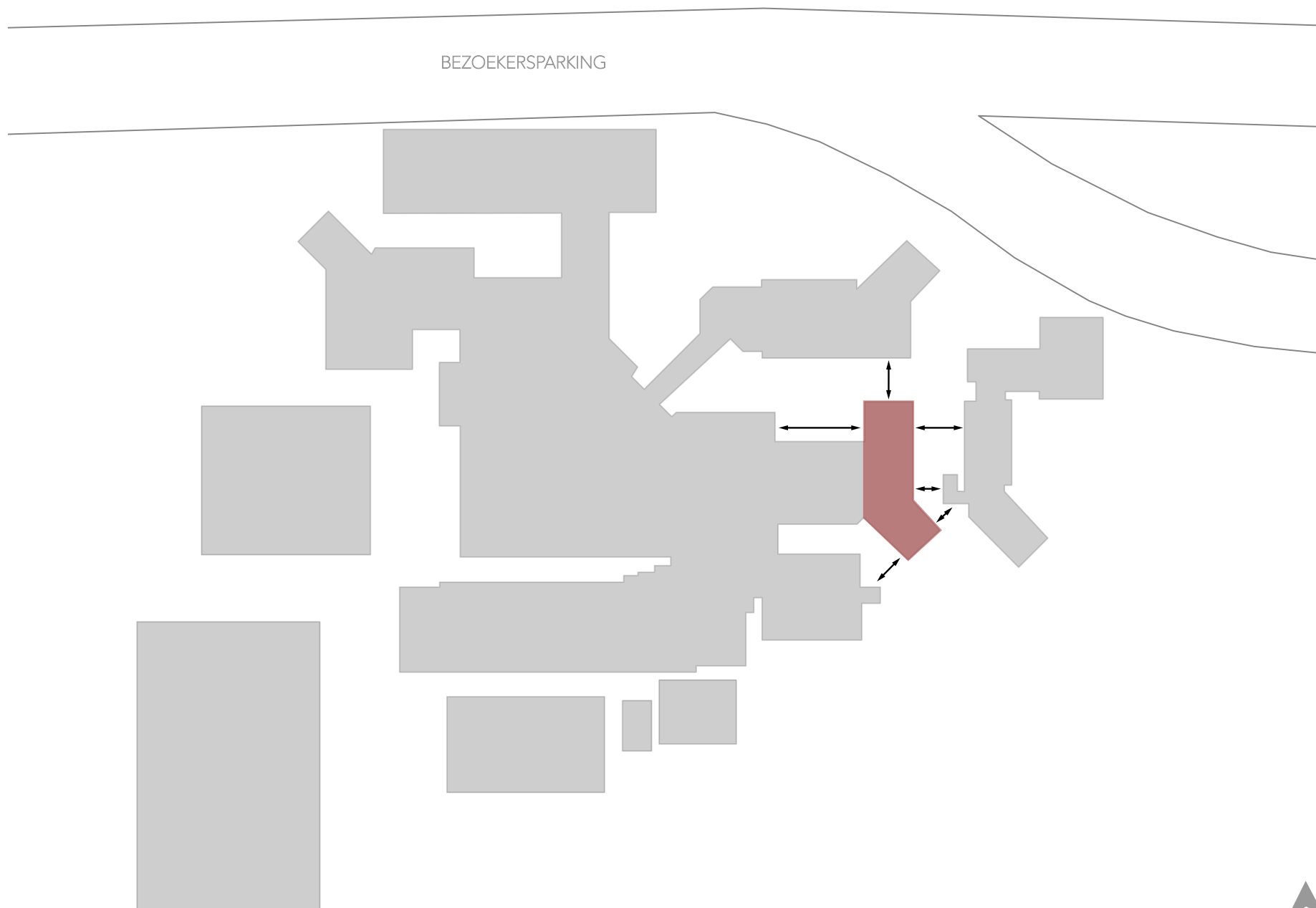
De evolutie van ziekenhuizen en de ontwikkeling van palliatieve zorg gaat terug tot bij de Grieken. Griekse ziekenhuizen waren gewijd aan de god van de geneeskunde, aesculaap, en gevestigd in heilige bossen waar met behulp van kruidendranken en rituelen gewerkt werd, met als doel vitale, genezende krachten te verwerken door middel van muziek, poëzie, kunst en schoonheid. Deze wijze van genezen is gebaseerd op hoop gevoed door positieve ondersteuning van priesters (Frampton & Charmel, 2009). Heel wat verder in de tijd, rond de 18de eeuw waren ziekenhuizen meer bestemd voor arme mensen. Op het einde van deze eeuw werden ziekenhuizen steeds meer en meer gemedicaliseerd en werd dit huis voor arme zieke mensen omgevormd tot een medische inrichting voor mensen die medische behandelingen konden betalen. Hiervoor werden zalen opgericht met een vijftigtal bedden die gescheiden werden door een aantal gordijnen (van den Berghe, 2008). Deze ziekenhuizen evolueerden in de jaren zeventig naar moderne, functionele instellingen. Palliatieve zorg ontwikkelde zich zeer laat in ziekenhuizen, pas in 1997 werden er erkenningsnormen voor een ziekenhuis opgesteld voor eenheid palliatieve zorg of palliatief supportteam waarbij wettelijke verplichtingen en kwaliteitsnormen worden uitgewerkt. In de wet van december 1988 op ziekenhuizen werd beschreven dat ziekenhuispersoneel bewust moest omgaan met terminale patiënten, maar werd nog niet specifiek als informatie opgenomen met betrekking tot een eenheid palliatieve zorg. Tussen 1995 en 1998 werden er netwerken en samenwerkingsverbanden opgericht die de Federale Overheid erkende en subsidieerde. Een jaar later vergrootte de overheidssteun de verspreiding van de palliatieve sectoren (VUB, 2016).

5.3 CASESTUDIES

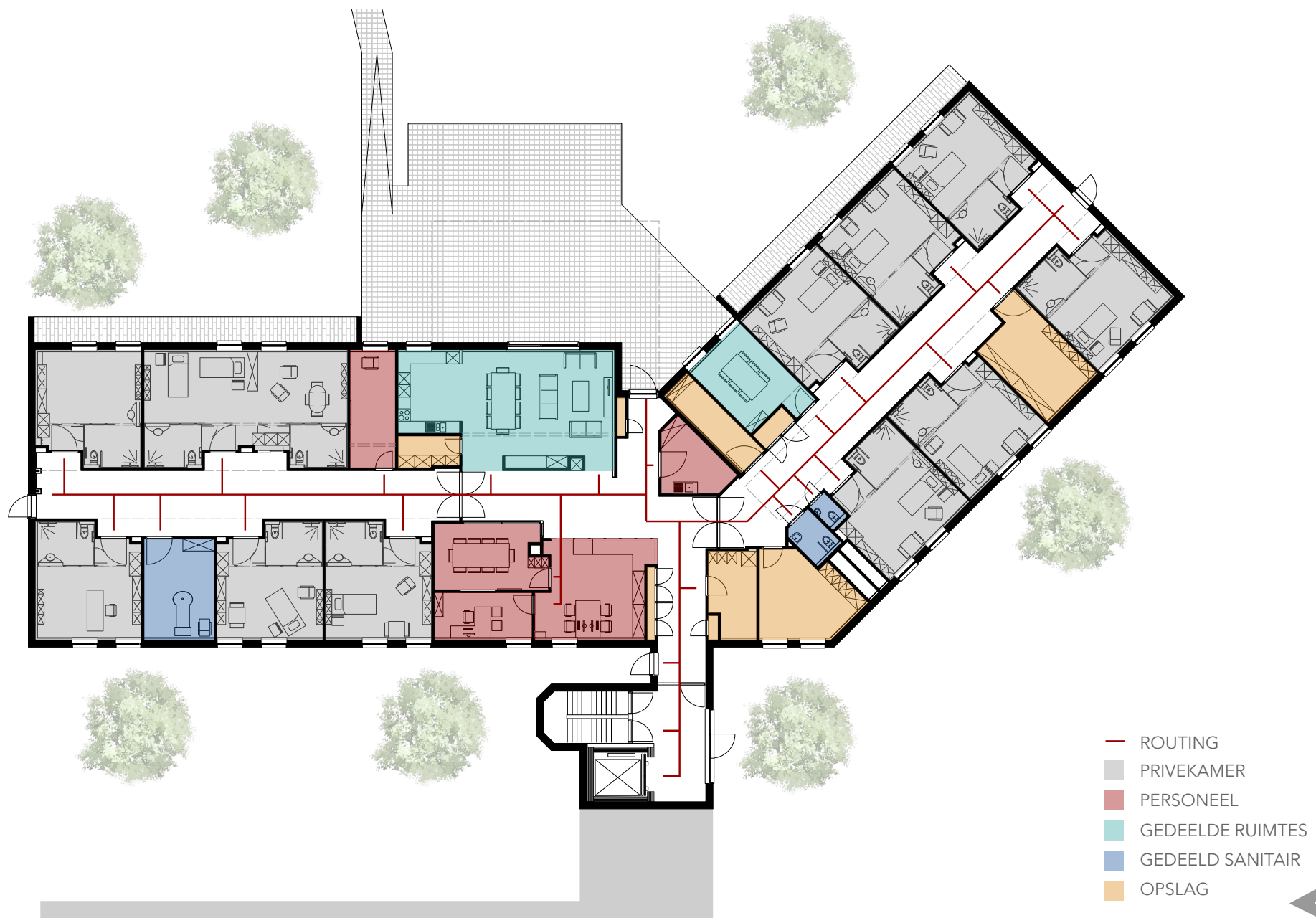
5.3.1 PALLIATIEVE EENHEID VAN HET ZOL, GENK

De palliatieve zorg in het ziekenhuis Zuid-Oost Limburg in Genk bestaat uit een palliatieve eenheid en een palliatief supportteam. Voor de noden en behoeften van ongeneeslijke patiënten wordt palliatieve zorg meer en meer geïntegreerd binnen patiëntenzorg. De palliatieve eenheid beschikt over 8 bedden en biedt een huiselijke inrichting, ook is het leefritme en de organisatie afgestemd op de behoeften van de patiënt en zijn naasten. De afdeling is dag en nacht beschikbaar en is altijd toegankelijk voor bezoek, zelfs nabestaanden kunnen na het overlijden van de patiënt nog een consultatie aanvragen op de eenheid voor begeleiding. Het PST, of het Palliatief Support Team bestaat uit een arts, psychologe, verpleegkundigen, sociaal verpleegkundige en een pastoraal werker. Dit team is in het gehele ziekenhuis actief en geeft advies aan zorgverleners. Ze organiseren ook bijscholing op gebied van palliatieve zorg. Het team biedt communicatie tussen patiënt en familie, ondersteuning van de zieke, informatie en advies, en speelt in op pijn- en symptoomcontrole (ZOL, 2017).

In wat volgt, wordt de palliatieve eenheid van het ZOL in Genk eerst getoetst aan parameters die betrekking hebben tot de omgeving waarin de palliatieve eenheid zich bevindt. Deze parameters behoren tot het macroniveau van de analyse, uiteengezet in afbeelding 4 bij de conclusie van Deel I. In afbeelding 5 is de inplanting van de palliatieve eenheid op de campus weergegeven in het rood en met pijlen aangeduid hoe deze zich verhoudt ten opzichte van de omgeving. De afdeling ligt aan de rand van het ziekenhuiscomplex en ligt tegenover een gebouw met onderzoekers. Er zijn twee toegangen aan de palliatieve eenheid. De eerste is vanuit het ziekenhuiscomplex zelf, waarbij je via de hoofdingang het gebouw nadert. De tweede toegang is mogelijk vanuit de bezoekersparkeerplaats doorheen het kleine groene gebied wat zorgt voor een andere sfeer dan de toegang vanuit het ziekenhuiscomplex. Bij een bezoek aan de buitenruimte vond ik dat er niet voldoende privacy was voor de patiënten van de palliatieve eenheid; enerzijds door onvoldoende afstand tussen de eenheid en het gebouw met onderzoekers, en anderzijds geen mogelijkheid om privacy op een andere manier te kunnen bewerkstellen. Verder heeft de natuur weinig tot geen invloed op de patiënten omdat deze minimaal tot bijna niet aanwezig is.



Afb. 5. Inplantingsplan ZOL, 2018 (Eigen bewerking).



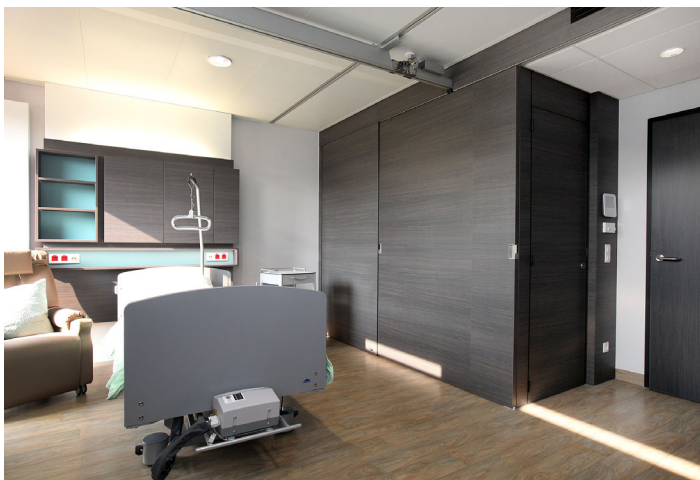
Afb. 6. Grondplan ZOL, 2018 (Eigen bewerking).

Voor de parameters oriëntatie, structuur en routing zoomen we verder in op het grondplan in afbeelding 6. De oriëntatie van de privékamers is verschillend. De gemeenschappelijke ruimtes en de helft van de privékamers is in oostelijke richting georiënteerd. De ruimtes voor personeel, de meeste opslagruimtes, de gedeelde badkamer en de andere helft van de privékamers zijn westelijk of zuidwestelijk georiënteerd. Verder is de structuur en ook de routing, aangeduid met een rode lijn op afbeelding 6, en is opgebouwd uit twee gangen waarmee alle functies verbonden zijn. De gedeelde functies en de personeelsruimten bevinden zich meer gecentreerd, waardoor de privékamers dus meer op het uiteinde van deze twee gangen gevestigd zijn. Deze twee gangen weerspiegelen een typische 'ziekenhuisgang' en door de klinische aspecten heerst er in grote mate een ziekenhuissfeer. Dit kan een negatieve impact hebben op de ervaring van patiënten en is dus een belangrijk uitgangspunt om aan te werken in het masterproject.

De parameters hoogte en oppervlakte hebben ook een invloed op de beleving van een ruimte. In deze palliatieve eenheid is de plafondhoogte in de verschillende ruimtes overal hetzelfde, waardoor het ruimtelijke aspect in grote mate verdwijnt. Alleen bij een ingang van privékamers, en bergingen wordt het plafond met 30cm verlaagd. Ook is er geen extra aandacht geschonken aan de plafondafwerking, waardoor een positieve beleving voor patiënten die veel in hun bed moeten liggen, niet optimaal gestimuleerd kan worden. In het masterproject zal het ontwerp van het plafond veel aandacht krijgen omdat veel mensen die terminaal zijn vaak voor een langere tijd bedgebonden zijn. Verder ingezoomd op de oppervlaktes bedraagt de oppervlakte van een privékamer, exclusief badkamer gemiddeld 22,00m². Iedere privékamer heeft aansluitend ook een badkamer met wastafel, toilet en douche en deze bedraagt gemiddeld 5,80m². De personeelsruimten zijn verdeeld over een oppervlakte van 78,00 m². Verder bedraagt de oppervlakte voor gedeelde ruimtes 63,00 m², dezelfde oppervlakte als voor de opslagplaatsen. Een andere parameter die ook belangrijk is zoals geïllustreerd in afbeelding 4 van Deel I, betreffen de verschillende niveaus van intimiteit. In dit ontwerp voor de palliatieve eenheid is in mijn ogen rekening gehouden met deze parameter. Voor het toetreden van een privékamer is er een kleine overdekte toegang voorzien, waardoor de overgang naar een privékamer duidelijk aangegeven wordt. Verder is de toegang naar de keuken en de woonkamer duidelijk zichtbaar omdat er geen deuren voorzien zijn, waarbij tegelijkertijd een muur die fungeert als kast geplaatst is om alsnog de privacy te bewaren.

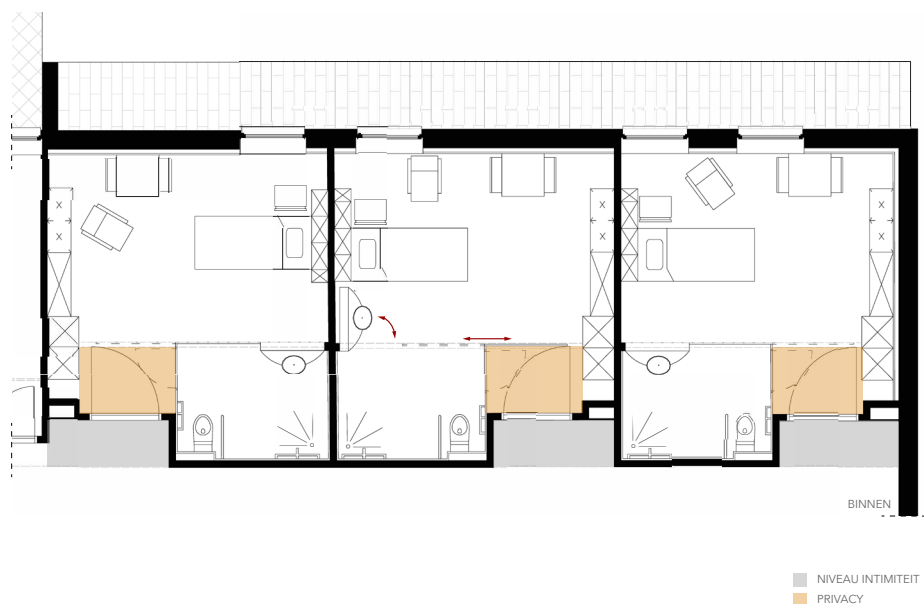
Door de combinatie van duidelijke toegang maar voldoende privacy is er in mijn ogen voldoende rekening gehouden met de parameter intimiteit. De parameters openingen, met daaraan gelinkt licht en schaduw zijn voldoende in het ontwerpproces betrokken. De openingen van de privékamers zijn goed geproportioneerd om de privacy te bewaren ten opzichte van de patiënt tegenover omliggende gebouwen. Ook treedt er voldoende licht binnen in deze privékamers. Verder beschikt de keuken en de woonkamer ook over een adequate toetreding van licht. De personeelsfuncties hebben een minimale lichttoetreding door middel van een bandraam. Dit is in mijn ogen te weinig om een positieve invloed te kunnen hebben op de werknemers.

De materialiteit, textuur en tactiliteit kunnen ook een positieve invloed hebben op de verschillende actoren in de palliatieve zorg. Voor de eenheid zijn er vooral materialen gebruikt die aan de vraag van het klinisch aspect beantwoorden, maar geen huiselijke sfeer met zich meebrengen. Door gebruik te maken in de gangen van vinylvloeren en gladde witte wanden, zonder een bepaalde textuur, of geen gebruik te maken van natuurlijke materialen wordt een ziekenhuissfeer in mijn ogen versterkt. Deze sfeer heeft geen positieve invloed op het welbevinden van een persoon. In het masterproject zal deze parameter ook een zeer grote rol spelen in het ontwerp.



Afb. 7. Timmermans interieur. Privékamer ZOL, 2016.

In afbeelding 7 en 8 is er verder ingezoomd op een privékamer van de palliatieve eenheid in het ZOL. In het ontwerp is er rekening gehouden met de privacy van een persoon. Bij het gebruik van de badkamer schuift een verplaatsbare wand voor de ingang van de privékamer, weergegeven met een rode pijl in afbeelding 8. Hierdoor wordt het bezoek geremd om de privékamer verder binnen te lopen terwijl de patiënt gewassen wordt. Dit draagt naar mijn mening positief bij aan de parameters intimiteit en privacy. Ook kan de wastafel tegen de muur aangeschoven worden, waardoor het volledige bed in de douche verplaatst kan worden. In geval van nood is er een deur vanuit de inkom die naar buiten open gaat, zodat verpleging of andere hulp altijd kan ingrijpen bij een noodgeval. De privékamer kan ook gepersonaliseerd worden door middel van het plaatsen van schilderijen en andere persoonlijke zaken. Verder is de apparatuur zoals zuurstof opgeborgen in een kast, en indien nodig is alleen een slang zichtbaar bij het toedienen. Enkel de rails voor de tillift zijn zichtbaar in het plafond. Door de specifieke keuze van de materialen springt het klinische aspect toch nog in het oog, waardoor een grote kans tot de mogelijkheid van fysieke en zintuiglijke ervaring naar mijn mening verdwijnt.

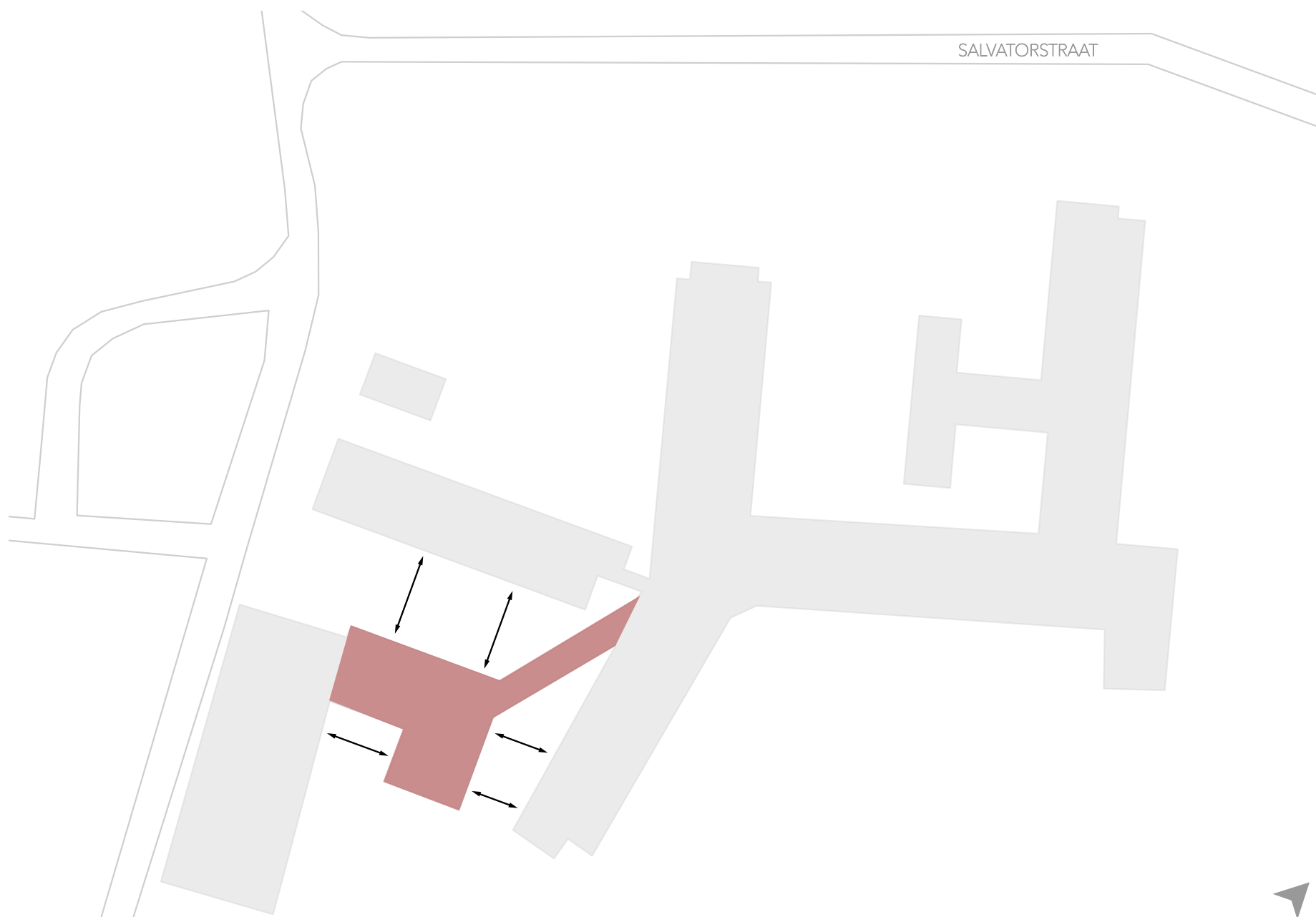


Afb. 8. Grondplan privékamer ZOL, 2018 (Eigen bewerking).

5.3.2 PALLIATIEVE EENHEID VAN HET JESSA, HASSELT

Het JESSA ziekenhuis in Hasselt heeft een palliatieve eenheid en een palliatief support team (PST). Hun doel is zorg aanbieden op alle gebieden (fysiek, emotioneel en geestelijk), maar zij geven ook begeleiding bij ethische vragen zoals palliatieve sedatie, euthanasie en andere vragen over het levenseinde. Het advies van het PST wordt altijd aan de behandelende arts meegedeeld omdat deze finaal verantwoordelijk is voor de zorg. Het Palliatief Support Team bestaat altijd uit leden gespecialiseerd in palliatieve zorg, namelijk twee palliatieve artsen, twee psychologen en twee palliatief verpleegkundigen. De palliatieve eenheid is gelegen op de Salvator campus en bestaat uit zeven privékamers, met huiselijke leefruimte, keuken en een gespreksruimte. De familie en naasten kunnen altijd op bezoek komen en zelfs overnachten, en betrokken worden bij de verzorging van hun geliefde. Op deze eenheid werken buiten de gediplomeerde zorgverleners een 25-tal vrijwilligers die voor de patiënt en familie ter beschikking staan (Jessazh, 2017).

Zoals afbeelding 9 laat zien is de palliatieve eenheid gevestigd op de Salvator campus en is omgeven door verschillende gebouwen. De palliatieve eenheid is gevestigd op de eerste verdieping en kan gebruik maken van een klein gedeelte van het dak van het aanpalende gebouw als buitenruimte. Het gebouw is gevestigd aan de rand van de stad, maar er is bijna geen contact met natuur of groen. De hoofdtoegang is via de lange gang vanuit het grote ziekenhuiscomplex, of via een trap vanuit de buitenruimte naar de eenheid. Relatie met de context is er in mijn ogen niet; deze uitspraak wordt ook door interviews en gesprekken bevestigd. Door de interviews en gesprekken met personeel krijg ik een betere blik op hoe palliatieve zorg in de praktijk functioneert, en waar architectuur kan bijdragen op een bepaalde manier.



Afb. 9. Inplantingsplan JESSA/Salvator campus, 2018 (Eigen bewerking).

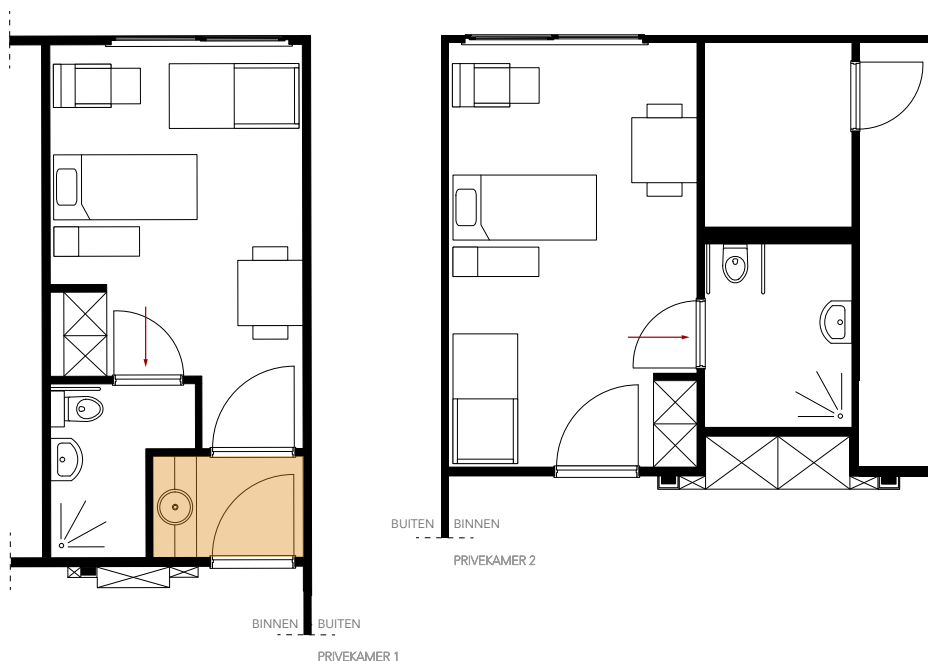


Afb. 10. Grondplan JESSA, 2018 (Eigen bewerking).

Verder ingezoomd, geeft afbeelding 10 het grondplan van de palliatieve eenheid van het JESSA ziekenhuis weer. Naar mijn mening vind ik de oriëntatie niet optimaal voor de privékamers, omdat er volgens mij te weinig zonlicht kan toetreden. De helft van de privékamers zijn gericht op het oosten, de andere helft op het westen. Deze oriëntatie is wel optimaal voor de gemeenschappelijke ruimtes zoals de keuken en de woonkamer. Deze zijn namelijk op het zuiden gericht voor voldoende zon en licht overdag. De parameters structuur en routing zijn ook aangeduid op het grondplan. De structuur bestaat, net zoals de palliatieve eenheid van het ZOL, uit twee grote gangen. Volgens mij wordt hierdoor ook weer de ziekenhuissfeer versterkt. Uit het grondplan kunnen we afleiden dat de privékamers telkens aan één kant en op het uiteinde van een gang gecentreerd zijn. De andere functies zoals personeel en gedeelde ruimtes bevinden zich telkens aan de andere kant van de gang. Qua oppervlakte zijn de privékamers van de palliatieve eenheid van het JESSA ziekenhuis gelijk aan de oppervlaktes van de privékamers van de eenheid van het ZOL, deze bedraagt namelijk ook gemiddeld 22m², exclusief badkamer. De badkamers bestaan in beide palliatieve eenheden uit een wasbak, toilet en een douche en bedragen gemiddeld 5,80m². De oppervlakte van de gedeelde ruimtes komt ook ongeveer overeen met deze van het ZOL en bedraagt 80m². De opbergruimtes in het JESSA ziekenhuis hebben een veel kleinere oppervlakte, namelijk 27m², dit is minder dan de helft dan de opbergruimtes in het ZOL. De oppervlakte beschikbaar voor het personeel is daarentegen 1/3 meer dan de oppervlakte die beschikbaar is voor personeel in het ZOL, deze bedraagt rond de 90m². Dit komt doordat er een extra bureel is voorzien niet enkel voor de hoofdverpleegkundige zoals in het ZOL, maar ook voor de dokter die actief is op deze palliatieve eenheid.

De parameters materialiteit, textuur en tactiliteit komen bij deze campus naar mijn mening minimaal tot uiting. De materiaalkeuze lijkt in grote mate het klinische aspect te stimuleren, met als gevolg dat de ziekenhuissfeer er in grotere mate ervaren kan worden.

Afbeelding 11 geeft de twee verschillende soorten privékamers van de palliatieve eenheid van het JESSA ziekenhuis weer. De parameters niveau van intimiteit en privacy zijn verschillend voor beide privékamers. Naar mijn mening waarborgt privékamer 1 een grotere privacy en wordt er door gebruik te maken van een sas ook een bepaald niveau van intimiteit gecreëerd. Bij privékamer 2 is er een rechtstreekse toegang, in mijn ogen zonder privacy en zonder enig niveau van intimiteit. Dit wordt voor het masterproject een belangrijk aandachtspunt bij het ontwerp. In beide privékamers is apparatuur zichtbaar, wat de ervaring van een patiënt op een negatieve manier kan beïnvloeden. Ten slotte is er een minimale mogelijkheid om de privékamer te personaliseren.



Afb. 11. Grondplan privékamer JESSA, 2018 (Eigen bewerking).

6. HOSPICE

In dit hoofdstuk wordt het concept hospice uiteengezet. Hospices doelen specifiek op mensen die zich in hun laatste levensfase bevinden, vandaar ook de keuze om deze toe te voegen aan de casestudies. Het hoofdstuk start met een inleiding over wat een hospice nu eigenlijk is, en licht kort de evolutie ervan toe. Verder worden twee hospices getoetst aan de parameters uit de literatuurstudie. De keuze gaat uit naar twee casestudies vanwege de diepgang en betekenis wat deze projecten hebben in de recente toonaangevende evolutie in de hospice-architectuur. Het CODA hospice is een pilootproject en is tot nu toe nog niet gebouwd. The Good Hospice is eerst onderworpen aan een groot onderzoek over hoe andere hospices het ontwerp van het Deense hospice positief kunnen beïnvloeden, en is intussen gebouwd.

6.1 WAT IS EEN HOSPICE?

Een hospice is een plek waar mensen in hun laatste levensfase terecht kunnen voor terminale zorg. Een hospice is een kleinschalig en zelfstandig systeem, vaak onafhankelijk van een ziekenhuis, met een specifieke zorg voor patiënten en een bepaald programma. Een hospiceprogramma is voornamelijk gericht op thuiszorg, maar voorziet ook voorzieningen wanneer thuiszorg niet (meer) haalbaar is. Architectuur wordt zelden betrokken bij de planning van een hospice, terwijl het wel een grote bijdrage kan hebben voor de zorg van patiënten en andere actoren (William M., Markel M.D., Virginia, B. Sinon, 1978; Worpole, 2009). Een hospice wordt ook wel een bijna-thuis-huis genoemd, vooral door de huiselijke inrichtingen (Palliatieve zorg, 2017).

Naast hospices waar mensen kunnen overnachten en resideren, zijn er ook dag hospices. Deze vervullen drie functies, namelijk controle over pijn en andere symptomen, hulpverlening voor familie, en een belangrijke sociale functie. Patiënten in een dag hospice zijn allemaal verschillend. Sommige zijn pas gediagnosticeerd, terwijl een terminale ziekte bij anderen al veel verder gevorderd kan zijn. Door deze mengeling van patiënten in verschillende stadia van diverse soorten ziektes kan er wederzijdse ondersteuning ontstaan. Dit sociale aspect kan bijdragen in het verwerkingsproces van de laatste fase van een mens (The Steering Group of The Good Hospice Denmark, 2006). Een hospice is dus een plaats die specifiek ontworpen is voor mensen waarbij de dood nadert, en heeft als hoofddoel de waardigheid van de patiënten te behouden. Deze soort architectuur kan een grote inspiratiebron zijn voor het masterproject en wordt daarom onderworpen aan een analyse op basis van de parameters.

6.2 GESCHIEDENIS

De naam 'hospice' werd voor het eerst gebruikt voor rusthuizen ontworpen voor vermoeide pelgrimsreizigers in Europa, in de vierde eeuw. Deze waren gefocust op fysieke verzorging, een andere doelgroep en zorginhoud dan palliatieve zorg vandaag de dag. In het midden van de negentiende eeuw werd het begrip 'hospice' opnieuw geïntroduceerd door Françoise Jeanne Garnier en de Ierse Congregation of Religious Sisters Charity. In 1843 werd in Lyon het eerste hospice opgericht voor ongeneeslijk zieke mensen, daarna volgen andere in onder meer Parijs, Marseille, Dublin en later ook in Londen. De hospicezorg zelf kende in 1967 een grote vooruitgang door de Engelse verpleegkundige en arts Dame Cicely Saunders. Volgens haar kon de gezondheidszorg in de laatste levensfase veel meer betekenen voor de patiënt en de familie dan de onpersoonlijke en eenzijdige zorg die op dat moment doorgaans werd aangeboden in ziekenhuizen. Pijnbestrijding speelde hierin een grote rol net zoals aandacht voor niet-lichamelijke problemen. De omgeving waarin de patiënt zich in deze laatste fase bevindt was volgens Saunders een belangrijk aspect in de verwerking van dit proces. De omgeving moet rustig en kleinschalig zijn en moet warmte en medemenselijkheid uitstralen zonder de zorg te beïnvloeden.

6.3 CASESTUDIES

Op het gebied van hospices worden twee in mijn ogen toonaangevende projecten getoetst aan de parameters uit Deel I. Het eerste project is gesitueerd in België, namelijk het CODA hospice in Wuustwezel. Dit project is gekozen omwille van zijn architecturale opzet en het vermogen om zich in te leven in palliatieve zorg. Het tweede project is The Good Hospice in Denemarken. Door de diepgaande analyse die uitgevoerd werd voordat het ontwerp plaatsvond is dit hospice volgens mij ook een belangrijk project om te analyseren.

6.3.1 CODA HOSPICE

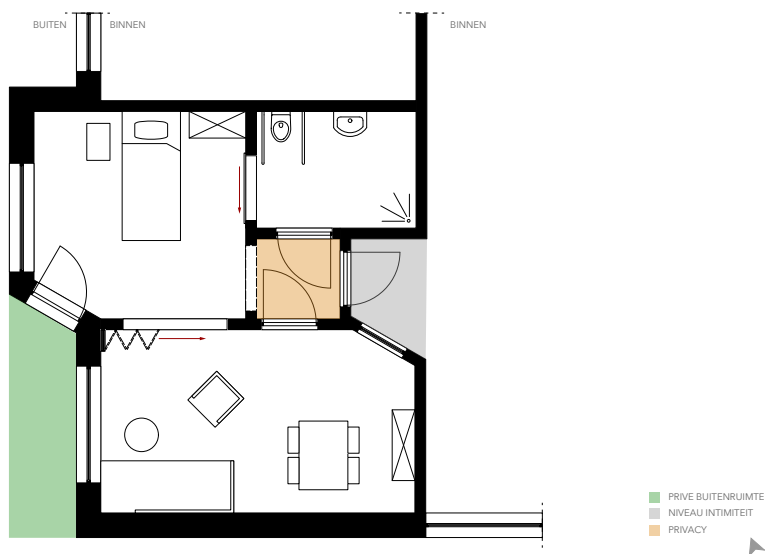
Het ontwerp voor een palliatief centrum is een pilootproject ontworpen door noaArchitecten. NoaArchitecten is een Belgisch architectenbureau die meerdere projecten hebben gerealiseerd op het gebied van zorg. Het pilootproject vindt plaats in een oude kloosterhoeve sinds 1996. Deze huisvest verschillende aspecten van palliatieve zorg zoals thuiszorgdiensten, twee dagcentra, privékamers voor tijdelijk verblijf, expertisecentrum voor palliatieve zorg en een hospice, dit is een unieke samenstelling in België.

Aangezien de vraag naar deze soort centra steeds stijgt, beantwoordt het CODA centrum aan deze behoeften (Gonnissen, 2018). Het hospice is een verblijf met een bijna-thuis-huis omgeving en een huiselijke warme sfeer. Er is plaats voor acht mensen van alle leeftijden die terminaal zijn, en er wordt de mogelijkheid aangeboden voor familie om te overnachten. Ook is er de mogelijkheid om gebruik te maken van het CODA dagcentrum. Verder zijn er geen vaste bezoeken, maar er wordt steeds door het personeel gewaakt dat mogelijk bezoek geen belasting voor de patiënt wordt (CODA, 2014). De architecten hadden een belangrijk uitgangspunt, namelijk geen “instituut” ontwerpen, maar een huis met de geruststellende aanwezigheid van professionele medische hulp. Deze visie is duidelijk, en wordt verder aangevuld doordat het centrum een zorgcontinuüm aanbiedt (Gonnissen, 2018). Deze visie is een inspirerend aspect voor het masterproject.

Het CODA hospice is omringd door een groene omgeving en een kloostertuin, die fungeert als een soort pallium, met andere woorden een beschermmantel. Hierdoor wordt enerzijds de privacy gewaarborgd van de patiënten en anderzijds kan de natuur en de groene omgeving bijdragen tot het welbevinden van een patiënt (CODA, 2014). Door het verwerken van de natuur en de orangerie in het centrum wordt ook de zintuiglijke ervaring gestimuleerd (Gonnissen, 2018). Verder is het gebouw rolstoeltoegankelijk en bevindt de toegang zich subtiel aan het einde van een verhard pad, omringd door groen. De structuur is opgebouwd uit een gang rond een binnentuin, zoals afbeelding 12 laat zien. Door deze specifieke vormgeving van de gang wordt een ziekenhuissfeer vermeden, en kan deze zelfs sociaal contact stimuleren. Zoals afbeelding 12 laat zien, is de oriëntatie van de privékamers en gedeelde ruimtes in mijn oogpunt optimaal. De gedeelde ruimtes zijn naar het zuiden georiënteerd, wat ook in grote mate bijdraagt aan de kwaliteit van de lichtinval. De privékamers zijn naar het zuidoosten of naar het westen georiënteerd. De personeelsruimten en privékamers voor het dagcentrum zijn naar het noorden georiënteerd, wat in mijn ogen geen invloed heeft op deze actoren. Er is ook een gemeenschappelijke woonkamer waar bezoek ontvangen kan worden en een plek waar iemand rustig een boek kan lezen of muziek kan beluisteren (CODA, 2014). De parameters materialiteit, textuur en tactiliteit zijn in mijn ogen meegenomen in dit project. Er wordt gebruikt gemaakt van warme, duurzame en huiselijke materialen (Gonnissen, 2018), wat positief bijdraagt tot het verminderen en zelfs verhinderen van ziekenhuissfeer en de klinische parameters.

Enerzijds stimuleert de structuur mogelijke sociale ontmoetingen, maar waarborgt anderzijds steeds de privacy van patiënten en bezoekers. Door de plaatsing van de privékamers, gangen, gemeenschappelijke ruimtes en patio's wordt er rekening gehouden met de parameter intimiteit en privacy.

Verder ingezoomd, zoals weergegeven in afbeelding 13, is de privékamer huiselijk ingericht en zijn er meerdere mogelijkheden tot personaliseren. De gemiddelde oppervlakte van een privékamer, exclusief badkamer bedraagt 40 vierkante meter. Er is een koelkast beschikbaar, en er zijn TV, radio en cd-spelers voorzien. Elke privékamer heeft aansluitend een kleine woonkamer, een eigen wastafel en een wc. In de centrale badkamer is er een douche en een bad beschikbaar (CODA, 2014). Het plafond loopt schuin door de typologie die de architecten hebben toegepast, hierdoor kan er ruimtelijkheid worden gecreëerd en wordt er minimaal bijgedragen aan de parameter met betrekking tot plafond. Door te werken met schuine toegangen vanuit de gangen en van buiten uit, blijft de privacy van de patiënt steeds gewaarborgd (noAarchitecten, 2018). Doordat bewoners zich veel plekken kunnen toe-eigenen en persoonlijke gewoonten nog steeds kunnen plaats vinden (Gonnissen, 2018) wordt er zeer positief ingespeeld op de parameter die betrekking heeft op de mogelijkheid tot het personaliseren van een ruimte.



Afb. 13. Grondplan privékamer CODA, 2018 (Eigen bewerking).



Afb. 12. Grondplan CODA, 2018 (Eigen bewerking).



Afb. 14. Grondplan The Good Hospice, 2018 (Eigen bewerking).

6.3.2 THE GOOD HOSPICE

The Good Hospice in Denemarken is ontworpen door Nord Architects en in 2016 gerealiseerd. Nord Architects is een Deens architectenbureau die meerdere projecten hebben op gebied van zorg. Voorafgaand aan het feitelijk ontwerp van het hospice vond een onderzoek plaats. Uit dit onderzoek vloeiden verschillende aandachtspunten om in het ontwerpproces op te focussen, om zo goed mogelijk optimale omstandigheden te creëren voor de verschillende actoren zoals de patiënten, familieleden, vrijwilligers en de werknemers in het hospice. Een groot standpunt dat de ontwerpers innamen was dat zij een groot platform wilden ontwerpen waar de palliatieve zorg centraal staat en gedeeld kan worden met anderen. Ook wilden zij inspelen op de verschillende wensen, behoeften van de individuele patiënten. Het laatste aandachtspunt die de ontwerpers voorop hadden gesteld is het stimuleren van sociale contacten door het hospice zo te ontwerpen dat er sociale interactie is tussen patiënten, familieleden, vrijwilligers en werknemers in een hospice (The Steering Group of The Good Hospice Denmark, 2006).

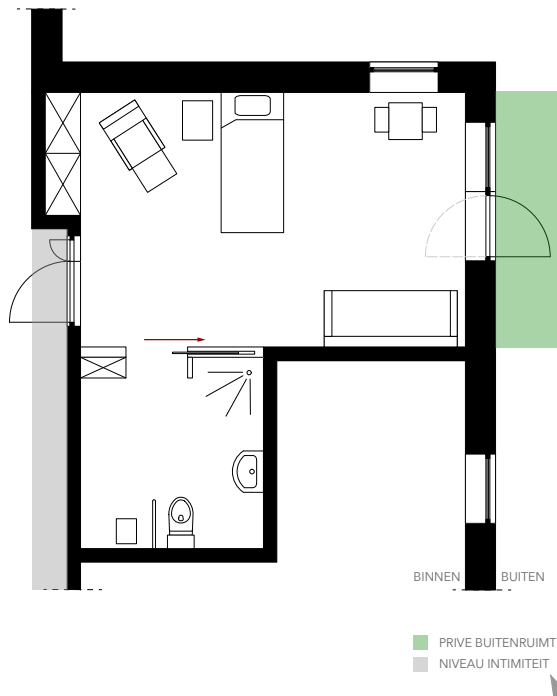
In afbeelding 14 is de routing aangeduid in een rode lijn. In mijn opzicht is dit hospice opgebouwd uit een centrale plek met daaraan gangen die leiden naar de privékamers of personeelsruimten. De centrale zone kan sociale interacties stimuleren, ook de proporties van deze ruimte laten dit toe. Uit het onderzoek van de stuurgroep blijkt dat ze gangen willen vermijden omwille van de relatie met een ziekenhuis. Naar mijn mening heeft deze routing naar de privékamers of personeelsruimten toch nog de specifieke proporties om een gang te zijn. Enerzijds wordt het ervaren van een gang extra gestimuleerd door een deur te plaatsen naar deze ruimte, anderzijds zorgt deze deur voor een bepaalde gradatie van privacy. De parameter oriëntatie is in mijn ogen niet genoeg benadrukt. Alle privékamers zijn in noordelijke of oostelijke richting georiënteerd en de gedeelde ruimtes in westelijke richting. Dit vind ik persoonlijk jammer. Verder is het hospice omringd door groen, wat wel een positieve invloed kan hebben op de verschillende actoren. De toegang tot het gebouw kan een grote impact hebben op een persoon. Zoals afbeelding 15 laat zien hebben de ontwerpers gebruik gemaakt van een oprit in een flauwe bocht doorheen een groene omgeving. Volgens de onderzoekers van The Good Hospice, en daar sluit mijn mening ook bij aan, kan het ontwerp van een toegang een grote impact hebben op zowel patiënten als familieleden. Omwille van deze reden zal de toegang tot een gebouw ook een belangrijk aandachtspunt zijn in het masterproject.

Verder is er in mijn ogen goed nagedacht over de proporties en hoogtes van de verschillende ruimtes. Er is bewust omgegaan met de keuze van materialen. De materialiteit, textuur en tactiliteit zijn zo gekozen dat het klinisch aspect nog altijd bewaard blijft, maar zodanig dat er geen ziekenhuissfeer ervaren wordt door patiënten en familieleden.

Verder ingezoomd op de privékamers, zoals afbeelding 16 laat zien, is er een intiemere zone voor het toetreden van de privékamers aangeduid in het grijs. De parameter privacy getoetst aan de privékamer is in mijn ogen niet optimaal ingezet, doordat er geen gradatie van privacy mogelijk is. De mogelijkheid tot personaliseren en de huiselijke sfeer extra te stimuleren is wel tot uiting gekomen in het ontwerp. Ook zijn apparaten zo ver mogelijk weg gewerkt in de meubels, om associatie met een ziekenhuis te voorkomen. Verder is er ook nagedacht over het feit dat de meeste patiënten de grootste tijd in bed doorbrengen. Daarom hebben ze extra aandacht geschonken aan de afwerking van het plafond. Elke privékamer heeft een balkon dat overgaat in een terras of in het groen, en is toegankelijk met een bed. Volgens de architecten wordt de privékamer hierdoor meer ervaren als een open ruimte gericht op het groen, wat patiënten hun welbevinden op een positieve manier kan stimuleren. Tot slot is er ook rekening gehouden met het artificieel licht. Licht om een patiënt te onderzoeken en sfeerlicht zijn apart bedienbaar, om zo een huiselijke sfeer te kunnen bewaren.



Afb. 15. Nord Architects, 2016.



Afb. 16. Grondplan privékamer The Good Hospice, 2018 (Eigen bewerking).

7. MAGGIE'S CENTRES

Maggie's Centres kunnen beschouwd worden als een bijzondere vorm van hospices. Het betreffen dagcentra die vooral een grote bijdrage kunnen hebben aan het sociale aspect in een palliatief proces van een persoon. Doordat het een dagcentrum is, is er geen mogelijkheid tot permanent verblijven. Om die reden kunnen parameters zoals personaliseren en zichtbaarheid van apparatuur van een privékamer niet besproken worden, en zal de analyse van de projecten die ik in dit hoofdstuk bespreek, zich hoofdzakelijk beperken tot programma, omgeving en relatie met de context, natuur, en toegang tot het gebouw. Omdat Maggie's Centres echter vaak architecturale parels zijn, bespreek ik in dit hoofdstuk beknopt vier projecten, ontworpen door Frank Gehry, Snohetta, Zaha Hadid en Norman Foster.

7.1 WAT IS EEN MAGGIE'S CENTRE?

Een Maggie's Centre is een plek waar gratis praktische, emotionele en sociale steun aangeboden wordt aan mensen met kanker en hun familieleden. Het sociale concept dat achter deze gedachte schuilt speelt een grote rol; het is een ontmoetingscentrum voor mensen in dezelfde situatie, waardoor ze gedachten en vragen met elkaar kunnen delen en op die manier kunnen bijdragen aan het welzijn van een persoon. De basis van een Maggie's Centre is ontstaan vanuit het idee om meer positief te leven met kanker. Stressverlagende strategieën, psychologische ondersteuning, medische behandelingen en de mogelijkheid om mensen in dezelfde omstandigheden te ontmoeten in een aangename sfeer zijn belangrijke uitgangspunten voor de start van een Maggie's Centre. Maggie Keswick Jencks was de vrouw die de spil vormde voor het ontwerp van deze Maggie's Centres. In 1993 werd bij haar geconstateerd dat de borstkanker teruggekeerd was en dat ze in korte tijd zou sterven. Maggie was vastberaden om de angst om te sterven niet de vreugde van het leven te laten beïnvloeden en werkte samen met haar man, Charles Jenks, een ontwerp uit voor een eerste Maggie's Centre. Door nauwe samenwerking tussen Maggie en haar man, en de verpleegkundige oncologie Laura Lee, gedurende de periode van Maggie haar ziekte werd de basis gelegd voor verdere evolutie van Maggie's Centres. Laura Lee is nu leider van 'Maggie's Chief Executive', om verder een nieuwe weg in te slaan voor verpleging op het gebied van oncologie.

Het eerste Maggie's Centre opende in 1996 zijn deuren in de Schotse stad Edinburgh. Het ontwerp van een centrum laat zich beïnvloeden door de verschillende actoren, zoals de patiënt zelf, maar ook de bezoekers en werknemers die kunnen bijdragen aan het welbevinden van een persoon. Dit wordt bereikt door in elke fase van het ontwerpproces rekening te houden met de verschillende actoren, en hoe de verschillende ruimtes door elk van deze actoren ervaren kunnen worden. Bij de start van een Maggie's Centre beseffen steeds meer ontwerpers dat het een gebouw kan bijdragen aan de totale ervaring van een persoon. De natuur speelt hierin een grote rol, daarom zijn de context waarin een gebouw zich bevindt en de natuur twee zeer belangrijke parameters in deze projecten. Elk van de Maggie's Centres moet speciaal zijn en een connectie hebben met de lokale buurt waarin het zich bevindt. Verder moet het een plek zijn waar een persoon zich veilig voelt, buiten de muren van een ziekenhuis (Maggie's Centres, 2016).

Voor het masterproject kan het sociale aspect dat achter deze Maggie's Centres schuilt een belangrijke invloed hebben op het programma om het project extra op te laden en voor meer mensen verschillende mogelijkheden aan te bieden. Ook de natuur en de omgeving spelen een grote rol bij het ervaren van een gebouw, nogmaals bevestigd door Maggie's Centres en zal dus ook invloed hebben op het masterproject.

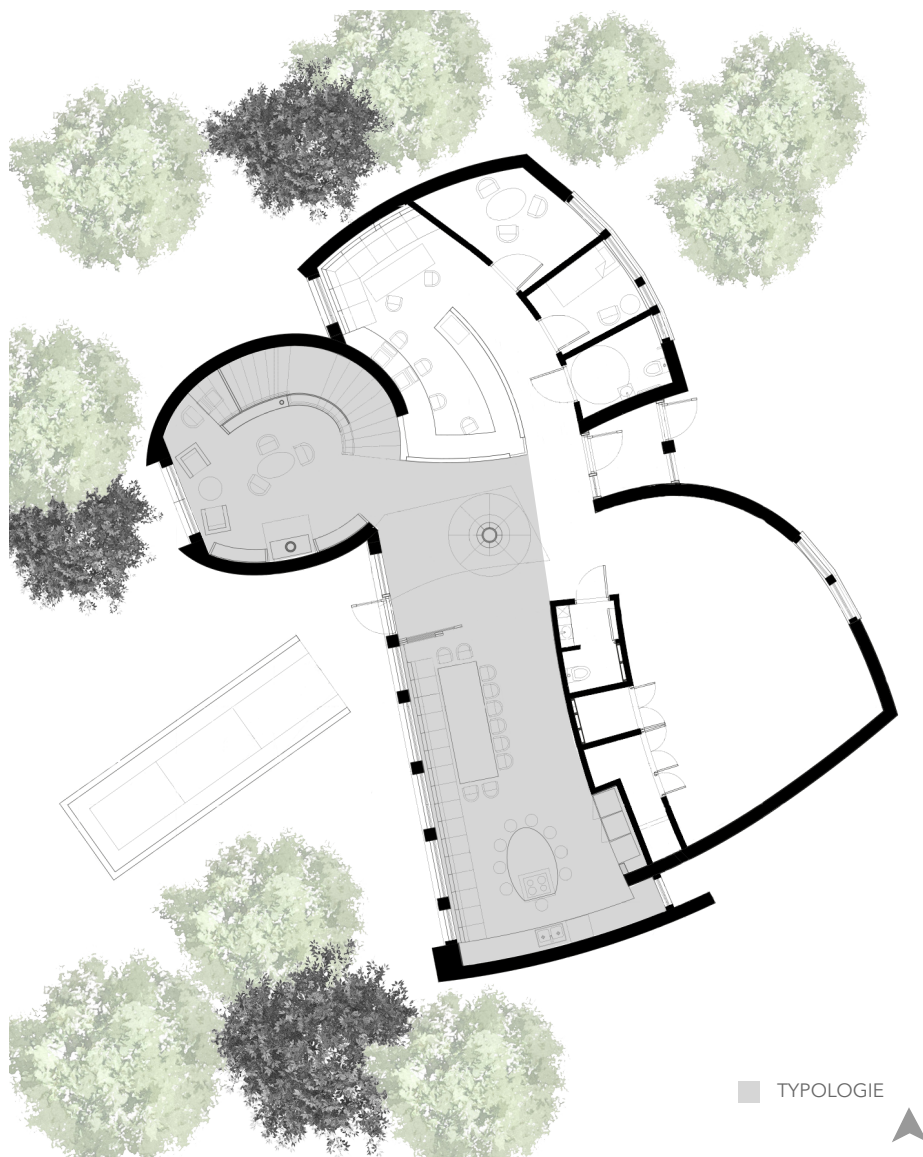
7.2 CASESTUDIES

7.2.1 FRANK GEHRY - DUNDEE

Het center bevindt zich in de Schotse stad Dundee, naast het Ninewells Hospital, en werd gerealiseerd in 2003. Zoals afbeelding 17 laat zien is het Maggie's Centre gesitueerd in het park dat gelegen is aan de ziekenhuiscampus. Hierdoor is het centrum volledig omringd door groen. De tuin rondom het center weerspiegelt een labyrint, dat staat voor de vooruitgang van het leven. De ontwerpers van de tuin hebben bewust niet gekozen voor een doolhof. Een labyrint heeft namelijk geen einde; je moet in jezelf geloven en dan vind je een route om er doorheen te komen. Verder ingezoomd op het center zelf is er een bepaalde typologie te herkennen. De typologie van de witte cottage stijl en het zilveren wevende dak is gebaseerd op de traditionele Schotse woningen. Hierdoor is er een grote link met de lokale sfeer en straalt het center warmte en rust uit (Maggie's Centres, 2016). Ook het interieur is geïnspireerd op de typische Schotse typologie. De typische 'twee kamer' typologie is te herkennen in het grondplan, zoals afbeelding 18 in het grijs laat zien. Rond deze twee kamers, met de belangrijkste functies woonkamer en keuken, is de rest van het programma gesitueerd. De rondingen, bekleed met een houten interieurstructuur, ontvangen bezoekers en vormen de basis omheen de centrale keuken, de belangrijkste spil in dit ontwerp. Voor het masterproject is het belangrijk een centrale ruimte te vinden waar sociale ontmoetingen op een aangename manier kunnen plaatsvinden. Net zoals in dit ontwerp, speelt de toegang tot een gebouw en de connectie met de lokale omgeving een grote rol in de ervaring van een ruimte of gebouw.



Afb. 17. Frank Gehry - Aberdeen, 2011.



Afb. 18. Grondplan F. Gehry, 2018 (Eigen bewerking).

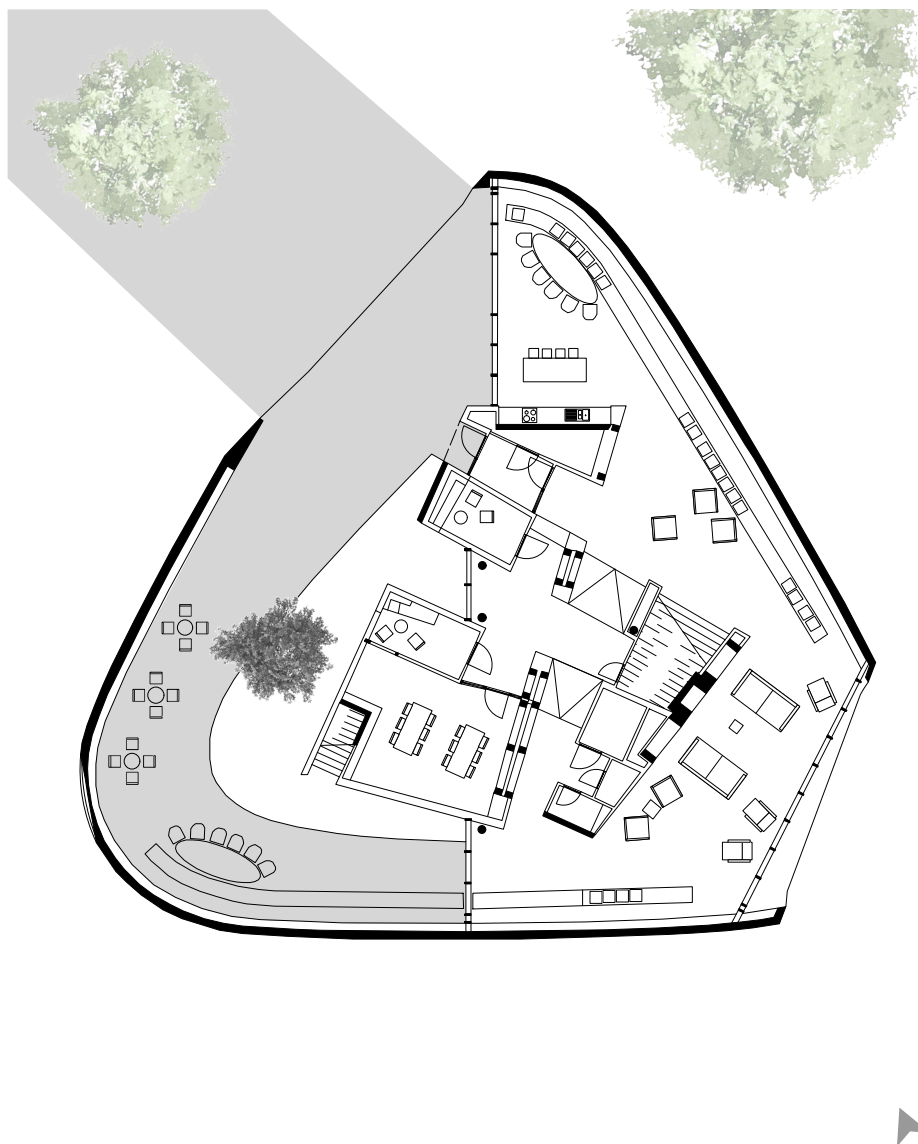
7.2.2 SNØHETTA - ABERDEEN

Het architectenbureau Snøhetta ontwierp het Maggie's Centre in Aberdeen dat gebouwd werd in 2013. Het center is gevestigd aan de zuidgrens van het Forester Hill Hospital, op een groot groen veld. Zoals afbeelding 19 en 20 laten zien zorgt het ontwerp van de buitenruimte en de zachte buitenvorm van het center voor een aangenaam gevoel bij bezoekers van dit Maggie's Centre. De zachte buitenvorm staat in contrast met het houten interieur dat de intieme kamers creëert. Door de oriëntatie kan er veel zonlicht vanuit het zuiden en het westen in het center toetreden. Door de hoogte van de plafonds en de dikte van de buitenwanden wordt er een gevoel van veiligheid ervaren door patiënten. Beneden zijn meer de publieke functies gevestigd, zoals de keuken, de woonkamer en de therapielokalen. Op de eerste verdieping is er plek om zich terug te trekken in een warme en huiselijke sfeer. Ook is er veel geïsoleerd om voldoende de temperatuur te kunnen regelen in de verschillende ruimtes, naargelang de behoeften van de bezoekers.

Voor het masterproject wordt nogmaals benadrukt hoe belangrijk de toegang tot een gebouw is; dit kan een bezoeker van het centrum direct een aangenaam gevoel geven, en zo bijdragen tot het proces dat hij/zij doorloopt.



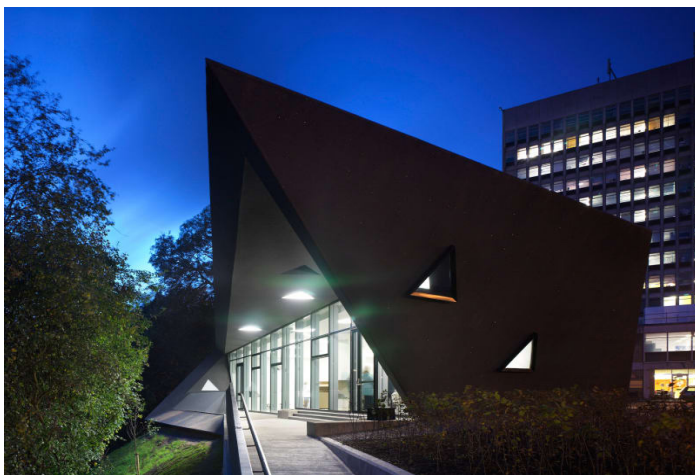
Afb. 19. Philip Vile, 2013 (Eigen bewerking).



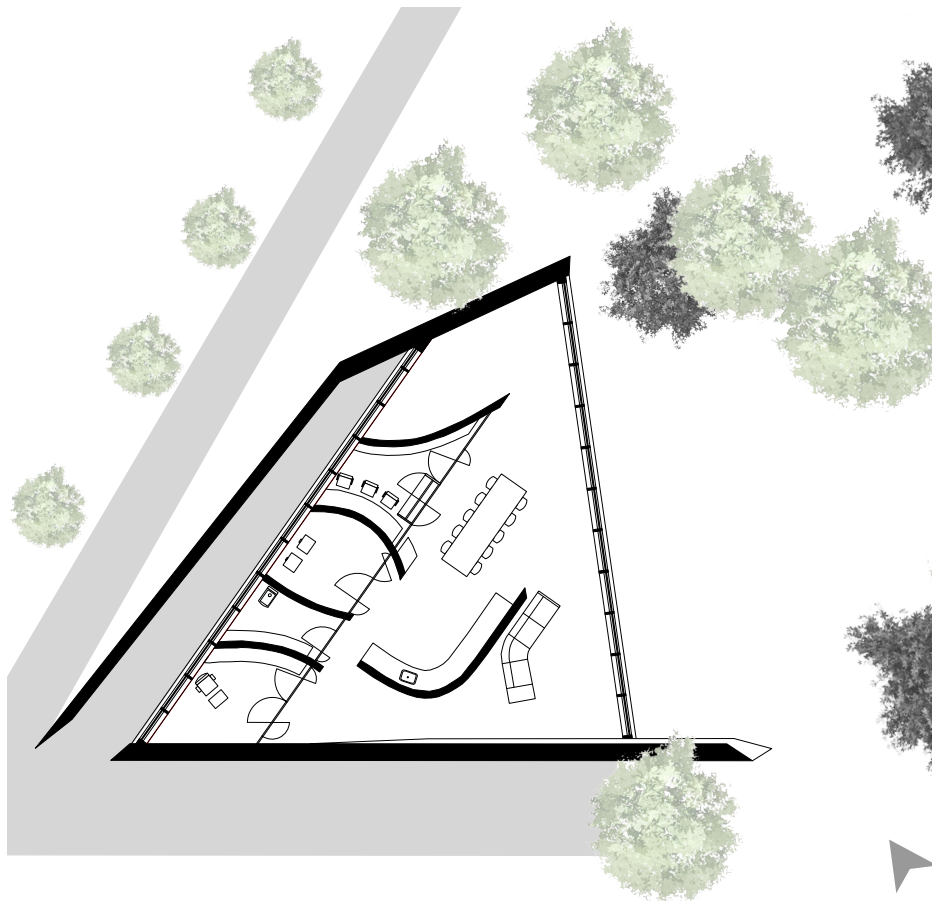
Afb. 20. Grondplan Snøhetta, 2018 (Eigen bewerking).

7.2.3 ZAHA HADID - KIRKCALDY

Het Maggie's Centre ontworpen door Zaha Hadid, gebouwd in 2006, is gelegen in het Verenigd Koninkrijk in de stad Kirkcaldy. Het center is gelegen aan het Victoria Hospital, de toegang van het center heeft dan ook een directe verbinding met de ingang van het ziekenhuis, verduidelijkt in afbeelding 21. De kant gericht naar het ziekenhuis bevat vreemde driehoekige ramen, die de aandacht van bezoekers trekt en hun prikkelt om het center te bezoeken. Zoals afbeelding 22 weergeeft is de andere kant van het center gericht naar het groen, en draagt op deze manier bij aan het ervaren en het welbevinden van een persoon die terminaal ziek is. De toegang geeft een gevoel van bescherming door de schuine muur die erlangs staat. Bij het betreden van het gebouw ontstaat er een huiselijke sfeer, een intieme plek waar je tot rust kan komen en je je terug kan trekken. Het interieur en exterieur is totaal verschillend. De buitenkant, met het schuine zwarte dak en de strakke vorm is in totaal contrast met het gevoel van ruimte en licht aan de binnenkant. Het concept van dit Maggie's Centre refereert naar een stuk steenkool, zwart aan de buitenkant, met een bron van warmte en comfort aan de binnenkant. De omgeving waarin het center zich bevindt is een oude mijngemeenschap, door dit concept wordt dus de link gelegd met de lokale entiteit (Maggie's Centre; Zaha Hadid Architects, 2016). Ook in mijn masterproject zal ik een link met de lokale entiteit, het contrast tussen interieur en exterieur en tot slot de positionering in de omgeving worden zeker meenemen.



Afb. 21. Chris Gascoigne, n.d.



Afb. 22. Grondplan Z. Hadid, 2018 (Eigen bewerking).

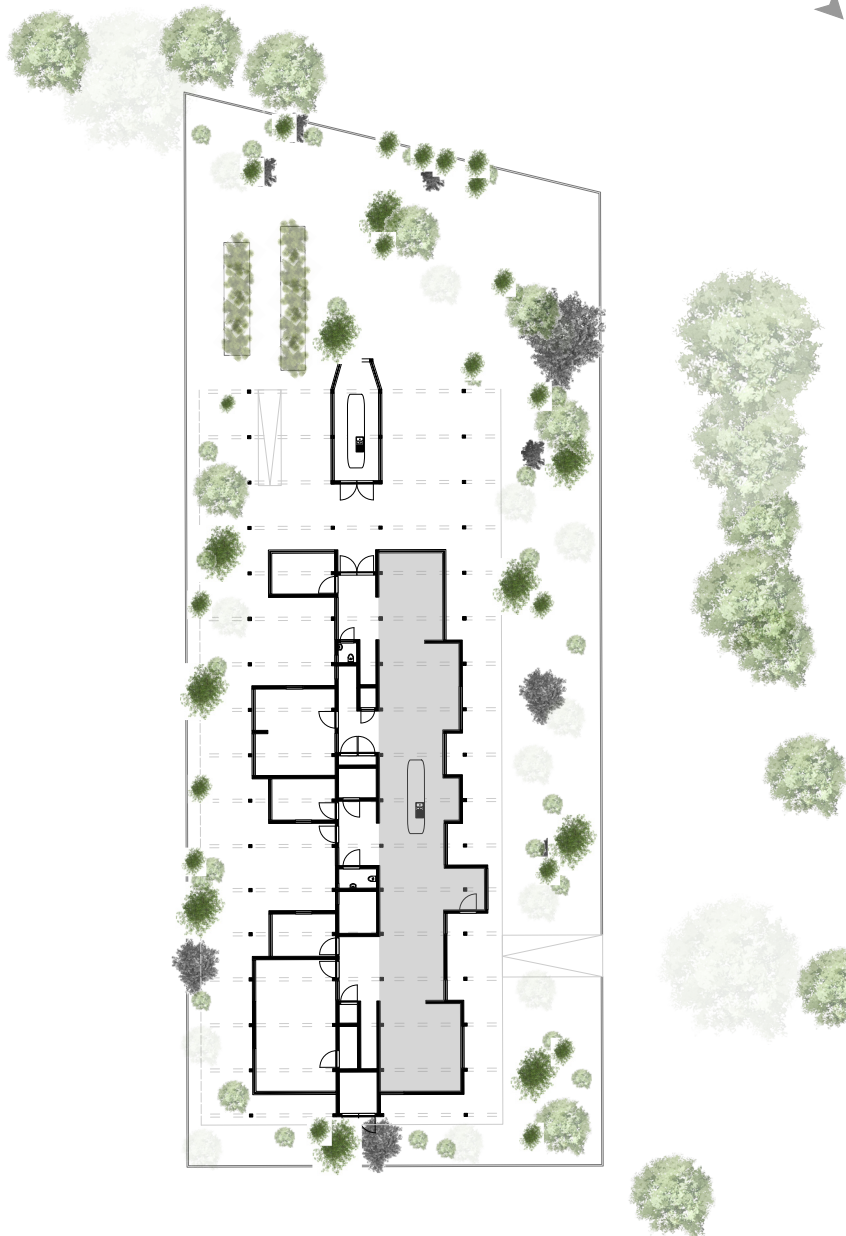
7.2.4 NORMAN FOSTER - MANCHESTER

In 2016 opende het Maggie's Centre in Manchester. Norman Foster is de architect van dit center, hij is geboren in deze stad en heeft zelf ook darmkanker overwonnen. In de omgeving bevindt zich het onderzoekerscentrum specifiek gericht op kankerpatiënten, vandaar ook de keuze van de locatie van dit centrum. De visie van de architect is duidelijk: een gastvrij en vriendelijk gebouw creëren met een zo klein mogelijke link met een ziekenhuis. De basis in dit ontwerp is nadruk leggen op de therapeutische kwaliteiten van de natuur en het buitenleven. Hierin spelen natuurlijk licht, groen en uitzichten een belangrijke rol, zoals in afbeelding 23 ook verduidelijkt wordt. Het skelet is opgebouwd uit een houten structuur; door gebruik te maken van hout wordt het center meer verbonden met de natuur. Ook de beplanting van de verticale houten kolommen draagt hiertoe bij. Vanuit elke ruimte is er zicht op het omringende groen. Ook is er een serre toegevoegd om bloemen of planten te kweken, als een soort van therapie voor de patiënten en naasten. Zoals afbeelding 24 laat zien is de keuken het hart van het gebouw, waar alle bezoekers aan een grote tafel kunnen zitten (Frearson, 2016).

De groene omgeving en de centrale spil spelen in dit project ook weer een grote rol en benadrukken nogmaals dat deze belangrijk zijn voor het masterproject.



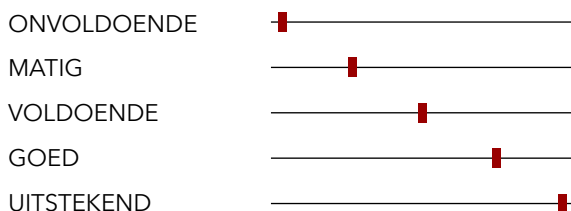
Afb. 23. Nigel Young, 2016.



Afb. 24. Grondplan N. Foster, 2018 (Eigen bewerking).

8. CONCLUSIE

Om de conclusie te visualiseren verduidelijkt een overzicht hoe de parameters per casestudie tot uiting komen. In de afbeelding hieronder wordt het principe voorgesteld. De twee palliatieve eenheden in de gekozen ziekenhuizen en de twee hospices zullen aan alle parameters getoetst worden. Doordat Maggie's Centres dagcentra betreffen, en geen mogelijkheid bieden tot het permanent verblijven, en wordt voor deze typologie slechts een beperkt aantal parameters verduidelijkt in het overzicht. De parameters zullen hier beperkt worden tot het ontwerp, programma, omgeving en relatie met de context, natuur en de toegang tot het gebouw.



Bij het ontwerpen van de twee hospices en de vier Maggie's Centres is de visie van de architect altijd duidelijk. Dit heeft een grote invloed op het ontwerp en de kwaliteiten van het gebouw zelf, met als gevolg dat het welbevinden van de patiënt op een positieve manier gestimuleerd kan worden door de specifieke vormgeving en architectuur van het gebouw. De toegang tot een gebouw en de relatie met de lokale context vond ik het beste toegepast bij de Maggie's Centres. Een stedelijke omgeving t.o.v. een landelijke omgeving draagt ook bij aan een project; een landelijke omgeving straalt bijvoorbeeld meer rust uit dan een stedelijke omgeving.

PARAMETERS	PALLIATIEVE EENHEID ZOL	PALLIATIEVE EENHEID JESSA	CODA HOSPICE	THE GOOD HOSPICE
PALLIUM				
EMPATHIE				
VISIE				
OMGEVING				
RELATIE MET DE CONTEXT				
NATUUR				
ORIËNTATIE				
TOEGANG TOT HET GEBOUW				
STRUCTUUR				
ROUTING				
OPENINGEN				
LICHT				
SCHADUW				
OPPERVLAKTE				
HOOGTE				
VERHOUDING				
TEMPERATUUR VAN EEN RUIMTE				
NIVEAUS VAN INTIMITEIT				
MATERIALITEIT				
TEXTUUR				
TACTILITEIT				
FYSIEKE EN ZINTUIGELIJKE WAARNEMING				
ZIEKENHUISSEFER				
KLINISCH ASPECT				
PROGRAMMA				
AKOESTIEK				
PERSONALISEREN				
GRADATIES VAN PRIVACY				
PLAFOND				
ZICHTBAARHEID APPARATUUR				

Afb. 25. van Oerle M., 2018. (Eigen bewerking).

PARAMETERS	FRANK GEHRY - DUNDEE	SNOHETTA - ABERDEEN	ZAHA HADID - KIRKCALDY	NORMAN FOSTER - MANCHESTER
PALLIUM				
EMPATHIE				
VISIE				
OMGEVING				
RELATIE MET DE CONTEXT				
NATUUR				
ORIËNTATIE				
TOEGANG TOT HET GEBOUW				
STRUCTUUR				
ROUTING				
OPENINGEN				
LICHT				
SCHADUW				
OPPERVLAKTE				
HOOGTE				
VERHOUDING				
TEMPERATUUR VAN EEN RUIMTE				
NIVEAUS VAN INTIMITEIT				
MATERIALITEIT				
TEXTUUR				
TACTILITEIT				
FYSIEKE EN ZINTUIGELIJKE WAARNEMING				
ZIEKENHUISSEER				
KLINISCH ASPECT				
PROGRAMMA				
AKOESTIEK				

Afb. 26. van Oerle M., 2018. (Eigen bewerking).

Op het gebied van structuur vond ik de twee ziekenhuizen en de twee hospices het minst relevant. Alle casestudies gebruikten nog altijd een gang; in de ziekenhuizen kwam dit meer tot uiting dan in de twee hospices. Bij het CODA hospice hebben de ontwerpers geprobeerd om de gang een andere sfeer te geven door de patio's en de meubels; ze beschouwden de gang meer als een sociale ruimte dan als een functioneel gegeven. Bij The Good Hospice is de routing naar openbare ruimtes gebruikt als sociale ruimte, maar bij de privékamers is er nog steeds een gang toegepast. In mijn ogen zijn dit juiste stappen in de beide hospices, maar komen deze niet consequent en volledig tot uiting. In de Maggie's Centres is er totaal geen sprake van een gang, na de toegang bevindt zich altijd direct de sociale spil van het gebouw, in de meeste gevallen is dit de keuken. Door de strenge regelgeving op het klinische aspect is het gevolg al snel dat er een ziekenhuissfeer gecreëerd wordt. Deze soort sfeer komt in mijn ogen bijna niet tot uiting in de twee hospices en Maggie's Centres. Bij deze Maggie's Centres en het CODA hospice kan er een aangename ruimtelijkheid ervaren worden door de hoogte en de proporties van de verschillende ruimtes.

Bij de twee hospices en de Maggie's Centres is de materiaalkeuze een belangrijke parameter in het ontwerpproces, niet alleen om een huiselijke sfeer te creëren, maar zeker ook om een ziekenhuissfeer te vermijden. Naar mijn mening is er in geen enkele casestudie specifiek ingespeeld op de verschillende zintuigelijke waarnemingen. Vooral bij de hospices en Maggie's Centres is er ingespeeld op de fysieke waarneming van de toegang van een gebouw, wat in mijn ogen een zeer belangrijke factor is.

Verder ingezoomd op een privékamer vind ik het ZOL de beste mogelijkheid biedt tot privacy en dat zij ook een bepaald niveau van privacy creëren. Door de verschuifbare wand wordt de toegang tot de kamer geremd, waardoor de privacy van een patiënt gewaarborgd blijft. Verder hebben de toegangen tot de privékamers een verlaagd plafond, waardoor een hoger niveau van intimiteit gecreëerd wordt. In de privékamers is ook er ook altijd de mogelijkheid tot personaliseren. In het ZOL en de twee hospices is er ten slotte ook rekening gehouden in het ontwerp met de zichtbaarheid van apparatuur. Deze zijn meestal functioneel in een kast verborgen, zodat dit weinig invloed kan hebben op een patiënt of naasten.

DEEL III

MASTERPROJECT





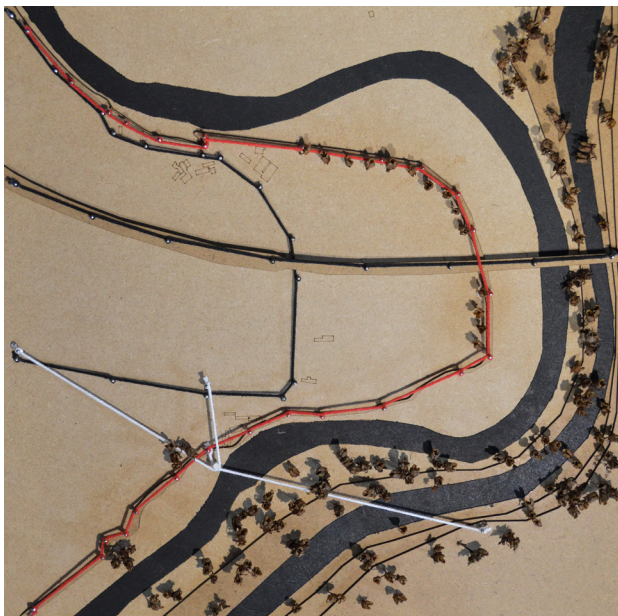
Afb. 27. Böcklin, A., 1886.

9. OMSCHRIJVING OPDRACHT MASTERPROJECT

Het masterproject is onderverdeeld in Studio Contemplatie. Deze studio is gebaseerd op het creërend vermogen en de onderzoekende houding. De scriptie zal een onderdeel van de basis vormen voor de uitwerking van het masterproject. De focus van de studio is contemplatie, of te wel beschouwing. Het woord contemplatie is afgeleid van het Latijnse woord ‘contemplatio’, dat “het scheiden van iets uit zijn omgeving” betekend. Tegenwoordig wordt de wereld gedomineerd door hectiek en ratio, maar er is een groeiende behoefte voor rust, stilte en contact met natuur, dat kan leiden tot contemplatie.

Kloostertypologie is in mijn ogen een zeer interessant middel voor het masterproject met een focus op contemplatie. Oorspronkelijk diende een klooster voor mensen die zich willen terugtrekken uit de maatschappij. Globaal zijn er twee grote stromingen waarin kloosters kunnen opgedeeld worden. Ten eerste de kloosters van de actieve orde en de congregatie. Deze waren meer gesitueerd in steden en dorpen, met ander woorden; minder afgesloten van de buitenwereld. Ten tweede, de kloosters van de contemplatieve orde. Deze waren geheel afgesloten door een muur van de buitenwereld en zijn meestal gesitueerd in landschappelijke locaties. Deze locaties waren gekozen op basis van de heersende stilte op die locaties, zeer geschikt dus voor contemplatie. De kloosters waren meestal voor een deel zelfvoorzienend, de monniken deden aan landbouw of andere economische activiteiten.

Zowel bij contemplatie als bij kloostertypologie, functionerend als een beschermende typologie, is het vanuit mijn perspectief belangrijk dat een persoon zich in bepaalde mate kan afsluiten van een omgeving en hierdoor tot rust kan komen. Dit basisidee kan in mijn ogen nauw aansluiten bij palliatieve zorg. Afbeelding 27 is een inspirerend beeld voor het masterproject. Met de titel “Isle of the dead”, van de schilder Böcklin, geeft het eiland ook een bepaalde afzondering weer, in een natuurlijke omgeving.



Afb. 28. Maquette contextvisie. (Eigen bewerking).



Afb. 29. Maquette contextvisie. (Eigen bewerking).

10. ONTWERPVISIE - CONCEPT

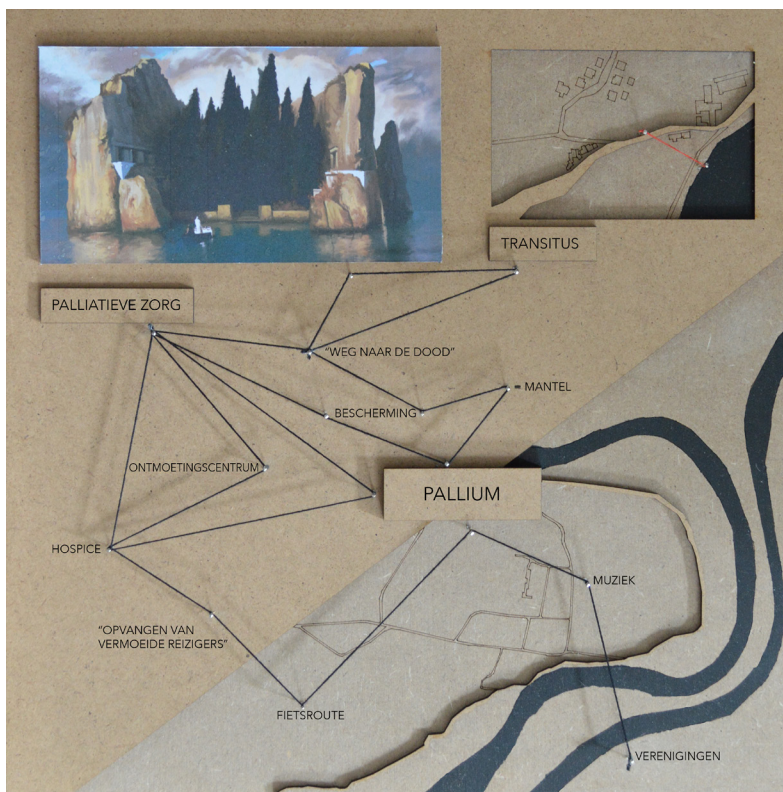
Uit de thesis kan geconcludeerd worden dat er een positieve link is tussen contact met de natuur en de mentale gezondheid van een persoon (van den Berg, 2017). Omwille van deze redenen gaat de voorkeur van locatie voor het masterproject uit naar het dorp Kotem. In 10.1 wordt de context visie voor Kotem en het masterproject beschreven. In 10.2 worden de verschillende aspecten van het programma en de programmavisie uiteengezet. Het concept voor het masterproject wordt kort toegelicht in het hoofdstuk 10.3.

10.1 CONTEXTVISIE

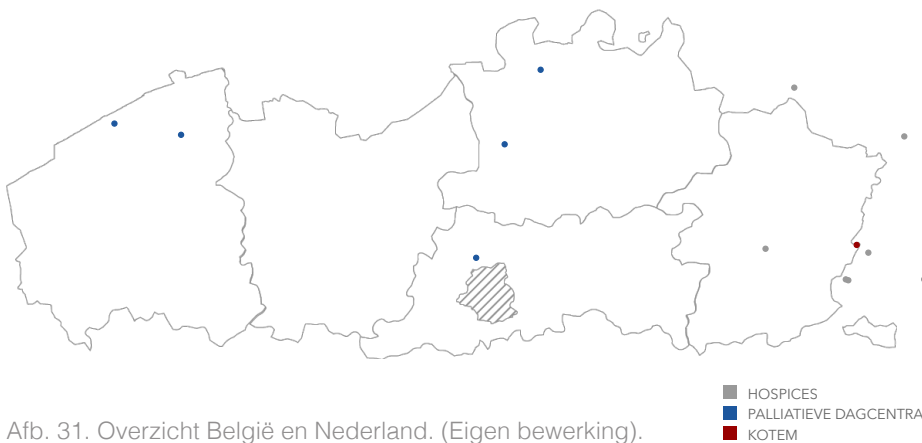
De gekozen locatie is Kotem, een relatief klein dorp in een landelijke omgeving, toebehorend aan de gemeente Maasmechelen. Kotem is gelegen aan een sterke meander van de Maas. De rivier is in deze contreien onbevaarbaar voor boten en schepen, waardoor parallel met de Maas het Julianakanaal is gegraven. Kotem is omringend door andere kleine dorpen zoals Boorseem, en aan de Nederlandse kant van de grens door Meers en Elsloo. Een typisch kenmerk en oriëntatiepunt van deze dorpen is de kerktoren, ieder dorpje in de buurt heeft er wel een. Kotem is ook bekend voor de fietsroute over de dijk en de verschillende bruisende verenigingen.

Zoals afbeelding 28 weergeeft, is voor het masterproject de gekozen locatie gesitueerd waar de dijk en de Maas splitsen. Als herkenningspunt is dit ook de plek waaruit drie kerktorens van de omringende dorpen Kotem, Boorseem en Elsloo te herkennen zijn.

De dijk dient als bescherming voor het dorp, maar vormt tegelijkertijd een harde grens tussen het dorp en de rivier. De contextvisie wordt in afbeelding 29 duidelijk gemaakt, het masterproject vormt een overgang tussen het dorp Kotem, de dijk en de Maas.



Afb. 30. Maquette programma. (Eigen bewerking).



Afb. 31. Overzicht België en Nederland. (Eigen bewerking).

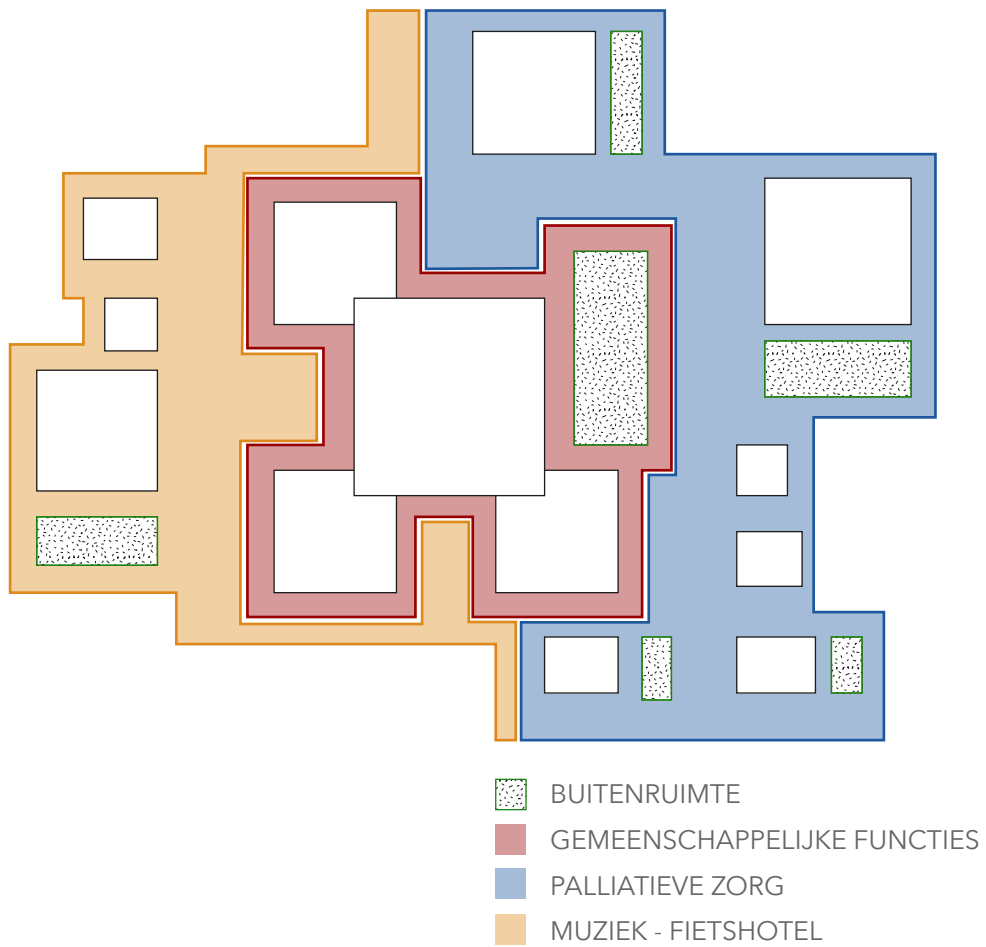
10.2 PROGRAMMA VISIE

Zoals afbeelding 30 laat zien is het programma gekozen op basis van twee aspecten, namelijk palliatieve zorg en het dorp Kotem. Het basisidee van palliatieve zorg, de geschiedenis en het schilderij "Isle of the dead" zullen de eerste basis vormen voor het programma. Het tweede aspect dat inspirerend is voor de opzet van het programma is het dorp Kotem. Als conclusie uit de thesis blijkt dat het belangrijk is om een link te hebben met de lokale entiteit. Kotem is een dorp met veel verschillende verenigingen, maar de vereniging die betrokken wordt in het masterproject zijn twee muziekverenigingen, namelijk de drumband en de koninklijke fanfare Sint Jozef. De fietsroute speelt ook een belangrijke rol voor het dorp, en wordt daarom ook meegenomen als economische factor in het programma.

Uit de thesis kan geconcludeerd worden dat een dagcentrum, zoals het concept van een Maggie's centre, een grote positieve impact kan hebben op mensen die palliatief zijn. Zoals afbeelding 31 laat zien is in Belgisch Limburg geen enkel dagcentrum ter beschikking voor mensen die palliatief zijn. Omwille van deze reden zal een deel van het programma een mengeling zijn van een dagcentrum, met tijdelijke en permanente verblijfsmogelijkheden. Deze permanente verblijfsmogelijkheden zijn voorzien als palliatieve thuiszorg niet meer haalbaar is voor de patiënt en voor andere verschillende actoren rondom de patiënt zoals familie en palliatieve thuiszorg.

Het programma bestaat uit drie delen. Het eerste deel bevat alle palliatieve functies, zoals de tijdelijke en permanente verblijven. Ook zullen hier de gedeelde functies zoals keuken en woonkamer onderdeel zijn van het programma. Vervolgens zal het programma ook bestaan uit een fietshotel, aansluitend op de fietsroute over de dijk. Tot slot zal het programma ook een muziekzaal bevatten. Vooral dit onderdeel kan botsen met de palliatieve functies. Dit zal dus een uitdaging in het masterproject zijn om deze drie onderdelen te kunnen combineren.

Eén van de belangrijkste uitgangspunten voor de visie van het programma is dat de programmaonderdelen geen instituut vormen. De architecturale vertaling van het programma, keuze van materialen en andere factoren in het ontwerpproces zullen hier een invloed op hebben.



Afb. 32. Overzicht programma. (Eigen bewerking).

Om in te spelen op de verschillende gemoedstoestanden van de bezoekers is het belangrijk dat de verschillende onderdelen in het programma bepaalde gradatie van privacy hebben. De permanente verblijfsmogelijkheden moeten voor de mensen die palliatief zijn en hun naasten een plek bieden waarbij ze zich kunnen afzonderen en beschermd voelen, maar tegelijkertijd geen geïsoleerd gevoel teweegbrengen.

Zoals afbeelding 32 illustreert, bestaat het programma uit drie onderdelen. De opdeling van het programma is relatief eenvoudig. Het palliatief gedeelte, weergegeven in een blauwe kleur zal aansluiten aan het collectieve gedeelte, weergegeven in het rood. Het oranje deel in de illustratie beschrijft de minimale gebruiksoppervlaktes voor het muzieklokaal en het fietshotel. Ook de minimale oppervlakte in buitenruimte staat in verhouding met de rest van het programma.

Algemeen voor het ontwerp is het belangrijk dat het een beschermd geheel gaat vormt, gebaseerd op het woord 'pallium', afgeleid van de geschiedenis en basis van palliatieve zorg en het basisconcept van een kloostertypologie, dat fungeert als beschermend geheel. In deze beschermde basis verhouden de drie onderdelen zich op een open manier ten opzichte van elkaar. De verblijfsmogelijkheden bieden op bepaalde manier de mogelijkheid tot privacy aan, maar blijft steeds onderdeel van het geheel. De gemeenschappelijke gedeeltes moeten toegankelijk zijn voor iedereen, zonder dat patiënten of andere bezoekers zich ongemakkelijk gaan voelen. Het fietshotel en muzieklokaal worden ook open in het geheel geïntegreerd.

10.3 CONCEPT

Zoals in de contextvisie beschreven wordt gaat het masterproject functioneren als een soort overgang tussen het dorp Kotem, de dijk en de Maas. De basis van de programmavisie is dat het project als een soort mantel of bescherming gaat fungeren, gebaseerd op het woord 'pallium'.

Het concept is dat het masterproject een klein dorp op zich gaat vormen, maar onderdeel blijft van Kotem. Enerzijds gaat dit de overgang vormen aan de dijk tussen het dorp en de Maas, anderzijds worden alle onderdelen van het programma in zijn geheel geïntegreerd in het project.

11. ONTWERPPARAMETERS

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de parameters algemeen zijn toegepast in het masterproject. Zoals omschreven in voorgaand hoofdstuk, afbeelding 4 p. 52, zijn de parameters opgedeeld in macro-, meso- en microniveau.

Om te beginnen toetsen we eerst de parameters op macroniveau af aan het masterproject. De context- en programmavisie worden omschreven in het vorig hoofdstuk. Het woord pallium vormt het basisidee van het concept. Tijdens het ontwerpproces wordt steeds teruggekoppeld naar de verschillende actoren. Het is belangrijk dat er onderzocht wordt op welke wijze een bepaalde beslissing in het ontwerpproces een impact kan hebben op verschillende actoren. Het ontwerp is gesitueerd in een landelijke omgeving en vormt een overgang tussen het dorp Kotem en de Maas. Als relatie met de context wordt de typologie van een dorp verkleind en geprojecteerd op het masterproject, dienstdoende als overgang tussen het dorp en de Maas. Er worden verschillende kenmerkende elementen van Kotem, zoals de fietsroute en de muziekverenigingen meegenomen in het programma. Ook is de link met de natuur een belangrijk uitgangspunt in het ontwerp. De permanente verblijven voor mensen die palliatief zijn, zijn zuidoost georiënteerd. Dit zorgt voor een optimale oriëntatie. Het project is toegankelijk op drie manieren, namelijk via de dijk, de weg en de parking op niveau van de Maas.

Op mesoniveau is er een sterke structuur in het gebouw aanwezig. De routing wordt afgewisseld met zichten op de natuur, waardoor oriëntatie makkelijker wordt. Openingen, zichten, licht en schaduw worden in het masterproject onderzocht aan de hand van maquettes. De oppervlaktes, hoogtes en verhoudingen zijn ook meegenomen in het ontwerp. De temperaturen van de ruimtes zijn door het technisch systeem makkelijk aanpasbaar aan de behoeften van de patiënten. Bouwfysische worden alle units akoestisch en thermisch geïsoleerd. Er is een centrale plek ontworpen, waaruit alle systemen vertrekken naar de verschillende onderdelen van het programma. Door gebruik te maken van verschillende materialen en te spelen met texturen en tactiliteit worden de verschillende niveaus van intimiteit duidelijk gemaakt in het ontwerp. Ook fysieke en zintuigelijke waarneming worden door verschillende ingrepen en gebruik van bepaalde materialen gestimuleerd. Door het idee van een dorps sfeer te creëren in het masterproject, als uitgangspunt geen instituut te ontwerpen en het juiste gebruik van natuurlijke materialen wordt een ziekenhuissfeer vermeden.

Door gebruik te maken van niet-overdekte circulatie mogelijkheden, en geen overdekte klinische gangen, wordt het gevoel van een instituut in mijn ogen doorbroken. Het masterproject moet een plek zijn waar mensen vrijwillig naartoe willen komen om afscheid te kunnen nemen van hun dierbaren op een aangename, huiselijke manier.

Op microniveau is er op verschillende manieren de mogelijkheid tot personaliseren meegenomen in het ontwerp. Omdat het permanent verblijf de basisbehoeften van een gewone woning voorziet, zijn er verschillende gradaties van privacy geïntegreerd. Elk permanent verblijf is gericht op de Maas, om de mogelijkheid te bieden om zich volledig terug te trekken indien nodig. De plafondafwerking is geen gewoon klimaatplafond of witgepleisterd plafond. Achter het bed is er een kastenwand voorzien om de nodige apparatuur grotendeels te integreren, zonder dat deze een negatieve invloed kan hebben op de ervaring van een persoon. De permanente verblijven zijn groot in oppervlakte, in tegenstelling tot de casestudies die in deze thesis bestudeerd zijn. Het is belangrijk voor de ervaring van een ruimte dat de permanente verblijven groot, open en luchtig zijn. Dit draagt in mijn ogen bij aan het voorkomen van een institutioneel ontwerp.

DEEL IV

REFLECTIE



REFLECTIE

Het gegeven dat de dood nog in grote mate onbespreekbaar is in onze cultuur heeft een invloed gehad op de keuze van het onderwerp voor deze thesis en het masterproject. Doorheen het onderzoek en ontwerpproces merkte ik dat dit gegeven in mijn proces af en toe nog de bovenhand nam.

Tijdens het onderzoek werd steeds meer zichtbaar hoe palliatieve zorg en architectuur een band hebben met elkaar. Ik kan concluderen dat er een lijst is opgesteld met parameters die als een houvast kunnen dienen in een project. Deze parameters dienden zeker niet alleen als houvast, maar ook een grote inspiratiebron voor de visies en het concept van het masterproject.

Door specifiek te focussen op palliatieve zorg is de onderzoeksvraag meer afgebakend. Het aftoetsen van de parameters, geconcludeerd uit de literatuurstudie, aan casestudies werden veel linken tussen theorie en praktijk duidelijk. Deze positieve of negatieve linken zorgden voor een betere basis voor het uitwerken van het masterproject.

Het uiteindelijke doel met deze scriptie is om de dood meer bespreekbaar te maken, en positief te kunnen bijdragen aan de evolutie van palliatieve zorg waarbij architectuur kan ingezet worden om deze nog meer te bevorderen.

Mogelijke beperkingen zijn het interviewen van meer stakeholders die palliatief zijn, voor toekomstig onderzoek.

REFERENTIELIJST
LIJST MET AFBEELDINGEN



REFERENTIELIJST

Akzo Nobel Coatings International. (2010). *Kleur Concept. Gezondheidszorg, een totale projectaanpak*, pp 11-19.

Before you go. (2017). *Euthanasiewet België*, via <https://www.beforeyougo.be/nl/wees-voorbereid/euthanasie/euthanasiewet-belgie> (geraadpleegd op 2 november 2017).

Bijsterveld, K. (2015). Revalideren zonder ziekenhuissfeer. *Pi*, 26 (#1), pp 15 - 18.

Bruntink R. (2003). *Een goede plek om te sterven, palliatieve zorg in Nederland wegwijzer*. Zutphen: Plataan.

Bruntink, R. (2016). *Internationale geschiedenis van hospices*, via https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_pal/details.php?cps=1&canonical_id=564 (geraadpleegd op 1 november 2017).

Bruntink, R. (2016). *Voorbij de laatste stad: de eerste prille initiatieven van Nederland*, via http://www.canonsociaalwerk.be/nl_pal/details.php?cps=6&canonical_id=565 (geraadpleegd op 1 februari 2017).

Bruscia, K.E. (2012). *Case examples of Music Therapy and the End of life*. Gilsum: Barcelona publishers.

Brusselse Federatie voor Palliatieve en Continue Zorg. (2017). *Geschiedenis van de palliatieve zorg in België*, via <https://www.fbsp-bfpz.org/geschiedenis-van-de-palliatieve-zorg-in-> (geraadpleegd op 1 november 2017).

Butler, J., Holden, K., Lidwell, W. (2010). *Wayfinding. Universal Principles of Design*. Beverly: Rockport Publishers. Pp260-261.

CODA. (2014). *Coda hospice*, via <http://www.coda.care> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

Davis, A. (2013). *Maggie's Aberdeen by Snøhetta*, via <https://www.de-zeen.com/2013/09/13/maggies-centre-aberdeen-by-snohetta/> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

de Graaf, P., Fretton, T., Grafe, C., Hansen, B.L., Rodermond, J., Wijnties, M. (2008). *Onderzoek naar het ontwerp van zorgarchitectuur*. Hansen, B.L. (Ed(s)), *Beyond Clinical Building* (pp.6-8). Delft: Stimuleringsfonds voor Architectuur&Architectonisch Ontwerpen-Interieur, TU Delft.

de Graaf, P., Fretton, T., Grafe, C., Hansen, B.L., Rodermond, J., Wijnties, M. (2008). *De gesloten wereld van de zorgarchitectuur*. Schaap P.-M. (Ed(s)), *Beyond Clinical Building* (pp.72-73). Delft: Stimuleringsfonds voor Architectuur&Architectonisch Ontwerpen-Interieur, TU Delft.

De Lust, A.-M., Grypdonch, M., Huysmans, G. (2015). Verbinden en verbondenheid in de palliatieve zorg. *Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 11, pp1-5.

de Wijn, H., Esser, B., Hansen, B.L., Huijsman, R., Koreman, K., Rodermond, J., Schaap, P.M., van Boxel, E., Verweij, M. (2007). *Bouwen aan de architectuur van de zorg*. Groningen: Het Grafisch Huis.

Derix, G. (2002). De toekomst op tafel. *het geneeshuis van de 21ste eeuw*. Maastricht: Veldhoen + Company.

Desmet, P.M.A. & Pohlmeier, A.E. (2013). Positive Design: An introduction to design for subjective well-being. *International Journal of Design*, 7(3), p5-19.

Dhondt, T. (2016). *Het effect van geluidssterkte, tempo en tonaliteit op emoties*. Masterproef Toegepaste Economische Wetenschappen.

Dornseiffen, C. (2015). Antimicrobiële technologie voor de zorgsector. *Pi*, 26 (#1), pp74.

Driessen, H. (2003). *Filosofie en dood*, via <https://www.trouw.nl/home/filosofie-en-dood~ab417fe4/> (geraadpleegd op 9 november 2017).

Edu&Care. (2013). *Bolidt antimicrobiële vloeren voor de zorgsector*, via <http://eduandcare.be/bolidt-antimicrobiele-vloeren-voor-de-zorg-sector/> (geraadpleegd op 2 maart 2017).

Frampton, S.B., Charmel, P. (2009). *De patiënt op de eerste plaats, mensgerichte zorg volgens planetree*. Muziek thanatologie. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint. (p173).

Frampton, S.B., Charmel, P. (2009). *De patiënt op de eerste plaats, mensgerichte zorg volgens planetree*. Spiritualiteit bij de zorg voor stervenden. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint. (p139-140).

Frearson, A. (2016). *Norman foster's timer-framed Maggie's Centre opens in his home town of Manchester*, via <https://www.dezeen.com/2016/04/27/norman-foster-partners-maggies-centre-cancer-care-manchester-england/> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

Gibson, D. (2009). People and places. Gibson, D. *The wayfinding handbook, information design for public places*. (pp. 12-16). New York: Princeton Architectural Press.

Gola, M., Francalanza, P.C., Galloni, G., Pagella B. & Capolongo, S. (2016). *Architectures for paediatric palliative care: how to improve quality of life and environmental well-being*. Ann Ist Super Sanità, 5(1), pp. 48-55.

Gonnissen, C. (2018). *Vlaams bouwmeester - PPZ4 - Wuustwezel - geïntegreerde palliatieve thuisomgeving*, via <https://www.vlaamsbouwmeester.be/nl/instrumenten/ppz4-wuustwezel-geïntegreerde-palliatieve-thuisomgeving> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

Grinde, B. & Patil, G. G. (2009). Biophilia: Does Visual Contact with Nature Impact on Health and Well-Being? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6.

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

Huerta, A. G., Petermans, A., Poldma, T., Vanrie, J. (2014). Architectural, interior architectural and industrial design in the last phases of life: *Design for well being in palliative care*.

IKNL. (2015). *Palliatieve zorg is een recht, euthanasie is een keuze*, via <https://www.iknl.nl/over-iknl/nieuws/nieuws-detail/2015/02/09/palliatieve-zorg-is-een-recht-euthanasie-een-keuze> (geraadpleegd op 2 november 2017).

Jessazh. (2017). *Palliatieve zorg*, via <http://www.jessazh.be/professionals/raadplegingen/landingspagina-s/palliatieve-zorg> (geraadpleegd op 5 november 2017).

Klukhuhn, A. (2007). *De geschiedenis van het denken*. P91. Amsterdam Uitgeverij: Bakker.

Koops, E. (2016). *Friedrich Nietzsche (1844-1900) - Duitse filosoof, Biografie van de man die God dood verklaarde*, via : <https://historiek.net/friedrich-nietzsche-duitse-filosooft/65048/> (geraadpleegd op 1 november 2017).

LPZ. (2017). *Over Leerhuizen Palliatieve Zorg: Geschiedenis*, via <http://www.leerhuizenpalliatievezorg.nl/doelengeschiedenis.html> (geraadpleegd op 3 november 2017).

Maastricht UMC+. (2017). *Expertisecentrum Palliatieve Zorg MUMC+*, via <https://palliatievezorg.mumc.nl/informatie-voor-patienten> (geraadpleegd op 5 november 2017).

Maggie's Centres. (2016). *About Maggie's Centres*, via <https://www.maggiescentres.org/about-maggies/why-maggies-works/> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

Maggie's Centres. (2016). *The architecture and design of Maggie's Fife*, via <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-fife/architecture-and-design/> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

Nabuurs, J. (2017). *Thomas More, Utopia*, via <http://humanistische-canon.nl/venster/bijbels-humanisme/thomas-more-utopia/> (geraadpleegd op 1 november 2017).

nbu. (2010). *Nederland en België verschillen in wetgeving. Wilsverklaringen en levenstestamenten*, via <http://www.nbu.be/index.php/1951-nederland-en-belgie-verschillen-in-wetgeving-wils/> (geraadpleegd op 13 januari 2018).

Netwerk palliatieve zorg. (2017). *Palliatieve zorg in Vlaanderen*, via <http://www.palliatieve.org/info/palliatieve-zorg-in-vlaanderen> (geraadpleegd op 3 november 2017).

Netwerk Palliatieve Zorg Limburg vzw. (2017). *Palliatieve eenheid*, via <http://www.npzl.be/nl/waar-kan-je-terecht/palliatieve-eenheid> (geraadpleegd op 3 november 2017).

noArchitecten. (2018). *noArchitecten – info*, via <http://www.noa-architecten.net> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

NVVE. (2017). *De euthanasiewet in Nederland*, via <https://www.nvve.nl/wat-euthanasie/de-euthanasiewet> (geraadpleegd op 2 november 2017).

NVVE. (2017). *Wat is euthanasie*, via <https://www.nvve.nl/wat-euthanasie/over-euthanasie> (geraadpleegd op 2 november 2017).

Pallasmaa, J. (n.d.). *Identity, intimacy and Domicile*, via http://www.uiah.fi/studies/history2/e_ident.html (geraadpleegd op 11 november 2014).

Pallasmaa, J. (2005). *The eyes of the skin*. Great Britain: Wiley Academy.

Palliatieve zorg. (2017). *Hospicevoorzieningen, historie*, via http://www.palliatievezorg.nl/page_895.html (geraadpleegd op 1 november 2017).

Poole, S. & Snarey, J. (2011). Erikson's stages of the life cycle. In S. Goldstein & J. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development*, 2, pp599-603). New York: Springer-Verlag.

Refuerzo, B. J. & Verderner S. (2006). *Innovations in Hospice Architecture*. New York: Taylor & Francis Group.

Snøhetta. (2013). *Maggie's Cancer Caring Centre*, via <https://snohetta.com/projects/23-maggie39s-cancer-caring-centre> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

Spiritueel woordenboek. (2017) *Woordenboek - spiritualiteit*, via http://www.spiritueel-woordenboek.nl/woordenboek/S/spiritualiteit_279/ (geraadpleegd op 14 januari 2018).

Sternberg, E.M. (2009). Healing places, *Healing spaces: the science of place and well-being*. (p1-23). Cambridge: Harvard University Press.

Stichting tegen Kanker. (2017). *Wat is palliatieve zorg?*, via <http://www.kanker.be/pati-ntenhulp/palliatieve-zorgen> (geraadpleegd op 3 november 2017).

The Steering group of The Good Hospice in Denmark (2006). *Programme of The Good Hospice in Denmark*. Pp5 - 124.

van Everdingen, J. (2017). *Wat is de betekenis & definitie van palliatie*, via <https://www.ensie.nl/dokterswoordenboek/palliatie> (geraadpleegd op 31 oktober 2017).

van den Berg, A.E. (2017). Chemotherapie in de tuin. *Nederlands tijdschrift voor Oncologie*, 14(5), pp175-181.

van den Berghe, G. (2008). Inleiding. *De mens voorbij*. Meulenhoff: Manteau.

van Leeuwen, P.W. (2012). Palliatieve zorg zonder euthanasie. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 2012(02), pp58-61.

Vanden Berghe, P. (2015). Verbinden en verbondenheid in de palliatieve zorg. *Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, september 2015(nr.11), pp 3-5.

Von Meijenfeldt, C. (2017). *De dood is staren in het niets*, via <http://filosofischeverhalen.nl/onderwerp/omgaan-met-de-dood/> (geraadpleegd op 9 november 2017) .

Vries, J.B. (2014). *Kleur aan leven: Oriëntatie en navigatie*. In van Hoof, J.; Wouter, E.J.M.; Vries, J.B. (Ed(s).), *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis* (pp36). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vroom, E. (2010). Bergopwaarts in Groot Klimmendaal. *Pi* 21 (#1), pp 7 - 9.

Vroom, E. (2015). Scheppers van een aangename omgeving. *Pi*, 26 (#1), pp 9 - 12.

vub. (2016). *Wat is palliatieve zorg?*. Scriptie - pp1-25.

Werkgroep voor liturgie heeswijk (2016). *Rituelen rond het levenseinde*. Tilburg: De Weaver.

Weyers, H. (2004). De artikelen 293 en 294 van het Wetboek van Strafrecht. *Euthanasie, het proces van rechtsverandering*. P23-24. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Wijnberg, B. (2010). *En mijn tafelheer is plato, een filosofische kijk op de actualiteit*. Amsterdam: Sebes & Van Gelderen Literair Agentschap.

William, M., Markel, M.D., Virginia, B. Sinon. (1978). *The hospice concept*. *CA-A cancer journal for clinicians*, 28(4), pp225-236.

Worpole, K. (2009). *The modern hospice design: The architecture of palliative care*. London: Routledge.

Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D. & Prigerson, H. G. (2010). Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of Clinical Oncology*, 28, pp. 4457-4464.

Zaha Hadid Architects. (2006). *Maggie's Centre Fife*, via <http://www.zaha-hadid.com/architecture/maggies-centre-fife/> (geraadpleegd op 2 februari 2018).

ZOL. (2017). *Geriatric, palliatieve eenheid*, via <https://www.zol.be/geriatric/palliatieve-zorg/palliatieve-eenheid> (geraadpleegd op 5 november 2017).

ZOL. (2017). *Geriatric, palliatief support team*, via <https://www.zol.be/geriatric/palliatieve-zorg/palliatief-support-team> (geraadpleegd op 5 november 2017).

Zorg en gezondheid. (2017). *Adressen van dagverzorgingscentra voor palliatieve zorg*, via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen-van-dagverzorgingscentra-voor-palliatieve-zorg> (geraadpleegd op 29 december 2017).

Zorg voor beter. (2016). *Vier fasen van palliatieve zorg*, via <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Palliatieve-zorg-Vier-fasen.html> (geraadpleegd op 31 oktober 2016).

Zorg voor beter. (2016). *Wat is palliatieve sedatie?*, via <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Palliatieve-zorg-Palliatieve-sedatie.html> (geraadpleegd op 31 oktober 2017).

Zorg voor beter. (2016). *Wat is palliatieve zorg?*, via <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Palliatieve-zorg-Wat-is-het.html> (geraadpleegd op 31 oktober 2017).

LIJST MET AFBEELDINGEN

- Afb. 1** Zorg voor beter. (2016). Vier fasen van palliatieve zorg (Illustratie). Via, <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Palliatieve-zorg-Vier-fasen.html> (geraadpleegd op 31 oktober 2016).
The Steering group of The Good Hospice in Denmark (2006). Model 2 – A reviewed view of palliative care (Illustratie). Programme of The Good Hospice in Denmark. Pp19. (Eigen bewerking).
- Afb. 2** Zorg voor beter. (2016). Drie manieren waarop de palliatieve fase kan verlopen. (Illustratie). Via, <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Palliatieve-zorg-Vier-fasen.html> (geraadpleegd op 31 oktober 2016). (Eigen bewerking).
- Afb. 3** Desmet, P.M.A. & Pohlmeier, A.E. (2013). Positive Design: An introduction to design for subjective well-being. International Journal of Design, 7(3), p7. Positive Design Framework (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 4** van Oerle, M. (2018). Parameters. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 5** van Oerle M. (2018). Inplantingsplan ZOL. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 6** van Oerle M. (2018). Grondplan ZOL. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 7** Timmermans Interieur. (2016). Privékamer ZOL. (Illustratie). Via, <https://timmermans-interieur.be> (geraadpleegd op 13 maart 2018).
- Afb. 8** van Oerle M. (2018). Grondplan privékamer ZOL. (Illustratie).
(Eigen bewerking).

- Afb. 9 van Oerle M. (2018). Inplantingsplan JESSA/Salvator campus. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 10 van Oerle M. (2018). Grondplan JESSA. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 11 van Oerle M. (2018). Grondplan privékamer JESSA. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 12 van Oerle M. (2018). Grondplan CODA. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 13 van Oerle M. (2018). Grondplan privékamer CODA. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 14 van Oerle M. (2018). Grondplan The Good Hospice. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 15 Nord Architects. (2016). Afbeelding The Good Hospice. (Illustratie). Via, <https://www.nordarchitects.dk/hospice> (geraadpleegd op 13 maart 2018).
- Afb. 16 van Oerle M. (2018). Grondplan privékamer The Good Hospice. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 17 Andrea Jones. (2011). F. Gehry Maggie's Centre. (Illustratie).
- Afb. 18 van Oerle M. (2018). Grondplan F. Gehry. (Illustratie). (Eigen bewerking).
- Afb. 19 Philip Vile (2013). Snøhetta Maggie's Centre. (Illustratie). Via <https://www.dezeen.com/2013/09/13/maggies-centre-aberdeen-by-snohetta/> (geraadpleegd op 13 maart 2018).

- Afb.20 van Oerle M. (2018). Grondplan Snøhetta. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 21 van Oerle M. (2018). Grondplan Z. Hadid. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 22 Chris Gascoigne (n.d.) Z. Hadid Maggie's Centre. (Illustratie).
- Afb. 23 Nigel Young (2016). N. Foster Maggie's Centre. (Illustratie).
- Afb. 24 van Oerle M. (2018). Grondplan N. Foster. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 25 van Oerle M. (2018). Overzicht palliatieve eenheden en hospices. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 26 van Oerle M. (2018). Overzicht Maggie's Centres. (Illustratie).
- Afb. 27 Böcklin A. (1886). The Isle of the dead. (Illustratie).
- Afb. 28 van Oerle M. (2018). Maquette contextvisie. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 29 van Oerle M. (2018). Maquette contextvisie. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 30 van Oerle M. (2018). Maquette programma. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 31 van Oerle M. (2018). Overzicht België en Nederland. (Illustratie).
(Eigen bewerking).
- Afb. 32 van Oerle M. (2018). Overzicht programma. (Illustratie).
(Eigen bewerking).

