

# Ziekenhuisarchitectuur ontwerpen op kindermaat

Case study: het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis van het UZ  
Leuven

Laure Verschoren

Eindwerk aangeboden tot het verkrijgen  
van het diploma Master of Science  
in de ingenieurswetenschappen:  
architectuur

**Promotor:**

Prof. dr. ir. A. Heylighen

**Begeleiders:**

M. Annemans

I. Van Steenwinkel

Academiejaar 2013 – 2014

© Copyright by KU Leuven

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot dept. Architectuur, Kasteelpark Arenberg 1/2431, B-3001 Leuven, +32-16-321361 of via e-mail [secretariaat@asro.kuleuven.be](mailto:secretariaat@asro.kuleuven.be).

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

# VOORWOORD

Na het maken van deze masterproef wil ik graag even terugdenken aan het proces dat ik hierbij doorlopen heb. Bij het zoeken naar een geschikt thema vond ik het belangrijk dat ik een onderwerp zou uitkiezen waar ik volledig achter stond en waarin ik een jaar lang veel tijd en energie wou steken. Tussen de voorgestelde onderwerpen vond ik niet meteen iets wat ik wou, maar bij het doornemen van deze lijst kreeg ik wel een eigen idee: waarom niet iets rond ziekenhuizen doen, maar dan in het kader van kinderen? In samenspraak met mijn promotor professor Ann Heylighen en mijn begeleiders Margo Annemans en Iris Van Steenwinkel besloot ik een masterproef op te stellen rond ziekenhuisarchitectuur ontwerpen op kindermaat. Het werd een enorm boeiende en leerrijke ervaring ook al dienden heel wat hindernissen genomen te worden in het onderzoek en was het soms tasten in het duister. Daarbij kreeg ik heel wat steun van mijn familie, vriend en vrienden waarvoor ik hen van harte wil danken.

Mijn dank gaat ook uit naar een aantal mensen zonder wiens hulp mijn masterproef nooit tot stand zou zijn gekomen. In de eerste plaats naar mijn begeleiders Margo Annemans en Iris Van Steenwinkel alsook naar mijn promotor professor Ann Heylighen. Dankzij hun enthousiasme, hun grondige opvolging en feedback en hun vele tips wist ik het onderzoek tot een goed einde te brengen. Ik vond het een aangename samenwerking. Verder gaat mijn dank uit naar Annemie Glorieux, diensthoofd Ruimte Planning van het UZ Leuven, voor de tijd die ze nam om me wegwijs te maken in de werking van het ziekenhuis. Zij maakte mijn onderzoek mogelijk en wist me heel wat contacten te bezorgen. Ook de andere medewerkers van de dienst Ruimte Planning bedank ik voor hun medewerking. Vervolgens ben ik alle professionele gebruikers van het ziekenhuis die meewerkten aan mijn onderzoek erg dankbaar, met in het bijzonder professor Anne Uyttebroeck en psychologe Trui Vercruysse. Daarnaast wil ik architecten Tycho Saariste en Maurits Algra en architectenbureaus de Jong Gortemaker Algra, Ar-Te en STABO bedanken voor hun ondersteuning.

Tot slot wil ik alle patiënten en ouders die deelnamen aan mijn onderzoek bedanken voor de tijd die ze hebben vrijgemaakt en voor het enthousiasme waarmee ze meegewerkt hebben. Zij hebben ervoor gezorgd dat ik – tijdens de moeilijkere momenten van mijn onderzoek – telkens weer besepte waarom, en vooral voor wie, ik dit net deed. Dankzij hen kreeg mijn onderzoek heel wat extra waarde.

*Laure Verschoren*





# INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b>	<b>i</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vii</b>
<b>LIJST VAN FIGUREN</b>	<b>ix</b>
<b>HOOFDSTUK 1: INLEIDING</b>	<b>1</b>
1.1    Probleemstelling	1
1.2    Doelstelling	1
1.3    Aanpak	2
<b>HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE</b>	<b>3</b>
2.1    Inleidend veldwerk: vrijwilligerswerk	3
2.2    Veldwerk met betrekking tot de case study	5
2.2.1    Observatie op de afdeling kinderoncologie	6
2.2.2    Gesprekken & interviews	7
2.2.2.1    Gebruikers	7
2.2.2.2    Professionele gebruikers	9
2.2.2.3    Opdrachtgever	10
2.2.2.4    Ontwerper	11
2.3    Analyse	12
<b>HOOFDSTUK 3: ALGEMEEN KADER</b>	<b>13</b>
3.1    Evolutie van de ziekenhuiszorg	13
3.1.1    Ontstaan van ziekenhuisgebouwen	13
3.1.2    De paviljoenarchitectuur & de helende werking van de natuur	15
3.1.3    Het ontstaan van de ziekenhuismachine	16
3.1.4    Ziekenhuizen voor het grote publiek	17
3.1.5    Toekomst?	18
3.1.6    Besluit	19
3.2    Concepten voor een betere ziekenhuisomgeving	20
3.2.1    De healing environment	20
3.2.2    Evidence-based design	22
3.2.3    Salutogenic design	23
3.2.4    Besluit	25

3.3	Kinderen als patiënt _____	26
3.3.1	Wie zijn kinderen? _____	26
3.3.2	Het kind als patiënt _____	29
3.1.1.1	<i>Welzijn van een kind</i> _____	29
3.1.1.2	<i>Zorgen en angsten tijdens een ziekenhuisverblijf</i> _____	31
3.3.3	Tendensen _____	32
<b>HOOFDSTUK 4: ZIEKENHUISARCHITECTUUR VANUIT KINDERPERSPECTIEF _____</b>		<b>33</b>
4.1	Verkenkend veldwerk: vrijwilligerswerk _____	33
4.2	Case study: Gasthuisberg _____	36
4.2.1	De inkomhal & wachtruimte _____	36
4.2.2	De raadplegingen _____	38
4.2.3	Het daghospitaal _____	39
4.2.4	De afdeling kinderoncologie _____	41
4.2.4.1	<i>De afdeling</i> _____	41
4.2.4.2	<i>De patiëntenkamers</i> _____	43
4.2.4.3	<i>Afleiding voor patiënten</i> _____	46
4.2.4.4	<i>Ruimte voor het gezin</i> _____	48
4.2.5	De rest van het ziekenhuis _____	52
4.3	Besluit _____	54
<b>HOOFDSTUK 5: KINDVRIENDELIJKE ZIEKENHUISARCHITECTUUR _____</b>		<b>55</b>
5.1	Inleiding _____	55
5.2	Kenmerken van kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur _____	57
5.2.1	Het kind als patiënt _____	57
5.2.1.1	<i>Identiteit &amp; diversiteit</i> _____	57
5.2.1.2	<i>Leeftijdverschillen</i> _____	59
5.2.1.3	<i>Behoeften &amp; wensen</i> _____	60
5.2.2	Sociale interactie in het ziekenhuis _____	64
5.2.2.1	<i>Interactie met ouders</i> _____	64
5.2.2.2	<i>Interactie met het gezin</i> _____	67
5.2.2.3	<i>Interactie met het personeel</i> _____	68
5.2.2.4	<i>Interactie met bezoekers</i> _____	69
5.2.2.5	<i>Interactie met medepatiënten</i> _____	69
5.2.3	Interactie met de materiële ziekenhuisomgeving _____	71
5.2.3.1	<i>Ruimtelijke organisatie</i> _____	71
5.2.3.2	<i>Vormgeving &amp; interieur</i> _____	75
5.2.3.3	<i>Interactie met de buitenomgeving</i> _____	78

5.3	Besluit	80
<b>HOOFDSTUK 6: ONTWERPEN VAN KINDVRIENDELIJKE ZIEKENHUISARCHITECTUUR</b>		<b>81</b>
6.1	Het ontwerpen van ziekenhuizen	81
6.1.1	Een langdurig realisatieproces	81
6.1.2	Een uitgebreide regelgeving	82
6.1.3	Het samenbrengen van verschillende visies	83
6.2	Analyse van het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis	85
6.2.1	Inbreng vanuit verschillende invalshoeken	85
6.2.1.1	<i>Opdrachtgever</i>	85
6.2.1.2	<i>Patiënten en andere gebruikers</i>	86
6.2.1.3	<i>Professionele gebruikers</i>	87
6.2.1.4	<i>Ontwerper</i>	87
6.2.2	Plananalyse van het vrouw-kind ziekenhuis	88
6.2.2.1	<i>Inleiding</i>	89
6.2.2.2	<i>Het kind als patiënt</i>	91
6.2.2.3	<i>Sociale interactie in het ziekenhuis</i>	93
6.2.2.4	<i>Interactie met de materiële ziekenhuisomgeving</i>	98
6.3	Besluit	113
<b>HOOFDSTUK 7: SLOT</b>		<b>115</b>
7.1	Discussie	115
7.2	Reflectie	117
7.3	Vervolg?	118
<b>BIJLAGEN</b>		<b>119</b>
	BIJLAGE A - Informed consent voor kinderen van 7 tot 12 jaar	121
	BIJLAGE B - Informed consent voor jongeren vanaf 12 jaar	123
	BIJLAGE C - Informed consent voor ouders	126
	BIJLAGE D - vragenlijst interview met patiënt	129
	BIJLAGE E - vragenlijst interview met ouder	130
	BIJLAGE F - vragenlijst interview met opdrachtgever	132
	BIJLAGE G - vragenlijst interview met ontwerper	133
	BIJLAGE H - vragenlijst focusgroepinterview met professionele gebruikers	134
<b>BIBLIOGRAFIE</b>		<b>135</b>
	GERAADPLEEGDE LITERATUUR	135
	PERSOONLIJKE COMMUNICATIE	137
<b>Fiche Master Thesis</b>		<b>139</b>



# ABSTRACT

Ziekenhuizen worden geassocieerd met pijn hebben en ziek zijn. Zeker voor kinderen kan een ziekenhuisverblijf een aangrijpende gebeurtenis zijn. Het kind voelt zich fysiek niet optimaal en wordt bovendien weggehaald uit zijn vertrouwde omgeving. Deze masterproef tracht vast te stellen hoe ziekenhuisverblijven zo aangenaam mogelijk gemaakt kunnen worden voor kinderen en welke rol architectuur daarin kan spelen. Zo wordt in eerste instantie onderzocht wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur precies betekent vanuit het perspectief van het zieke kind. Verder wordt uitgezocht hoe deze kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur ontworpen kan worden. Meer specifiek ga ik in op de *case* van het UZ Leuven, waar men in 2014 start met de bouw van een nieuw kinderziekenhuis. Ik onderzoek in welke mate het ontwerp inspeelt op de verwachtingen en noden van kinderen. Daarvoor bestudeer ik de bestaande wetenschappelijke kennis over deze problematiek, de architectuur en beleving van de huidige kinderafdelingen en het ontwerp voor het nieuwe ziekenhuis. Dit gebeurt op basis van een literatuurstudie, een plananalyse en interviews met zieke kinderen en hun ouders, verplegers en dokters en opdrachtgever en ontwerper van het nieuwe ziekenhuis. Centraal hierbij staan de inzichten die het perspectief van kinderen kan opleveren voor ziekenhuisontwerp.



# LIJST VAN FIGUREN

<b>Figuur 2.1 &amp; 2.2</b> Het Koningin Paola Kinderziekenhuis te Wilrijk - Foto's verkregen via Kurt Laenen, spelbegeleider Koningin Paola Kinderziekenhuis	3
<b>Figuur 2.3</b> Campus Gasthuisberg van het UZ Leuven - Uit Glorieux, 2013	5
<b>Figuur 2.4</b> Situering van het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis - Uit Glorieux, 2013	5
<b>Figuur 3.1</b> Plan van het kloosterziekenhuis Hôtel-Dieu in Tonnerre - Uit Wagenaar & Mens, 2010: p. 12	14
<b>Figuur 3.2</b> Huidig beeld van het Hôtel-Dieu in Tonnerre - <a href="http://www.pays-tonnerrois.fr/">http://www.pays-tonnerrois.fr/</a> (laatst geraadpleegd op 11 maart 2014)	14
<b>Figuur 3.3</b> Ospedale Maggiore in Milaan met galerijen en binnenplaatsen - Uit Wagenaar & Mens, 2010: p. 12)	14
<b>Figuur 3.4</b> Huidig beeld van het Ospedale Maggiore - <a href="http://himetop.wikidot.com/the-ospedale-maggiore-or-ca-granda">http://himetop.wikidot.com/the-ospedale-maggiore-or-ca-granda</a> (laatst geraadpleegd op 5 maart 2014)	14
<b>Figuur 3.5</b> Het Städtisches Krankenhaus im Friedrichshain in Berlijn - Uit Wagenaar, 2006: p. 30	15
<b>Figuren 3.6 &amp; 3.7</b> Plan en foto van het Cité Hospitalière in Lille - <a href="http://insitu.revues.org/1903">http://insitu.revues.org/1903</a> (laatst geraadpleegd op 5 maart 2014)	17
<b>Figuur 3.8</b> Maquette van Sanatorium Zonnestraal in Hilversum - <a href="http://acidoamigo.kicks-ass.net/zonnestraal.htm">http://acidoamigo.kicks-ass.net/zonnestraal.htm</a> (laatst geraadpleegd op 5 maart 2014)	17
<b>Figuur 3.9</b> Foto van Sanatorium Zonnestraal in Hilversum - <a href="http://www.panoramio.com/photo/3677908">http://www.panoramio.com/photo/3677908</a> (laatst geraadpleegd op 20 februari 2014)	17
<b>Figuur 3.10</b> Het Diakonessenhuis in Groningen - <a href="http://beeldbankgroningen.nl/beeldbank/weergave/record/?id=1297f21f-8817-6e25-6e4b-e91c2856119a">http://beeldbankgroningen.nl/beeldbank/weergave/record/?id=1297f21f-8817-6e25-6e4b-e91c2856119a</a> (laatst geraadpleegd op 5 maart 2014)	18
<b>Figuur 3.11</b> Luchtfoto van het Diakonessenhuis met K-vormig grondplan - <a href="http://beeldbankgroningen.nl/beeldbank/weergave/record/?id=af46378d-5a97-1102-ace7-f10234ea93cf">http://beeldbankgroningen.nl/beeldbank/weergave/record/?id=af46378d-5a97-1102-ace7-f10234ea93cf</a> (laatst geraadpleegd op 12 maart 2014)	18

<b>Figuur 3.12</b> Buitenplaats Queekhoven, <b>figuur 3.13</b> Ontwerp voor een Engelse tuin - Uit Wagenaar & Mens, 2009: p. 15	21
<b>Figuur 3.14</b> Het Royal Children's Hospital in Melbourne, - <a href="http://www.australiandesignreview.com/architecture/19756-royal-children%E2%80%99s-hospital">http://www.australiandesignreview.com/architecture/19756-royal-children%E2%80%99s-hospital</a> (laatst geraadpleegd op 11 maart 2014)	24
<b>Figuur 3.15</b> Het grote aquarium in het Royal Children's Hospital in Melbourne - <a href="http://www.australiandesignreview.com/architecture/19756-royal-children%E2%80%99s-hospital">http://www.australiandesignreview.com/architecture/19756-royal-children%E2%80%99s-hospital</a> (laatst geraadpleegd op 11 maart 2014)	25
<b>Figuur 3.16</b> Het kind als patiënt - <a href="http://www.almunecarlife.com/news/Spain-has-lowest-rate-of-violent-deaths-amongst-chn157.html">http://www.almunecarlife.com/news/Spain-has-lowest-rate-of-violent-deaths-amongst-chn157.html</a> (laatst geraadpleegd op 14 maart 2014)	26
<b>Figuur 3.17</b> De verschillende leeftijdsgroepen die terecht komen op de kinderafdeling - Uit Kopvol Architecture & Psychology, 2012	27
<b>Figuren 3.18 &amp; 3.19</b> Beeld van de inrichting van een polikliniek pediatrie - Uit De Wilde & Muylle, 2012: p. 83	28
<b>Figuren 3.20</b> Aanname 1, <b>figuur 3.21</b> Aanname 2 - Uit Shepley, 2001	29
<b>Figuren 4.1 &amp; 4.2</b> De speeltuin van het Koningin Paola Kinderziekenhuis - Foto's verkregen via Kurt Laenen, spelbegeleider Koningin Paola Kinderziekenhuis	35
<b>Figuur 4.3</b> Gebouw waarin de kinderafdelingen zich bevinden - Eigen foto genomen in april 2014	36
<b>Figuur 4.4</b> Aparte wachtruimte van de kinderafdelingen, <b>figuur 4.5</b> Het daghospitaal, <b>figuur 4.6</b> De afdeling kinderoncologie - Eigen schema's gemaakt in maart 2014	37, 39, 41
<b>Figuur 4.7 &amp; 4.8</b> Tekeningen op de muren van de afdeling - Eigen foto's genomen in maart 2014	42
<b>Figuur 4.9 &amp; 4.10</b> Uitzicht uit de kleinere patiëntenkamers en uit de grotere - Eigen foto's genomen in april 2014	44
<b>Figuur 4.11</b> Deur van een patiëntenkamer met rolgordijn - Eigen foto genomen in maart 2014	46
<b>Figuur 4.12</b> Speel- en knutselruimte op de afdeling kinderoncologie - Eigen foto genomen in april 2014	47
<b>Figuur 4.13</b> voetbaltafel in de gang - Eigen foto genomen in maart 2014	48



<b>Figuur 4.14</b> Multifunctionele ruimte voor verpleegkundigen, ouders,..., <b>figuur 4.15</b> Zithoekje aan het einde van de gang voor de ouders	
- Eigen foto's genomen in maart 2014	49
<b>Figuur 4.16</b> Zithoekje in een gang op de derde verdieping	
- Eigen foto genomen in maart 2014	50
<b>Figuur 4.17</b> Keukenfaciliteit voor de bezoekers op de afdeling	
- Eigen foto genomen in maart 2014	51
<b>Figuur 4.18</b> De vijver naast de inkom van het ziekenhuis	
- Eigen foto genomen in maart 2014	52
<b>Figuur 4.19</b> Muurschildering in de gang	
- Eigen foto genomen in maart 2014	53
<b>Figuren 5.1 &amp; 5.2</b> Tekeningen van patiënten in kader van het UNICEF-onderzoek	
- Uit Van den Abeele, de le Court, Domincy & Buyschaert, 2005	62
<b>Figuur 5.3</b> De ouder-kind-eenheid (OKE), <b>figuren 5.4, 5.5 &amp; 5.6</b> Evolutie van de activiteiten van een kind dat weer beter wordt	
- Uit Kopvol Architecture & Psychology, 2012	65
<b>Figuren 5.7 &amp; 5.8</b> Linoleum vloeren in het ziekenhuis	
- Eigen foto's genomen in april 2014	75
<b>Figuur 5.9</b> Natuur wordt naar binnen gebracht door middel van een groene wand	
- Uit Wagenaar & Mens, 2009: p. 91	79
<b>Figuur 6.1</b> Overzichtsbeeld van het project van het vrouw-kind ziekenhuis	
- Beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	89
<b>Figuur 6.2</b> Type plan van het vrouw-kind ziekenhuis (niv. +4, hospitalisatie kindergeneeskunde)	
- Plan verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	90
<b>Figuur 6.3</b> Impressie van een patiëntenkamer	
- Beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	91
<b>Figuur 6.4</b> Patiëntenkamer met een vast bed voor rooming-in	
- Beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	94
<b>Figuur 6.5</b> Per kinderafdeling een ouderlounge en verpleegwacht, <b>figuur 6.6</b> Plan van een ouderlounge & verpleegwacht, <b>figuur 6.7</b> Beeld van een ouderlounge & verpleegwacht	
- Plannen en beelden verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	95

<b>Figuur 6.8</b> Patiëntenkamer met zit mogelijkheden voor bezoekers	
- Beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	97
<b>Figuren 6.9 &amp; 6.10</b> Beelden van de inkomhal van het nieuwe ziekenhuis	
- Beelden verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	99
<b>Figuur 6.11</b> Niveau 1 met centraal de inkomhal en in het rood de wachtruimtes, <b>figuur 6.12</b> Beeld van een wachtruimte bekeken vanuit de inkomzone	
- Plan en beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	100
<b>Figuur 6.13</b> Raadplegingen voor pediatrie, opdeling patiënten en artsen, <b>figuur 6.14</b> Consultatie-box met opdeling patiëntenzone en artsenzone	
- Plan en beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	101
<b>Figuur 6.15</b> Plan van een pediatrie-afdeling, <b>figuren 6.16 &amp; 6.17</b> Spel van kleuren en cijfers om oriëntatie en <i>way-finding</i> te bevorderen	
- Plan en beelden verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	102
<b>Figuur 6.18</b> Verpleegwacht met ruimte voor de laptops van de verpleegkundigen	
- Beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	104
<b>Figuren 6.19 &amp; 6.20</b> Kleurenspeel van het interieur wordt zichtbaar in de gevels	
- Beelden verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	105
<b>Figuur 6.21</b> Conceptbeeld van het ontwerp: bomen & rivier-keien	
- Beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	106
<b>Figuur 6.22</b> Beeld van een pediatrie-afdeling, <b>figuur 6.23</b> Groene patiëntenkamer met thema van bomen	
- Beelden verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	107
<b>Figuur 6.24</b> Voorbeeld van een mogelijke patiëntenkamer	
- Beeld verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	108
<b>Figuur 6.25 &amp; 6.26</b> Rolluik-systeem om de badkamer af te sluiten	
- Beelden verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	109
<b>Figuur 6.27</b> Niveau 5 met dakterras aangeduid in rood	
- Plan verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	110
<b>Figuur 6.28</b> Voorbeeld van een 'patio-terras', <b>figuur 6.29</b> Patio-structuur in het vrouw-kind ziekenhuis	
- Beelden verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	111
<b>Figuur 6.30</b> Steeds grotere patio's naar boven toe zorgen voor steeds meer invallend daglicht	
- Plannen verkregen via Tycho Saariste (De Jong Gortemaker Algra, Ar-Te, STABO)	112

# HOOFDSTUK 1: INLEIDING

## 1.1 Probleemstelling

Opgenomen worden in een ziekenhuis is voor veel kinderen een aangrijpende gebeurtenis. Een kind wordt plots geconfronteerd met een ziekte of een ongeval waardoor het uit zijn comfortzone moet treden. Daarenboven wordt het ook nog eens weggehaald uit zijn vertrouwde omgeving, wat het ziekenhuisverblijf alleen maar angstaanjagender maakt. Komende van een gekende thuisomgeving moet een kind zich plots gaan inpassen in het systeem van een gestructureerde machine, het ziekenhuis. Als we gaan kijken naar de huidige ziekenhuizen in België, zien we dat het merendeel dateert uit de jaren zestig en zeventig. In die tijd lag de focus bij het bouwen van ziekenhuizen hoofdzakelijk op functionaliteit en werd de patiënt naar de achtergrond geschoven (Wagenaar, 2006). Er werd geen of weinig aandacht besteed aan de beleving van de patiënt. Of deze patiënt nu een volwassene of een kind was, leek geen aandachtspunt. Vandaag daarentegen, leven we in een maatschappij die steeds hogere verwachtingen stelt ten opzichte van de ziekenhuiszorg. Sinds enkele jaren begint men meer en meer op te komen voor de rechten van de patiënt en het kind als patiënt (De Wilde & Muylle, 2012). Zowel ontwerpers, onderzoekers als professionele gebruikers – zoals verplegers en dokters – hebben hun eigen mening over wat de beste manier is om zorg te bieden aan zieke kinderen en hoe een kinderafdeling in een ziekenhuis er zou moeten uitzien. Deze verschillende meningen worden doorheen de masterproef aan bod gebracht. Toch zien we in de praktijk dat er nog niet altijd ver genoeg gegaan wordt om meer rekening te houden met patiënten. Bij de bouw of verbouwing van een ziekenhuis is deze intentie er meestal wel. Door druk vanuit andere hoeken echter, lijken zaken die met patiënten ervaring te maken hebben doorheen het proces soms te sneuvelen. Een erg belangrijk perspectief wordt te vaak vergeten: het perspectief van de patiënt – het zieke kind – zelf. Dit perspectief moet dan ook onder de aandacht gebracht worden.

## 1.2 Doelstelling

Doel van dit project is om te onderzoeken hoe kinderen een ziekenhuisverblijf precies beleven en welke rol architectuur kan spelen in het verbeteren van deze beleving. De focus bij dit onderzoek ligt op de beleving van ziekenhuisruimtes door kinderen. Er wordt daarom getracht te kijken door de ogen van het kind als patiënt om te weten te komen wat de noden en wensen zijn. Meer specifiek wordt er enerzijds onderzocht wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur precies betekent vanuit het perspectief van het zieke kind. Anderzijds wordt er gezocht naar hoe deze kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur ontworpen kan worden.

Om het onderzoek te onderbouwen wordt gebruik gemaakt van een *case study*. Deze *case study* betreft de campus Gasthuisberg van het Universitair Ziekenhuis van Leuven. Midden 2014 zal men hier starten met de bouw van een nieuw ziekenhuis voor vrouw en kind. Bedoeling van deze *case study* is om te gaan kijken naar hoe de huidige kinderafdelingen van het UZ Leuven momenteel beleefd worden, hoe de ontwerpers van het vrouw-kind ziekenhuis de opdracht aangepakt hebben en in hoeverre dit ontwerp voor het nieuwe ziekenhuis inspeelt op de bevindingen die uit het belevingsonderzoek komen en op wat terug te vinden is in de literatuur.

Het uiteindelijke doel van deze thesis is om het kind als patiënt meer in beeld te brengen bij het ontwerpen van kinderziekenhuizen gezien het perspectief van kinderen belangrijke inzichten kan opleveren voor een kindvriendelijk ziekenhuisontwerp. Vandaar wordt doorheen het hele onderzoek geprobeerd om dit

perspectief van het kind voor ogen te houden. Met de *case study* proberen we te beoordelen in welke mate het ontwerp van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis van het UZ Leuven inspeelt op de noden en wensen van de toekomstige patiënten.

### 1.3 Aanpak

Deze masterproef is opgebouwd uit verschillende delen. Vooreerst wordt de gebruikte methodologie van dit onderzoek besproken. Vervolgens wordt een algemeen kader van de ziekenhuiszorg geschetst. Hierna volgen drie delen die specifiek handelen over kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur. Er wordt achtereenvolgens gekeken naar ziekenhuisarchitectuur vanuit kinderspectief, kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur en het ontwerpen van kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur.

In het deel dat een algemeen kader van de ziekenhuiszorg schetst (**hoofdstuk 3**) wordt aan de hand van een literatuurstudie een stand van zaken opgesteld. Er wordt terug gegaan in de tijd om te weten te komen hoe het concept van ziekenhuisgebouwen ontstaan is en op welke manier deze gebouwen geëvolueerd zijn tot de zorginstellingen die we vandaag kennen. Verder worden enkele nieuwere concepten besproken die zouden moeten leiden tot een betere ziekenhuisomgeving. Tot slot wordt de patiëntengroep waarover deze masterproef handelt besproken: kinderen. Er wordt gekeken naar hoe kinderen ontwikkelen en welke rol de omgeving daarin speelt en er wordt dieper ingegaan op wie het kind als patiënt nu net is en welke belangen hij of zij heeft.

In het eerste deel dat specifiek handelt over kinderziekenhuizen (**hoofdstuk 4**) bespreek ik de bevindingen uit het veldwerk dat ik verrichtte. Eerst wordt het verkennende veldwerk besproken. Vervolgens wordt het veldwerk met betrekking tot de *case study* van het UZ Leuven uitgebreid behandeld. Hier wordt aan de hand van een belevingsonderzoek onderzocht hoe de huidige kinderafdelingen beleefd worden.

In het volgende deel (**hoofdstuk 5**) ga ik op zoek naar wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur precies betekent. Kindvriendelijkheid is immers een heel ruim begrip dat op verschillende manieren geïnterpreteerd kan worden. In dit deel worden verschillende thema's en aspecten aangehaald met betrekking tot deze kindvriendelijke ziekenhuisomgeving. Elk van deze aspecten wordt bondig besproken vanuit verschillende invalshoeken. Zo wordt duidelijk hoe vanuit deze verschillende perspectieven gedacht wordt over wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur voor zieke kinderen betekent.

In het laatste deel (**hoofdstuk 6**) van deze masterproef wordt het tot stand komen van een nieuw kinderziekenhuis geanalyseerd. In dit hoofdstuk worden enkele aspecten besproken die aan bod komen bij het ontwerpen van een kindvriendelijk ziekenhuis. Verder wordt onderzocht vanuit welke verschillende invalshoeken er inbreng is geweest bij het tot stand komen van de ontwerpopdracht en het ontwerp van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis. Vervolgens wordt aan de hand van alle informatie die bekomen werd gedurende het onderzoek een analyse gemaakt van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis.

Tot slot volgt nog een besluitend hoofdstuk (**hoofdstuk 7**). In dit hoofdstuk worden de conclusies met betrekking tot de onderzoeksvragen geformuleerd met vervolgens een reflectie op de gebruikte methodologie. Om te eindigen worden mogelijke pistes voor verder onderzoek uitgezet en worden enkele persoonlijke slot-bedenkingen geformuleerd.

# HOOFDSTUK 2: METHODOLOGIE

Om het onderwerp van mijn masterproef te onderzoeken deed ik een literatuurstudie gecombineerd met eigen veldwerk. Dit hielp me onder meer om de theorieën uit de literatuurstudie te kunnen vergelijken en aanvullen met eigen ervaringen. In dit hoofdstuk wordt de gebruikte methodologie besproken. In eerste instantie deed ik een verkenning van de context onder de vorm van vrijwilligerswerk in een ziekenhuis. Daarna volgde het eigenlijke veldwerk aan de hand van een *case study* op campus Gasthuisberg van het UZ Leuven. Om deze *case* in kaart te brengen maakte ik me vertrouwd met de ruimtes van de kinderafdelingen aan de hand van een observatie en deed ik heel wat interviews met mensen die betrokken zijn bij het beleven en ervaren van de huidige kinderafdelingen en het ontwerpen van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis van het UZ Leuven.

## 2.1 Inleidend veldwerk: vrijwilligerswerk

Aangezien ik als studente ingenieur architectuur weinig voeling had met de werking van kinderziekenhuizen leek het me interessant om als verkennend veldwerk vrijwilligerswerk te gaan verrichten in een kinderziekenhuis. Zo deed ik in augustus 2013 twee weken vrijwilligerswerk in het Koningin Paola Kinderziekenhuis te Antwerpen (zie fig. 2.1 en 2.2). Dit kinderziekenhuis is onderdeel van de campus Middelheim en de bouw ervan werd gestart in april 1998. Het is het enige gespecialiseerde kinderziekenhuis in de provincie Antwerpen en heeft een eigen operatiekwartier en een eenheid intensieve zorgen, waardoor kinderen specifiek behandeld en opgevolgd kunnen worden.



**Figuren 2.1 & 2.2** Het Koningin Paola Kinderziekenhuis te Wilrijk

Tijdens deze twee weken vrijwilligerswerk werkte ik samen met Kurt Laenen, de spelbegeleider van de kinderafdelingen. Dit was ideaal om het kinderziekenhuis te leren kennen. Zo kreeg ik onder andere de verpleegposten, de gangen, de patiëntenkamers en de speellokalen te zien. Verder kreeg ik de kans om echt samen te werken met de kinderen, waardoor ik een beter beeld kon vormen van hoe zij zich voelden tijdens hun ziekenhuisverblijf. Aangezien de focus van mijn onderzoek ligt op de beleving van de patiënten zelf, was dit erg interessant. Gedurende het vrijwilligerswerk kwam ik meer te weten over de werking van de

## 2. METHODOLOGIE

---

kinderafdelingen in dit ziekenhuis. Zo werd ik geconfronteerd met enkele probleempunten die er op deze afdelingen voorkomen en die hoogstwaarschijnlijk ook voorkomen op de kinderafdelingen in andere ziekenhuizen.

Het verrichten van dit vrijwilligerswerk bleek een goede keuze te zijn om me voor te bereiden op het vervolg van mijn onderzoek en het veldwerk dat ik nog zou gaan verrichten. Ik kreeg een goed beeld van hoe kinderafdelingen in een ziekenhuis precies georganiseerd zijn en werken. Wel moet er mee rekening gehouden worden dat dit kinderziekenhuis dateert uit een veel recentere periode dan heel wat andere ziekenhuizen in België.

## 2.2 Veldwerk met betrekking tot de case study

Voor het verdere verloop van deze masterproef werkte ik rond de *case* van het UZ Leuven. Deze werd enerzijds gekozen om meer te weten te komen over de beleving van kinderafdelingen door kinderen zelf en anderzijds om te onderzoeken hoe een ontwerp voor een nieuw kinderziekenhuis precies tot stand komt, rekening houdend met de inzichten die het perspectief van het kind als patiënt kunnen opleveren.

De campus Gasthuisberg van het UZ Leuven (zie fig. 2.3) bleek het perfecte ziekenhuis te zijn voor deze *case study*. Doordat de huidige kinderafdelingen erg verouderd zijn – de eerste fase van het ziekenhuis dateert uit 1975 – en men in de zomer van 2014 start met de bouw van een nieuw kinderziekenhuis (zie fig. 2.4), was er vanuit het ziekenhuis heel wat motivatie om inzichten te verwerven over dit onderwerp. Het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis zal het oude kindergedeelte van het bestaande ziekenhuis volledig vervangen. Het zal plaats bieden aan alle pediatrische afdelingen en zowel consultatie, daghospitalisatie als hospitalisatie zullen er ondergebracht worden. Ook wordt er een ziekenhuisschool voorzien in het gebouw. Daarbovenop krijgen de materniteit, het bevallingskwartier, de gynaecologie en het fertiliteitscentrum ook een plaats in het gebouw. Deze laatsten werden bij het bestuderen van de *case* terzijde gelaten.



Figuur 2.3 Campus Gasthuisberg van het UZ Leuven



Figuur 2.4 Situering van het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis (in rood)



Om te analyseren hoe de huidige kinderafdelingen van het UZ Leuven beleefd worden, diende ik te bepalen met welke groep patiënten ik zou gaan werken. Alle kinderafdelingen bij mijn onderzoek betrekken was immers onhaalbaar binnen het tijdsbestek van deze masterproef. Mij leek het het meest interessant om met kinderen te werken die vaak in het ziekenhuis moeten verblijven en dit voor langere periodes. Hierdoor worden gezinnen immers vaak gedwongen om veel tijd door te brengen op de ziekenhuisafdeling. Het gegeven van als kind en als gezin plots deeltijds te moeten leven op een kinderafdeling is dan ook wat me interesseert voor dit onderzoek. Uiteindelijk koos ik er – in samenspraak met de mensen van het ziekenhuis – voor om op de afdeling kinderoncologie te gaan werken aangezien de patiënten die hier terechtkomen, meermaals moeten terugkomen naar het ziekenhuis en er ook vaak moeten verblijven.

### 2.2.1 Observatie op de afdeling kinderoncologie

Als voorbereiding op het veldwerk dat ik op de afdeling kinderoncologie zou gaan doen, vond ik het belangrijk om eerst te gaan observeren hoe de afdeling opgebouwd is en wat de manier van werken is. Sociaal wetenschapper Dimitri Mortelmans (2013: 299) beschrijft in zijn 'Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden' drie fasen van het observeren: beschrijvende observatie, gefocuste observatie en selectieve observatie. In de eerste fase wordt kennis gemaakt met de *setting* waarin het onderzoek plaatsvindt, in de tweede fase wordt de aandacht meer gericht op specifieke elementen die van belang zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen en in de derde fase wordt nog dieper ingegaan op waar de onderzoeker precies naar op zoek is. Het leek me voor mijn observatie nuttig om gebruik te maken van deze drie fasen. Zo hoopte ik met deze observatie in eerste instantie een globaal beeld te bekomen van de afdeling, maar daarbovenop hoopte ik me toch ook te kunnen richten op meer specifieke elementen die van belang kunnen zijn voor mijn onderzoek.

In samenspraak met enkele personeelsleden besloten we dat ik mijn observatie op een vrijdag zou gaan doen aangezien dit het meest rustige moment van de week is op de kinderafdelingen. Op die manier kreeg ik de kans om heel wat te zien zonder dat ik mensen zou storen. Voorafgaand aan deze observatie maakte ik voor mezelf een lijst met aandachtspunten voor de observatie. Zo kon ik goed voorbereid te werk gaan. Tijdens de observatie, die uiteindelijk plaatsvond in januari 2014, werd ik rondgeleid door een kinderpsychologe die op de afdeling werkt. Deze kinderpsychologe liet me de kinderafdelingen van het UZ Leuven zien. Zo kreeg ik op de gelijkvloerse verdieping eerst de inkomhal van de kinderafdelingen te zien, de wachtruimtes, de gangen en lokalen van de raadplegingen en de ruimtes voor het personeel. Ook kreeg ik op dit niveau het daghospitaal te zien zodat ik de werking van deze afdeling wat leerde kennen. Verder bezochten we alle kinderafdelingen waar de gehospitaliseerde patiënten terechtkomen, waardoor ik een eerste indruk kreeg van hoe het ziekenhuis en zijn afdelingen opgebouwd zijn en wat de manier van werken is. Tot slot eindigden we de rondleiding op de afdeling kinderoncologie waar ik een uitgebreid verslag kreeg over het reilen en zeilen van deze afdeling. Hier kreeg ik ook wat meer tijd om zelf rond te kijken en indrukken op te doen over hoe de afdeling opgebouwd is en werkt.

Na het uitvoeren van de observatie bleek dat ik de verschillende fasen die Mortelmans beschrijft in zijn boek heb kunnen doorlopen. Zo was de observatie enerzijds een kennismaking met de *setting*, maar was ze bijkomend ook een manier om al meer te weten te komen over bepaalde elementen die van belang zijn voor mijn onderzoek. Om alle bekomen informatie zo goed mogelijk te kunnen verwerken, maakte ik meteen na de observatie een soort reflectie van de ervaringen die ik opdeed.

Later, tijdens het vervolg van mijn veldwerk, kwam ik meermaals op de kinderafdelingen van het ziekenhuis terecht. Ook naar de afdeling kinderoncologie ging ik nog enkele keren terug om deze zo goed mogelijk te leren kennen. Zo kon ik uiteindelijk een goed beeld vormen van de opbouw en werking van de huidige kinderafdelingen van het UZ Leuven.



## 2.2.2 Gesprekken & interviews

Om vanuit verschillende invalshoeken te kijken naar het onderwerp van ziekenhuisarchitectuur op kindermaat deed ik diverse gesprekken en interviews met de partijen die betrokken zijn bij de beleving van het huidige ziekenhuis en bij het ontwerpen van het nieuwe kinderziekenhuis. De meest belangrijke partij die ik bevroeg bestond uit enkele jonge oncologiepatiënten en hun ouders. Verder deed ik gesprekken en interviews met professionele gebruikers zoals artsen, verplegers en psychologen en met de opdrachtgever en ontwerper van het nieuwe ziekenhuis.

### 2.2.2.1 Gebruikers

De eerste, meest belangrijke invalshoek voor mijn onderzoek was deze van de eigenlijke gebruikers. Hen betrekken bij de zoektocht naar een goede ziekenhuisomgeving voor kinderen vond ik essentieel, mede doordat de focus van deze masterproef ligt op de beleving van kinderen als patiënt, dewelke we kunnen zien als de belangrijkste gebruikers van een kinderziekenhuis. Het is dus duidelijk dat hun stem niet mocht ontbreken in mijn onderzoek.

De eerste gebruikers waarmee ik in contact kwam tijdens het onderzoek voor deze masterproef waren enkele mensen die deelnamen aan het *Q-forum* van het ziekenhuis (*Q-forum*, persoonlijke communicatie, 2013). Het *Q-forum* of *Extern Kwaliteitsforum* van het UZ Leuven is een pool van een vijftiental patiënten, vrij representatief voor onze samenleving en geselecteerd via de patiëntentevredenheidsenquête of de ombudsdienst. Er zitten in dit forum ook drie neutrale experts die kennis hebben op vlak van kwaliteit en veiligheid, maar niet meteen in een medische context. Bedoeling van dit forum is dat de patiënten en externe verwijzers ook een stem krijgen waarin zij hun verwachtingen en suggesties tot verbetering kunnen laten horen. De deelnemers van dit forum komen zo'n vier keer per jaar samen om patiënt gerelateerde aspecten te bespreken (Mangelschots, 2014).

Ook rond het project van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis werd een *Q-forum* georganiseerd met enkele mensen van het ziekenhuis, enkele (ex-)patiënten, enkele ouders van patiënten en nog enkele externen. Ik kreeg de kans om hierbij aanwezig te zijn. Tijdens dit *Q-forum* werd het project voorgesteld en konden de aanwezigen hun mening geven.

Een andere groep gebruikers die ik zeker bij mijn onderzoek wou betrekken, waren de jonge patiënten zelf. Om meer te weten te komen over hoe zij het ziekenhuis beleven, deed ik interviews met vier patiënten. Ik interviewde ook telkens een ouder van elke patiënt omdat deze naar mijn mening goed kan inschatten hoe zijn of haar kind zich voelt tijdens een ziekenhuisverblijf.

Om deze interviews te mogen afnemen bij de patiënten en hun ouders moest ik eerst toestemming verkrijgen van *ethics@Arenberg* – de ethische commissie van Wetenschap en Technologie van de KU Leuven – en de ethische commissie van het UZ Leuven. Zo diende ik een *informed consent* op te stellen dat de deelnemers op de hoogte stelde van de inhoud van het onderzoek. Ik stelde een aparte *informed consent* op voor kinderen onder 12 jaar, kinderen boven 12 jaar en ouders (zie bijlagen A, B en C). Het proces om toestemming te verkrijgen van beide ethische commissies nam uiteindelijk heel wat weken in beslag, wat het onderzoek licht vertraagde.

Zoals hierboven al vermeld werd, koos ik ervoor om te focussen op de afdeling kinderoncologie. Initieel besloot ik enkele voorwaarden op te leggen waaraan de patiënten moesten voldoen om deel te nemen aan mijn interviews. Eerst en vooral vond ik het belangrijk dat de kinderen al enige ervaring hadden met ziekenhuisbezoeken en –verblijven, waardoor ik een voorwaarde oplegde dat de kinderen al minstens zes

maanden in behandeling moesten zijn. Vervolgens bepaalde ik ook een leeftijdsgroep waarbinnen ik zou gaan werken. Aangezien ik maar vier patiënten zou gaan interviewen, leek het mij aanvankelijk interessant om deze leeftijdscategorie niet al te breed te maken. Zo besloot ik om te gaan werken met kinderen tussen 8 en 14 jaar.

Uiteindelijk deed ik in de loop van de maand maart 2014 mijn interviews met de vier patiënten en telkens één van hun ouders<sup>1</sup>. Dit werd mogelijk gemaakt door het afdelingshoofd en de kinderpsychologe van de afdeling kinderoncologie. Zij hielden me op de hoogte van welke kinderen en ouders eventueel wilden meewerken en gaven me hun gegevens door om een afspraak te kunnen maken. De vragen werden telkens aangepast aan de leeftijd en gezondheidssituatie van de patiënten op het moment van de interviews. Aan de voorwaarden die ik vooraf opstelde werd uiteindelijk niet altijd voldaan aangezien ik rekening moest houden met wie er tijdens de periode van mijn onderzoek opgenomen werd in het ziekenhuis, zo was één patiënt eigenlijk te oud en was een andere patiënt nog geen zes maanden in behandeling. Van alle interviews werd een audio-opname gemaakt die achteraf uitgeschreven werd zodat de informatie zo goed mogelijk geanalyseerd kon worden.

De interviews bestonden uit semi-gestructureerde *face-to-face* gesprekken. Directe interactie tussen onderzoeker en participant is volgens Mortelmans (2013: 229) noodzakelijk om informatierijke interviews te krijgen. Doorheen een *face-to-face* interview kan immers een vertrouwensband opgebouwd worden met de participant zodat meer diepgang kan ontstaan. Bij elk interview werd gestart met een soort inleidingsvraag om de eigenlijke discussie te openen. Zo vroeg ik eerst aan de ouders om kort te vertellen hoe een typisch ziekenhuisbezoek of –verblijf met hun kind er uitziet en hoe hun kind dit volgens hen ervaart. Aan de patiënten vroeg ik als inleidende vraag heel algemeen wat ze precies vinden van het ziekenhuis en wat ze er leuk of minder leuk aan vinden. Mortelmans (2013: 237) beschrijft deze inleidingsvraag als een manier om de participanten te stimuleren om tot een gesprek te komen. Deze vraag peilt eerder naar een algemene opinie. Tijdens mijn interviews merkte ik dat dit de participanten inderdaad aanzette om te vertellen. Zeker bij de patiënten die in het begin af en toe verlegen waren, hielp dit. Vervolgens werden meer specifieke vragen gesteld – sleutelvragen volgens Mortelmans – over de kern van mijn onderzoek. Tot slot werd er meestal geëindigd met een besluitende vraag waarbij de participanten zelf nog opmerkingen konden geven over zaken die volgens hen nog belangrijk waren en waar ik niet naar gevraagd had.

In het daghospitaal kon ik drie patiënten en hun ouders interviewen. Mijn eerste deelnemers waren Anse<sup>2</sup>, een meisje van 12 jaar dat al bijna 8 maanden in behandeling was en haar mama. Toen ik aankwam voor het interview was Anse even naar de kinesist, dus interviewde ik eerst haar mama. Zij vertelde vlot over de ervaringen die ze zelf had met het ziekenhuis (mama Anse, persoonlijke communicatie, 2014). In de loop van dit interview kwam Anse erbij zitten, zij was meteen heel enthousiast om de vragen van haar mama al te beantwoorden, maar ze wachtte flink totdat het haar beurt was voor een interview (Anse, persoonlijke communicatie, 2014). Zowel mama als dochter lieten blijken dat ze het goed vonden dat er onderzoek gedaan werd naar dit onderwerp en ze hoopten dan ook dat er iets mee gedaan zou worden.

De volgende deelnemers die ik interviewde waren Rose, een meisje van 14 jaar dat al 10 maanden in behandeling was en haar papa. Het meisje leek initieel wat verlegen dus deed ik eerst een interview met haar papa die kort en bondig mijn vragen beantwoordde (papa Rose, persoonlijke communicatie, 2014). Daarna volgde een interview met Rose die ondertussen wat meer op haar gemak was (Rose, persoonlijke communicatie, 2014). Op het einde vertelde ze dat ze het heel fijn vond dat ze haar mening eens mocht geven.

De laatste deelnemers die ik in het daghospitaal interviewde waren Emiel, een jongen van bijna 16 jaar die al 8 maanden in behandeling was en zijn mama. Op het moment van het interview voelde Emiel zich emotioneel en fysiek niet zo goed, waardoor ik besloot om één interview af te nemen met Emiel en zijn mama tegelijk. Aanvankelijk vertelde de mama voornamelijk over haar ervaringen, maar al snel viel ook Emiel in

---

<sup>1</sup> De vragenlijsten die gebruikt werden voor de interviews met patiënten en ouders zijn terug te vinden in bijlagen D en E.

<sup>2</sup> De namen van de patiënten die in de tekst gebruikt worden, zijn fictieve namen, dit om de anonimiteit van de deelnemers te respecteren.

(Emiel en mama, persoonlijke communicatie, 2014). Zo kreeg ik toch weer twee meningen – die vrij goed met elkaar overeenkwamen – te horen.

De situatie waarin deze interviews afgenomen werden, was niet altijd ideaal. Doordat de interviews in het daghospitaal plaatsvonden, werden we vaak gestoord door de activiteiten die rondom ons gebeurden. Zo was er vaak lawaai van spelende of huilende kindjes, van het werkende personeel of van een tv die nogal luid stond. Hierdoor werd de concentratie tijdens de interviews soms verstoord. Wanneer de deelnemers tijdens het interview ook nog eens stil spraken, werd het vaak moeilijk om goed te verstaan wat er precies gezegd werd. Ondanks deze minder ideale omstandigheden werd het dankzij de combinatie van eigen notities en een audio-opname die achteraf uitgeschreven werd, toch mogelijk om de informatie uit de interviews goed te verwerken.

Tot slot kon ik op de afdeling kinderoncologie zelf ook een interview afnemen met Silke, een meisje van 9 jaar dat al een 5-tal maanden in behandeling was en haar mama. Aangezien Silke net gaan knutselen was in de speelruimte toen ik arriveerde, nam ik eerst het interview met haar mama af (mama Silke, persoonlijke communicatie, 2014). Dit interview vond plaats in de patiëntenkamer zelf waar het vanzelfsprekend rustig was, hierdoor verliep het interview heel vlot. Het interview met Silke zelf deed ik in de speelruimte terwijl ze aan het knutselen was (Silke, persoonlijke communicatie, 2014). Ik koos hier bewust voor aangezien ze zo meer op haar gemak leek te zijn om een gesprek te hebben. Uiteraard waren dit – met de vele knutselende kinderen en begeleiders – geen ideale omstandigheden, maar omwille van de jonge leeftijd van Silke bleek dit de meest geschikte oplossing.

Een gebruiker die ik tot slot niet mag vergeten en die bij dit onderzoek onbewust zeker een belangrijke rol gespeeld heeft, ben ikzelf. Als kind en als volwassene kwam ik ook enkele keren in het ziekenhuis terecht. Zo ben ik zelf op verschillende manieren een gebruiker van het ziekenhuis geweest: als ambulante patiënt of als gehospitaliseerde patiënt en natuurlijk ook meerdere keren als bezoeker van een patiënt. De ervaringen die ik hierbij zelf opdeed maken geen deel uit van mijn methodologie van dit onderzoek, maar zullen ongetwijfeld een – eerder onbewuste – rol gespeeld hebben bij het maken van deze masterproef en mogen dan ook niet vergeten worden.

### 2.2.2.2 Professionele gebruikers

Een andere groep mensen die me belangrijk leek om bij mijn onderzoek te betrekken, waren de professionele gebruikers van het UZ Leuven. Hieronder wordt het personeel zoals artsen, verplegers en psychologen verstaan. Aangezien zij dagelijks werken in het ziekenhuis en ze dus continu geconfronteerd worden met de werking ervan, wilde ik graag de mening van deze mensen horen om mijn onderzoek te ondersteunen.

Om op een vlotte en gestructureerde manier zo veel mogelijk informatie te bekomen, koos ik ervoor om een focusgroepinterview te organiseren met enkele van deze professionele gebruikers (Uyttebroeck, Vercruysse, Vandueren, Decroock, & Nackaerts, persoonlijke communicatie, 2014)<sup>3</sup>. Een groot voordeel van deze manier van werken is dat er een duidelijke groepsdynamiek ontstaat, de deelnemers kunnen elkaars herinneringen prikkelen zodat meer uitgebreide informatie verkregen wordt. Een ander voordeel van deze methode is uiteraard de tijdsbesparing in vergelijking met individuele interviews (Bleynen & Van Molle: 2012). Ook van dit focusgroepinterview werd een audio-opname gemaakt die achteraf uitgeschreven werd.

Om dit focusgroepinterview georganiseerd te krijgen deed ik beroep op het afdelingshoofd en de kinderpsychologe van de afdeling kinderoncologie van het UZ Leuven. Zij zochten samen enkele professionele gebruikers, met verschillende functies op de kinderafdelingen, bij elkaar om een gemotiveerde groep deelnemers te bekomen. Uiteindelijk bestond de groep deelnemers uit vijf vrouwen: twee kinderpsychologen,

<sup>3</sup> De vragenlijst die gebruikt werd voor het focusgroepinterview is terug te vinden in bijlage H.

een pedagogisch medewerkster, een hoofdverpleegkundige en het afdelingshoofd – die tevens arts is – van de afdeling kinderoncologie. Tijdens het focusgroepinterview fungeerde mijn promotor, professor Ann Heylighen, als moderator van het gesprek, terwijl ikzelf observeerde en notities maakte.

Tijdens een korte inleiding werd aan de deelnemers duidelijk gemaakt dat er bij dit onderzoek enerzijds een focus ligt op de beleving door kinderen, het perspectief van het kind dus, en dat er anderzijds een focus ligt op ruimte en architectuur. Dit om ervoor te zorgen dat de deelnemers tijdens het gesprek niet te veel zouden uitwijken in andere richtingen. Bij sommige vragen gaven we de deelnemers de tijd om hun ideeën eerst te noteren zodat ze konden nadenken voordat ze zouden beginnen antwoorden en misschien zaken zouden vergeten.

Met dit focusgroepinterview werd het onderwerp van mijn thesis nog eens vanuit een ander perspectief bekeken, wat weer heel wat nieuwe en interessante informatie opleverde.

### 2.2.2.3 Opdrachtgever

De partij met wie ik contact opnam om het onderzoek naar deze masterproef te starten was de opdrachtgever van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis. In eerste instantie zat ik met opdrachtgever Annemie Glorieux en een andere medewerker van de dienst Ruimte Planning samen om te bepalen wat ik net zou gaan doen met mijn masterproef en welk onderzoek er in dit kader zou moeten gebeuren (Glorieux & Derwael, persoonlijke communicatie, 2013).

Nadat ik het onderwerp van mijn masterproef duidelijker afgelijnd had, volgden verschillende gesprekken waarin ik meer te weten kwam over hoe de ontwerpopdracht voor het vrouw-kind ziekenhuis tot stand kwam en welke processen hierbij allemaal doorlopen werden. Ook kreeg ik een beeld van hoe de dienst Ruimte Planning omging met deze ontwerpopdracht en welke inspraak zij hadden in het hele proces. Verder kwam ik te weten welk architectenbureau gekozen werd voor het ontwerpen van het nieuwe ziekenhuis en hoe de samenwerking tussen dit bureau en de dienst Ruimte Planning verloopt. Tot slot werd besproken welk veldwerk ik zou gaan doen binnen het ziekenhuis en hoe ik dit zou aanpakken (Glorieux & Derwael, persoonlijke communicatie, 2013; Glorieux & Van Eykeren, persoonlijke communicatie, 2013; Glorieux, Michiels, & Uyttebroeck, persoonlijke communicatie, 2013).

Na deze gesprekken met verschillende personen volgde uiteindelijk een formeel interview met Annemie Glorieux als opdrachtgever waarbij dieper ingegaan werd op de werking van de verschillende werkgroepen die meewerkten aan het opstellen van de visietekst en de ontwerpopdracht (Glorieux, persoonlijke communicatie, 2013)<sup>4</sup>. Zo werd er besproken welke mensen met welke functies er in de werkgroepen zaten, welke opdrachten deze werkgroepen kregen en vanwaar ze hun inspiratie haalden. In dit interview werd ook de visietekst van het vrouw-kind ziekenhuis besproken.

Dankzij dit interview en enkele gesprekken met de opdrachtgever en andere medewerkers van de dienst Ruimte Planning, kreeg ik een duidelijk beeld van de context waarin de ontwerpopdracht voor het nieuwe kinderziekenhuis ontstond. Dit was een belangrijke aanzet voor het vervolg van mijn onderzoek.

---

<sup>4</sup> De vragenlijst die gebruikt werd voor het interview met de opdrachtgever is terug te vinden in bijlage F.

#### 2.2.2.4 Ontwerper

Een laatste partij die uiteraard niet kon ontbreken in mijn onderzoek is de ontwerper van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis zelf. Het architectenbureau dat gekozen werd voor het project is het Nederlandse bureau de Jong Gortemaker Algra in samenwerking met Ar-Te en STABO. Ik werkte samen met Tycho Saariste, één van de ontwerpers die aan het project werkt. Met hem deed ik een interview om meer te weten te komen over de rol die hij in het hele proces gespeeld heeft en nog steeds speelt (Saariste, persoonlijke communicatie, 2013)<sup>5</sup>. Ook dit interview was weer een *face-to-face* interview met een semi-gestructureerde opbouw.

Tijdens dit interview met Saariste kwam ik meer te weten over de visie die het architectenbureau waarin hij werkt, heeft over ontwerpen voor de gezondheidszorg. Hierbij werd ook zijn eigen visie duidelijk. Verder peilde ik naar de ervaring die de ontwerper al had met het ontwerpen voor de gezondheidszorg en voor kinderen, want dit leek me interessant aangezien het toch om een zeer specifieke opdracht en doelgroep gaat. Ook kwam ik te weten hoe het architectenbureau het ontwerp voor het vrouw-kind ziekenhuis aangepakt heeft, waar het daarbij zijn inspiratie haalde en welke stappen tot dan toe allemaal al genomen werden. Iets wat ik nog belangrijk vond om te weten te komen van de ontwerper was de mate waarin het architectenbureau nog vrijheid kreeg om dingen te veranderen of toe te voegen aan de opgelegde ontwerpopdracht. Dit werd dan ook uitgebreid besproken tijdens het interview.

Het interview met Saariste bleek achteraf gezien een interessant en onmisbaar aspect te zijn voor mijn onderzoek.

---

<sup>5</sup> De vragenlijst die gebruikt werd voor het interview met de ontwerper is terug te vinden in bijlage F.

## 2.3 Analyse

Na het verrichten van al dit veldwerk in het kader van mijn onderzoek, volgde een uitgebreide analyse van alle bekomen informatie. Bij het maken van deze analyse gebruikte ik ook mijn achtergrond als studente ingenieur architectuur.

De analyse van de interviews startte altijd meteen na het afnemen ervan, tijdens de fiets- of busrit van campus Gasthuisberg naar mijn kot. Tijdens deze rit had ik telkens de tijd om de interviews in mijn hoofd nogmaals te overlopen. Hierbij maakte ik een soort van reflectie voor mezelf over hoe het interview verlopen was en welke belangrijke elementen ik ervan onthouden had. Eens aangekomen op mijn kot schreef ik soms enkele bedenkingen op over het interview. Vervolgens maakte ik een volledige transcriptie van de interviews. Dit deed ik steeds zo snel mogelijk na het afnemen van de interviews om me goed te kunnen herinneren hoe de gesprekken precies verliepen.

Het uitschrijven van de interviews deed ik aan de hand van een methode die professor in de Antropologie Jan Bleynen en hoogleraar Sociale Geschiedenis Leen Van Molle (2012: 123) verklaren in hun boek 'Wat is mondelinge geschiedenis'. Deze methode wordt de poëtische methode genoemd. Hierbij wordt het interview in versvorm uitgeschreven, wat volgens Bleynen en Van Molle het ritme van het gesprek beter weergeeft. In plaats van te werken met volzinnen en leestekens wordt er gebruik gemaakt van versregels en strofen. Na het maken van de transcripties liet ik alle informatie even bezinken.

Een volgende stap in het maken van mijn analyse was het grondig doorlezen van alle transcripties, soms meermaals om alle data zeker goed te begrijpen. Hierbij duidde ik interessante fragmenten uit de interviews aan zodat de transcripties meer structuur kregen.

Om de bespreking van de huidige situatie van de kinderafdelingen van het ziekenhuis te maken (hoofdstuk 4) ging ik meer gericht te werk. Uit het nalezen van de transcripties van de interviews met patiënten en ouders, kon ik opmaken dat veel participanten automatisch bestaande ruimtes in het ziekenhuis gingen vergelijken met elkaar, of dat ze bepaalde ervaringen gingen toeschrijven aan ruimtes. Hierdoor besloot ik voor dit hoofdstuk een opdeling volgens ruimtes te maken, wat interessant is aangezien deze masterproef over architectuur gaat. Met dit idee in het achterhoofd las ik de interviews nogmaals door, waarbij ik alle interessante fragmenten aanduidde per ruimte waarop ze betrekking hebben. Nadien groepeerde ik al deze fragmenten uit de verschillende interviews. Zo kreeg ik per ruimte een overzicht van verschillende ervaringen en meningen en kon ik een bespreking maken. Bij deze bespreking gebruikte ik ook mijn eigen ervaringen die onder andere voortkomen uit de observatie die ik deed.

Bij het maken van de bespreking van de huidige situatie van het ziekenhuis bleken heel wat interessante thema's en aspecten aan bod te komen. Deze thema's plaatste ik naast de concepten uit de literatuur om uiteindelijk tot een aantal boeiende thema's met betrekking tot kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur te komen (hoofdstuk 5).

Tot slot werd een analyse gemaakt van het ontwerp voor het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis (hoofdstuk 6). Hierbij werd in eerste instantie gekeken naar welke aspecten er komen kijken bij het ontwerpen van ziekenhuizen en welke inspraak de verschillende partijen hadden bij het ontwerp van het vrouw-kind ziekenhuis. Vervolgens werd een grondige analyse van het ontwerp gemaakt. Dit werd gedaan aan de hand van de bevindingen uit hoofdstuk 5. Hierbij maakte ik ook gebruik van mijn achtergrond als studente ingenieur architectuur.

# HOOFDSTUK 3: ALGEMEEN KADER

In dit derde hoofdstuk wordt een algemeen kader geschetst van hoe ziekenhuisgebouwen en de ziekenhuiszorg doorheen de eeuwen geëvolueerd zijn tot hoe we ze vandaag kennen. Hierbij wordt een heel stuk teruggegaan in de tijd. Ook worden enkele meer recente concepten voor een betere ziekenhuiszorg en –bouw besproken. Ten slotte wordt er dieper ingegaan op de patiëntengroep die centraal staat in deze masterproef: kinderen. Hoe beleven kinderen ruimtes, hoe gaan ze om met ongekende omgevingen en wat zijn hun behoeften en angsten?

## 3.1 Evolutie van de ziekenhuiszorg

Om de architectuur van ziekenhuizen, of beter, de architectuur van kinderziekenhuizen of –afdelingen, te kunnen bestuderen, is het belangrijk dat we een zicht krijgen op hoe de concepten rond ziekenhuisgebouwen en de ziekenzorg doorheen de tijd veranderd zijn. Zo kunnen we te weten komen hoe de ziekenhuizen die we vandaag kennen er gekomen zijn. We bekijken deze evolutie door te starten bij de eerste concepten die ontstonden rond het verzorgen van zieken op een georganiseerde manier – daterend uit de periode van het oude Griekenland – om uiteindelijk te eindigen bij de concepten die vandaag de dag leven in de westerse en Europese wereld.

Een belangrijke bron die in deze paragraaf gebruikt wordt, is Cor Wagenaar. Wagenaar studeerde geschiedenis aan de Rijksuniversiteit in Groningen en specialiseerde zich nadien in de geschiedenis van architectuur en stedenbouw aan dezelfde universiteit. Sinds 2001 werkt hij aan de Technische Universiteit Delft met als specialisaties ‘de architectuur van de gezondheidszorg’ en de ‘geschiedenis van de stedenbouw’. Zo publiceerde hij al tal van boeken rond deze onderwerpen en vormt hij een interessante bron om meer te weten te komen over de evolutie van de ziekenhuiszorg.

### 3.1.1 Ontstaan van ziekenhuisgebouwen

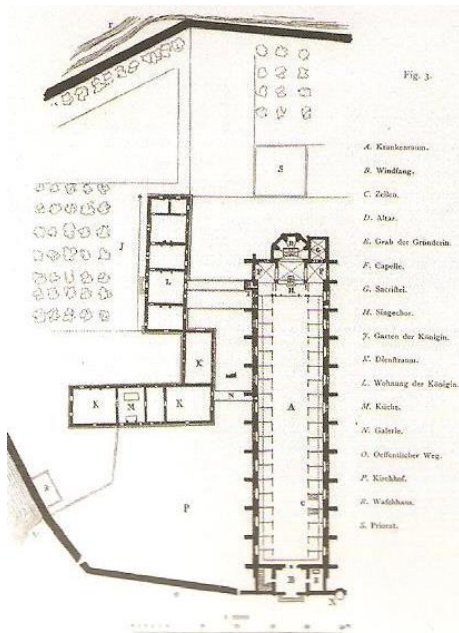
Het verzorgen en genezen van mensen is een eeuwenoud gegeven. Het concept van ziekenhuizen – gebouwen ontworpen voor de zorg van zieken en gekwetsten – dateert echter vanuit de periode van het oude Griekenland. In deze beginperiode was de ziekenzorg nauw verbonden met religie (Wagenaar & Mens, 2010: 13-14), zo werden bijvoorbeeld de zieken verzorgd in tempels. Ook in de middeleeuwen zien we dat deze religieuze nadruk blijft voortbestaan, hier waren het de kloosters die dienst deden als ziekenhuizen. Voorbeeld van een typisch kloosterziekenhuis is het Hôtel-Dieu in Tonnerre uit 1293 waarvan een plan terug te vinden is in figuur 3.1 en een foto van de huidige toestand van het gebouw in figuur 3.2.

Enkele eeuwen later – aan het einde van de middeleeuwen – minderde het religieuze karakter van de zorginstututen opmerkelijk. Met de verder groeiende handel groeide ook het besef dat openbare gezondheid van groot belang is. Werk kan maar gedaan worden door gezonde mensen en dus werden in de groeiende Europese steden burgerhospitalen opgericht door de bourgeoisie. Meestal werden deze geconstrueerd als ruime hallen met grote binnenplaatsen. Ook in de 17<sup>de</sup> en 18<sup>de</sup> eeuw werden nog heel wat gelijkaardige hospitalen opgericht in Europa. In dezelfde periode ontstonden ook de militaire hospitalen, opgericht tijdens de militaire campagnes tegen de heidenen. Het waren indrukwekkende gebouwen die, net zoals de

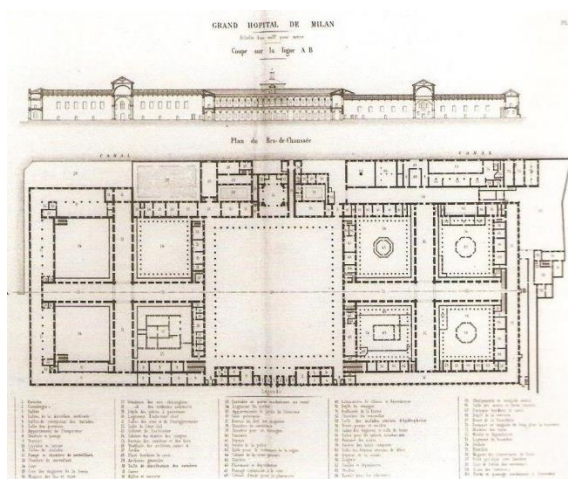
### 3. ALGEMEEN KADER

burgerhospitaal, meestal als grote hallen opgebouwd werden. Met de verdere verspreiding van grote hospitaal werd de ziekenhuiszorg in deze periode heel wat meer toegankelijk, maar de kwaliteit van de zorg daarentegen bleek nog erg ondermaats (Wagenaar, 2006).

Een bekend voorbeeld van een burgerhospitaal is het Ospedale Maggiore in Milaan waarvan een grondplan en een foto terug te vinden zijn in figuren 3.3 en 3.4. Dit hospitaal werd gebouwd in 1456 door Antonio Averulino, beter bekend als Filarete. Het was het eerste ziekenhuis dat gebouwd werd volgens de geometrische principes van de renaissance: symmetrisch en met één grote en enkele kleine binnenplaatsen.



Figuren 3.1 & 3.2 Plan en huidig beeld van het kloosterziekenhuis Hôtel-Dieu in Tonnerre



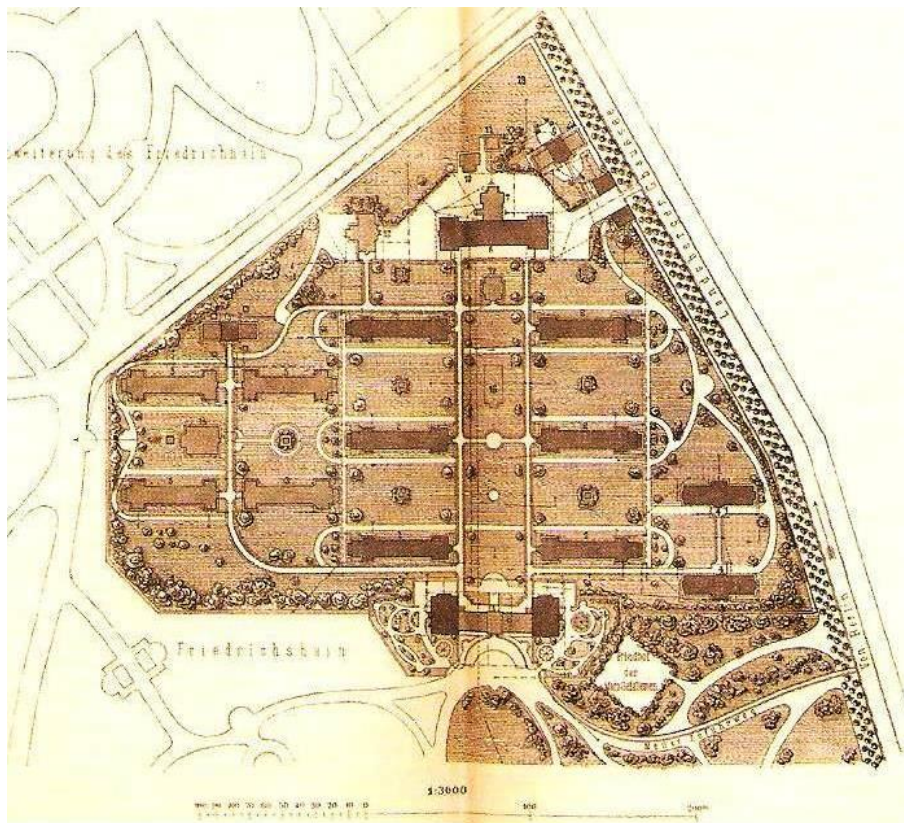
Figuren 3.3 & 3.4 Ospedale Maggiore in Milaan met galerijen en binnenplaatsen en huidig beeld van het Ospedale Maggiore



### 3.1.2 De paviljoenarchitectuur & de helende werking van de natuur

Met de opkomst en ontwikkeling van de Verlichting kreeg de omgeving meer belang bij het genezen van mensen. Zo zou de gebouwde omgeving een invloed hebben op het genezingsproces. Het ontstaan van ziektes werd toegeschreven aan de groeiende kloof tussen mens en natuur (Wagenaar & Mens, 2010: 13). Ook kwam men tot de vaststelling dat ziektes bijna altijd ontstonden in de armere buurten van de stad, daar waar de hygiënische condities ronduit slecht waren. De bestaande, monumentale ziekenhuizen die hierboven beschreven werden, werden kritisch onder de loep genomen en een nieuwe typologie diende zich aan. Frisse lucht werd één van de prioriteiten om de gezondheidszorg te verbeteren en de natuur werd gezien als een belangrijk element met een gunstig effect op het genezingsproces. Het is vanuit deze context dat in de helft van de 19<sup>de</sup> eeuw het concept van de paviljoenarchitectuur ontstond – een structuur opgebouwd uit verschillende vleugels en paviljoenen, met ramen aan weerszijden en ingepland in de natuur. Deze paviljoenen werden ontworpen als ware luchtverversingsmachines. Principe van het systeem is dat genezen niet alleen afhankelijk is van medische kwaliteiten, maar ook van een natuurlijke omgeving met frisse lucht die comfort en rust kan bieden aan de patiënten. Een typerend voorbeeld hiervan is het Städtisches Krankenhaus im Friedrichshain uit 1874, ontworpen in neogotische stijl door architecten Martin Gropius en Heino Schmieden (zie fig. 3.5).

Vanaf 1900 – door het verbeteren van de medische wetenschappen – werd de omgeving en daarbij ook de natuur als belangrijke helende factor minder en minder belangrijk geacht. De technologie en wetenschap namen stilaan de bovenhand en de paviljoengebouwen werden elk apart ziekenhuizen in een bepaalde discipline van de gezondheidszorg. Zo ontstonden de eerste echte functionele gebouwtypologieën in de architectuur (Wagenaar, 2006).



**Figuur 3.5** Het Städtisches Krankenhaus im Friedrichshain in Berlijn

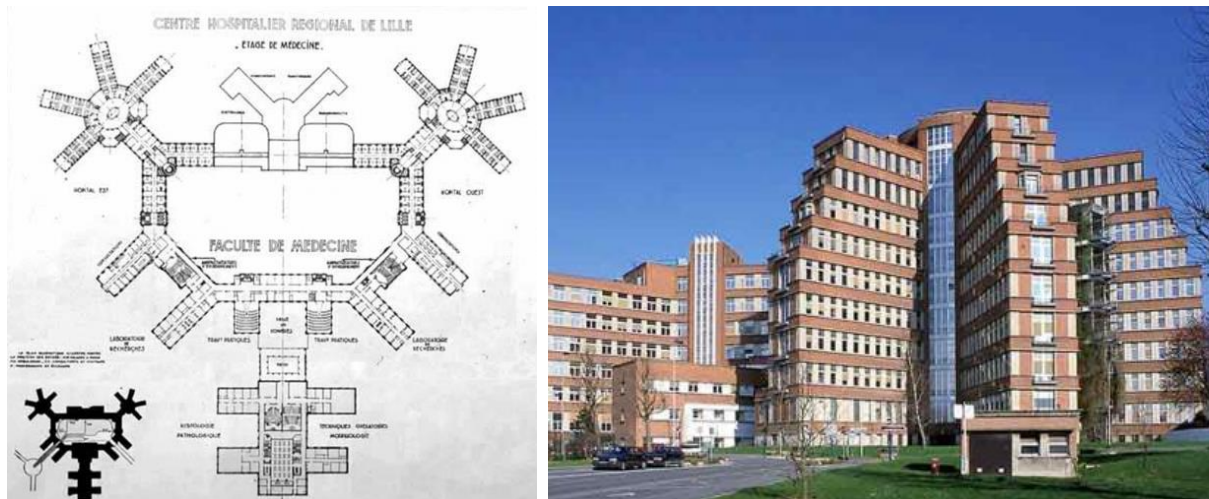
#### 3.1.3 Het ontstaan van de ziekenhuismachine

Met de verdere ontwikkeling van technologie en wetenschap ontstond er aan het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw een ware revolutie in de gezondheidszorg en ziekenhuisbouw. Tot dan werden hospitalen eerder gezien als sociale instituten voor de minder gestelden. Ze werden voornamelijk gebruikt door de armere bevolking, terwijl de meer welgestelde mensen er – uit angst om ergere ziektes op te lopen – liever wegbleven (Wagenaar & Mens, 2010: 14). Dit beeld veranderde volledig met de nieuwe ontwikkelingen. Er werd overgegaan naar een echt medisch instituut dat dure diensten aanbood en dus alleen nog toegankelijk werd voor de rijkere bevolking. De essentiële elementen van het ziekenhuis werden medische wetenschap en techniek. De medische technologie begon zich in hoog tempo te ontwikkelen en al snel werden nieuwe instrumenten zoals röntgenapparaten uitgevonden. Helende factoren zoals natuur en frisse lucht werden meer en meer genegeerd. Dit fenomeen werd versterkt door de ontdekking dat lucht bacteriën met zich meedraagt die ziektes kunnen verspreiden. Plots groeide het besef dat lucht dus ook gevaren – in de vorm van bacteriën – met zich mee kan dragen. Samen met nog andere redenen – zoals de lange loopafstanden door de opstelling van de gebouwen – werd de paviljoenarchitectuur stilaan verworpen. Ook het feit dat de nieuwe medische apparaten een hoge kostprijs hadden, betekende het einde van de paviljoenarchitectuur. De specialiteiten werden weer samengevoegd in één groot gebouw waar de medische apparaten gezamenlijk gebruikt konden worden.

Vanaf dat moment was er sprake van een nieuwe typologie, het blok-ziekenhuis, dat veel compacter en efficiënter bleek dan de vroegere paviljoenziekenhuizen. De nieuwe ziekenhuisgebouwen in modernistische bouwstijl werden groot en monumentaal en deden zich eerder koel en afstandelijk voor. Een voorbeeld hiervan is het Cité Hospitalière in Lille dat gebouwd werd in 1935 en waarin monumentaliteit en sober modernisme gecombineerd worden in een dubbel stervormig plan (zie fig. 3.6 en 3.7).

Het aspect dat voor de paviljoenarchitectuur nog zo belangrijk leek – de invloed van een natuurlijke en helende omgeving – verdween volledig. De medische machine, gericht op kostenefficiëntie en alles in teken van wetenschap en technologie, ontstond. Menselijke waarden kregen plots veel minder aandacht en de aanwezigheid van natuur werd beperkt door een zicht erop doorheen de ramen van patiëntenkamers (Wagenaar, 2006).

Toch werd het belang van de omgeving als helende factor niet volledig vergeten. In dezelfde periode werden ook heel wat sanatoria opgericht. Deze werden voornamelijk gebruikt voor chronisch zieke patiënten, zoals tuberculose-patiënten. Interieurarchitecte Leen De Wilde en cultuuragoog Jozefien Muylle (2012: 44), beiden onderzoeksmedewerkers van het PWO Kindvriendelijke Ziekenhuizen, stellen dat, doordat de medische wetenschap nog niet ver genoeg stond om deze patiënten op een medische manier te helpen, de behandelingen voornamelijk gebaseerd werden op rust, frisse lucht en voeding en dit alles in een natuurlijke omgeving. Een mooi voorbeeld hiervan is het Sanatorium Zonnestraal bij Hilversum in Nederland met een hoofdgebouw en twee paviljoenen, ontworpen door Jan Duiker en geopend in 1928 (zie fig. 3.8 en 3.9).



Figuren 3.6 & 3.7 Plan en foto van het Cité Hospitalière in Lille

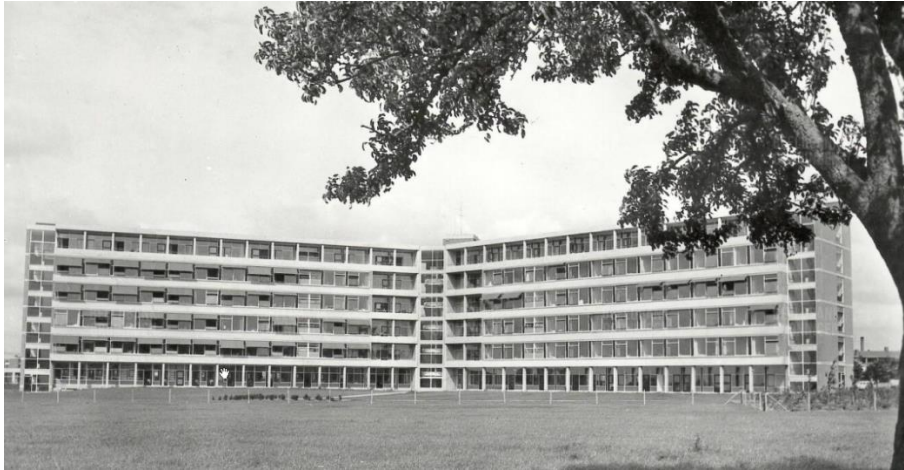


Figuren 3.8 & 3.9 Maquette en foto van Sanatorium Zonnestraal in Hilversum

### 3.1.4 Ziekenhuizen voor het grote publiek

In de tweede helft van de 20<sup>ste</sup> eeuw kreeg de ziekenhuisbouw weer te maken met grote veranderingen, stelt Wagenaar (2006: 35). Dit keer naar aanleiding van WOII, de grote economische crisis en heel wat sociale revoltes. Ziekenhuizen die tot dan toe alleen toegankelijk waren voor de welgestelden en daardoor symbool stonden voor sociale segregatie, werden zwaar bekritiseerd. Men ging pleiten voor ziekenhuizen die voor iedereen toegankelijk zouden zijn. Deze ziekenhuizen moesten symbool staan voor de welvaartsstaat en de eeuw van de wetenschappelijke vooruitgang en sociale rechtvaardigheid. De Internationale Stijl werd gezien als de perfecte stijl voor deze nieuwe ziekenhuizen. Hieruit ontstonden de lettergebouwen die we vandaag de dag nog steeds kennen, vernoemd naar hun typische grondplan in de vorm van een 'K', een 'T',... In de jaren 1950 en 1960 ontstond zo een grote 'boom' van ziekenhuisgebouwen in de Internationale Stijl in West-Europa. Een kenmerkend voorbeeld van een K-type ziekenhuis is het voormalige Diakonessenhuis in Groningen, gebouwd in 1965 door architect Jan Piet Kloos (zie fig. 3.10 en 3.11). Ook in België ging de overheid in de jaren 1960 de bouw van regionale ziekenhuizen in de periferie van de stad stimuleren (De Wilde & Muylle, 2012: 44). Hoewel ziekenhuizen nu plots toegankelijk werden voor een veel groter publiek, bleven de gebouwen een kille, onaangename uitstraling hebben die gepaard gaat met de Internationale Stijl. Ziekenhuizen werkten heel efficiënt en zuiver functioneel, maar met weinig aandacht voor de persoonlijke belangen van de patiënten. Patiënten werden niet behandeld als mensen, maar werden herleid tot hun ziektebeeld (Wagenaar, 2006: 37).





**Figuur 3.10** Het Diakonessenhuis in Groningen



**Figuur 3.11** Luchtfoto van het Diakonessenhuis met K-vormig grondplan

#### 3.1.5 Toekomst?

In onze huidige maatschappij is het duidelijk dat de medische machines uit de jaren 1950 tot 1980 volledig achterhaald zijn. Mensen willen niet meer behandeld worden als object, maar als mens. Wagenaar (2006: 258) heeft het over een nieuwe bevolkingsgroep 'Baby Boomers' – mensen geboren na WOII – die steeds groter wordt. Deze bevolkingsgroep bestaat uit ongeveer een kwart van de populatie en heeft heel andere verwachtingen van de ziekenhuiszorg. Het is een generatie die goed geïnformeerd is en een luider stem blijkt te hebben dan de vorige generaties. Het is dan ook deze groep die een uitdaging vormt voor de ziekenhuizen.

Volgens Leen De Wilde en Jozefien Muylle (2012: 44) zou de plaats van het ziekenhuis als gebouw in de samenleving herbekeken moeten worden. De kloof tussen de gezondheidszorg en het alledaagse leven zou overbrugd moeten worden, zodat een ziekenhuisbezoek of –verblijf een minder aangrijpende gebeurtenis kan worden. Het ziekenhuis zou meer elementen moeten bevatten die kenmerkend zijn voor een gewone samenleving; winkels, kunst en natuur kunnen perfect geïntegreerd worden in het ziekenhuis zodat dit minder bevreemdend zal overkomen. Er moet een nieuwe balans gevonden worden tussen collectieve en individuele belangen. Waar tot enkele decennia terug alleen gekeken werd naar het collectieve, wordt nu ook meer en meer aandacht opgeëist voor het individu, de mens als deel van de samenleving.

Iets anders dat voorgesteld wordt door De Wilde en Muylle (2012: 45), is het idee om het ziekenhuis weer te gaan opsplitsen in verschillende entiteiten die beter geïntegreerd kunnen worden in de stad. Zeker wanneer we denken aan de verzorging van zieke kinderen lijkt mij dit een interessante overweging. Ontwerpster en auteur Cynthia Leibrock (2000: 190) geeft immers aan dat kinderen zich algemeen gezien meer comfortabel voelen bij een gereduceerde schaal. Een ziekenhuis zou geen monumentaal gebouw mogen zijn voor kinderen. Het moet net de schaal van een dorpje benaderen, kleiner, rustiger en beter handelbaar.

Een kleine eenheid in de stad, specifiek voor kinderen lijkt mij zeker interessant, natuurlijk moeten we wel opmerken dat dit niet altijd de meest efficiënte oplossing zal zijn. Wanneer één groot ziekenhuis wordt opgedeeld in verschillende entiteiten verspreid over de stad, zal elk van deze entiteiten heel wat eigen voorzieningen moeten hebben die het voordien misschien gezamenlijk met andere delen van het ziekenhuis kon gebruiken. Dit is dan ook de reden waarom men in het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw overging naar de blok-ziekenhuizen, wat hierboven reeds besproken werd. Natuurlijk mogen we, naar mijn mening, die situatie niet vergelijken met de huidige situatie waarin veel meer aandacht gaat naar de beleving van ziekenhuizen. Verschillende factoren zoals kostprijs, efficiëntie en welzijn zullen tegenover elkaar afgewogen moeten worden.

Belangrijk om te onthouden is dat een (kinder)ziekenhuis een minder overweldigend en intimiderend karakter zou moeten krijgen en beter geïntegreerd moet geraken in de stad. In plaats van een geïsoleerd gebouw waar we liever ver weg van blijven, zou het een open, dynamisch gebouw moeten worden dat echt onderdeel gaat uitmaken van de samenleving en dus dicht bij de mens komt te staan. Ook zou er weer meer aandacht moeten gaan naar de patiënten zelf: de mens weer als mens gaan zien en niet als 'patiënt X' met 'ziekte Y'.

De laatste jaren is patiëntgerichtheid een gekend begrip geworden, maar in de praktijk blijkt dit begrip spijtig genoeg nog niet voldoende toegepast te zijn. Uiteraard zal kwaliteitsvolle zorg steeds op de eerste plaats komen, maar daarbij mag niet vergeten worden dat de architectuur een bepalende rol speelt in het mogelijk maken van deze kwaliteitsvolle zorg. Wanneer er geen doordachte architectuur gebruikt wordt, zal dit de zorg alleen maar negatief beïnvloeden, een goed uitgewerkte architectuur daarentegen kan bijdragen aan het mogelijk maken van goede zorg. Men mag architectuur en omgeving dus niet zomaar als extraatje gaan zien, het is net de kunst om deze zodanig te ontwerpen dat ze kunnen bijdragen aan de kwaliteitsvolle zorg en het welbevinden van de patiënten (Wagenaar & Mens, 2009: 30, 33).

### 3.1.6 Besluit

Na het schrijven van deze paragraaf vind ik het belangrijk om kort samen te vatten hoe de ziekenhuiszorg nu net geëvolueerd is. Het is interessant om op te merken dat de oorsprong van de ziekenhuiszorg vertrok vanuit de gedachte dat een aangename omgeving gecreëerd moest worden om het de zieken zo goed mogelijk te maken. We kwamen immers te weten dat er in deze beginperiode erg weinig middelen ter beschikking waren om zieken effectief te genezen, de medische wetenschap en technologie stonden hiervoor niet ver genoeg. In de loop der tijd echter, wanneer deze wetenschap en technologie wel tot ontwikkeling kwamen, vergat men dit primaire idee van het voorzien van een aangename omgeving. De focus ging helemaal over naar functionaliteit en kille, bijna onmenselijke ziekenhuisgebouwen ontstonden. Vandaag de dag zijn we duidelijk op zoek naar een combinatie van beide fasen die zich voordeden in de geschiedenis, we willen weer aangename gebouwen creëren die opgenomen worden in het ziekenhuis minder aangrijpend maken, maar toch willen we ook de hoge functionaliteit van de meer recente ziekenhuizen niet verliezen. Deze beide ideeën samenvoegen vormt vandaag dan ook de uitdaging. In deze masterproef wordt er verder gezocht naar hoe dit mogelijk is, met specifiek de nadruk op kinderziekenhuizen.

## 3.2 Concepten voor een betere ziekenhuisomgeving

Dat de omgeving en gebouwen een invloed hebben op de gezondheid van mensen weten we al lang, stellen architectuurhistorici Cor Wagenaar en Noor Mens (2009), maar waarom hebben we dan al die tijd vanuit het utiliteitsprincipe gebouwd? We begrijpen allemaal dat de architectuur van een gebouw geen kanker zal genezen of een gebroken been zal herstellen, maar kan de omgeving dan niet op een andere manier helend zijn? Ondertussen is men heel wat jaren bezig met de zoektocht naar hoe ziekenhuizen weer meer leefbaar gemaakt kunnen worden. Verschillende theorieën en concepten werden gevormd. In deze paragraaf worden enkele van deze concepten verder toegelicht.

### 3.2.1 De healing environment

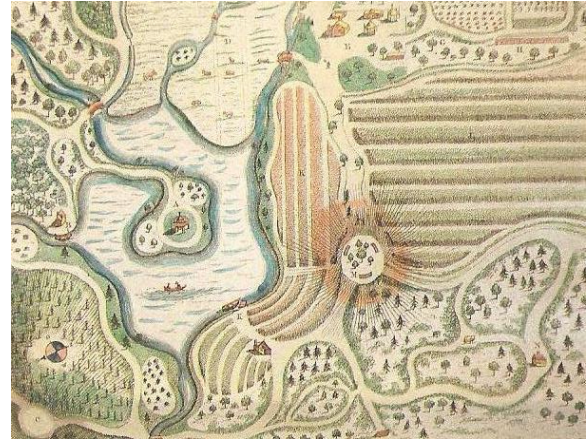
Omgevingsfactoren hebben een invloed op de gezondheid van mensen, dat is een gegeven. Dit wordt al duidelijk wanneer we bijvoorbeeld frisse lucht gaan vergelijken met de lucht die aanwezig is rond zwaar vervuilende fabrieken. Het is vanzelfsprekend dat mensen in deze vervuilde omgeving sneller problemen zullen ondervinden van hun longen. De vraag is echter: kan een omgeving ook helend zijn?

Omwille van de grote aandacht voor het fenomeen, stellen Wagenaar en Mens (2009) dat er toch iets moet bestaan zoals een *healing environment*. Zeker de afgelopen decennia is het begrip van de *healing environment* heel populair geworden. Eigenlijk leeft dit begrip onrechtstreeks al heel lang, denk maar aan de paviljoenziekenhuizen en de sanatoria in de natuur. In de 19<sup>de</sup> eeuw, met de toenemende industrialisatie, ging men pas echt bewust nadenken over de helende eigenschappen van een omgeving. Dit wel alleen nog maar op schaal van de stad door strengere regels te gaan opleggen betreffende hygiëne: het voorzien van zuiver drinkwater, riolering en degelijke, goed gebouwde woningen. Ook kreeg de natuur een belangrijke rol als tegenpool van de stad. Zo werden heel wat openbare en private tuinen en parken aangelegd. Een voorbeeld hiervan is de Buitenplaats Queekhoven in Breukelen uit 1807, te zien in figuur 3.12. In figuur 3.13 is een ontwerp voor een Engelse tuin door G. van Laar uit 1802 te zien.

Wanneer we op schaal van gebouwen gaan kijken, kunnen we stellen dat bij geen enkel ander bouwtype de werking van de architectuur zo rechtstreeks ervaren wordt dan door patiënten die gedurende een bepaalde tijd in een ziekenhuis moeten verblijven en bijgevolg gedwongen worden om veel tijd door te brengen in dezelfde ruimtes (Wagenaar & Mens, 2009: 9). Bij het ontwerpen van een ziekenhuis zijn er volgens Wagenaar en Mens twee strategieën die gevolgd kunnen worden: het creëren van een omgeving die het welbevinden van gebruikers positief beïnvloedt en het accommoderen van een medisch bedrijf. De kunst bestaat erin om deze twee strategieën zo nauw mogelijk te verbinden. Het is namelijk zo dat een gebouw als medische machine perfect kan functioneren, maar door zijn vormgeving en inrichting toch een negatieve invloed heeft op de patiënten en het personeel. Zo stellen Wagenaar en Mens dat de architectuur van ziekenhuizen vaak heel oncomfortabel, storend en soms zelfs nadelig blijkt te zijn voor de gezondheid van de patiënten en het personeel. Wat hieruit volgt is dat er gezocht moet worden naar hoe een omgeving wel een positieve invloed kan hebben en helend kan zijn.



**Figuur 3.12** Buitenplaats Queekhoven



**Figuur 3.13** Ontwerp voor een Engelse tuin

Kenmerken van de *healing environment* zijn heel uiteenlopend volgens Wagenaar en Mens (2009). Er zijn de kenmerken op niveau van de stad zoals onder meer hygiëne, toetreding van frisse lucht, licht en zon in de gebouwen en integratie in de stad, en er zijn de kenmerken op niveau van het gebouw zelf waarbij Wagenaar en Mens onder andere de voorbeelden van kleur, materialisering, logistiek en uitzicht geven. Al deze parameters werden reeds bestudeerd vanuit heel verschillende invalshoeken en disciplines. Zowel vanuit de geografie als vanuit de medische wetenschap, de psychiatrie, de psychologie en de sociologie werd onderzoek gedaan naar welke effecten deze parameters hebben en hoe deze effecten gemeten kunnen worden. Het ontwerpen van omgevingen die uiteindelijk een positieve invloed zullen hebben, wordt overgelaten aan architecten en stedenbouwkundige planners. In de praktijk loopt het hier nog niet helemaal goed. De kloof tussen de verschillende onderzoekers en ontwerpers is immers enorm groot, de informatie die onderzoekers uit hun onderzoek halen komt niet altijd goed terecht bij ontwerpers, of blijkt niet meteen bruikbaar te zijn in een ontwerp. Dit is ergens ook logisch volgens Wagenaar en Mens, al deze wetenschappelijke disciplines onderling zijn zo verschillend en ook het ontwerpen is een heel andere discipline, daardoor wordt het moeilijk om er één integrale discipline van te maken die een meer globale oplossing zou kunnen aandragen.

Een concept dat gepaard gaat met de *healing environment* is de *healing garden*. Wagenaar (2006: 314-329) heeft het over deze *healing gardens* in zijn boek 'The Architecture of Hospitals'. Met de opkomst van het belang van de omgeving bij het genezen van zieken, ging ook de tuin en buitenruimte plots weer meer aandacht krijgen. Tuinen bij ziekenhuizen zullen niet meteen een rechtstreeks effect op de genezing hebben, maar bij de meerderheid zullen ze wel een positieve verandering van het humeur tot gevolg hebben. Duidelijk is dat er weer een onderscheid moet gemaakt worden tussen het echt genezen van een patiënt en het verbeteren van het welzijn. Een tuin zal geen ziektes genezen, maar kan patiënten wel helpen om sterker te staan tijdens hun genezingsproces. In een *healing garden* moeten volgens Wagenaar zo veel mogelijk verschillende activiteiten kunnen plaatsvinden, dit van passief naar actief. Zo moet men gewoon uit het raam kunnen kijken naar de tuin, men moet in de tuin kunnen zitten of wandelen, men moet er kunnen eten of lezen en uiteindelijk zou men er ook in moeten kunnen sporten of spelen. Zeker wanneer de patiënten kinderen zijn, is het belangrijk dat zij voldoende mogelijkheden krijgen om te spelen. Zo zouden ze moeten aangemoedigd worden tot beweging. Een tuin kan hiervoor volgens Wagenaar ideaal zijn, eens kinderen in de tuin zijn zullen ze er ook actief gebruik van gaan maken.

De theorie van de *healing garden* vinden we ook terug in het '*supportive garden design*' van *evidence-based design* onderzoeker Roger Ulrich (1999). Een ziekenhuis moet ervoor zorgen dat patiënten de mogelijkheid hebben tot fysieke beweging en oefening. Tuinen geven patiënten de kans om zelf keuzes te maken. Ze kunnen privacy en controle opzoeken, iets wat ze vaak missen tijdens een ziekenhuisverblijf. De ziekenhuistuin kan een plek worden waar interactie mogelijk is en sociale ondersteuning ontstaat, wat voor positieve afleiding zorgt tijdens een ziekenhuisverblijf. Enkele factoren die volgens Ulrich belangrijk zijn voor een geslaagde ziekenhuistuin zijn onder andere zichtbaarheid, toegankelijkheid, rust en comfort.

#### 3.2.2 Evidence-based design

Sinds de jaren tachtig is men bezig om de verschillende wetenschappen die op zoek zijn naar wat een *healing environment* net is, te gaan vatten in een eenduidige discipline, zodat de kloof tussen de verschillende onderzoekers en ontwerpers kleiner zou worden. Zo kwam er de meer bewijsbare vorm van de *healing environment*, het *evidence-based design*. Wagenaar en Mens (2009) bestempelen dit *evidence-based design* dan ook als de 'hardcore' variant van de *healing environment*. *Evidence-based design* is een eerder wetenschappelijk onderbouwde benadering die zich – bij het ontwerpen van architectuur – richt op de objectieve meetbaarheid van bepaalde effecten van de omgeving op de mens (De Wilde & Muylle, 2012: 47). Zo zou de gebruiker meer centraal komen te staan in het ontwerpproces, wat vandaag de dag steeds belangrijker geacht wordt. Het uiteindelijke doel is om – wat ziekenhuisbouw betreft – een aangename ziekenhuisomgeving te creëren, waarbij de directe effecten van de vormgeving en architectuur zorgen voor deze positieve ervaring.

De echte oorsprong van het *evidence-based design* vinden we ook terug bij Roger Ulrich (1984) en de omgevingspsychologie, stellen De Wilde en Muylle (2012: 47). Zo ondervond Ulrich dat effecten van een doordachte architectuur kunnen bijdragen aan de genezende effecten van een medische behandeling. Volgens Ulrich is de kern van *evidence-based design* dat effecten van ruimtelijk-architectonische manipulaties isoleerbaar en meetbaar zijn (Wagenaar & Mens, 2009: 20). Zo kan je een bepaalde parameter isoleren en de verschillen in dit domein bestuderen, zonder dat verschillen in andere domeinen de resultaten zullen beïnvloeden.

Het eerste en bekendste onderzoek van Roger Ulrich (1984) ging over de invloed die het uitzicht vanuit de patiëntenkamer had op de genezing van patiënten. Ulrich ging bekijken wat het voor patiënten betekende om een zicht op bomen te hebben of om een zicht op muren te hebben. Uit zijn onderzoek bleek dat patiënten die een gelijkaardige operatie ondergingen het best herstelden wanneer ze vanuit hun kamer een zicht op de natuur hadden. Zo heeft men ondertussen al heel wat verschillende aspecten bestudeerd. Buiten de parameters die meteen aan de ruimtelijke omgeving gerelateerd kunnen worden zoals uitzicht, is men ook de effecten die veroorzaakt worden door de ruimtelijke organisatie zoals privacy en veiligheid gaan bekijken. De Wilde en Muylle (2012) vermelden dat ook kunst aandacht kreeg in deze onderzoeken door bijvoorbeeld de effecten van schilderijen met een abstract karakter te gaan vergelijken met deze van schilderijen met een natuurlijk karakter. In totaal werden een 600-tal studies uitgevoerd door Ulrich en zijn opvolgers. Uit het merendeel van deze onderzoeken bleek uiteindelijk dat er effectief een positief verband bestaat tussen omgevingsfactoren en de gezondheid van patiënten.

Ondertussen is *evidence-based design* volgens Wagenaar en Mens ook op hogere schaalniveaus terug te vinden. Zo kan een ontwerp op schaal van de stad er misschien toe bijdragen dat mensen sneller de auto laten staan en meer gaan bewegen, wat een gunstige invloed kan hebben op het groeiende overgewicht van de bevolking in de westerse landen.

Toch blijkt de benadering van *evidence-based design* ook een beperking te hebben volgens Wagenaar en Mens. *Evidence-based design*, dat enkel gaat kijken naar objectief meetbare effecten, gaat ervan uit dat voor mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis enkel hun primaire reacties ertoe doen. Factoren zoals culturele achtergrond, opvoeding of opleiding worden buiten beschouwing gelaten. Volgens De Wilde en Muylle betekent dit dat *evidence-based design* de mens gaat herleiden tot zijn fysiologie, door enkel de primaire reacties of reflexen van de mens te gaan erkennen als objectief bewijsmateriaal voor de menselijke basisbehoefte.

We kunnen besluiten dat er nog heel wat andere aspecten – verschillend van deze van *evidence-based design* – zijn die kunnen bijdragen tot het welzijn en de gezondheid van patiënten in een ziekenhuis. Wel blijft *evidence-based design* zeker een interessante denkpiste voor ontwerpers om toch al de objectieve noden van patiënten, en bij uitbreiding alle gebruikers, te leren kennen.



De Wilde en Muylle (2012: 49) zien als oplossing een “steeds solider en breder *evidence-based* kader waaraan andere, meer intuïtief gevormde ideeën gekoppeld kunnen worden om tot een positieve, stimulerende, behaaglijke en open zorgomgeving te komen die sociale interactie bevordert en positieve reacties opwekt”. Hierbij bepaalt de zorgomgeving hoe de zintuigen van een persoon geprikkeld worden. De kunst bestaat erin om al deze zintuigen op een positieve manier te prikkelen. De Wilde en Muylle besluiten dat er gebruik gemaakt moet worden van een “integrale, holistische benadering van de ondersteunende zorgomgeving”.

### 3.2.3 Salutogenic design

Een ander concept – dat ik via de ontwerper van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis, Tycho Saariste, leerde kennen – is *salutogenic design*. Het is een eerder recent concept dat al meer lijkt aan te sluiten bij de oplossing die De Wilde en Muylle (2012) voorstellen. Tijdens mijn interview met Saariste vertelde hij me dat we vandaag op een heel nieuwe manier moeten gaan kijken naar de ziekenhuiszorg, volgens hem is het woord ‘ziekenhuis’ eerder achterhaald. *Salutogenic design* gaat niet zo zeer uit van het ziek zijn, maar eerder van het gezond zijn. Je moet volgens Saariste het ‘zieken-huis’ dan ook gaan benaderen als ‘gezond-huis’. Dit vindt hij heel belangrijk. Het architectenbureau waarbij Saariste werkt is hier dan ook al enkele jaren mee bezig. *Salutogenic design* gaat voornamelijk naar positieve elementen kijken en wil positieve effecten veroorzaken. Volgens Saariste kan hier heel ver in gegaan worden. Zo willen mensen kortere loopafstanden, maar waarom precies? Het is toch net gezonder om een beetje te bewegen? Dit zijn dingen die de ontwerper interessant vindt om over na te denken: is dit nu echt zo en moet je dat nu zo doen?

Het principe van *salutogenic design* is volgens PhD Research Student Jan Golembiewskie (2012) – net zoals de voorgaande concepten – gebaseerd op het feit dat alle architectuur er kan toe bijdragen om een goede gezondheid te ondersteunen of net tegen te werken. Architectuur zorgt voor bepaalde ervaringen en gaat bepaalde gedragingen veroorzaken. Zo kan architectuur volgens *salutogenic design* werkelijk manipuleren. Alleen verliest de architectuur volgens Golembiewskie te vaak deze manipulerende kracht, doordat er voornamelijk aandacht gaat naar de aspecten van structuur, efficiëntie en functionaliteit. Andere kwaliteiten die architectuur kan hebben lijken dus vergeten te worden. Uiteraard zijn functionele en structurele aspecten onmisbaar, maar toch zou men zich volgens Golembiewskie niet mogen beperken tot deze elementen om een ontwerp te maken. Bij *salutogenic design* gaat men bekijken of de manipulatieve kracht die architectuur heeft niet gebruikt kan worden om betere gezondheidsresultaten te bekomen.

De concepten die in hierboven besproken werden, gaan zich meestal focussen op één enkel aspect, zoals stress, om dit dan te onderzoeken. *Salutogenic design* heeft daarentegen een meer holistische en specifieke aanpak volgens Golembiewskie. Als we het voorbeeld van stress bekijken, dan wordt bij de *salutogenic* methodologie gesteld dat dit iets is wat niet gewoon maar door lawaai veroorzaakt wordt, maar door informatie. Het is ons vermogen om met deze vloed aan informatie om te gaan dat uiteindelijk ons welzijn – in positieve of negatieve zin – bepaalt.

De theorie die achter dit *salutogenic design* schuil gaat, is dat gezondheidsresultaten verbeteren wanneer er een gevoel van coherentie tussen mens en omgeving gecreëerd wordt. Belangrijke factoren om tot deze coherentie te komen zijn de handelbaarheid van de omgeving en de betekenis en leesbaarheid ervan voor mensen. Deze factoren helpen ons om om te gaan met de situatie waarin we ons bevinden. Het belang van deze noden heeft een neurologische achtergrond die te diepgaand is om hier verder te bespreken.

### 3. ALGEMEEN KADER

---

Bedoeling achter het *salutogenic design* is dus om een ziekenhuis-setting te creëren die positieve gedachten veroorzaakt bij mensen. Ontwerpers hebben hierbij twee taken: enerzijds moeten ze opletten dat ze de typologieën en symbolen die gepaard gaan met negatieve gedachten vermijden, anderzijds moeten ze zoeken naar gelegenheden die positieve ervaringen veroorzaken voor alle bezoekers.

Meer specifiek kunnen we volgens Golembiewskie stellen dat concepten als comfort, gezelligheid, plezier en esthetiek de psychische bouwstenen zijn van een gezond gebouw. Een voorbeeld dat Golembiewskie geeft is het Royal Children's Hospital in Melbourne. Hier werd een groot touchscreen geïnstalleerd dat werkt als een grote iPod om op te spelen. Ook werd een aquarium over verschillende verdiepingen geïnstalleerd en werd een avontuurlijke speelruimte voorzien (zie fig. 3.14 en 3.15). Of elk van deze elementen evenveel effect heeft valt natuurlijk moeilijk te bewijzen, maar wanneer we gaan kijken naar beelden van dit ziekenhuis zien we dat het niet alleen objecten – zoals een grote iPod of een gewoon aquarium – zijn die de omgeving aangenamer moeten maken, ook aan ruimtelijke kwaliteiten zoals grote vides en veel lichtinval en ruimte werden gedacht. Het aquarium met zijn uitzonderlijke vorm en grootte kan kinderen ongetwijfeld ook even doen wegdromen van hun zorgen.



**Figuur 3.14** Het Royal Children's Hospital in Melbourne



**Figuur 3.15** Het grote aquarium in het Royal Children's Hospital in Melbourne

### 3.2.4 Besluit

Als besluit kunnen we stellen dat heel veel onderzoekers uit heel verschillende richtingen bezig zijn met het zoeken naar een ideale verblijfs- of ziekenhuisomgeving. Het doel is dus voor al deze partijen bijna helemaal hetzelfde, hoe verschillend de concepten soms ook zijn. Er werd al succesvol onderzoek verricht dat ongetwijfeld een invloed heeft – en nog zal hebben – op de architectuur van nieuwe ziekenhuisgebouwen.

De drie concepten die hierboven besproken werden, bevatten allemaal interessante aspecten, één concept als het 'juiste' of 'beste' beschouwen lijkt mij dan ook niet nodig. In het vervolg van deze masterproef worden relevante elementen uit de verschillende concepten gehaald en gecombineerd om zo op zoek te gaan naar wat nu precies helende factoren kunnen zijn in een ziekenhuisomgeving en hoe deze kunnen vertaald worden naar kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur.

### 3.3 Kinderen als patiënt

Om te weten te komen hoe ziekenhuizen meer kindvriendelijkheid kunnen uitstralen en tot een aangenaamere ziekenhuiservaring kunnen leiden, moeten we uiteraard goed weten voor welke patiënten we een ziekenhuis ontwerpen. In deze masterproef wordt specifiek aandacht geschonken aan de beleving van ziekenhuizen door kinderen (zie fig. 3.16). Daarom wordt er in deze paragraaf dieper ingegaan op wie deze kinderen – als patiënten – nu net zijn en hoe zij ruimtes beleven en interpreteren.



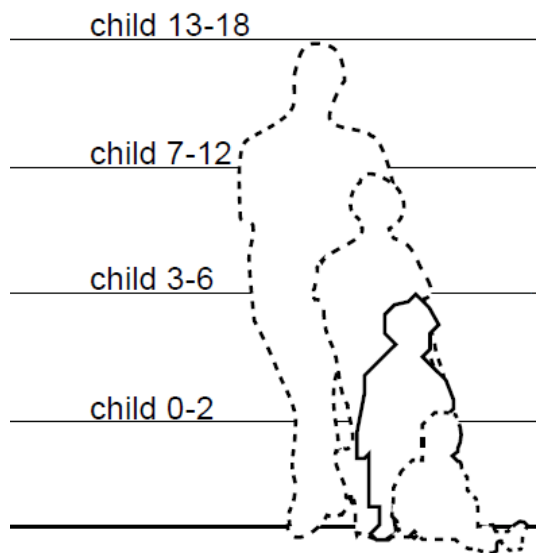
**Figuur 3.16** Het kind als patiënt

#### 3.3.1 Wie zijn kinderen?

Wanneer we gaan kijken naar kinderafdelingen van ziekenhuizen is een eerste opvallend kenmerk de grote verscheidenheid aan leeftijden die er terug te vinden is. Zowel baby's, peuters, kleuters, schoolkinderen als jonge adolescenten komen in een ziekenhuis meestal op dezelfde afdeling terecht. We spreken hier van een leeftijdsgroep die loopt van 0 tot 16 en soms zelfs tot 18 jaar (zie fig. 3.17). Het lijkt in eerste instantie dan ook niet vanzelfsprekend om een omgeving te voorzien die door al deze verschillende leeftijdsgroepen gewaardeerd zal worden. Elke leeftijdsgroep wordt immers getypeerd door verschillende kenmerken. Het lijkt logisch dat er een groot verschil bestaat tussen kinderen die nog niet naar school gaan en kinderen die wel al naar school gaan. Doordat een kind naar school gaat leert het normaal gezien om te gaan met andere kinderen, het zal zich dus sociaal al verder ontwikkeld hebben. Ook of een kind naar de lagere school gaat of al op de humaniora zit zal belang hebben. Verder is het duidelijk dat kinderen van verschillende leeftijden ook lichamelijk sterk verschillen, kinderen van 16 jaar oud zijn een stuk groter dan kinderen van 4 jaar oud. Ze zullen bijgevolg een verschillend ruimtegebruik hebben.

In sommige ziekenhuizen probeert men deze grote verschillen in leeftijd op één afdeling weg te werken door de kinderen op de kinderafdelingen te gaan opsplitsen in enkele leeftijdscategorieën. Zo voorzien sommige ziekenhuizen een aparte afdeling voor zuigelingen en peuters, kleuters en jonge schoolgaande kinderen en jonge adolescenten. Een voorbeeld van een ziekenhuis waarbij de afdelingen opgebouwd zijn volgens dit principe zijn de bestaande kinderafdelingen van campus Gasthuisberg van het UZ Leuven, de *case study* die in dit onderzoek besproken wordt. Hier zijn alle afdelingen – behalve de afdeling kinderoncologie omwille van zijn specifieke eisen – opgedeeld op basis van leeftijd. Uit de interviews die ik deed met enkele jonge oncologie patiënten en hun ouders bleek dat sommigen van hen het wel fijn zouden vinden om meer per

leeftijd opgedeeld te liggen op de afdelingen. Toch zal in het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis afgestapt worden van deze leeftijdsindeling en zullen de patiënten per ziektebeeld gegroepeerd worden. Dit heeft volgens de opdrachtgever heel wat voordelen, het meest voor de hand liggende voordeel is dat verplegers zich meer kunnen specialiseren in de verzorging en behandeling van een bepaald ziektebeeld, dit zou tot meer efficiëntie leiden. De verschillende mogelijkheden om kinderafdelingen op te delen komen in het vervolg van deze masterproef verder aan bod.



**Figuur 3.17** De verschillende leeftijdsgroepen die terecht komen op de kinderafdeling

Om te weten te komen hoe kinderen hun omgeving net gaan beleven, is het belangrijk om stil te staan bij de ontwikkeling van een kind. In de psychologie komt meermaals naar voor dat de omgeving een belangrijke impact blijkt te hebben op de ontwikkeling van een kind (De Wilde & Muylle, 2012: 71). Deze ontwikkeling houdt verschillende fasen in waarbij een kind zich steeds meer gaat ontplooiën en een steeds scherpere zintuiglijke ervaring krijgt. Professor in de psychologie Laura Berk (2012) beschrijft hoe de zintuigen van een kind zich ontwikkelen. Zo is het zicht van baby's nog niet volledig ontwikkeld, pas na 6 maanden gaan baby's kleur op eenzelfde manier als volwassenen zien, ook is het zo dat jongere kinderen een waziger zicht hebben dan oudere kinderen. Het gehoor van een baby ontwikkelt zich vrij snel, op 18 maanden zou een kind even goed horen als een volwassene. Ook de geur- en smaakzin zijn al vrij snel goed ontwikkeld, opvallend is dat kleine kinderen de geur van mama verkiezen boven andere geuren. Tot slot blijkt de tastzin bij de geboorte één van de meest ontwikkelde zintuigen, vanaf het begin heeft een gezonde baby goed ontwikkelde, natuurlijke reflexen.

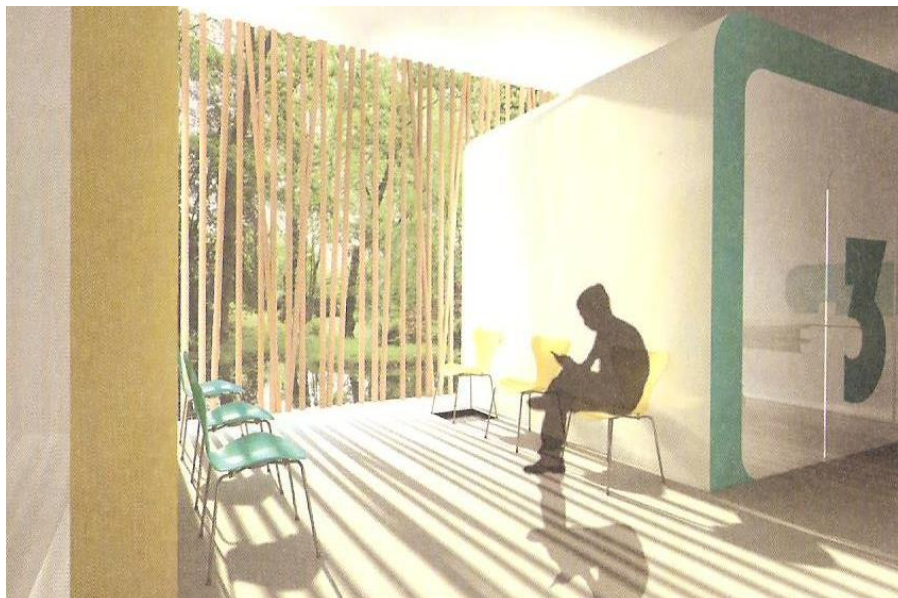
Al bij heel jonge kinderen is het van belang dat ze aangezet worden om te spelen en in contact te komen met leeftijdsgenootjes zodat ze hun zintuigen verder kunnen ontwikkelen. Om spelgedrag te bevorderen en interactie mogelijk te maken is het volgens De Wilde en Muylle (2012: 73) belangrijk om een interessante ruimtelijke omgeving te creëren waarin kinderen hiertoe uitgenodigd worden. Zo houden kinderen van een ruimtelijke complexiteit met verschillende kleuren, vormen, materialen en hoogteverschillen. Ook op de afdelingen van kinderziekenhuizen zou deze ruimtelijke complexiteit dus moeten voorkomen.

Voor het boek *Dragende Muren* van De Wilde en Muylle maakten heel wat studenten Interieurvormgeving ontwerpen voor ruimtes in kinderziekenhuizen, in figuren 3.18 en 3.19 (De Wilde & Muylle, 2012: 83) is het ontwerp van Sophie Stans en Anneleen Waeterloos te zien. Hierin zijn enkele van de aspecten van ruimtelijke complexiteit die De Wilde en Muylle aanhalen terug te vinden.





**Figuur 3.18** Beeld van de inrichting van een polikliniek pediatrie



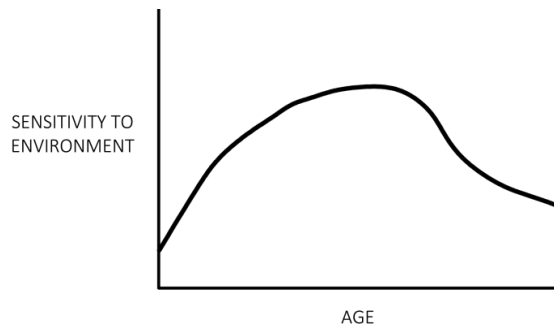
**Figuur 3.19** Beeld van de inrichting van een polikliniek pediatrie

Wanneer we dieper ingaan op hoe kinderen de omgeving ervaren, is het interessant om even stil te staan bij de gevoeligheid van kinderen voor de fysieke ruimte. In haar tekst stelt professor en architecte Mardelle Shepley (2001) – die onderzoek doet naar het ontwerpen van gezondheidsvoorzieningen – dat er twee mogelijke denkplaatjes zijn. Een eerste aanname bestaat erin dat we door onze onderontwikkelde gewaarwording en perceptie minder gevoelig zijn voor onze omgeving wanneer we geboren worden en dat deze gevoeligheid stijgt tot de late adolescentie of jong volwassen leeftijd. Op deze leeftijd zou de gevoeligheid voor onze omgeving een piek vertonen, waarna deze weer zou dalen doordat onze zintuigen weer minder scherp worden. Deze ontwikkeling is weergegeven in figuur 3.20. Een tweede aanname – die Shepley zelf ondersteunt – stelt dat we, omwille van onze kwetsbaarheid en capaciteit om de omgeving te controleren, het leven starten met een extreem hoge gevoeligheid voor de omgeving die minder groot wordt wanneer we volwassen worden en weer groter wordt wanneer we verouderen. Deze ontwikkeling is te zien in figuur 3.21.

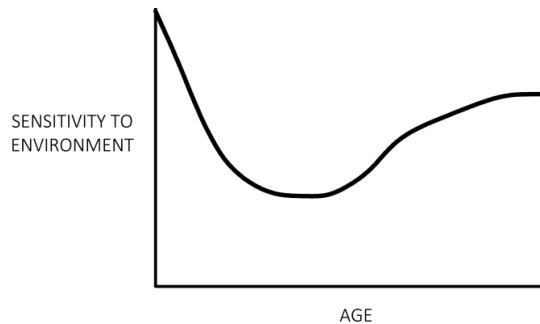
Zelf volg ik ook eerder deze laatste aanname. Net doordat onze zintuigen minder ontwikkeld zijn wanneer we jong zijn, lijkt het mij aannemelijk dat we op dat moment een minder groot controlegevoel zullen ervaren.

We begrijpen minder goed wat er allemaal gebeurt rondom ons en wat er nog zal gebeuren, we krijgen minder gemakkelijk een overzicht over onze omgeving, we hebben een minder goed oriëntatievermogen, enzovoort. Wanneer we ouder worden daarentegen kunnen we naar mijn mening beter omgaan met onze situatie en omgeving omdat we een beter besef hebben van wat er gebeurt en waarom, we hebben met andere woorden een betere controlecapaciteit.

Om het even welke mogelijkheid we nu beschouwen, kunnen we toch besluiten dat we resultaten uit onderzoek gericht op volwassenen niet zomaar mogen generaliseren en gebruiken voor de doelgroep van kinderen. Het feit dat kinderen zich globaal gezien meer comfortabel voelen bij een gereduceerde schaal in plaats van grote, open ruimtes (Leibrock, 2000: 190) – wat hierboven al besproken werd – is een duidelijk voorbeeld dat aantoont hoe kinderen een omgeving verschillend ervaren ten opzichte van volwassenen.



**Figuur 3.20** Anname 1



**Figuur 3.21** Anname 2

Kijken we naar de behoeften van kinderen, dan zien we dat deze ook heel erg verschillen van deze van volwassenen. Zo stellen Mohamed Yusoff Abbas en Roslinda Ghazali (2009) – die beiden onderzoeken hoe mensen zich gedragen in hun omgeving – in hun paper dat de behoeften van beide groepen dan ook niet met elkaar vergeleken mogen worden. Eerst en vooral is het fysieke lichaam van een kind heel verschillend van dat van een volwassene, maar ook zijn kinderen veel actiever en dynamischer in hun doen. Verder zijn kinderen voortdurend in ontwikkeling en dit zowel op fysiek, perceptueel, cognitief als sociaal vlak. Een voorbeeld hiervan is dan ook de gevoeligheid voor de omgeving die verandert wanneer een kind verder ontwikkelt.

Wanneer we het over behoeften hebben lijkt het mij logisch dat deze bij kinderen onderling ook nog sterk kunnen verschillen. Elk kind wordt opgevoed met de principes van zijn of haar ouders. Het heeft dus bij het opgroeien bepaalde waarden en normen aangeleerd gekregen waaraan het gezin belang hecht. Zowel op cultureel als sociaal vlak zal het kind gewoontes leren kennen hebben. Ook of een kind broers of zussen heeft kan een rol gaan spelen in hoe een kind zich zal gedragen en hoe het zal omgaan met leeftijdsgenoten en andere kinderen. De sociale en culturele achtergrond die een kind heeft, lijkt dus een belangrijk element wanneer we gaan kijken naar behoeften van kinderen.

### 3.3.2 Het kind als patiënt

#### 3.1.1.1 Welzijn van een kind

Wanneer een kind naar aanleiding van een ziekte of ongeval in het ziekenhuis opgenomen wordt, wordt het plots een patiënt die genezen moet worden. Wat hierbij vaak vergeten wordt, is dat deze patiënt nog steeds een kind is en blijft, alleen zal het tijdelijk meer behoeften hebben, waaronder ook een verhoogde behoefte voor ouderlijke aandacht (Vollmer, 2012). Het kind moet in het ziekenhuis een kind kunnen zijn en blijven en ouders zouden op elk moment van de dag bij hun kind moeten kunnen zijn.

Verder mag er niet alleen aandacht gaan naar de functionele kant van het zorgen voor een kind, zowel de psychologische als sociale kant vormen ook heel belangrijke aspecten die we in rekening moeten brengen wanneer we het welzijn van patiënten gaan beschouwen. Psychobioloog Tanja Vollmer (2012) vertelt in haar presentatie dat wanneer een persoon ziek wordt dit wil zeggen dat zijn meest belangrijke element van bescherming – het eigen lichaam – hem of haar in de steek laat. Volgens Vollmer gaan hierdoor vaak heel wat negatieve gevoelens vrijkomen. Mensen krijgen te maken met stress, ze voelen zich tegelijk angstig en boos, maar ook kwetsbaar en zwak, en wanneer ze daarbij opgenomen moeten worden in het ziekenhuis komt hier ook nog het gevoel van afhankelijkheid bij kijken. Hoe ernstiger de gezondheidstoestand is aangetast, hoe sterker deze negatieve gevoelens zich zullen ontwikkelen. Doordat kinderen zelf minder goed begrijpen wat er allemaal aan de hand is en het ook heel moeilijk is om hen dit uit te leggen, is het meer dan waarschijnlijk dat deze gevoelens zich nog sterker ontwikkelen bij hen. Bij de opname in het ziekenhuis is het – volgens Vollmer – dan ook de opgave om deze negatieve gevoelens zo veel mogelijk te neutraliseren door hen te vervangen met positieve gevoelens zoals warmte, afleiding, keuze, persoonlijke ruimte, enzovoort. Een eerste stap die hierbij heel belangrijk is – zeker voor kinderen – is de patiënt duidelijk informeren over wat er te gebeuren staat, dit kan al heel wat stress wegnemen.

Een bijkomende factor die een grote rol speelt bij de beleving van een ziekenhuis, zijn de externe stressoren die een ziekenhuisomgeving met zich mee brengt: factoren zoals lawaai, duisternis of drukte gaan de negatieve gevoelens die mensen hebben wanneer ze ziek of gekwetst zijn alleen maar versterken. Als we nu aannemen dat kinderen effectief gevoeliger zijn voor hun omgeving zullen deze externe stressoren ook een grotere rol spelen bij hun welzijn. Het is dan ook aangewezen om een ruimte te creëren waarbij deze externe stressoren zo veel mogelijk vermeden kunnen worden.

Eén van de negatieve gevoelens die heel sterk aanwezig is bij kinderen, wanneer ze opgenomen worden in het ziekenhuis, is verveling. Gezonde kinderen zijn over het algemeen actief en zullen hun omgeving ten volle gaan benutten. Doctor in de architectuurfilosofie Katherine Bishop (2008) stelt dat kinderen bij een ziekenhuisopname dikwijls heel wat minder mogelijkheden hebben om zich bezig te houden aangezien de omgeving waarvan ze gebruik kunnen maken nu beperkt wordt, ze moeten bijgevolg alternatieven gaan zoeken. Bishop heeft het in haar tekst over *copingstrategieën* waarover een kind beschikt, dit verwijst naar de manier waarop kinderen emotioneel, mentaal en actief omgaan met moeilijkere situaties. Wanneer kinderen weggehaald worden uit hun vertrouwde omgeving en ze hun eigen situatie dus minder in de hand hebben, zullen ze bepaalde strategieën aannemen om toch te proberen om te gaan met de situatie. Dit gedrag wordt *coping* genoemd. Zo gaan kinderen dingen doen om hun gedachten te verzetten, zoals een wandeling maken of televisie kijken, ze gaan tekeningen maken om hun emoties een plaats te geven, of ze gaan zich omringen met persoonlijke en herkenbare spullen om zich meer thuis te voelen. Door deze handelingen gaan kinderen hun negatieve gevoelens proberen te vervangen door positieve ervaringen.

Natuurlijk worden de mogelijkheden tot *coping* ook bepaald door de gezondheidstoestand van een kind. Kinderen die zich eerder goed voelen hebben een grotere capaciteit tot *coping*, ze kunnen een groter deel van hun omgeving gaan gebruiken in hun zoektocht naar positieve ervaringen, zo kunnen ze dus ook verschillende *copingstrategieën* inzetten. Kinderen die er daarentegen minder goed aan toe zijn, kunnen minder efficiënt gebruik maken van hun omgeving en geraken mogelijk geïsoleerd. Hierdoor kunnen ze heel wat minder *copingstrategieën* inzetten en zal het voor hen ook veel moeilijker worden om om te gaan met hun situatie. Duidelijk is dat de omgeving een belangrijke rol speelt om deze *copingstrategieën* te kunnen toepassen, hoe veelzijdiger de omgeving waarin een kind moet verblijven, hoe meer mogelijkheden het heeft om om te gaan met zijn of haar situatie.

We kunnen besluiten dat zowel de gezondheidstoestand van een kind als de omgeving waarin het kind verblijft van belang zijn om *copingstrategieën* te kunnen aannemen. Zo stellen De Wilde en Muylle (2012: 56) dat de omgeving zowel een tegen- als een medestander kan worden in de manier waarop kinderen omgaan met hun situatie. Het welzijn van een kind kan bijgevolg zowel op een positieve als op een negatieve manier beïnvloed worden door de omgeving.



### 3.1.1.2 Zorgen en angsten tijdens een ziekenhuisverblijf

Uit onderzoek is gebleken dat kinderen heel wat zorgen en angsten hebben wanneer ze opgenomen worden in het ziekenhuis. Ook blijkt dat deze zorgen bij kinderen van heel verschillende leeftijden terug te vinden zijn. Professor in de verpleegkunde Imelda Coyne (2006) deelt deze zorgen en angsten op in vier categorieën:

Een eerste grote bezorgdheid die kinderen hebben is de **scheiding van familie en vrienden** wanneer ze in het ziekenhuis moeten verblijven. Door de opname wordt het gekende leven van een kind plots overhoop gegooid. Hierbij verliest het de mogelijkheid om deel te nemen aan alledaagse activiteiten. Zo kan het kind misschien niet meer samen eten met het gezin en zal het hobby's tijdelijk moeten opgeven. Ook kan het niet meer naar school gaan waardoor het kind het contact met leeftijdsgenootjes verliest. Deze dingen maken samen dat het isolement alleen maar groter wordt.

Een tweede angst die besproken wordt, is het moeten **verblijven in een ongekende en onaangename omgeving**. Het kind wordt geconfronteerd met een vreemde omgeving waarin het verzorgd wordt door mensen die het niet kent. Deze omgeving brengt – zoals hierboven al besproken werd – vaak heel wat externe stressoren met zich mee. Zo vinden kinderen een lawaaierige afdeling met felle lichten die 's nachts branden niet fijn. Verder missen kinderen in het ziekenhuis gepaste ruimte om te spelen of bezig te zijn.

Het **ondergaan van onderzoeken en behandelingen** is volgens Coyne een derde categorie van angsten bij kinderen. Kinderen zijn over het algemeen erg bang voor naalden, operaties en pijn. Ook zijn ze volgens Coyne bezorgd over eventuele fouten die gemaakt zullen worden tijdens hun behandeling waardoor hun toestand alleen nog maar zou verslechteren. Al kan dit natuurlijk ook te maken hebben met de bezorgdheden die ouders hebben en eventueel onbewust doorgeven aan hun kinderen. Verder blijkt nog dat kinderen het begrip 'sterven' sterk in verband brengen met ziekenhuizen, de gedachte dat dit ook met hen zou kunnen gebeuren, maakt het ziekenhuisverblijf alleen maar akeliger.

Een laatste bezorgdheid die kinderen hebben is het **verlies van zelfbeschikking**. Deze bezorgdheid komt hoogstwaarschijnlijk eerder voor bij jonge adolescenten die al meer keuzes mogen en kunnen maken in hun dagelijkse leven. Tijdens een ziekenhuisverblijf verliezen kinderen een groot deel van hun onafhankelijkheid, dat vinden ze over het algemeen absoluut niet fijn. Ze kunnen nu niet meer zelf – of in samenspraak met hun ouders – bepalen wanneer ze willen eten of slapen, maar moeten het vaste dagschema van het ziekenhuis volgen. Ook worden ze plots erg beperkt in hun activiteiten en hebben ze geen of weinig controle meer over hun persoonlijke behoeften.

Bekijken we nu deze vier categorieën van angsten en bezorgdheden, dan valt het me op dat één van deze categorieën letterlijk gaat over de omgeving waarin het kind verblijft, het moeten verblijven in een ongekende en onaangename omgeving. Ook de andere bezorgdheden kunnen onrechtstreeks gelinkt worden aan ruimte. Zo zou men meer ruimte kunnen voorzien voor bezoek zodat jonge patiënten zich minder gescheiden zullen voelen van familie en vrienden. Verder zou men meer ruimte voor verschillende activiteiten kunnen voorzien zodat er meer keuzemogelijkheden ontstaan en de patiënten dus zelf kunnen bepalen wat ze zullen gaan doen. We kunnen besluiten dat de omgeving duidelijk een belangrijke invloed heeft op hoe een kind zijn ziekenhuisverblijf zal ervaren. Het lijkt dan ook vanzelfsprekend dat hier voldoende aandacht naar moet gaan.

We zien dat er vandaag een trend is waarbij de gebruiker meer en meer centraal komt te staan bij het ontwerpen van ziekenhuizen. Dit zagen we ook in paragraaf 3.2 van dit hoofdstuk. Hoewel een ziekenhuis heel veel gebruikers heeft – gewone gebruikers zoals patiënten en bezoekers en professionele gebruikers zoals artsen en verplegers – zijn het volgens kunstonderzoekster Muna SilavUtkan (2012) in het geval van een kinderziekenhuis toch de kinderen die de belangrijkste gebruikersgroep vormen. Het zijn zij die tijdelijk dag en nacht moeten verblijven in het ziekenhuis en er moeten kunnen herstellen. Het is daarom ook enorm belangrijk dat we echt vanuit het perspectief van het kind als patiënt gaan kijken in de zoektocht naar een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving.

#### 3.3.3 Tendensen

Om te weten te komen hoe een kindvriendelijk kinderziekenhuis of een kindvriendelijke kinderafdeling er zou moeten uitzien vanuit kinderspectief, is het interessant om een zicht te krijgen op bepaalde huidige tendensen die leven binnen de ziekenhuiszorg en hier op een kritische manier mee om te gaan. In haar onderzoek bespreekt architect en professor in de architectuur en sociale wetenschappen Aase Eriksen (2001) heel wat factoren en tendensen met betrekking tot de fysieke ruimte en het ontwerp van ziekenhuizen die volgens haar belangrijk zijn bij het verzorgen van zieke kinderen.

Een eerste factor waar we rekening mee moeten houden volgens Eriksen, is het feit dat ziekenhuisopnames steeds vaker voor kortere periodes zijn. Ook probeert men de zorg van kinderen zoveel mogelijk ambulant te houden, aangezien een opname voor een kind best aangrijpend kan zijn. Wanneer een kind toch opgenomen moet worden in het ziekenhuis, blijkt dat het het grootste deel van zijn of haar tijd uit het bed doorbrengt. Al zal dit wel afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand van het kind.

Iets waar zeker ook aandacht naar moet gaan en waar ruimte voor voorzien moet worden is spelen. Kinderen moeten kunnen spelen, dit zowel op een rustige als op een actieve manier en ook zowel individueel als in groepjes samen met andere kinderen.

Wat vandaag steeds meer belang krijgt volgens Eriksen, is het welzijn van de ouders van een ziek kind. Ouders spelen een steeds belangrijkere rol in het genezingsproces van hun kind, het is dan ook van belang dat zij dit zelf op een zo aangenaam mogelijke manier kunnen beleven. Zo moet er ruimte voorzien worden voor de ouders om zo veel mogelijk bij hun kind te zijn, maar ook om aan de eigen behoeften te voldoen.

Tot slot stelt Eriksen nog dat het belangrijk is dat de professionele gebruikers – zoals artsen, verplegers en psychologen – interdisciplinaire vaardigheden hebben om te kunnen omgaan met de gevarieerde noden van de patiënten en hun ouders.

Wanneer we nu deze tendensen en factoren bekijken die Eriksen voorlegt, dan zien we dat meerdere ervan te maken hebben met hoe ruimtes gebruikt worden en gebruikt zullen worden in de toekomst. Zo maken deze tendensen duidelijk waar er minder of net meer ruimte nodig zal zijn. Een voorbeeld hiervan is de verschuiving van veel hospitalisatie naar meer ambulante zorg. Ook het groeiende belang van ouders tijdens een opname zorgt ervoor dat de kinderafdelingen en patiëntenkamers hierop voorzien moeten worden. We kunnen dus besluiten dat de ziekenhuizen van de toekomst aan andere verwachtingen zullen moeten voldoen en bijgevolg een andere ruimtelijke indeling zullen moeten krijgen. Uiteraard geldt voor alle gebouwen dat deze doorheen de tijd mee moeten evolueren met de noden en wensen van de huidige generaties, maar ziekenhuizen blijven zeker een goed voorbeeld aangezien de wetenschap en technologie zich verder blijven ontwikkelen en er steeds meer aandacht gaat naar de wensen en noden van ziekenhuisgebruikers.

Gaan we kijken naar hoe het gesteld is met de manier waarop kinderen verzorgd worden in ziekenhuizen, dan zien we dat er een positieve trend zichtbaar is. Uit een enquête van Test Gezondheid – Het gezondheidsmagazine van Test-Aankoop – blijkt immers dat ziekenhuizen steeds kindgericht worden en dat het kind als patiënt een steeds belangrijkere rol gaat spelen (“Belgische ziekenhuizen steeds kindgericht”, 2009). Het aantal kindgerichte voorzieningen in ziekenhuizen is volgens de enquête tegenwoordig flink gestegen, meer en meer ziekenhuizen beseffen dat kinderen eigen noden hebben en daarom ook een eigen opvang en aanpak verdienen. Zo hebben steeds meer ziekenhuizen specifiek ingerichte boxen of lokalen voor kinderen op de dienst spoedgevallen, ook biedt meer dan 3/4<sup>de</sup> van de ziekenhuizen ouders spontaan aan om te blijven overnachten bij hun zieke kind.

Met deze informatie leren we dat er gelukkig steeds meer aandacht gaat naar dit beleven van ziekenhuisbezoeken of –verblijven door patiënten en andere gebruikers en dat er effectief verandering mogelijk is. Het toont aan dat de evolutie van de ziekenhuiszorg nog lang niet voltooid is en het geeft ons vertrouwen dat de ziekenhuizen van de toekomst steeds aangenamer kunnen en zullen worden. Toch is er duidelijk nog veel werk aan de winkel om de ziekenhuismachines, waarvan er vandaag nog heel wat bestaan, om te toveren tot aangename – en in het geval van deze masterproef, kindvriendelijke – herstelomgevingen.

# HOOFDSTUK 4: ZIEKENHUISARCHITECTUUR

## VANUIT KINDERPERSPECTIEF

In dit hoofdstuk worden de *findings* uit het veldwerk besproken. Als verkenning van de *case* die behandeld wordt voor dit onderzoek, ga ik eerst in op het vrijwilligerswerk dat ik uitvoerde in het Koningin Paola Kinderziekenhuis. Hierbij worden de ervaringen die ik opdeed tijdens dit verkennende veldwerk beschreven. Vervolgens ga ik verder met de verwerking van het veldwerk dat ik verrichtte voor de eigenlijke *case study* van dit onderzoek. Hierbij wordt de huidige situatie van de kinderafdelingen van het UZ Leuven besproken. Dit wordt gedaan aan de hand van de verkregen informatie uit de verschillende interviews met patiënten en hun ouders en het focusgroepinterview met de professionele gebruikers.

In dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van *quotes*. Tenzij anders aangegeven komen deze *quotes* steeds uit de interviews met de desbetreffende participanten.

### 4.1 Verkennend veldwerk: vrijwilligerswerk

Tijdens mijn twee weken vrijwilligerswerk in het Koningin Paola Kinderziekenhuis werkte ik – zoals ik eerder al vermeldde – samen met Kurt Laenen, de spelbegeleider van het ziekenhuis. Twee weken lang kon ik me volledig inleven in de taak van een spelbegeleider. Hierdoor kreeg ik een goed beeld van de werking van het kinderziekenhuis. De ervaringen die ik opdeed tijdens dit veldwerk worden hieronder uitgebreid besproken.

Een eerste iets dat ik opmerkte tijdens mijn vrijwilligerswerk was dat er heel wat speelgoed, knutselgerief en boeken aanwezig zijn in het ziekenhuis, maar dat het grote probleem een gebrek aan voldoende speelruimte lijkt te zijn om dit materiaal te kunnen gebruiken. Er zijn slechts twee kleine speellokalen voorzien waarin alle spullen dicht bij elkaar opgeborgen worden. Gedurende het vrijwilligerswerk werd me dan ook duidelijk dat het heel moeilijk is om meerdere kinderen tegelijkertijd te laten spelen met het speelgoed van hun keuze. Zeker wanneer de kinderen ook nog eens sterk verschillen in leeftijd en dus heel andere dingen willen doen, vormt dit soms problemen. Een ander probleem van deze speellokalen is dat ze zich op een relatief grote afstand van de kinderafdelingen bevinden. Hierdoor kunnen de jongere kinderen niet alleen naar de speellokalen komen, wat toch wel een beperking is. Ook merkte ik tijdens mijn vrijwilligerswerk op dat deze afstand voor heel wat kinderen de stap om te komen spelen in de speellokalen veel groter maakte, waardoor ze uiteindelijk vaak op hun kamer bleven. Hieruit maakte ik op dat elke kinderafdeling eigenlijk zijn eigen speelruimte zou moeten hebben en dat deze ook voldoende groot zou moeten zijn zodat meerdere activiteiten tegelijkertijd uitgevoerd kunnen worden. Zo zullen kinderen van verschillende leeftijden zich sneller uitgenodigd voelen om naar de speelruimte te komen.

Iets anders dat me al snel opviel – mede door het gebruik van de speellokalen – was het leeftijdsverschil op de kinderafdelingen. Enerzijds hadden jonge adolescenten duidelijk graag hun privacy en vonden ze het niet leuk om samen met een klein kind op de kamer te liggen, dit vertelden ze dan ook tijdens de activiteiten die ik met hen deed. Anderzijds bleken kleinere kinderen het net wel leuk te vinden om een leeftijdsgenootje op de kamer te hebben, zeker wanneer er geen bezoek was hadden deze kinderen zichtbaar veel aan elkaar. Mij leek het dat ze het door elkaars aanwezigheid minder erg vonden om geen familie bij zich te hebben, ook leken ze meer te vergeten dat ze in een ziekenhuis verbleven. Bij kleine kinderen die alleen op de kamer lagen en weinig bezoek kregen merkte ik dat zij het fijn vonden wanneer hun kamerdeur openstond zodat ze naar de

voorbijkomende verplegers en bezoekers konden kijken. Daarentegen hielden heel wat oudere kinderen hun deur zo veel mogelijk gesloten. Dit suggereert dat kleine kinderen meer naar de gang gericht zijn en grotere kinderen liever op zichzelf zijn. Iets anders wat ik opmerkte was dat de aanwezigheid van kleine kinderen in het speellokaal het voor de oudere kinderen minder aantrekkelijk maakte om hier ook naartoe te komen om bijvoorbeeld een spel te spelen. Al kan dit ook te maken hebben met de grootte van de speellokalen. Het leeftijdsverschil tussen de patiënten op een kinderafdeling is duidelijk een moeilijk gegeven.

Verder merkte ik al snel dat de kinderafdelingen niet echt voorzien zijn op het verblijf van ouders van patiënten. Ouders krijgen de mogelijkheid om te blijven slapen, maar dit gebeurt niet onder ideale omstandigheden. Zo moeten de ouders op een soort veldbed naast het bed van hun kind slapen en moeten deze veldbedden elke avond weer opgezet worden en elke ochtend weer weggehaald worden. Kurt vertelde dat dit niet altijd praktisch is, zeker wanneer kinderen met vier op een kamer liggen en er bij elk kind een ouder wil blijven slapen is dit heel ongemakkelijk en wordt het al snel een krappe bedoening. Ook voor de ouders zijn er niet echt voorzieningen – buiten een kleine personeelskeuken waar ze gebruik van mogen maken. Er is geen ruimte voorzien waar ze zich kunnen terugtrekken of waar ze samen met het gezin een activiteit, zoals koken of een spel spelen, kunnen doen. Hetzelfde geldt voor broers en zussen van de zieke kinderen. Ook voor hen is er geen aangepaste ruimte voorzien om te spelen of bezig te zijn. Als het rustig was in de speellokalen namen we wel al eens een broer of zus van een patiënt mee zodat deze ook wat kon spelen met zijn zieke broer of zus, maar op drukker momenten was dit niet mogelijk. Dat er weinig tot geen plaats voorzien is voor broers en zussen lijkt er soms voor te zorgen dat ouders moeten gaan kiezen tussen hun zieke kind in het ziekenhuis of hun gezonde kinderen thuis, of dat ze zich moeten gaan opsplitsen.

Over het algemeen is mij het beeld van de lange kale gangen bijgebleven. Je zag dat er heel wat inspanningen gedaan werden om de afdeling toch wat op te fleuren, maar veel verder dan enkele onafhankelijke ingrepen – zoals prenten en kunstwerkjes op de muren – kwam dit niet. Kurt wist mij te zeggen dat de belangrijkste reden hiervan is dat er zelden een groot budget vrijkomt om de afdeling in te richten, waardoor er af en toe wel eens aanpassingen gebeuren, maar deze gaan dan vaak niet helemaal samen met de vorige ingrepen. Zelf vindt Kurt dit heel spijtig, hij vertelde me tijdens onze samenwerking meermaals over zijn ideeën voor vernieuwing en verandering, maar kreeg de directie van het ziekenhuis toen nog niet overtuigd om effectief actie te ondernemen.

Uiteraard waren er ook positieve dingen die me bijgebleven zijn aan mijn vrijwilligerswerk. Zo is er in het Koningin Paola Kinderziekenhuis een buitenspeeltuin voorzien die zowel door de zieke kinderen als door kinderen die op bezoek zijn, gebruikt kan worden (zie fig. 4.1 en 4.2). Wanneer het tijdens mijn vrijwilligerswerk mooi weer was, was het dan ook heel leuk om naar de speeltuin te gaan met de kinderen die ertoe in staat waren. Zij genoten enorm van het even buiten kunnen zijn.

Ook bij volwassenen blijkt de speeltuin geliefd te zijn. Zo gingen elke middag – wanneer het weer het toeliet – heel wat verpleegkundigen en andere personeelsleden hun lunch nuttigen op de bankjes in de speeltuin. Dit is een leuke afwisseling tegenover het eten in de personeelscafetaria. Kurt vertelde dat ook veel patiëntjes met hun bezoek naar de speeltuin komen om niet altijd op de kamer te moeten zitten. De speeltuin is dus duidelijk een meerwaarde voor het ziekenhuis.

Iets anders wat ik nog kon waarderen aan het kinderziekenhuis is het vele licht dat binnenvalt in de afdelingen. Uiteraard had dit ook te maken met de periode waarin ik mijn vrijwilligerswerk deed, twee zonnige weken in de zomer. Elke kamer is voorzien van grote ramen die een ver zicht bieden. Ik herinner me nog goed dat ik met een peuter – die niet uit de kamer mocht en weinig bezoek kreeg – heel wat tijd doorbracht op de vensterbank, kijkend naar de bomen en planten in de verte, de vogels en vliegtuigen in de lucht en de voorbijrijdende auto's en bussen op de parking van het kinderziekenhuis. De peuter, die zich merkbaar ziek voelde, genoot duidelijk van deze activiteit.

Een laatste iets dat ik zeer op prijs stelde, was het enthousiasme waarmee Kurt zijn werk deed. Zo was hij in de periode van mijn vrijwilligerswerk volop aan het onderhandelen met het ziekenhuisbestuur om een nieuw

speellokaal te krijgen. Een opgave die niet gemakkelijk bleek te zijn omdat het ziekenhuisbestuur dit niet meteen als heel belangrijk zag. Tijdens mijn vrijwilligerswerk was hij dan ook intensief bezig met het onderbouwen van zijn mening. In maart 2014 kreeg ik het leuke nieuws te horen dat er snel gestart zal worden met de bouw van het nieuwe speellokaal. Dit bevestigt voor mij nogmaals het belang van mensen die zich inzetten voor het welzijn van de patiënten en die verder kijken dan alleen maar de verzorging.



**Figuren 4.1 & 4.2** De speeltuin van het Koningin Paola Kinderziekenhuis

## 4.2 Case study: Gasthuisberg

Na het uitvoeren van mijn verkennend veldwerk in het Koningin Paola Kinderziekenhuis startte ik met het veldwerk met betrekking tot de *case study* van mijn onderzoek. Deze *case study* is – zoals eerder vermeld werd – de campus Gasthuisberg van het UZ Leuven.

In deze paragraaf wordt de huidige situatie van de kinderafdelingen van het ziekenhuis beschreven (zie fig. 4.3). Er wordt onderzocht hoe de verschillende afdelingen momenteel beleefd worden door kinderen. Hieruit kunnen we immers meer te weten komen over wat er zeker wel of niet anders moet in het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis en bij uitbreiding kunnen we meer leren over hoe kinderen denken over kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur. Voor deze bespreking van de huidige situatie wordt gebruik gemaakt van de informatie die ik bekam uit de interviews met de jonge patiënten en hun ouders en uit het focusgroepinterview met de professionele gebruikers. Ook mijn eigen indrukken die ik opdeed tijdens het uitvoeren van het veldwerk worden verwerkt in deze paragraaf.



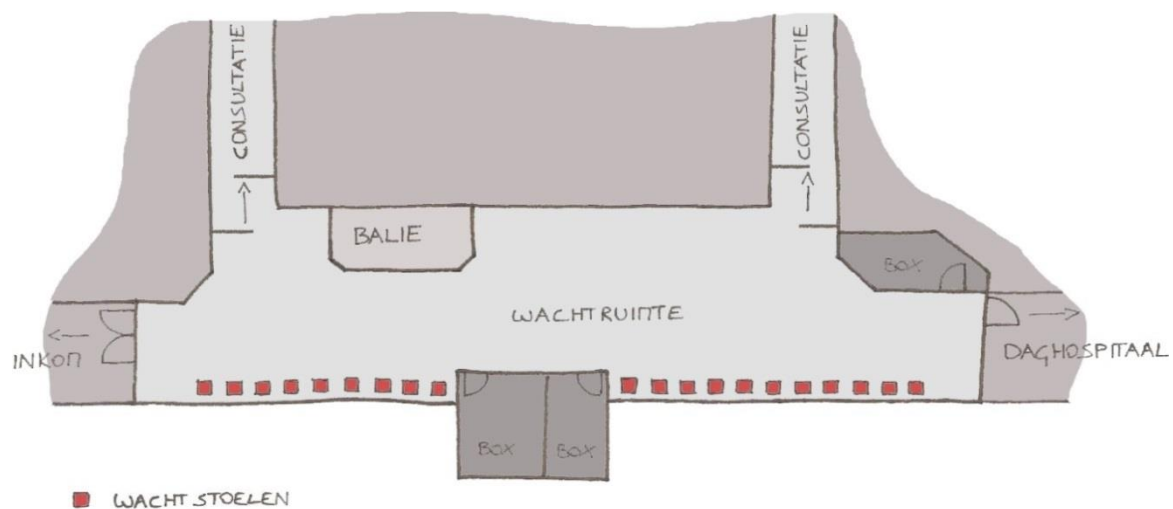
**Figuur 4.3** Gebouw waarin de kinderafdelingen zich bevinden

Tijdens het afnemen van de interviews en de analyse ervan nadien, viel het me op dat de participanten automatisch bepaalde delen van het ziekenhuis met elkaar gingen vergelijken. Ook gingen ze ervaringen toeschrijven aan bepaalde ruimtes. Hierdoor besloot ik – mede omdat dit een architectuur-masterproef betreft – deze paragraaf op te delen aan de hand van verschillende ruimtes die voorkomen in het ziekenhuis en die besproken werden tijdens de interviews. Zo worden achtereenvolgens de inkomhal en wachtruimte, de raadplegingen, het daghospitaal, de afdeling kinderoncologie en de rest van het ziekenhuis besproken.

### 4.2.1 De inkomhal & wachtruimte

Iedereen die de campus Gasthuisberg van het UZ Leuven bezoekt, komt binnen langs de centrale inkom van het gebouw, met uitzondering van mensen die via de dienst spoedgevallen opgenomen worden. Ook kinderen moeten dus altijd via deze inkomhal het ziekenhuis betreden. Wanneer een kind voor een opname binnenkomt, moet het in de meeste gevallen aangemeld worden in deze ruimte en moet het hier bijgevolg even wachten. Wanneer een kind echter voor een raadpleging komt, kan het meteen doorlopen naar een aparte wachtruimte van de kinderafdelingen van het ziekenhuis. Voor de raadplegingen gebeurt de inschrijving in deze aparte ruimte en moet hier gewacht worden. Het daghospitaal vormt hierbij een uitzondering. Wanneer kinderen naar dit daghospitaal komen, mogen ze soms meteen doorlopen naar deze afdeling en kunnen ze zich hier rechtstreeks aanmelden bij de verpleegwacht.

Voor de aanvang van mijn veldwerk kwam ik meerdere keren in de algemene inkomhal van het ziekenhuis terecht. Mijn eerste indruk van de ruimte was vrij positief, er is veel licht en ruimte en er is voldoende plaats voorzien om te gaan zitten waar je wil. Van de aparte wachtruimte van de kinderafdelingen had ik daarentegen een veel minder positieve eerste indruk (zie fig. 4.4). Tijdens mijn observatie vond ik deze bedrukkend, de wachtruimte zat op dat moment overvol en overal liepen mensen heen en weer. Er is weinig natuurlijk licht aanwezig waardoor het kunstmatige, gele licht overheerst en je een weinig frisse indruk krijgt. Ook is de organisatie van de ruimte, naar mijn mening, niet bepaald gezellig te noemen. Alle kinderen en ouders moeten op één lange rij stoelen wachten en speelgelegenheden voor de kinderen zijn minimaal aanwezig. Algemeen gezien kwam de ruimte mij – tijdens mijn observatie – donker en druk over. Niet meteen de plek waar je met een ziek kind wil vertoeven. Verder zien zowel de algemene inkomhal als de aparte ruimte voor kinderen er nogal verouderd uit. Dit werd ook meermaals aangehaald door de mensen die ik interviewde. Naar mijn mening heeft de algemene inkomhal toch meer kwaliteiten dan de wachtruimte van het kindergedeelte van het ziekenhuis.



**Figuur 4.4** Aparte wachtruimte van de kinderafdelingen

Tijdens het focusgroepinterview merkte ik dat enkele professionele gebruikers deze mening met me delen. “Ik vind onze grote inkomhal in het ziekenhuis dan wel een pak toffer, niet op kindermaat, maar als je daar binnenkomt dan is dat niet ziekenhuis-achtig”, vertelde een kinderpsychologe. Uit dit focusgroepinterview bleek dat ook deze professionele gebruikers de wachtruimte van de kinderafdelingen maar saai vinden, met allemaal stoelen op één rij: “(...) als je bij ons die wachtzaal beneden op de raadpleging\_\_ Dat is toch antiek. Je komt daar binnen en baf daar zitten de mensen allemaal op een rij, ge komt binnen en iedereen staart al: wie komt er nu binnen. Dat is echt niet aangenaam”. Verder ontbreekt er volgens de professionele gebruikers afwisseling in de ruimte, met meer gelegenheden om te spelen voor kinderen van verschillende leeftijden.

De jonge patiënten en ouders waarmee ik werkte tijdens mijn veldwerk bleken een heel eigen mening te hebben. Volgens de meeste kinderen die ik interviewde, ziet de algemene inkomhal er lelijk en te bruin en beige uit, kleur ontbreekt en ook het zichtbare metselwerk blijkt niet in de smaak te vallen. Wanneer ik Anse vroeg naar hoe het ziekenhuis er volgens haar zou moeten uitzien vertelde ze onder andere het volgende: “Leuke schilderijen (...) en in hetzelfde thema. Dus bijvoorbeeld allemaal schilderijen van bloemen\_\_ doorheen heel het ziekenhuis. Want die schilderijen van kindjes, dat is zo\_\_ En dan hangt er iets van rock\_\_ en iets van dieren\_\_”. Anse lijkt iets of wat samenhang te missen.

Voor de meeste ouders die ik interviewde blijkt vooral de drukte en constante doorstroom in de algemene inkomhal een probleempunt. Deze ouders hebben allemaal een oncologiepatiënt als kind, waardoor de vrees voor infecties bij hen heel groot is, het immuunsysteem van hun kind is immers erg verzwakt. Het feit dat je dan in een overweldigende ruimte tussen allemaal mensen met verschillende ziekten moet wachten, vinden zij vaak angstaanjagend of stresserend. Een aparte wachtruimte voor kinderen – ook voor de opnames – lijkt hen

meer gepast. Zo vinden ze het bijvoorbeeld allemaal heel aangenaam dat, wanneer ze naar het daghospitaal moeten komen, ze meteen mogen doorlopen naar deze ruimte zonder vooraf te moeten inschrijven. De mama van Anse liet weten dat ze haar dochttertje soms al naar de afdeling stuurt wanneer het echt opgenomen moet worden, terwijl zij of haar man wacht aan de inschrijvingen, zo moet het meisje niet blijven wachten in de grote inkomhal. De papa van Rose vertelde dan weer dat hij meestal op zondagavond al met zijn dochter naar het ziekenhuis komt voor een opname en dat er op maandagochtend dan iemand van de administratie naar de afdeling komt voor de officiële inschrijving, zo mijden ze files op maandagochtend en hoeven ze niet te wachten in de inkomhal.

Verder blijken sommige ouders en kinderen de confrontatie met andere zieke mensen heel moeilijk te vinden, al begrijpen ze dat dit moeilijk te vermijden is in een ziekenhuis. De mama van Silke vertelde het volgende over de algemene inkomhal: *“Dat is heel druk he\_\_ Dat is geen markt, maar het is\_\_ eigenlijk een beetje zoals een treinstation he. (...) Iedereen loopt ergens naartoe”*. Deze mama vindt de algemene inkomhal een te open ruimte. Ook het idee dat je onder een grote trap zit te wachten, vindt ze maar gek. De mama van Emiel had hierover een andere mening: *“Ja dat is natuurlijk een grote ruimte, maar wel aangenaam. (...) Dat is hier zodanig groot dat dat hier altijd druk is. Dat is echt zo’n komen en gaan van mensen maar\_\_ omdat het zo ruim is, heb je ook geen gevoel van geslotenheid”*. Haar redenering kan ook te maken hebben met het feit dat Emiel al bijna 16 jaar oud is, terwijl Silke nog maar 9 jaar oud is.

In de aparte wachtruimte en inkomhal voor het kindergedeelte van het ziekenhuis is er – net zoals op enkele andere plekken in het gebouw – hier en daar een kleine box ingericht als gespreks- of borstvoedingslokaal, dit is ook te zien op figuur 4.4. Tijdens mijn observatie liet de kinderpsychologe die me rondleidde enkele van deze boxen zien. Naar mijn mening zijn de boxen kaal en saai, sommigen hebben zelfs geen raam, ze lijken mij dan ook weinig uitnodigend. Ook de opvallende positie ervan in de ruimte maakt de boxen volgens mij minder aantrekkelijk, je kan moeilijk ongemerkt in zo’n lokaaltje verdwijnen om even borstvoeding te geven of om een gesprek met een psycholoog te hebben, wat drempelverhogend kan werken. Nochtans wist de kinderpsychologe me tijdens de rondleiding te vertellen dat deze boxen best vaak gebruikt worden, wat wil zeggen dat ze echt wel nodig zijn, maar wat misschien ook betekent dat er elders in het ziekenhuis te weinig plaats voorzien is voor deze activiteiten. We kunnen stellen dat de boxen van groot belang zijn, maar dat de ligging en inkleding ervan misschien niet ideaal is.

Wanneer we het tijdens het focusgroepinterview over de patiëntenkamers hadden, kwamen deze boxen ook even ter sprake, hier ging het wel om een positief aspect van de boxen. In deze boxen zijn bovenaan de muren heel wat jaren geleden door een tekenacademie tekeningen gemaakt. In elke box verschillen de tekeningen. Blijkbaar gaat de aandacht van veel kinderen naar deze tekeningen wanneer ze in de boxen zijn en vinden ze het leuk om op te merken dat de tekeningen telkens anders zijn. Het zijn kleine elementen, maar ze blijken toch een invloed te hebben op kinderen. Wel leek het tijdens het focusgroepinterview vooral om jongere kinderen te gaan die de tekeningen opmerken en waarderen.

### 4.2.2 De raadplegingen

Wanneer ouders met hun kind voor een raadpleging naar het ziekenhuis komen, kunnen ze – zoals hierboven al vermeld werd – meteen doorlopen naar de aparte wachtruimte van het kindergedeelte. Hier moeten ze zich aanmelden en kunnen ze wachten tot het hun beurt is. Achter deze wachtruimte bevinden zich twee gangen waarlangs de consultatieruimtes geplaatst zijn (zie bovenaan fig. 4.4), hier vinden de raadplegingen plaats.

Deze twee consultatiegangen zijn vrij smal en gaven me tijdens mijn observatie wederom een benauwde en bedrukte indruk. Er is geen natuurlijk licht aanwezig in de gangen en tijdens mijn bezoek liepen kinderen, ouders en personeel druk door elkaar. De consultatieruimtes worden door verschillende dokters en psychologen afwisselend gebruikt waardoor zij geen vaste plek hebben waar ze hun gegevens kunnen

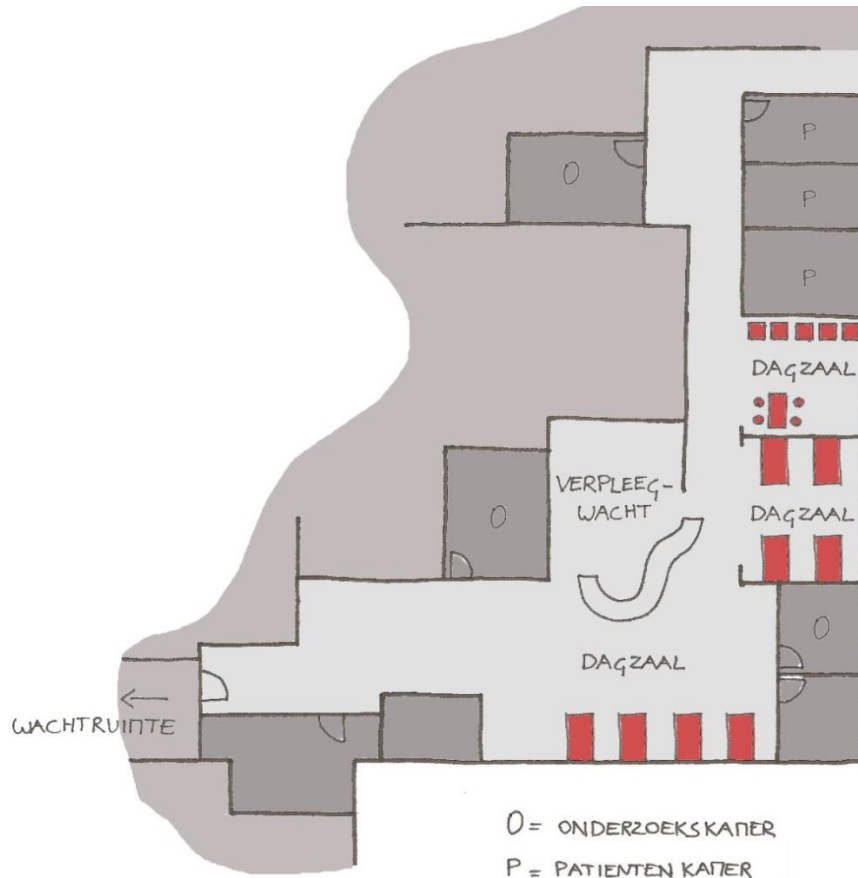


verwerken. Hiervoor moeten ze naar een ander lokaal dat grenst aan de gangen, wat de circulatie alleen maar drukker maakt. Het probleem van deze twee lange gangen is naar mijn mening vooral het feit dat ze door iedereen gebruikt worden en dat er geen natuurlijk licht binnenvalt. Uit alles wat de kinderpsychologe me tijdens de rondleiding vertelde, kon ik opmaken dat ook zij mijn mening deelt.

### 4.2.3 Het daghospitaal

Kinderen die voor een dagje opgenomen moeten worden, verblijven in het daghospitaal. Dit daghospitaal bevindt zich op de gelijkvloerse verdieping rechts van de wachtruimte voor de kinderafdelingen en de ruimtes waar de raadplegingen plaatsvinden. Wanneer kinderen in het daghospitaal opgenomen worden, hoeven ze zich niet altijd vooraf in te schrijven, de oncologiepatiënten die ik interviewde mogen bijvoorbeeld steeds rechtstreeks naar het daghospitaal gaan en zich daar aanmelden bij de verpleegwacht.

Het daghospitaal heeft, buiten een eigen verpleegwacht, enkele onderzoeksklokken, drie dagzalen en enkele patiëntenkamers, verder zijn er voor het personeel enkele ruimtes zoals een keuken voorzien (zie fig. 4.5). De drie dagzalen hebben elk een eigen karakter en functie. In de eerste en grootste dagzaal, waar je meteen voorbij loopt wanneer je het daghospitaal binnenkomt, staan tegen de buitenwand bedden. Deze dagzaal wordt eerder gebruikt voor patiënten die een dag opgenomen worden voor een chirurgische ingreep. De twee kleinere dagzalen worden onder andere door de oncologiepatiënten gebruikt wanneer zij voor bloedcontroles en dergelijke naar het ziekenhuis moeten komen. In de eerste kleine dagzaal staan vier bedden waarrond een gordijn gesloten kan worden, hier kunnen kinderen rustiger liggen. De tweede kleine dagzaal is ingericht met zetels, stoelen en een tafeltje. Hier kunnen kinderen die zich wat beter voelen, zitten om tv te kijken, te spelen of te knutselen.



**Figuur 4.5** Het daghospitaal

Tijdens mijn observatie kreeg ik het daghospitaal een eerste keer kort te zien. Mijn eerste indruk was dat het een heel open ruimte is waar veel natuurlijk licht binnenvalt, best een aangename ruimte dus. De eerste vraag die bij me opkwam uit eigen ervaring, was of de jonge patiënten het wel fijn vinden om in zo'n open ruimte te liggen waar iedereen elkaar kan zien.

Achteraf kwam ik meermaals terug in het daghospitaal om interviews met patiënten en ouders af te nemen. Op sommige momenten was het heel rustig op de afdeling en vond ik het – voornamelijk door de ruimte en het natuurlijke licht – aangenaam om in de ruimte te vertoeven. Op andere momenten was het dan weer heel druk en lagen er kindjes te wenen en te roepen, zo leek de afdeling plots heel wat minder aangenaam en rustig om als ziek kind te moeten verblijven.

Uit de interviews met enkele patiënten en ouders kwam bijna altijd naar voor dat het daghospitaal toch heel wat aangenamer is dan de andere hospitalisatie-afdelingen in het ziekenhuis. Vooral de openheid en het vele natuurlijke licht – aspecten die mezelf ook opgevallen waren – bleken voor deze positieve mening te zorgen. Zowel de patiënten als de ouders bleken het over het algemeen fijn te vinden dat de afdeling zo open opgevat is. De mama van Emiel vindt het daghospitaal door zijn openheid heel kindvriendelijk en leuk: *“(…) je zit hier ook allemaal samen met die gezinnen. (…) Ja je kent ondertussen al die mensen, die kinderen. En dan heb je zo het gevoel van één grote familie. We zitten hier allemaal voor hetzelfde\_\_ (…) Dat vind ik wel heel positief hier op dagzaal. Dat ze zo open opgevat is”*. Ze vindt het duidelijk fijn dat je mensen leert kennen die zich in dezelfde situatie bevinden en waarbij je steun kan vinden. Wanneer ik bij de patiënten zelf vroeg naar wat zij ervan vinden dat iedereen elkaar kan zien liggen, bleken de meesten hier geen probleem mee te hebben. Anse vindt het fijn dat de afdeling zo open is omdat ze dan *“naar andere mensen kan koekeloeren”*. Emiel heeft er ook geen problemen mee om tussen de rest te liggen, hij stelde dit heel nuchter: *“iedereen heeft hier toch hetzelfde”*. De patiënten weten dus van elkaar wat ze doormaken. Wel gaat het hier natuurlijk specifiek over de oncologiepatiënten, die meestal in de kleinere dagzalen liggen of zitten. De mama van Emiel merkte nog op dat je verschillende mogelijkheden hebt op de afdeling naargelang hoe je je voelt: *“Je hebt echt de keuze (….) Als je echt rustig wil, dan kan je zo'n kamertje nemen [een patiëntenkamer]. Of als hij echt wel\_\_ Toch een beetje beweging wil zien, maar toch wil liggen, dan kan je hier een bed\_\_ [in de eerste kleine dagzaal]. En als hij echt goed is, dan kan je in de zetels gaan zitten [in de tweede kleine dagzaal]”*. Deze variatie aan mogelijkheden vindt de mama van Emiel duidelijk heel positief. Wel merkte ze hierbij nog op dat er vaak te weinig plaats is in het daghospitaal. Zo zijn alle zeteltjes vaak bezet als je wat later op de dag aankomt, waardoor je wel een bed moet nemen. Volgens haar zou er dus nog wat meer zitruimte mogen zijn. Verder vertelde de mama nog dat de activiteiten die op de afdeling georganiseerd worden eigenlijk niet afgestemd zijn op iets oudere kinderen: *“En dan hebben ze daar muziek zitten maken met die klein mannen\_\_ En als je daar dan als zestienjarige tussenzit\_\_ En daar als ouder tussen zit\_\_”* Wel is er een tv aanwezig in de dagzaal met zetels, maar in deze dagzaal wordt ook geknutseld en gespeeld, waardoor rustig tv kijken niet echt mogelijk is.

Bovenstaande problemen werden ook aangekaart door de professionele gebruikers tijdens het focusgroepinterview. Zij lieten blijken dat er een plaatsgebrek is in het daghospitaal en dat een goede indeling ontbreekt: *“Wat het nu is, is dat er soms geen plaats genoeg is voor de mensen. Zowel om te zitten, als voor de kinderen, dat er zo veel mensen\_\_ (….) En ja, zowel de ouders, die nemen dan een zetel in van een kind, maar dat is gewoon omdat er geen plaats is”*. Ook zou het spelen en knutselen niet in de dagzalen zelf mogen plaatsvinden, maar zou dit eerder op een andere plek moeten gebeuren: *“Dat de speel- en knutselruimte semi-apart is, maar toch open. Dat je er zicht op hebt, maar dat het toch iets afgesloten is. Want nu is dat\_\_ nu zitten wij in\_\_ de wachtruimte is dat eigenlijk”*. Deze activiteiten moeten dus ergens anders kunnen plaatsvinden, maar wel nog in de open ruimte. De openheid is – ook volgens de professionele gebruikers – immers het grote pluspunt van het daghospitaal. Verder vinden de professionele gebruikers dat er daarentegen wel iets meer afgesloten ruimtes mogen komen waar de patiënten rustig kunnen liggen, nu liggen ze soms iets te veel en te dicht bij elkaar, wat niet altijd goed is.

## 4.2.4 De afdeling kinderoncologie

Hieronder wordt de afdeling kinderoncologie van het UZ Leuven besproken. Soms wordt er ook verwezen naar de andere kinderafdelingen wanneer deze belangrijke verschillen blijken te hebben. Eerst wordt de afdeling kinderoncologie zelf besproken, daarna volgen de patiëntenkamers en tot slot wordt onderzocht waar de patiënten zelf afleiding kunnen vinden op de afdeling en welke ruimte er voorzien is voor ouders, broers en zussen en het gezin.

### 4.2.4.1 De afdeling



**Figuur 4.6** De afdeling kinderoncologie

Tijdens mijn observatie op de afdeling kinderoncologie (zie fig. 4.6) kreeg ik een uitgebreide uitleg van welke ruimtes zich waar bevinden en voor welke activiteiten of functies ze gebruikt worden. De eerste ruimte die we tegenkwamen op de afdeling was de verpleegwacht, deze kwam enorm druk over tijdens mijn bezoek. In de verpleegwacht is nergens plaats voorzien waar de verpleegkundigen of artsen even kunnen zitten om informatie of gegevens te verwerken, alles gebeurt al staande. Elke verpleegkundige heeft zijn of haar eigen laptop die geïnstalleerd is op een verplaatsbaar karretje. Op deze laptops wordt alle informatie van de patiënten ingegeven. Doordat er geen specifieke plaats voorzien is waar deze karretjes kunnen staan, staan ze verdeeld over de verpleegpost en de gang van de afdeling. In combinatie met de rolstoelen, kinderwagens en andere karren, veroorzaken deze eerder een rommelige indruk en een obstructie voor de gang.

Ook de professionele gebruikers merkten tijdens het focusgroepinterview op dat de gang eigenlijk veel te vol staat met dingen die er niet thuishoren. Volgens hen ontbreekt ruimte om deze objecten op te kunnen bergen, waardoor de gang momenteel als bergruimte gebruikt wordt: *“Dat de gangen geen bergruimte moeten zijn he, dat is toch ook\_”*, *“Dat staat vol”*, *“(…) van alles, een fietske, buggy’s, rolstoelen\_”* Verder leken enkele deelnemers het spijtig te vinden dat de kinderen niet op de gang kunnen spelen door de vele obstakels. Blijkbaar merken de kinderen die op de afdeling verblijven dit probleem ook op. Zo bevestigde Anse dat er veel

te veel materiaal op de gang staat: *“Dat vind ik wel ambetant. Soms moet je echt zo\_\_ met uw ‘paal’ [waar de baxter aanhangt] wringen. En met al die computers\_\_ [van de verpleging]”* Verder vindt Anse het ergens wel goed dat je niets op de gang kan doen omdat een rustige gang toch aangener is wanneer je in je kamer ligt.

Tijdens mijn observatie merkte ik op dat er maar heel weinig natuurlijk licht kan binnenvallen in de centrale gang van de afdeling. Alleen aan het uiteinde ervan is een raam voorzien. Verder wordt de gang hier en daar wat verlicht door openstaande deuren van patiëntenkamers. Door het gebrek aan natuurlijk licht domineert het gele kunstlicht op de afdeling, wat naar mijn mening voor een sombere indruk zorgt, zeker in combinatie met de vele objecten die vaak op de gang staan.

Uit de interviews bleek dat de meeste patiënten de sfeer op de afdeling niet zo leuk vinden. Dit onder meer doordat deze vrij donker overkomt en daardoor ook heel gesloten aanvoelt. De papa van Rose merkte tijdens het interview met Rose op dat de afdeling eigenlijk louter functioneel opgebouwd is, maar niet meer dan dat. Hij vindt dat het contact met de buitenwereld echt ontbreekt doordat je bijna geen ramen of lichtinval hebt. De mama van Anse beschreef de sfeer van de afdeling als volgt: *“Wij komen daar altijd zo’n beetje met een benauwd gevoel van terug, van die oncologie-afdeling. Waarschijnlijk ook omdat je\_\_ Je weet dat daar heel zieke kinderen liggen”*. Toch wist de mama van Silke nog iets positiefs te vertellen over de sfeer op de afdeling: *“En dan de ongelooflijk vriendelijke verpleging en dokters die\_\_ (...) Dat is niet iets wat je architecturaal kan vormgeven, maar dat is zo belangrijk. (...) Die kennen uw naam ook (...) dat is echt wel fijn om dan hier boven toe te komen. Ja dan voel je u wel thuis laten we ons zeggen”*. Buiten een aangename verblijfsomgeving doet vriendelijke verpleging volgens haar ook heel veel voor een ziek kind. Een goede sociale omgeving kan dus blijkbaar een gedeeltelijke compensatie betekenen voor eventuele tekortkomingen van de materiële omgeving.

Wanneer we verder gaan kijken naar de inrichting van de afdeling, is de ouderdom ervan het meest in het oog springende aspect. Je ziet dat de afdeling afgeleefd is. Dit was dan ook iets dat vaak terugkwam tijdens de interviews. Iets anders dat vaak naar voor gebracht werd tijdens de interviews, is dat de afdeling duidelijk afgestemd is op kleinere kinderen. Op de muren zijn muurschilderingen van vissen en dergelijke aangebracht (zie fig. 4.7 en 4.8). De jongste patiënt die ik interviewde, Silke, vindt deze muurschilderingen heel fijn. Anse, die al wat ouder is, wist niet goed wat ze hiervan moest vinden: *“Ik vind het wel leuk dat er muurschilderingen zijn\_\_ van diertjes. Maar ik vind dat misschien ook wel kinderachtig\_\_ Nu vind ik dat nog wel leuk, maar ik denk dat iemand van 18 dat echt niet tof vindt”*. De iets oudere patiënten die ik interviewde vonden de inrichting van de afdeling maar niets. Aan het einde van de gang is een aquarium met vissen geplaatst (zie fig. 4.6, nummertje 1). Dit aquarium kwam in veel interviews als een leuk element naar voor. Uit het interview met Anse bleek dat zij de vissen erg leuk vindt, voor haar zou het zelfs nog uitgebreider mogen: *“(…) die vissen-bak, dat is wel leuk. Misschien nog wat meer diertjes of zo, om dat gezelliger te maken”*. Ook de professionele gebruikers kaartten de populariteit van dit aquarium aan tijdens het focusgroepinterview: *“En die aquarium die we hebben staan, ik weet dat onze kinderen daar enorm van houden\_\_”*.



**Figuren 4.7 & 4.8** Tekeningen op de muren van de afdeling

#### 4.2.4.2 De patiëntenkamers

Nadat we snel de gang doorlopen hadden tijdens mijn observatie, kreeg ik ook enkele patiëntenkamers te zien. In al deze kamers is *rooming-in* mogelijk, er kan steeds een papa of mama bij zijn of haar zieke kind blijven logeren. Dit geldt ook voor de andere kinderafdelingen, met uitzondering van de afdeling intensieve zorgen voor kinderen, waar andere regels gelden.

Voor de *rooming-in* is in elke kamer een zetel voorzien die kan uitgekapt worden tot een bed. Zo kan het bed overdag ook als zitplaats voor bezoekers gebruikt worden. De meeste ouders vertelden tijdens hun interview dat ze heel blij zijn dat ze de mogelijkheid hebben om bij hun kind te blijven slapen, maar vinden het systeem met de zetel niet ideaal. Wat verder op geen enkele afdeling kan, is dat beide ouders bij hun kind blijven slapen. Voornamelijk omwille van functionele eisen en plaatsgebrek mag dit momenteel niet. Heel wat ouders lijken dit spijtig te vinden. Tijdens het focusgroepinterview werd dit probleem ook aangekaart. Blijkbaar is er wel een familieverblijf voorzien, maar dit bevindt zich op campus Sint-Pieter in het centrum van Leuven, wat een heel eind van campus Gasthuisberg vandaan is.

Op de afdeling kinderoncologie zijn alle kamers eenpersoonskamers, op de andere kinderafdelingen is dit niet altijd het geval. De professionele gebruikers vinden de eenpersoonskamers heel positief en vinden meerpersoonskamers maar niets: *“Daar kunt ge niets voor pleiten dat goed zou zijn”*. Vooral wanneer meerdere ouders willen blijven slapen bij een kind dat op een meerpersoonskamer ligt, vormt dit soms problemen. Zo zijn er af en toe kamers van zes patiënten waar vier ouders blijven slapen, wat natuurlijk verre van ideaal is. Soms blijft van één kindje de mama slapen en van een ander de papa: *“En dan heb je ambetante mama’s en\_\_”, “En snurkende papa’s\_\_”, “Één lavabo, en die moeten allemaal hun tanden poetsen”*.

Binnen de eenpersoonskamers op de afdeling kinderoncologie kunnen drie types gedefinieerd worden (zie fig. 4.6, kleuren). Aan de ene kant van de gang bevinden zich enkele kleine patiëntenkamers die aan een patio grenzen, deze kamers hebben enkel een eigen wc en lavabo, maar geen andere sanitaire voorzieningen. Aan de andere kant van de gang bevinden zich grotere kamers die aan de buitenkant van het ziekenhuis gelegen zijn, deze kamers hebben een echte sanitaire cel waarin een douche voorzien is. Nog aan deze kant zijn drie isolatiekamers voorzien voor kinderen die gedurende een bepaalde periode in isolatie moeten verblijven. Deze hebben een sas en een speciaal ventilatiesysteem.

In elk interview, alsook tijdens het focusgroepinterview, werd het verschil in grootte van de gewone kamers steevast aangekaart. Alle patiënten en ouders lieten merken dat ze het verschrikkelijk vinden om op een kleine kamer te moeten verblijven. Het personeel kent dit probleem en probeert de kleine kamers dan ook te gebruiken voor kleinere kinderen, aangezien deze minder behoefte hebben aan een eigen douche en ze gewoon kleiner zijn. Toch komen er vaak grotere kinderen op de kleine kamers terecht doordat de afdeling meestal drukbezet is. Ook voor de ouders is het minder fijn als er geen douche op de kamer aanwezig is, in dat geval moeten ze ergens anders gaan douchen. Zeker Emiel, de oudste patiënt die ik interviewde, bleek het echt niet fijn te vinden om geen eigen douche te hebben. Zijn mama bevestigde dit: *“Meer dan een week op zo’n kleine kamer, voor zo’n grote jongen\_\_ Ja dus hij kan daar niet in bad gaan. Terwijl dat hij wel eens een paar dagen goed veel koorts had, goed gezweet. Dan kan je u daar niet wassen\_\_”*. Wel merkte de mama nog op dat er op een andere kinderafdeling een grote badkamer aanwezig is met een therapeutisch bad. Hier mochten ze al enkele keren gebruik van maken: *“Maar uiteindelijk, dan mochten we wel eens op het derde, naar de badkamer, dat ik hem eens in bad kon zetten. Maar dat ontbreekt dan wel\_\_ [op de oncologie-afdeling]”*.

Verder bleek dat de kleine kamers qua oppervlakte ook veel te klein zijn. Woorden als ‘claustrofobisch’, ‘gevangenis’ en ‘piepklein’ werden meermaals gebruikt tijdens de interviews. Zeker ‘s avonds wanneer het zetel-bed van de ouders open geplooid staat, blijkt het heel moeilijk te zijn om nog vlot in de kamer te kunnen bewegen en kan je de wc maar met moeite bereiken. De mama van Silke was heel duidelijk tijdens het interview: *“Als je daar in zit, dan word je echt zot, dat is echt niet fijn. (...) Die kamers zijn eigenlijk niet gemaakt\_\_ Toch zeker niet om lang in te zitten”*. Wetende dat oncologie-patiënten vaak voor een langere periode in het ziekenhuis moeten verblijven, zou dit niet mogen. De grotere kamers op de afdeling bleken

volgens de meeste ouders wel te volstaan qua grootte, zij beseffen ook dat het economisch verantwoord moet blijven. Enkele patiënten vonden daarentegen dat ook deze kamers nog groter zouden mogen.

Iets wat vaak opgemerkt werd tijdens de interviews was het verschil in uitzicht vanuit de grote en kleine kamers. De kleine kamers grenzen aan een patio en geven een uitzicht op betonnen muren met enkele ramen en de lucht (zie fig. 4.9). De grote kamers liggen aan de buitenkant en geven een uitzicht over de stad Leuven en de bushaltes van het ziekenhuis (zie fig. 4.10).



**Figuren 4.9 & 4.10** Uitzicht uit de kleinere patiëntenkamers (links) en uit de grotere (rechts)

De patiënten en hun ouders verkozen unaniem het uitzicht over de stad en over de bussen. Ook de professionele gebruikers vertelden hierover tijdens het focusgroepinterview: *“Er zijn er [kinderen] die gewoon op hun vensterbank kunnen zitten om naar de bussen te kunnen kijken. (...) vinden ze geweldig”*. Wat de meeste patiënten en ouders zo leuk vinden aan dit uitzicht is het idee dat je beweging van mensen en voertuigen kan zien en dat je uitkijkt over een open ruimte. Ook de papa van Rose denkt hier zo over: *“Omdat je daar toch nog een beetje\_\_ een connectie hebt met de buitenwereld. Uw wereld wordt heel snel heel klein, je voelt dat als volwassene ook he\_\_ (...) Daar zie je nog een beetje wat voor seizoen het is, daar zie je mensen voorbij wandelen, je ziet daar eens een bus\_\_”*. Aan deze kant van de grote kamers heb je ook een hele dag zon, dit merkte ook Silke op: *“Als we aan de goeie kant zitten, net zoals deze keer, dan kunnen we de zon wel zien opgaan en weggaan. Dus dat is wel leuk”*. De andere kamers vindt ze – net zoals alle anderen – niet leuk, ze vindt het uitzicht maar saai: *“Aan de andere kant, daar zie je eigenlijk niet zo veel\_\_”*.

Wanneer we gaan kijken naar de inrichting van de patiëntenkamers, blijken de opmerkingen vrij gelijkaardig te zijn aan deze van de inrichting van de afdeling. Zo werd de ouderdom en gedateerdheid van de kamers en de sanitaire voorzieningen meerdere malen aangekaart. Zowel qua ruimte als qua comfort blijken de kamers niet meer te voldoen aan de huidige verwachtingen. De ramen tochten heel erg en in de zomer is er onvoldoende zonnewering om de kamers fris te houden. Verder werd meermaals opgemerkt dat ook de kamers enkel op jongere kinderen gericht zijn, met hier en daar een speelse tekening op de muur. Zo vertelde de mama van Anse het volgende: *“Ze hebben wel hun best gedaan om daar zo wat leuke tekeningen\_\_ en een paar accenten en zo. Maar je ziet dat dat zo’n beetje\_\_ Zowat een pleister op de wonde is\_\_ dat is niet echt iets structureel of zo he”*. De papa van Rose bleek deze mening te delen: *“Het is wel heel\_\_ standaard-ziekenhuis he. Daar vind ik persoonlijk weinig aangepast aan, aan leeftijd of\_\_”*. Ook de professionele gebruikers zijn niet bepaald enthousiast over de inrichting van de patiëntenkamers: *“Er is niets speels aan eigenlijk he”, “En elke kamer is hetzelfde”, “ (...) met dan ergens een kabouter op getekend”, “Of daar is een vis getekend, maar\_\_”*. Een positief punt aan de kamers bleek de goede lichtinval te zijn, in tegenstelling tot de gang zijn er in de kamers grote ramen voorzien die de kamer overdag op een natuurlijke manier verlichten. De felle lampen in de kamers blijken dan weer een minpunt te zijn, uit meerdere interviews bleek dat een gezellige sfeer- of leeslamp



ontbreekt. Tijdens het focusgroepinterview werd ook aangehaald dat de luid tikkende klok die in elke kamer hangt een storende factor is voor veel mensen: *“Ge hebt een klok nodig in uw leven denk ik, maar die tikken ongelooflijk hard, die klokken. Mensen maken er dikwijls opmerkingen over, die stoort verschrikkelijk”*. Vooral in de context van een ziekenhuis lijkt het belang van een stille klok groot: *“Dat is ook iets dat irriteert, als ge u niet goed voelt en alles is stil, dan hoort ge dat immens hard”*.

Ook Anse had nog een interessante opmerking over de ‘look’ van de kamers: *“Zo daar achter uw bed (...) daar staat overal van die zuurstof en flessen. En dat vind ik een beetje angstaanjagend”*. De apparatuur achter het bed zou dus iets meer verstopt mogen zitten, al zei Anse erna wel nog het volgende: *“Maar ik vind wel dat de verpleger er nog wel gemakkelijk aankan he”*. Het meisje vindt het duidelijk belangrijk dat een optimale verzorging mogelijk blijft.

Kijken we nu verder naar de ruimte en indeling van de kamers. Dan blijkt vooral het gebrek aan voldoende meubilair en de ruimte ervoor, terug te komen in de interviews. Momenteel bestaat elke kamer uit een ziekenhuisbed, een zetel die kan worden open geplooid tot bed, een kast, één of twee stoelen, een kleine ijskast en een tv. Een eerste iets dat opgemerkt werd tijdens de interviews is dat er vooral weinig ruimte en stoelen voorzien zijn voor bezoek. Sommige kamers hebben maar één stoel, wat erg weinig is. Iets anders dat in elk interview ter sprake kwam is het gemis van een tafel. De kamers zijn niet voorzien van een tafel, er is enkel een verlaagde, brede vensterbank voorzien die multifunctioneel gebruikt wordt. Zo wordt er lesgegeven aan deze vensterbank, er worden kaartjes en andere spullen opgezet, er wordt aan gegeten, enzovoort. Dit blijkt niet altijd even handig te zijn en een tafel ontbreekt volgens de meeste patiënten en ouders dan ook echt. Ook staan de vensterbanken in de kleine kamers op een hogere hoogte, waardoor het niet praktisch is om eraan te werken of eten. Verder vertelden de professionele gebruikers nog dat het gebrek aan alternatieven voor het bed ervoor zorgt dat patiënten te veel in dit bed blijven liggen. Een variatie aan meubels zou hier verandering in kunnen brengen: *“Ja en het stimuleert ook niet om uit bed te komen he. (...) Het is gemakkelijker om te blijven zitten dan dat ze soms moeten gaan beginnen bewegen he”*. Ook enkele ouders kaartten dit probleem aan tijdens hun interview, zo vertelde de papa van Rose het volgende: *“Er zijn op de kamer maar weinig mogelijkheden. (...) Dat is redelijk functioneel ingedeeld. (...) Dan ben je eigenlijk gedwongen om in dat bed te gaan zitten of liggen (...) je kan dan eigenlijk voor de rest niet veel meer doen. Dus ik denk dat een beetje ruimtegevoel toch wel belangrijk is”*.

Wat ik zelf een positief punt van de kamers vind, zijn de deuren die van een groot raam voorzien zijn. Voor deze ramen hangt een soort rolgordijn dat gesloten en geopend kan worden (zie fig. 4.11). Zo kunnen patiënten en ouders zelf hun privacy bepalen, wat mij interessant lijkt.

Op de afdeling kinderoncologie probeert het personeel ervoor te zorgen dat de kinderen zich toch een beetje meer thuis voelen en hun kamer iets of wat kunnen personaliseren. Zo maken alle patiënten een schilderij met hun naam erop. Wanneer ze moeten opgenomen worden in het ziekenhuis kunnen ze dit schilderij aan hun deur hangen, zodat ze kunnen laten zien dat dit hun kamer is. Ook mogen de patiënten en ouders kaartjes en tekeningen aan de muren hangen, al is dit niet altijd handig volgens de professionele gebruikers. In de isolatiekamers werden tekeningen met magneetverf op de muur geschilderd zodat hier gemakkelijker dingen opgehangen kunnen worden. Verder is er in de meeste kamers nog een klein *whiteboard* aanwezig waar de kinderen met stiften op kunnen tekenen. Silke vertelde bijvoorbeeld dat ze het fijn vindt dat er zo’n bord is, maar dat het wel wat groter zou mogen zijn.



**Figuur 4.11** Deur van een patiëntenkamer met rolgordijn

#### 4.2.4.3 Afleiding voor patiënten

Tijdens mijn observatie en interviews was ik benieuwd naar waar de jonge patiënten zoal terecht kunnen op de afdeling wanneer ze uit hun kamer willen of mogen komen. Zeker wanneer je als kind voor een langere periode in het ziekenhuis moet verblijven, lijkt het mij belangrijk dat er ook mogelijkheden zijn om buiten de kamer te kunnen spelen of ontspannen, of om wat afleiding te vinden.

Uit de interviews met patiënten en ouders bleek dat de enige echte mogelijkheid tot ontspannen op de afdeling de speel- en knutselruimte is (zie fig. 4.6, nummertje 2 en fig. 4.12). Volgens de professionele gebruikers is deze ruimte veel te klein en bijgevolg nogal druk met al het materiaal dat erin aanwezig is. Toch vinden ze de ruimte over het algemeen best gezellig en huiselijk: "*Daar hangen bijvoorbeeld IKEA-lampjes, zeteltjes*", "*En een grote tafel en een kleine tafel, televisie*". Maar de inrichting blijkt niet de enige factor die deze ruimte gezellig maakt: "*(...) uiteindelijk is het misschien het huiselijke omdat het zo klein is ook*". Verder vertelden de professionele gebruikers dat deze speelruimte enkel geopend is tijdens de werkuren, waardoor er 's avonds en in de weekends geen gebruik van gemaakt kan worden. Ook tijdens mijn observatie en tijdens de verschillende interviews kreeg ik meermaals te horen dat dit heel spijtig is. Anse was hier heel duidelijk in: "*(...) ik verveel mij echt te pletter in het weekend. Dus ik zit dan meestal op mijn kamer (...)*". Ook vindt ze de speelruimte te druk en gebeurt er teveel door elkaar: "*Dan is daar ook wel iets van gezelschapsspelletjes, maar*



dan zit je ook met het knutselen, en dan staat de tv op, en dan staat de computer op\_\_". Verder werd vaak opgemerkt dat ook deze knutsel- en speelruimte weer voornamelijk op kleine kinderen afgestemd is, zowel qua interieur als qua activiteiten die er georganiseerd worden. Het enige wat nog voorzien is voor oudere kinderen, is een voetbaltafel die zich net buiten de afdeling kinderoncologie bevindt (zie fig. 4.13). Sommige adolescenten vinden het fijn om hier met een zus of broer te komen spelen. Wel staat deze voetbaltafel in de gang waar de liften zich bevinden. Volgens de professionele gebruikers mag de tafel hier eigenlijk niet staan. Als we de afdeling bekijken kunnen we dus stellen dat een ruimte voor jonge adolescenten echt ontbreekt. Dit zorgt er helaas voor dat zij meestal op de kamer blijven tijdens hun ziekenhuisverblijf, terwijl heel wat ouders en ook enkele patiënten opmerkten dat het net fijn zou zijn om wat meer in contact te kunnen komen met leeftijdsgenoten. Voor kleine kinderen kan dit gemakkelijker doordat zij een ruimte hebben waarin ze elkaar kunnen ontmoeten.

De mama van Emiel liet weten dat het personeel wel beseft dat de afdeling en de activiteiten die er georganiseerd worden, hoofdzakelijk gericht zijn op kleinere kinderen, maar dat er momenteel gewoon geen plaats is om nog iets te voorzien voor jonge adolescenten.

Wanneer we verder gaan zoeken naar waar de patiënten eventueel nog terecht kunnen op de afdeling, blijken de mogelijkheden erg beperkt te zijn. Er is een muzieklokaal voorzien in het ziekenhuis waar kinderen af en toe met de muziek-juf heen kunnen, maar ook dit is eerder een activiteit voor jongere kinderen. Verder vertelde Silke dat ze de kinesitherapie wel fijn vindt: *"De kiné vind ik wel leuk. (...) dan kan ik op de Wii dansen"*. Ook gaat Silke soms met haar mama boeken en strips uitlenen in de ziekenhuisbibliotheek om deze dan op de kamer te kunnen lezen. Zo zoeken alle patiënten en ouders wel naar een manier om het verblijven op de afdeling wat aangenamer te maken.



Figuur 4.12 Speel- en knutselruimte op de afdeling kinderoncologie



**Figuur 4.13** voetbaltafel in de gang

We kunnen besluiten dat er een tekort aan ruimte op de afdelingen is om de kinderen afleiding en ontspanning te bezorgen tijdens hun ziekenhuisverblijf. Voor kleinere kinderen is er wel wat voorzien, maar toch blijkt dit nog te beperkt te zijn. Voor jonge adolescenten daarentegen is er bijna niets voorzien, waardoor vooral zij zich echt vervelen tijdens hun ziekenhuisverblijf. Zeker Emiel blijkt veel last te hebben van deze verveling: *“Meestal doe ik niks\_\_ en ik lig\_\_ en wacht ik tot als ik naar huis mag”*. Dit is iets wat naar mijn mening absoluut vermeden zou moeten worden.

#### 4.2.4.4 Ruimte voor het gezin

Buiten ruimte om te ontspannen voor de patiënten zelf, ging ik ook op zoek naar welke ruimte er voorzien is voor het gezin. In eerste instantie wordt er gekeken naar welke voorzieningen er voor ouders zijn op de kinderafdeling, vervolgens wordt er ook gekeken naar de voorzieningen voor broers en zussen en het gezin.

Aangezien de ouders tijdens de interviews aangaven dat altijd één van hen probeert te blijven logeren bij hun zieke kind, vond ik het interessant om te bekijken in welke mate de afdeling voorzien is op deze ouders. In mijn zoektocht naar ruimte voor hen kwam ik te weten dat er drie plekken op de afdeling kinderoncologie aanwezig zijn waar ouders even kunnen ontspannen buiten de kamer. Er is één aparte ruimte voorzien net naast de verpleegpost (zie fig. 4.6, nummertje 3 en fig. 4.14). Dit is eigenlijk een patiëntenkamer die ingericht is met zetels en die multifunctioneel gebruikt wordt. Deze ruimte wordt zowel door de verpleegkundigen voor vergaderingen gebruikt, door artsen en psychologen om gesprekken met ouders te hebben, als door ouders die even rustig willen zitten. Doordat deze ruimte zo veelzijdig gebruikt wordt, kunnen de ouders hier niet altijd terecht.

Verder zijn er op de afdeling geen aparte ruimtes voorzien voor de ouders, wel zijn er nog twee zithoekjes waar ze terecht kunnen. Zo'n eerste zithoekje bevindt zich naast de verpleegpost waar de gang wat breder is (zie fig. 4.6, nummertje 4). Hier staat een tafel met enkele stoelen waar ouders af en toe met of zonder kind iets eten, of een gesprek hebben met een arts. Aangezien dit middenin de gang is, is dit eigenlijk niet de ideale plek om een serieus gesprek te voeren.



**Figuur 4.14** Multifunctionele ruimte voor verpleegkundigen, ouders,...

Aan het einde van de gang staan drie kleine zetels en een aquarium met vissen (zie fig. 4.6, nummertje 1 en fig. 4.15). Dit is een tweede zithoekje voor de ouders, het blijkt heel populair te zijn. Zo vertelde de mama van Anse het volgende: *“Wat ik wel bijvoorbeeld tof vind (...) Er staan zo’n paar stoelen aan die vis-bak en dan kan je daar gaan zitten als je wil, en als je geen zin hebt ga je weg. Dus dat vind ik wel goed dat dat voor de ouders voorzien is, dat als die contact met elkaar willen hebben, dat er dan toch ook ergens apart\_\_”*. De mama van Emiel vertelde dan weer dat dit hoekje handig is voor ’s avonds, wanneer je kind slaapt en het donker is op de kamer: *“Papa gaat daar wel soms ’s avonds als jij slaapt, om nog eens even een beetje te lezen”*. Zelf kan ik me inbeelden dat dit een leuk plekje is om even te zitten als ouder. Tijdens mijn observatie viel het me op dat dit eigenlijk de enige plek in de gang is waar natuurlijk licht binnenvalt en waar je wat aan de kant zit. Ook heb je hier een goed overzicht over de afdeling en kan je dicht genoeg bij je kind zijn. Daarom verwondert het me ook niet dat dit voor vele ouders een geliefd plekje is om even tot rust te komen. Toch merkten enkele kinderen tijdens hun interviews op dat als er op deze plek veel mensen zitten het moeilijk wordt om hier vlot te kunnen passeren met hun baxter. Het blijven zetels die gewoon in de gang staan, wat de doorgang uiteraard beperkt.



**Figuur 4.15** Zithoekje voor de ouders aan het einde van de gang



#### 4. ZIEKENHUISARCHITECTUUR VANUIT KINDERPERSPECTIEF

Een alternatief dat de mama van Silke aanhaalde, is even naar de bibliotheek gaan wanneer haar dochter naar de ziekenhuisschool is: *“Als zij dan op school is en ik wil zo niet hier in die kamer zitten, dan zit ik daar wel efjes een half uurtje of zo. (...) En daar is eigenlijk een heel toffe zetel (...) dat is zo gewoon, ja, knus”*. De mama vindt het duidelijk fijn om ook even weg te kunnen zijn van de afdeling.

Heel wat ouders en ook de professionele gebruikers lieten blijken dat er een tekort is aan aangepaste ruimte voor de ouders. Zeker wanneer kinderen moeten rusten of slapen, bijvoorbeeld 's avonds, zou er voor de ouders ruimte op de afdeling voorzien moeten zijn waar zij terecht kunnen. Toch klaagden weinig ouders over dit gebrek, een aangename omgeving voor hun zieke kind komt duidelijk op de eerste plaats. Volgens de professionele gebruikers zoeken ze zichzelf wel een plekje waar ze even terecht kunnen, ze benutten elk hoekje dat ze kunnen vinden. Er werd ook opgemerkt dat de ouders niet snel in een aparte ruimte zullen gaan zitten: *“In een aparte ruimte gaan ze niet gemakkelijk zitten he”, “Ze willen een zicht hebben op de gang, als hun kindje buitenkomt\_\_”*. De ouders willen dus een overzicht kunnen bewaren en snel bij hun kind kunnen zijn.

De mama van Emiel merkte op dat ze de kinderafdelingen op de derde verdieping precies gezelliger vindt dan de afdeling kinderoncologie: *“Ik had dat gevoel van\_\_ hier is het toch nog leuker. Zo wat gezelliger dan de gang van het vierde [kinderoncologie]. Daar zijn zo meer hoekjes met zetels (...) dat je zo efkes kunt zeggen van, nu ga ik efkes apart zitten. (...) Op het vierde\_\_ (...) daar is dat echt zo in de voorbijgang van iedereen”* (zie fig. 4.16).



**Figuur 4.16** Zithoekje in een gang op de derde verdieping

Voor broers en zussen blijkt er erg weinig voorzien te zijn op de afdeling. De enige mogelijkheid die zij hebben om zich bezig te houden, is meegaan naar de knutselruimte om daar te spelen. Dit mag echter alleen op de oncologie-afdeling en niet op de andere kinderafdelingen. Verder kan er speelgoed uitgeleend worden waarmee op de kamer gespeeld mag worden, maar aangezien hier weinig ruimte is, is dit niet erg handig. Doordat er weinig voorzieningen zijn, lijken veel ouders hun andere kinderen eerder thuis te laten wanneer ze zelf naar het ziekenhuis komen. Ook oudere broers en zussen vervelen zich op de afdeling, net zoals de oudere patiënten. Zij komen wel vaker mee op bezoek, maar blijven meestal niet zo lang. De papa van Rose vertelde dat het net fijn zou zijn voor zijn zieke dochter moesten er meer voorzieningen voor jonge adolescenten zijn, zodat ze hier ook met haar zus eens terecht zou kunnen. Nu blijven broers en zussen meestal op de kamer wanneer ze op bezoek komen.

Verder zijn er op de afdeling ook geen voorzieningen voor het gezin, om samen een activiteit te kunnen doen. Op de afdeling is er enkel een kleine koffiehoeke met microgolf voorzien die gebruikt mag worden (zie fig. 4.6, nummertje 5 en fig. 4.17). Ook de tafel naast de verpleegpost in de gang wordt soms gebruikt om met het gezin iets te eten, maar doordat er maar één zo'n tafel is, is deze vaak bezet. Wanneer het wordt aangevraagd, kan er wel al eens gebruik gemaakt worden van de personeelskeuken om iets te koken. Dit bijvoorbeeld voor een verjaardag of communie van een kind. Veel ouders en ook kinderen lijken het spijtig te vinden dat er geen echte keukenvoorzieningen zijn op de afdeling. Het eten in het ziekenhuis is vaak niet op kinderen gericht, waardoor het net fijn zou zijn moesten ouders eens iets kunnen klaarmaken voor hun kind.



**Figuur 4.17** Keukenfaciliteit voor de bezoekers op de afdeling

### 4.2.5 De rest van het ziekenhuis

Wanneer kinderen buiten de afdeling mogen komen, blijkt naar buiten gaan de meest populaire activiteit te zijn, als het weer het toelaat tenminste. Tijdens het focusgroepinterview merkten de deelnemers op dat af en toe naar buiten kunnen gaan zo belangrijk is voor patiënten die in het ziekenhuis verblijven: *“Buiten kunnen he (...) eens de buitenlucht voelen en happen”*. Zowel de professionele gebruikers als de ouders en patiënten vinden het heel spijtig dat je vanop de oncologie-afdeling – en ook vanop de andere kinderafdelingen – zo’n grote afstand moet afleggen om buiten te geraken. Zeker voor oncologie-patiënten, die niet altijd even mobiel zijn en best met zo weinig mogelijk mensen in aanraking komen, is dit niet ideaal. Sommige ouders vinden dit eigenlijk onaanvaardbaar.

Naar buiten gaan zou dus zowel volgens de professionele gebruikers als volgens de ouders en patiënten veel vlotter moeten kunnen gebeuren. Ook het weer zou geen belemmering mogen vormen om eens naar buiten te kunnen.



**Figuur 4.18** De vijver naast de inkom van het ziekenhuis

Dat naar buiten kunnen gaan een heel belangrijke manier van ontspanning is voor de patiënten, bleek uit de interviews met hen. Wanneer ik tijdens het interviewen vroeg naar de activiteiten die ze zoal gaan doen wanneer ze buiten de afdeling mogen komen, bleek als antwoord stevast terug te komen ‘naar de vijver gaan’. Voor veel van de patiënten is deze vijver (zie fig. 4.18) hun favoriete plekje wanneer ze in het ziekenhuis moeten verblijven. Eigenlijk bleek uit de interviews dat veel patiënten en ouders het algemeen gezien fijn vinden om gewoon even buiten te kunnen zijn, maar dat dit ‘buiten zijn’ beperkt wordt tot het naar de vijver gaan aangezien er bij het ziekenhuis voor de rest geen buitenruimte voorzien is. De ouders en patiënten vinden het dan ook heel goed dat er toch nog een vijver is. Zeker bij mooi weer vormt deze een leuke afleiding tijdens het ziekenhuisverblijf. Ook wanneer de patiënten bezoek krijgen in het ziekenhuis biedt de vijver een leuke oplossing voor de kleine kamers en de afdelingen die niet zo op bezoek voorzien zijn. Zo vindt Rose het bijvoorbeeld leuk om in haar rolstoel samen met haar zus even naar de vijver te gaan om wat bij te praten.

Tijdens het interview met Emiel en zijn mama, vertelde de mama dat de vijver binnenkort zal verdwijnen. Ze vindt dit een heel jammere zaak: *“We hebben nu gehoord dat ze die vijver gaan wegdoen. (...) dat zou echt wel heel spijtig zijn, want dat is ook het enige waar dat je kan wandelen. Daar zo dat perkje hier juist voor de ingang en dan een keer rond de vijver”*. Verder merkte de mama nog op dat zelfs de vijver eigenlijk niet ideaal is voor zieke kinderen: *“(...) daar is een constant gerij van auto’s en bussen. Dat zou natuurlijk ideaal zijn moesten ze daar zo’n groene zone kunnen maken. (...) Een beetje van het verkeer meer verwijderd. Ik denk dat dat hier nog moeilijk gaat worden, het is al vrij volgebouwd”*.



Uiteraard laat het weer het niet altijd toe om naar buiten te kunnen gaan. Wanneer de patiënten van de kamer mogen en het weer niet goed genoeg is om naar de vijver te gaan, blijkt een andere manier van ontspannen naar de Koffieshop van het ziekenhuis gaan. Deze Koffieshop is een onderdeel van de grote, algemene inkomhal van het ziekenhuis. Het is een heel open ruimte waar veel tafels staan. Zeker wanneer er bezoek is, vormt dit een leuk alternatief voor het in de patiëntenkamer zitten. Zo komen er soms vriendjes en vriendinnetjes op bezoek naar het ziekenhuis en zij gaan dan samen met de patiënt wel eens naar de Koffieshop als ontspanning.

Toch bleek uit heel wat interviews dat deze Koffieshop eigenlijk geen ideale ruimte is om te ontspannen. Dat de Koffieshop in heel wat interviews aan bod kwam, kan verklaard worden door het feit dat er niet echt andere alternatieven zijn. Rose vertelde dat ze het fijn vindt om met haar bezoek naar de Koffieshop te gaan als het minder mooi weer is, omdat je dan toch even weg van de afdeling kan zijn, maar tegelijkertijd vindt ze deze Koffieshop eigenlijk niet zo'n aangename ruimte. Ze vindt het vooral een veel te drukke plaats waar een veel te grote stroom aan mensen voorbijkomt. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat de Koffieshop in de algemene inkomhal gelegen is. Het is een centrale plaats in het ziekenhuis, waardoor ze dan ook door alle gebruikers gebruikt wordt en bijgevolg bijna altijd druk is. De mama van Emiel vindt het vooral lastig dat je bijna mee in de stroom van mensen, die het ziekenhuis binnenkomt en verlaat, zit wanneer je iets gaat drinken: *“Het is wel druk druk. Want ja, voor hun moeten we dan ook altijd opletten. Met momenten als zijn weerstand laag is\_\_ (...) Wat misschien wel wat aangenamer zou zijn, dat is dat ze daar meer ook hoekjes van maken (...) met een beetje groen of zo. (...) Een beetje rustiger en apart”*. Wat voor veel ouders een probleem lijkt te zijn, is de grote afstand van op de afdeling tot bij de Koffieshop. Je moet altijd een heel eind wandelen wanneer je iets wil gaan drinken met je zieke kind. Deze afstand is niet ideaal, net zoals de afstand die moet afgelegd worden wanneer patiënten naar buiten willen.

Een element dat in heel wat interviews op een positieve manier naar voor kwam, is de heel grote muurschildering die in de lange gang richting de hospitalisatie-afdelingen voor kinderen aanwezig is (zie fig. 4.19). Zo vertelde de mama van Anse dat ze deze gang vaak gebruiken om naar de afdeling te gaan: *“Dan gaan wij gewoonlijk langs de lange gang hier met de tekeningen naar boven”*. Hoewel er een kortere weg bestaat, nemen ze toch vaak deze gang. Ook de professionele gebruikers haalden dit element tijdens het focusgroepinterview aan als heel positief: *“Dat groot schilderij in de gang daar, dat blijft aanspreken he. (...) Daar is heel veel op te zien, veel humor ook. Kinderen flaneren daarlangs met de ouders”*. De muurschildering is volgens de professionele gebruikers geliefd bij alle leeftijden: *“Klein en groot vindt dat plezant zoiets”, “Ieder vindt er zijn ding in he”*.



**Figuur 4.19** Muurschildering in de gang

### 4.3 Besluit

Met het verrichten van mijn veldwerk en het neerschrijven van bovenstaande beschrijving, kreeg ik een goed beeld van welke elementen belangrijk zijn bij de beleving van kinderziekenhuizen en welke ideeën er allemaal leven bij de verschillende gebruikers. Het verkennende veldwerk in het Koningin Paola Kinderziekenhuis bleek een perfecte voorbereiding te zijn voor het later volgende veldwerk rond de *case study*. Dit veldwerk met betrekking tot de *case study* hielp me dan weer om de huidige situatie van het UZ Leuven te leren kennen en te weten te komen waar kinderen belang aan hechten in een ziekenhuisomgeving. Het gaf me de mogelijkheid om nadien een doordachte analyse te maken. We kunnen kort besluiten dat de huidige voorzieningen niet meer blijken te voldoen aan de verwachtingen die we vandaag de dag hebben van ziekenhuizen. Zowel de verwachtingen van patiënten en hun ouders als die van het personeel kunnen niet meer ingelost worden door de huidige infrastructuur.

Uit de informatie die in dit hoofdstuk besproken werd, kunnen heel wat interessante elementen gehaald worden in het teken van kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur. In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op deze elementen. Zo wordt onderzocht hoe de aspecten die in het veldwerk aan bod kwamen zich verhouden ten opzichte van de ideeën en concepten die in de literatuur terug te vinden zijn.



# HOOFDSTUK 5: KINDVRIENDELIJKE ZIEKENHUISARCHITECTUUR

In dit hoofdstuk gaan we specifiek op zoek naar wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur betekent vanuit het perspectief van kinderen. Hiervoor worden de resultaten en informatie uit het veldwerk en de literatuurstudie gecombineerd. Ter aanvulling hierbij worden soms implicaties voor het realiseren van een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving vermeld. Het hoofdstuk is opgedeeld in drie delen waarin alle relevante informatie wordt samengebracht en waarin verschillende invalshoeken met elkaar geconfronteerd worden. Met deze invalshoeken worden de verzamelde data vanuit de interviews bedoeld, de informatie vanuit de literatuur en mijn eigen ervaringen die ik opdeed tijdens het veldwerk. In een eerste deel wordt gekeken naar het kind als patiënt, met zijn of haar eigen identiteit, noden en wensen. In de twee volgende delen wordt bekeken welke interacties een kind aangaat tijdens zijn ziekenhuisbezoek of -verblijf. Enerzijds wordt er gekeken naar sociale interacties die plaatsvinden in het ziekenhuis, anderzijds worden interacties met de materiële ziekenhuisomgeving besproken. Deze drie delen worden apart behandeld, maar hangen onderling sterk samen. Zo zal elk kind als patiënt op een andere manier in interactie gaan met zijn omgeving, ook worden mogelijkheden tot sociale interacties sterk bepaald door de materiële omgeving. Daarom komen bepaalde thema's in meerdere delen aan bod.

In dit hoofdstuk wordt wederom gebruik gemaakt van *quotes*. Deze komen steeds uit de interviews met de desbetreffende participanten, tenzij anders aangegeven.

## 5.1 Inleiding

Als inleiding op dit hoofdstuk vind ik het interessant om kort stil te staan bij de 'rechten van het zieke kind'. Deze rechten, bestaande uit tien artikels, werden opgenomen in het 'Handvest Kind en Ziekenhuis', dat in overeenstemming is met het VN-verdrag inzake de 'rechten van het kind'. Dit handvest werd in 1988 opgesteld door twaalf Europese patiëntenverenigingen in samenwerking met de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) (Handvest Kind en Ziekenhuis, 1988).

Opvallend, maar niet geheel onverwacht, zijn meerdere van de tien 'rechten van het zieke kind' te linken aan aspecten die in dit hoofdstuk besproken worden. In elke paragraaf waarbij één of meer van deze rechten van toepassing zijn, wordt hier dieper op ingegaan.

### RECHTEN VAN HET ZIEKE KIND:

1. Kinderen worden niet in een ziekenhuis opgenomen als de zorg die zij nodig hebben thuis, in dagbehandeling of poliklinisch kan worden verleend.



2. Kinderen hebben het recht hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben.



3. Ouders wordt accommodatie en de mogelijkheid tot overnachting naast het kind aangeboden zonder dat daar kosten voor in rekening worden gebracht.



4. Kinderen en ouders hebben het recht op informatie. De informatie wordt aangepast aan leeftijd en bevattingvermogen van het kind.



5. Kinderen en ouders hebben recht op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen.



6. Kinderen worden in het ziekenhuis gehuisvest en verzorgd samen met kinderen in dezelfde leeftijds- en/of ontwikkelingsfase.



7. Kinderen hebben recht op mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en onderwijs te genieten al naar gelang hun leeftijd en lichamelijke conditie. Kinderen hebben recht op verblijf in een stimulerende veilige omgeving waar voldoende toezicht is en die berekend is op kinderen van alle leeftijdscategorieën.



8. Kinderen worden behandeld en verzorgd door medisch, verpleegkundig en ander personeel dat speciaal voor de zorg aan kinderen is opgeleid. Het beschikt over de kennis en ervaring die nodig zijn om ook aan de emotionele eisen van het kind en het gezin tegemoet te komen.



9. Kinderen hebben recht op verzorging en behandeling door zoveel mogelijk dezelfde personen, die onderling optimaal samenwerken.



10. Kinderen hebben het recht met tact en begrip te worden benaderd en behandeld. Hun privacy wordt te allen tijde gerespecteerd.



## 5.2 Kenmerken van kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur

### 5.2.1 Het kind als patiënt

Een eerste gegeven waar we bij moeten stilstaan, is het kind als patiënt. In hoofdstuk 3 werd al besproken wat het inhoudt om patiënt te zijn als kind. Hierbij werd duidelijk dat elk kind nog steeds een kind blijft wanneer het opgenomen wordt in het ziekenhuis. Het mag niet zomaar één van vele patiënten worden. Elk kind blijft immers een eigen identiteit hebben en deze zou in het ziekenhuis zo veel mogelijk moeten kunnen worden gerespecteerd. In deze paragraaf gaan we dieper in op dit aspect, alsook op hoe de behoeften en wensen van kinderen kunnen verschillen van leeftijd tot leeftijd.

#### 5.2.1.1 Identiteit & diversiteit

Wanneer kinderen opgenomen worden in een ziekenhuis moeten ze zich plots inpassen in het systeem van het ziekenhuis. Hierbij mag echter niet vergeten worden dat elk kind nog steeds een eigen identiteit heeft, waar eigen wensen en behoeften mee gepaard gaan. Een aspect dat voor kinderen erg belangrijk is tijdens een ziekenhuisverblijf is 'het zich thuis kunnen voelen'. Belangrijk om hierbij op te merken, is dat een huiselijke sfeer voor elk kind iets heel anders kan betekenen. Hoe een omgeving huiselijk gemaakt kan worden is een heel persoonlijke zaak. Mensen (dus ook kinderen) verschillen onderling heel sterk. Dit heeft te maken met de manier waarop ze opgevoed worden, welke culturele gewoontes ze kennen, hun voorkeuren, de leeftijd die ze hebben, de ontwikkelingsfase waarin ze zitten,... met andere woorden hun identiteit.

Uit de meeste interviews die ik deed, bleek dat patiënten best vaak spullen van thuis meenemen om hun patiëntenkamer wat huiselijker en meer 'zoals thuis' te maken. Wanneer ik hen vroeg naar welke dingen ze precies doen om hun kamer in het ziekenhuis wat persoonlijker te maken, vertelden de meesten over het ophangen van kaartjes die ze krijgen en het meenemen van knuffels en boeken. Sommige patiënten vinden zelf dat ze niet echt iets doen om hun kamer te personaliseren. Zo vertelde Rose in eerste instantie dat ze nooit spulletjes van thuis meeneemt. Toch kwam ik in de loop van het interview te weten dat ze dit wel doet. Zo neemt ze steeds haar eigen hoofdkussen mee, enkele boeken of een spelletje en meestal ook een laptop of iPad. Rose zelf vindt dus dat ze haar kamer niet personaliseert, ze lijkt zich niet echt te willen *settelen* in het ziekenhuis, maar onbewust neemt ze toch wel wat dingen mee die het ziekenhuisverblijf meer maken zoals het thuis is. Met een eigen kussen, eigen spelletjes, de eigen laptop,...

Tijdens het focusgroepinterview brachten de professionele gebruikers het aspect van personalisatie meermaals naar voor als belangrijk. Er werden enthousiast ideeën uitgewisseld over hoe personalisatie mogelijk gemaakt kan worden in patiëntenkamers: *"Een kaartenwand", "Of een draad met wat kaartjes aan, foto's\_\_", "In onze nieuwe isolatiekamers hebben we nu een strook geschilderd met magneetverf, en daar kunnen ze met magneetjes\_\_ dat is wel leuk"*. Een psychologe had net van een leuk idee in een ander ziekenhuis gehoord: *"Dat die zo bepaalde tekens hebben: jongen, meisje heeft een ander teken, en leeftijdscategorieën. En dan weet ge als ge rondloopt, alleen voor wie dat kent, een tag noemt dat (...). Dan zien ze: daar ligt iemand van mijn leeftijd, en dan houden ze dat wat in't oog als daar dan iemand buitenkomt"*. Op deze manier kunnen de kinderen hun kamerdeur personaliseren zodat het voor andere patiënten duidelijk is wie er precies in de kamer ligt. Het systeem met de tags zou nog uitgebreid kunnen worden door bijvoorbeeld aan te geven hoe het kind zich voelt of waar het nood aan heeft: *"Bijvoorbeeld: ik ben aan het rusten, ik slaap. Dat dat elektronisch komt. En ook dat het isolatiesysteem, dat je kan zien wat mag en niet mag"*.

Het concept van ruimtes die een thuisgevoel uitstralen in het ziekenhuis, kwam in alle interviews met patiënten op de één of andere manier ter sprake, de ene keer al explicieter dan de andere. Anse sprak heel letterlijk over

dit 'thuis voelen': *"Ik vind dat de kamers zo wat meer een thuisgevoel mogen hebben. (...) Een leuk kleurtje op de muur, leuke gordijnen, met een leuk patroon. Zo iets met bijvoorbeeld allemaal ruitjes en kleur. Gewoon iets kleurrijk. Misschien nog een leuke lamp en een leuk tafeltje, of schabbetjes. Waar je dingen van thuis kan opzetten om dat zelf wat te decoreren. (...) Gewoon de sfeer van thuis, want in het ziekenhuis is dat echt\_\_ boven\_\_ voel ik mij daar echt niet op mijn gemak"*. De andere patiënten spraken minder expliciet over het thuisgevoel, maar uit de analyse van hun interviews bleken ook zij toch op zoek te gaan naar een omgeving zoals thuis. Zo sprak Silke over de patiëntenkamer: *"Het spijtige vind ik ook dat er niet zo echt\_\_ Het is precies alleen maar een slaapkamer, waar je ook eet\_\_ En dan ook nog een badkamer. Dus eigenlijk niet zo veel kamers\_\_"*. Uit Silkes verhaal kon ik opmaken dat ze in het ziekenhuis de indeling van een gewoon huis met keuken, woonkamer, slaapkamer, badkamer,... mist. Het voorstel van een soort leefruimte in het ziekenhuis leek ze dan ook een goed idee te vinden. Silkes mama begon zelf over het gemis van een dergelijke ruimte: *"Misschien is dat wel tof om ergens zo'n woonkamer-achtig iets te hebben. Dat je zo met zeteltjes (...) dat daar ook eventueel een tv staat. Dat je zo\_\_ een cinema-achtig gevoel bij die kindjes kan creëren"*. Rose vertelde op haar beurt over gezelliger meubilair zoals leuke zetels in de kamer zodat er wat meer 'sfeer' zou zijn. Hiermee lijkt ze op zoek te gaan naar een huiselijke sfeer die de steriele ziekenhuisomgeving wat vervangt. Tijdens het interview met Emiel kwam het concept van thuis voelen onrechtstreeks ook aan bod. Uit zijn verhaal kon ik elementen halen die naar het thuisgevoel verwijzen. Zo sprak Emiel meermaals over het belang van zijn laptop, goede internetvoorzieningen, een PlayStation of Xbox,... De voorzieningen die hij thuis heeft zou hij dus ook in het ziekenhuis ter beschikking willen hebben. Verder sprak Emiels mama over het creëren van een echte slaapkamer voor kinderen en jongeren in plaats van een ziekenhuiskamer. Met leuk meubilair dat meer het beeld van een kamer zoals thuis weergeeft.

Dit concept werd ook aangehaald door de professionele gebruikers tijdens het focusgroepinterview, zij het soms eerder onrechtstreeks. Zo deden ze heel wat voorstellen om ruimtes kindvriendelijker en huiselijker te maken: *"(...) niet te ziekenhuis-clean (...), een beetje woonkamersfeer (...)", "Knusse ruimtes, zeteltjes, een paardje waar ze kunnen opzitten\_\_ Maar ook weer voor onze adolescenten, weer iets anders he. Een computerhoek of een spelconsole (...)", "Het zo huiselijk mogelijk maken van een kamer gaat eigenlijk heel belangrijk zijn [in het nieuwe ziekenhuis], omdat nu\_\_ de meesten gaan gewoon in dat bed liggen omdat er niks anders kan\_\_"*.

Dat kinderen rechtstreeks of onrechtstreeks op zoek zijn naar een meer huiselijke sfeer in het ziekenhuis lijkt duidelijk. Dit werd ook bevestigd door een onderzoek dat UNICEF deed bij jonge patiënten (Van den Abeele, de le Court, Domincy & Buysschaert, 2005). Hieruit bleek dat kinderen in het ziekenhuis voornamelijk hun eigen kamer, eigen woonkamer, eigen televisie,... missen. Kinderen willen zich meer kunnen voelen 'zoals thuis'. Ze willen een meer kleurrijke kamer, planten die de ruimte wat vrolijker en levendiger maken, computer en gratis tv voor elk kind, enzovoort. Uit de tekeningen van kinderen blijkt dat ze hun ideale ziekenhuis vaak voorstellen als een gewoon woonhuis. Kinderen verlangen dus werkelijk naar het huiselijke en het gevoel van thuis te zijn.

Of ze dit nu bewust doen of niet, kinderen wensen een omgeving die meer zoals thuis is. Waar ze hun eigen identiteit kunnen behouden en zich thuis kunnen voelen. Bij het realiseren van een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving zou er daarom ingespeeld moeten worden op de diversiteit aan patiënten die een ziekenhuis moet onderbrengen, al blijkt dit geen gemakkelijke taak. Een ziekenhuis is een publieke voorziening, waardoor het volgens Wagenaar en Mens (2009:24) onmogelijk is om deze volledig af te stemmen op de wensen van een individu. Toch zijn er ontwerpmogelijkheden om een individu de kans te geven zijn omgeving meer vertrouwd te maken. Hierbij blijkt de patiëntenkamer van groot belang te zijn. Een kind brengt tijdens een ziekenhuisverblijf de meeste tijd door in deze kamer. Daarom zou het van deze kamer een eigen plekje moeten kunnen maken, met vertrouwde spullen van thuis. Zo kan het de kamer die het aangewezen krijgt toch toe-eigenen tot 'zijn' of 'haar' kamer. Dit kan het welzijn van een kind behoorlijk verbeteren (De Wilde & Muylle, 2012: 61). Bij het ontwerpen van de patiëntenkamers lijkt het daarom belangrijk om voldoende ruimte te voorzien voor de persoonlijke spullen die kinderen meenemen naar het ziekenhuis. Er zou voldoende afsluitbare berging moeten zijn waarin waardevolle spullen zoals een laptop kunnen opgeborgen worden

en er kunnen brede vensterbanken voorzien worden waarop kinderen hun spullen kunnen uitstellen. Verder kan er ook met prikboarden, magneetboarden en *whiteboards* gewerkt worden zodat kinderen hun kamer kunnen decoreren naar persoonlijke smaak (Leibroek, 2000: 196). Tot slot kan ook de rest van de ziekenhuisomgeving meer kindvriendelijk en huiselijk gemaakt worden door gezellige ruimtes en hoekjes toe te voegen die een woonkamer-gevoel creëren.

### 5.2.1.2 Leeftijdsverschillen

Iets wat sterk samenhangt met de identiteit van een kind en de diversiteit tussen kinderen is hun leeftijd. Zoals in hoofdstuk 3 al aangekaart werd, komen in een kinderziekenhuis kinderen terecht met een leeftijd van tussen de 0 en 16 of zelfs 18 jaar. Wanneer we gaan kijken naar de 'rechten van het zieke kind' zien we dat er aandacht gaat naar dit leeftijdsverschil in kinderziekenhuizen (Handvest Kind en Ziekenhuis, 1988). Zo zegt artikel 5 het volgende:

*“Kinderen worden in het ziekenhuis gehuisvest en verzorgd samen met kinderen in dezelfde leeftijd- en/of ontwikkelingsfase”*

Hiermee wordt gesuggereerd dat afdelingen opgedeeld zouden moeten worden aan de hand van de verschillende leeftijdsgroepen. De patiënten en ouders die ik interviewde haalden zelf meermaals aan dat het fijn zou zijn moesten er verschillende kamers voorzien worden waarbij er dan enkele gericht zijn op kleine kinderen, enkele op jongeren,... Tegelijkertijd beseffen de patiënten en ouders wel dat dit heel moeilijk is, je weet immers nooit hoeveel kinderen van een bepaalde leeftijd opgenomen zullen worden. Ook Rose vertelde hierover, zij gaf aan dat het fijn zou zijn moesten de kamers jeugdiger zijn, maar beseft dat ook kleintjes de kamer leuk moeten vinden. De kamers zouden volgens haar vooral niet te kinderachtig mogen zijn (zoals nu het geval is in campus Gasthuisberg). Rose ziet als oplossing dat men de kamers niet te specifiek zou inkleden, zodat zowel jong als oud ze leuk zullen vinden.

Uit een uitgave van Kopvol Architecture & Psychology (2012) blijkt dat men, om een zo optimaal mogelijke werking van het ziekenhuis te bekomen, niet altijd volgens een opdeling van leeftijden kan werken. Zo worden behandelingen in het Prinses Maxima Centrum georganiseerd volgens soort tumoren in plaats van volgens leeftijd. Dit wil echter niet zeggen dat er geen aandacht gaat naar leeftijdsverschillen. In de uitgave wordt nadruk gelegd op het belang van sociale ondersteuning, identificatie en leeftijdsgebonden gebruik van ruimten.

Het lijkt onvermijdelijk dat kinderen met grote leeftijdsverschillen soms toch op eenzelfde afdeling in het ziekenhuis terecht zullen komen. Daarom moeten afdelingen voorzien zijn op al deze leeftijden. In deze masterproef gaan we op zoek naar wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur betekent voor kinderen, maar in welke mate verschilt die betekenis voor de verschillende leeftijdsgroepen? Bij verschillende leeftijden horen vanzelfsprekend verschillende verwachtingen en behoeften. Een belangrijke vraag die Leen De Wilde en Jozefien Muylle (2012: 76) zich stellen, is waar de grens tussen 'kindvriendelijk' en 'kinderachtig' ligt. De praktijk leert ons immers dat er in veel kinderziekenhuizen vooral aandacht geschonken wordt aan jongere kinderen en dat de afdelingen maar zelden aangepast zijn aan oudere kinderen. Zo wordt kindvriendelijkheid nogal snel geassocieerd met clowns, diertjes en populaire mediafiguren. Voor de oudere kinderen komt een ziekenhuis hierdoor al snel kinderachtig over. In hoofdstuk 4 werd besproken dat de patiënten die ik interviewde ook zo denken over campus Gasthuisberg. De jongere kinderen vinden de vormgeving van de afdelingen fijn, terwijl de oudere kinderen deze maar kinderachtig vinden. Anse, die twaalf jaar oud is, besloot dat ze de vormgeving van het ziekenhuis momenteel nog fijn vindt, maar dat ze het toch ook al wat kinderachtig begint te vinden. Ook ouders van patiënten merkten tijdens hun interviews op dat de afdelingen eigenlijk voornamelijk op jongere kinderen gericht zijn. Het is daarom belangrijk dat er een ondersteunende omgeving voorzien wordt voor alle leeftijden, niet alleen voor de jongere kinderen. Kindvriendelijkheid draait

om meer dan het gebruik van schilderijen van diertjes en mediafiguren. Een afdeling moet in haar totaliteit kindvriendelijk ontworpen zijn.

### 5.2.1.3 Behoeften & wensen

Kinderen hebben vanzelfsprekend heel wat behoeften en wensen. Deze zullen ze nog steeds hebben wanneer ze opgenomen worden in het ziekenhuis. Daarom is het wederom van belang dat het kind niet gewoon als een patiënt gezien wordt dat zich moet inpassen in het ziekenhuissysteem, maar dat er aandacht gaat naar zijn of haar specifieke behoeften en wensen.

#### CONTROLE & PRIVACY

Één van de meest elementaire behoeften die een individu heeft, is de nood aan controle en privacy. Ook kinderen hebben hier behoefte aan. Buiten het kunnen verblijven in een aangename omgeving, is het voor hen erg belangrijk dat ze een gevoel van controle over de situatie kunnen bewaren en dat hun privacy gerespecteerd wordt. In de 'rechten van het zieke kind' wordt naar het aspect van privacy verwezen met artikel 10 (Handvest Kind en Ziekenhuis, 1988):

*"Kinderen hebben het recht met tact en begrip te worden benaderd en behandeld. Hun privacy wordt te allen tijde gerespecteerd"*

Over het algemeen lijkt privacy vooral in de patiëntenkamer belangrijk te zijn. De ouders die ik interviewde haalden het belang hiervan meermaals aan. De patiëntenkamer zou een privé plek moeten zijn voor de patiënt en zijn familie en vrienden. In het huidige ziekenhuis is dit niet altijd het geval, zo vertelde de mama van Silke het volgende tijdens haar interview: *"Wij zitten met alleen maar een glas tussen de volgende kamer. Hiernaast zit dus een jongen van vijftien. Die kijkt tot\_\_ tot half één, één uur tv. Wij hebben dus gewoon licht in ons kamer he\_\_ (...) Dat zijn niet echt\_\_ privé kamers zo"*. In de huidige situatie bevindt zich tussen sommige kamers een niet-doorzichtige glazen wand in plaats van een echte muur. Dit is zowel akoestisch als visueel niet ideaal. Ook Rose haalde aan dat privacy soms ontbreekt in de patiëntenkamers. Ze vertelde over het constante binnen en buiten geloop van verplegers, leerkrachten, artsen, kinesisten, enzovoort. Dit vindt ze vaak frustrerend. Soms wil je gewoon eens rustig op je kamer kunnen zitten.

Tijdens de interviews werd duidelijk dat privacy ook op andere manieren geïnterpreteerd kan worden. Zo gaf Anse tijdens haar interview aan dat ze de medische apparatuur maar eng vindt: *"Zo daar achter uw bed, daar staat zo overal van die zuurstof en flessen\_\_ En dat vind ik een beetje angstaanjagend"*. De Wilde en Muylle (2012:60) stellen dat privacy eveneens betekent dat patiënten zich even kunnen afsluiten van hun medische omstandigheden. Met alle apparatuur en draadjes is dit voor kinderen vaak heel moeilijk. Daarom moet er geopteerd worden om deze medische apparatuur zo veel mogelijk weg te werken in het interieur zodat ze minder dominant aanwezig is in de ruimte.

In de literatuur is terug te vinden dat het idee van privacy leeftijdsgebonden is. Zo stelt Shepley (2001) dat privacy voor jongere kinderen minder belangrijk is dan voor oudere kinderen. Dit kon ik zelf enerzijds ondervinden tijdens mijn verkennend veldwerk in het Koningin Paola Kinderziekenhuis. Op het moment dat ik in het ziekenhuis werkte was er een peutertje dat het duidelijk heel leuk vond om het personeel en alle bezoekers te zien voorbijlopen langs zijn kamer. Hij vond het net fijn met de deur open. Tegelijkertijd waren er enkele oudere kinderen aanwezig op de afdeling, waarvan de deur heel de tijd gesloten moest blijven. Zij wilden liever op zichzelf zijn en wilden niet dat mensen zouden kunnen binnenkijken. Anderzijds merkte ik tijdens mijn interviews met patiënten op dat ook oudere kinderen het fijn kunnen vinden om in contact te staan met de ziekenhuisomgeving. Zowel Emiel als Anse gaven aan dat ze het bijvoorbeeld helemaal niet erg

vinden om in het zicht te liggen wanneer ze in het daghospitaal verblijven (zie hoofdstuk 4). Dit kan ergens te maken hebben met het feit dat de patiënten die ik interviewde heel vaak in het ziekenhuis terechtkomen omwille van hun ziekte. Ze kennen veel mensen en weten van elkaar dat ze ziek zijn. Voor kinderen die eenmalig opgenomen worden in het ziekenhuis is het misschien belangrijker om zich een beetje te kunnen terugtrekken, voor hen is de ziekenhuisomgeving heel nieuw en kennen ze er niemand.

Wat sterk samen blijkt te hangen met het aspect van privacy is controle. Tijdens de interviews kon ik opmerken dat de patiënten soms een gevoel van controleverlies ervaren tijdens hun opname. Anse vertelde bijvoorbeeld over 'de paal'. Hiermee bedoelt ze de staander op wielletjes waar haar baxters aanhangen. 'De paal' blijkt voor Anse een enorme beperking in haar vrijheid te zijn. In de gangen is het op drukkerie of smallere plekken moeilijk passeren met 'de paal', verder weg van de afdeling of naar buiten gaan wordt bemoeilijkt door 'de paal', van de glijbaan gaan gaat niet door 'de paal',... De mama van Anse vraagt zich dan ook af of er geen beter systeem verzonnen kan worden voor deze staanders zodat kinderen minder beperkt worden in hun vrijheid. Verder merkte Anses mama op dat het eten niet altijd even lekker is voor kinderen: *"Soms eten wij het eten dat zij 's middags krijgt en dan neem ik pizza mee voor haar"*. Sommige kinderen nemen standaard een beetje eigen eten mee naar het ziekenhuis omdat ze dat wel lekker vinden. Emiel haalde dit aan, maar ook de mama van Silke vertelde dat ze altijd ontbijtgranen meeneemt voor 's ochtends. Dit is iets vertrouwd voor Silke wat ze van thuis kent. De professionele gebruikers spraken zelf over het feit dat het eten in het ziekenhuis momenteel niet op kindermaat is. Eigenlijk zouden patiënten zo veel mogelijk zelfstandig moeten kunnen beslissen over een aantal elementaire zaken. Zo zouden kinderen de mogelijkheid moeten krijgen om te slapen en te rusten wanneer ze willen, zoals Rose aangaf. Anse vertelde tijdens haar interview dat dit momenteel een probleem is op de kinderafdelingen van Gasthuisberg: *"Je hoort echt wel veel van andere mensen. Door de muren heen. Als er zo een krijsende baby ligt\_\_ Ja vorige keer lagen daar zo mensen (...) en die riepen echt heel luid (...)"*.

In hoofdstuk 3 werd al besproken dat het verlies van zelfbeschikking één van de grootste angsten van kinderen is bij een ziekenhuisopname (Coyne, 2006). Kinderen zijn bang om hun onafhankelijkheid te verliezen en beperkt te worden in hun activiteiten. Ook vinden ze het niet fijn om weinig controle te hebben over hun persoonlijke noden, dag- en nachtritme, eetpatroon, enzovoort. Plots kunnen ze zelf maar weinig beslissingen meer nemen, zelfs voor de kleinste activiteiten – zoals naar de wc gaan – moeten kinderen toestemming vragen. Inchecken in een ziekenhuis gaat eigenlijk samen met 'gedepersonaliseerd' worden. Je laat familie en vrienden achter, moet je aanpassen aan de ziekenhuisklok, je kan niet meer eten wat je wilt en je verliest een deel van je privacy. Dit heeft tot gevolg dat je maar weinig (tot geen) controle meer hebt over je eigen lichaam (Wagenaar, 2006).

Uit het onderzoek van UNICEF dat eerder al vermeld werd, bleek dat heel wat kinderen het ziekenhuis associëren met opgesloten zitten (Van den Abeele, de le Court, Domincy & Buysschaert, 2005). In tekeningen die kinderen voor het onderzoek maakten, wordt het ziekenhuis vaak als een burcht voorgesteld. Enerzijds is dit een positieve voorstelling: de ziekenhuisomgeving wordt gezien als een beschermende omgeving, maar anderzijds is het ook een heel negatieve voorstelling: kinderen zien het ziekenhuis als een plek waar ze zich opgesloten voelen. In figuren 5.1 en 5.2 worden twee tekeningen getoond die gemaakt werden door patiënten in kader van het UNICEF-onderzoek. De rechtse tekening (fig. 5.2) werd gemaakt door een jong meisje, bij deze tekening schreef ze het volgende: *"Het meisje op mijn tekening wil zo graag naar buiten, maar ze zit opgesloten in het ziekenhuis"*.





Figuren 5.1 & 5.2 Tekeningen van patiënten in kader van het UNICEF-onderzoek

We kunnen besluiten dat een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving rekening moet houden met het feit dat kinderen gesteld zijn op hun privacy en dat ze een gevoel van controle willen kunnen bewaren tijdens hun opname. Kinderen hebben nood aan vrijheid en willen eigen keuzes kunnen maken. Naar het realiseren van kinderziekenhuizen toe kunnen we stellen dat het welzijn van patiënten heel wat kan verbeteren wanneer hen keuzemogelijkheden aangeboden worden wat betreft slaap, voeding, comfort en het vermijden van pijn. Op die manier wordt zelfstandigheid gepromoot. Hierbij moet aandacht gaan naar de privacy die een patiënt moet kunnen hebben wanneer hij/zij daar nood aan heeft en naar hoe die nood kan verschillen van patiënt tot patiënt, bijvoorbeeld naargelang de leeftijd.

#### VEILIGHEID

Iets anders dat van belang is wanneer we naar de behoeften van kinderen gaan kijken, is het kunnen verblijven in een veilige omgeving. In artikel 7 van de 'rechten van het zieke kind' wordt aandacht geschonken aan het aspect van veiligheid (Handvest Kind en Ziekenhuis, 1988):

*"Kinderen hebben recht op mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en onderwijs te genieten al naar gelang hun leeftijd en lichamelijke conditie. Kinderen hebben recht op verblijf in een stimulerende veilige omgeving waar voldoende toezicht is en die berekend is op kinderen van alle leeftijdscategorieën"*

Tijdens het focusgroepinterview brachten de professionele gebruikers het aspect van veiligheid zelf ter sprake. Ze vonden het belangrijk om dit even kort aan te halen: *"Veiligheid moeten we altijd mee in het achterhoofd nemen. We zijn verantwoordelijk voor de kinderen van iemand anders dus\_\_"*. Ook werd er nog een ander aspect van veiligheid aangehaald: *"Je moet er natuurlijk voor zorgen dat ze niet kunnen weglopen (...)"*. Aangezien we naar kinderziekenhuizen kijken is het erg belangrijk dat kinderen inderdaad niet zomaar kunnen weglopen of verdwijnen. Voor ouders is het daarom belangrijk om te weten dat hun kind in een veilige omgeving kan verblijven en dat er goed voor hun kind gezorgd wordt. Tijdens de interviews met patiënten en ouders viel het me over het algemeen op dat kinderen niet graag hebben dat hun ouders te ver weg van hen gaan, maar ook dat ouders liever niet te ver weg van hun kind gaan. De mama van Silke merkte zo op dat ze het belangrijk vindt om dicht bij Silke te kunnen zijn. Het lijkt dus dat ouders het gevoel gegeven moet worden dat hun kind in goede handen is, zodat ze zelf af en toe eens durven weggaan van de patiëntenkamer.

Het aspect van veiligheid kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Enerzijds zou de fysieke omgeving, het gebouw dus, zodanig vormgegeven moeten zijn dat mensen deze veilig kunnen gebruiken. Zeker in het geval van een omgeving voor kinderen moet een veilige omgeving gewaarborgd worden. Gevaarlijke objecten, trapjes,... moeten vermeden worden. Anderzijds moet er ook naar psychische veiligheid gekeken worden. Patiënten moeten zich beschermd voelen tegen indringers en weten dat er hulp komt als dit nodig is (Hoekstra & Van Liempd, 2004). Dit is zeker voor kleinere kinderen erg belangrijk, ze moeten weten dat er mensen voor hen zorgen en dat ze niet aan hun lot overgelaten worden. Verder halen De Wilde & Muylle

(2012: 61) aan dat een veilige omgeving eveneens betekent dat kinderen niet zomaar kunnen weglopen of verdwijnen, net zoals de professionele gebruikers aanklaarten. Veiligheid moet dus heel letterlijk gewaarborgd worden in een ziekenhuisomgeving voor kinderen. Ze mogen zich geen pijn kunnen doen, moeten zich veilig voelen en mogen niet kunnen weglopen.

#### POSITIEVE AFLEIDING

In artikel 7 van de 'rechten van het zieke kind' dat hierboven aangehaald werd, komt nog een andere belangrijke nood van kinderen aan bod: *recht op mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en onderwijs te genieten*. We kunnen dit zien als mogelijkheden voor positieve afleiding in een ziekenhuis. In alle interviews met patiënten en ouders werden mogelijkheden om te spelen, te ontspannen,... aangehaald. Kinderen blijken zich in een ziekenhuis al snel te vervelen. Zeker de oudere patiënten die ik interviewde leken hier last van te hebben. Zowel Emiel als Rose blijven tijdens een ziekenhuisverblijf voornamelijk op hun kamer omdat er weinig mogelijkheden zijn buiten de kamer.

Volgens De Wilde & Muylle (2012: 89) draagt positieve afleiding bij aan een vermindering van angst, stress en pijn op een niet-medicinale manier. Daarom zouden voldoende activiteiten voorzien moeten worden die kunnen zorgen voor afleiding. Hierbij is het belangrijk dat deze positieve afleiding op verschillende plekken in het ziekenhuis voorzien wordt. Zowel op plaatsen waar gewacht moet worden als op plaatsen waar kinderen moeten verblijven. Tijdens het focusgroepinterview merkten de professionele gebruikers op dat het inderdaad belangrijk is om ook in de inkomhal en wachtruimte iets van positieve afleiding te voorzien: *"Als de inkom voor een groot stuk ook de wachtruimte is, (...) dan is het belangrijk dat ook daar met dezelfde ideeën [voor positieve afleiding] gewerkt wordt"*. Verder vertelde de mama van Silke dat op de afdeling zelf voldoende ruimte om te spelen en ontspannen voorzien zou moeten worden. Zeker voor heel zieke kinderen die de afdeling niet mogen verlaten is dit belangrijk. Dat deze positieve afleiding zo belangrijk is, heeft er volgens De Wilde en Muylle mee te maken dat het een hulpmiddel is tegen verveling én dat het kinderen stimuleert om uit bed te komen. Er moet getracht worden een grote diversiteit aan positieve afleiding te voorzien, zo krijgen kinderen het gevoel dat ze keuzes kunnen maken.

Wanneer we denken aan positieve afleiding moeten we opmerken dat het vandaag onmogelijk geworden is om de rol van technologie en multimedia weg te denken. Tegenwoordig is de aanwezigheid hiervan onmisbaar geworden. In eerste instantie haalden de professionele gebruikers dit aan tijdens het focusgroepinterview: *"Ik denk dat we ook veel geluk hebben met deze tijd en de technologie", "Dat zijn heel belangrijke dingen hier. Skype, eventueel bed-net\_\_"*. Vooral de oudere patiënten lijken hier veel belang aan te hechten. Zeker wanneer ik vroeg naar waar ze zich mee bezig houden tijdens een opname of wat ze graag voor handen zouden hebben, kwamen deze zaken vaak naar voor: *"Een boek lezen of zo (...), maar meestal op internet"* (Anse), *"Muziek, een televisie en misschien een play-station of Xbox of zo (...), een computer (...)"* (Emiel). De aanwezigheid van goed werkende technologie en multimedia mag duidelijk niet ontbreken in ziekenhuizen. Het is een aspect dat waarschijnlijk alleen maar aan belang zal winnen in de toekomst. Toch maken de professionele gebruikers nog een belangrijke opmerking: *"Kindvriendelijk zou ook kunnen zijn dat ge het kunt afzetten he. (...) Bij ons kunt ge dat nu niet afzetten\_\_ Zo'n soort kinderslot ja, dat ge wat kunt structureren he. Dat is toch ook kindvriendelijk of opvoedkundig vriendelijk. (...) Dat er wat een dag-nacht ritme kan geïnstalleerd worden. Dat is vaak het probleem\_\_ dat loopt allemaal door elkaar"*. Met het toenemend gebruik van technologie en multimedia is er dus een toenemende nood aan toezicht om erop te waken dat kinderen wel voldoende (nacht)rust krijgen. De professionele gebruikers stellen dan ook een soort kinderslot voor waarmee men elektronica kan uitzetten.

Iets anders dat voor kinderen een belangrijke manier van afleiding blijkt te zijn, is naar school kunnen gaan. Wanneer het tijdens de interviews ging over een kindvriendelijke omgeving kwam de mogelijkheid tot onderwijs aan bod. Zo vertelde de papa van Rose het volgende over een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving: *"En dan natuurlijk\_\_ mogelijkheden om binnen de behandeling inderdaad, iets anders te kunnen doen. Om*

*bijvoorbeeld les te volgen of\_\_ bezig te kunnen zijn*". Ook bij patiënten kon ik opmerken dat school erg belangrijk is voor hen. Na het interview met Anse bleef ik nog even napraten met haar. Anse vertelde me dat ze dit jaar eigenlijk in het eerste middelbaar zit, maar dat ze nog nooit naar de les is kunnen gaan omwille van haar ziekte. Dit leek ze enorm spijtig te vinden. Anses mama bevestigde dat dit voor Anse een groot gemis is. Gelukkig kan er in het ziekenhuis wel wat les gevolgd worden. Dat vinden Anse en haar mama dan ook erg fijn.

Uit het UNICEF-onderzoek bleek eveneens dat naar school kunnen gaan erg belangrijk is voor kinderen (Van den Abeele, de le Court, Domincy & Buyschaert, 2005). Zo zou de ziekenhuisschool – op de speelruimte na – de meest favoriete plek in het ziekenhuis zijn. Naar school gaan zorgt er immers voor dat je eens uit de kamer kan, de ziekte aan de kant kan schuiven en de pijn even kan vergeten. Kinderen die niet naar school kunnen gaan of geen les kunnen volgen, vinden dit over het algemeen heel spijtig. In elk kinderziekenhuis zouden hier dus voorzieningen voor moeten zijn.

### 5.2.2 Sociale interactie in het ziekenhuis

Wanneer een kind opgenomen wordt in het ziekenhuis gaat het allerlei interacties aan. Een eerste soort hiervan zijn sociale interacties in de ziekenhuisomgeving. Tijdens een ziekenhuisbezoek of -verblijf, komt een kind met heel wat verschillende mensen in contact. Tussen al deze mensen en de patiënt zal dan ook een wisselwerking ontstaan. In deze paragraaf worden de verschillende sociale interacties besproken. Voor patiënten lijkt sociaal contact een belangrijk onderdeel te zijn van hun ziekenhuisopname.

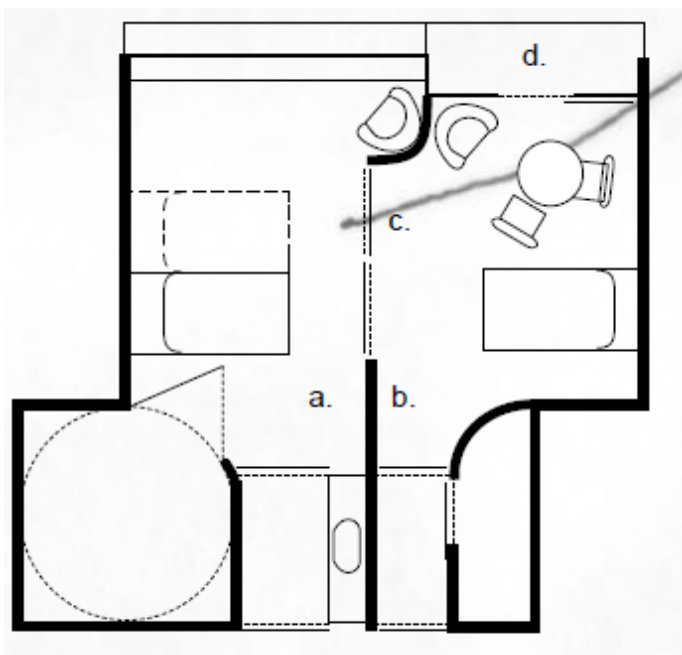
#### 5.2.2.1 Interactie met ouders

Een interactie die voor kinderen onmisbaar is, is deze met de ouders. Hun aanwezigheid zorgt immers voor een vertrouwd beeld en zal een kind bijgevolg helpen om zich meer thuis te voelen in het ziekenhuis. In de interviews met patiënten kwam op verschillende manieren het belang van de aanwezigheid van ouders aan bod. Ook ouders op hun beurt leken zo veel mogelijk bij hun kind te willen zijn. De professionele gebruikers merkten dit belang zelf op: *"Ja, ja wij ervaren heel erg dat ze zeggen: wij willen mama en papa"*. Volgens hen moeten ouders zo veel mogelijk bij hun kind kunnen zijn: *"Mama's en papa's zouden daar ten allen tijde moeten kunnen zijn"*. In de 'rechten van het zieke kind' wordt hier met artikel 2 belang aan gehecht (Handvest Kind en Ziekenhuis, 1988):

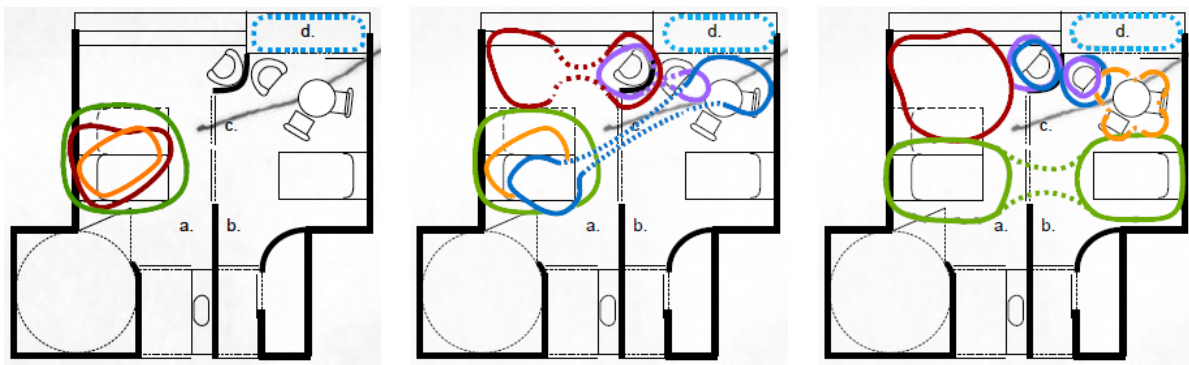
*"Kinderen hebben het recht hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben"*

In haar presentatie heeft Tanja Vollmer (2012) het over het belang van ouders voor een ziek kind. Volgens haar is een kind niet gewoon een patiënt, maar is het een kind met een verhoogde behoefte voor ouderlijke aandacht. Daarom bedacht Kopvol Architecture & Psychology het concept van de OKE: de ouder-kind-eenheid. Deze OKE is een generieke eenheid die onafhankelijk van leeftijd en achtergrond is. Het is een ruimtelijk concept dat inspeelt op de sociale behoeften van een ziek kind. Deze variëren namelijk sterk naarmate een kind zich weer beter gaat voelen. In dit geval gaat het weer meer ruimte gebruiken en onafhankelijker worden. Vollmer stelt dat het om een dubbelzinnig concept gaat: enerzijds moet een kind ten allen tijde samen kunnen zijn met zijn ouders, net zoals artikel 2 van de 'rechten van het zieke kind' stelt, anderzijds moet een kind ook de kans krijgen om autonoom te zijn. De OKE moet deze autonomie stimuleren en moet motiveren om uit bed te komen. Dat autonomie gestimuleerd moet worden vinden ook de professionele gebruikers, zeker wanneer het om oudere kinderen gaat: *"Adolescenten zouden soms ook beter eens alleen zijn he"*.

In figuur 5.3 is het ontwerp van een mogelijke ouder-kind-eenheid te zien. Een helft van de ruimte is voor het zieke kind voorzien (a) en een andere helft voor de begeleidende ouder (b). De OKE biedt een visuele en/of akoestische scheiding tussen ouder en kind. Zo kunnen beide visueel gezien heel dicht bij elkaar zijn, maar kunnen ze evengoed visueel en/of akoestisch van elkaar gescheiden worden door middel van een flexibele scheidingswand. Dit wel zonder het gevoel van twee aparte ruimtes te creëren. Ouder en kind kunnen dus zowel voor complete privacy kiezen, als voor een familie-ondersteunende ruimte waarin ze samen kunnen zijn. In figuren 5.4, 5.5 en 5.6 is de evolutie te zien van een kind dat zich steeds beter gaat voelen en dus steeds meer ruimte gaat gebruiken. De gekleurde cirkels geven weer hoe de ruimte gebruikt wordt door kind en ouder. In figuur 5.4 is het kind nog erg ziek, het gebruikt maar weinig ruimte en wil vooral dicht bij mama en papa blijven. De gekleurde cirkels bevinden zich daarom allemaal op dezelfde plek en zijn vrij klein. In figuur 5.5 voelt het kind zich al wat beter waardoor het meer ruimte gaat gebruiken. Mama en papa mogen nu af en toe wat verder weg gaan. In de laatste figuur voelt het kind zich veel beter, het gaat zelfstandig handelen en mama en papa mogen afstand nemen. De gekleurde cirkels zijn nu verspreid over de kamer en zijn heel wat groter.



**Figuur 5.3** De ouder-kind-eenheid (OKE)



**Figuren 5.4, 5.5 & 5.6** Evolutie van de activiteiten van een kind dat weer beter wordt

Bij alle patiënten die ik interviewde blijft 's nachts één van de ouders slapen. Hier blijkt weer dat kinderen hun ouders dicht bij zich willen hebben en dat ouders op hun beurt hun kind niet alleen willen laten. Wel werd er meermaals geklaagd dat de huidige voorzieningen voor *rooming-in* niet optimaal zijn. In de 'rechten van het zieke kind' maakt artikel 3 duidelijk dat ouders slaapvoorzieningen moeten aangeboden krijgen (Handvest Kind en Ziekenhuis, 1988):

*"Ouders wordt accommodatie en de mogelijkheid tot overnachting naast het kind aangeboden zonder dat daar kosten voor in rekening worden gebracht"*

In dit artikel wordt echter niets vermeld over het comfort van deze accommodatie. De professionele gebruikers vertelden dat er tegenwoordig zo goed als geen kinderen meer zijn waar de ouders niet van blijven slapen. *Rooming-in* zou dus best zo aangenaam mogelijk gemaakt worden. Ook de patiënten zelf lijken belangrijk te vinden dat hun ouders goed kunnen slapen in het ziekenhuis. Wanneer ik Anse vroeg welke meubels zeker niet mochten ontbreken in de patiëntenkamer kreeg ik al snel volgend antwoord: "Voor de ouders een beter bed". Anse wil dus dat haar mama en papa goed kunnen slapen wanneer ze in het ziekenhuis blijven overnachten.

Ouders merken nog iets anders belangrijk op dat *rooming-in* aangenamer kan maken: voldoende ruimte in de patiëntenkamer. Zo vertelde de papa van Rose het volgende: "Je hebt toch wel een minimale ruimte nodig om eigenlijk leef je daar constant met twee personen minimum. En als er dan nog eens bezoek langskomt of, dokters komen binnen (...). Allee, dan heb je toch een bepaalde minimale ruimte nodig om een beetje te kunnen bewegen".

Een probleem dat de professionele gebruikers vaak zien in het ziekenhuis, is het feit dat ouders soms te vaak bij hun kind zijn. Voor de kinderen zou het net beter zijn moesten hun ouders af en toe eens weg gaan: "(...) ouders nu zitten heel vaak bij dat kind en dat wordt echt zo een symbiose tussen die twee. Dat ouders voldoende mogelijkheden hebben om weg te gaan, maar toch dichtbij te zijn. Zodat dat het kind toch nog wat meer van zijn eigenheid kan behouden, dat ouders kunnen koken, zelf buiten kunnen, eventueel een activiteit voor hen dan 's avonds. Want nu, ze zitten altijd op elkaars lip he, weken aan een stuk". Er zouden in het ziekenhuis dus voldoende voorzieningen voor ouders moeten zijn. Dit is momenteel echter een probleem, stellen de professionele gebruikers. Ouders blijven meestal in de kamer of in de gang rondhangen om dicht bij hun kind te zijn: "Wij zitten vaak met ouders die enorm lang vast zitten in het ziekenhuis, en die hebben hier eigenlijk niks te doen en daar zijn geen activiteiten voor ". Door meer activiteiten en faciliteiten te voorzien hopen de professionele gebruikers dat ouders minder in de gangen zullen zitten, dit is nu immers niet ideaal. Vooral voor 's avonds, wanneer hun kind gaat slapen, zouden de ouders een eigen plekje moeten hebben: "Wat dat ge bij die kleintjes ook wel vaak ziet is Ja vrij snel moet het dan donker worden in de kamer omdat die moeten slapen. En die mama's die zitten daar dan he. Die kunnen moeilijk om acht uur al mee in hun bed kruipen". Het probleem blijkt verder te zijn dat ouders niet ver weg van de kamer durven gaan voor het geval hun kind hen nodig zou hebben. De professionele gebruikers stellen daarom een babyfoon-systeem voor, bijvoorbeeld aan de hand van een app op smartphones, zodat ouders weten wanneer hun kind wakker is. Zo zullen ouders sneller wat verder weg durven gaan om zelf eens iets te doen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat voor dit systeem een smartphone nodig is, wat niet iedereen voor handen heeft. Er zou net een systeem gevonden moeten worden dat voor iedereen toegankelijk is.

Enkele ouders vertelden tijdens hun interview over mogelijke voorzieningen. De papa van Rose zou vooral 's avonds ruimte buiten de kamer voorhanden willen hebben, waar hij rustig kan zitten: "Betere voorzieningen op de afdelingen (...). Salonnes of zitbanken of weet ik wat. Gelijk bijvoorbeeld 's avonds. Daar gaan om eens wat tv te kunnen zien. Nu is er op de kamer wel televisie, maar als ze dan effectief moe worden en ziek zijn is dat niet altijd handig om de tv te laten opstaan". Andere activiteiten die ouders wel leuk lijken te vinden zijn iets kunnen gaan drinken en eens naar de bibliotheek kunnen gaan. De mama van Anse kaartte nog aan dat het fijn is om andere ouders te kunnen leren kennen, het zou leuk zijn moest hiervoor ruimte voorzien worden.

Een faciliteit die niet mag vergeten worden zijn de sanitaire voorzieningen voor ouders. Aangezien de sociale interactie met ouders cruciaal is voor kinderen, zouden deze sanitaire voorzieningen niet te ver weg

mogen zijn zodat ouders hun kind niet te lang alleen moeten laten. Ook is het voor ouders zelf aangenamer als deze voorzieningen in de buurt zijn. Dit merkten onder andere de professionele gebruikers op: *“En wat ik ook merk bij onze ouders die op een kamer liggen waar bijvoorbeeld geen mogelijkheid is om te douchen of toilet\_\_ Dat ze dat vreselijk vinden de mama’s. Dat ze ’s morgens in hun pyjama bij wijze van spreken, en met hun ongekamd haar door de gang moeten lopen om er een beetje deftig door te komen voor de dag”*. De professionele gebruikers vinden dan ook dat er in elke patiëntenkamer een sanitaire cel voorzien moet worden die ook kan gebruikt worden door de ouders. Ook ouders zelf lieten blijken dat de sanitaire voorzieningen beter zouden moeten zijn.

Tot slot vertelde een ouder tijdens het Q-forum dat het interessant zou zijn om op de afdelingen aandacht te schenken aan ouderverenigingen. Zo zou er op elke afdeling een ruimte kunnen voorzien worden waar ouderverenigingen informatie kunnen geven aan ouders. Zij kunnen hier dan terecht wanneer ze met vragen zitten. Ook moet er voldoende ruimte voorzien worden om privé gesprekken mogelijk te maken.

We kunnen besluiten dat ouders een cruciale rol spelen in het genezingsproces van hun kind. Dit werd ook in de literatuur meermaals aangehaald. Ouders vormen voor hun kinderen de meest vertrouwde en directe band met de thuisomgeving. Daarom begint een veilige en geborgen ziekenhuisomgeving met hun aanwezigheid en dit liefst dag en nacht (De Wilde & Muylle, 2012: 61).

### 5.2.2.2 Interactie met het gezin

Buiten de noodzakelijke interactie met ouders, is het voor kinderen belangrijk dat ze hun gezinsband kunnen onderhouden. Men mag immers niet onderschatten welke impact de opname van een kind in het ziekenhuis heeft op een gezin.

Tijdens de interviews kon ik opmerken dat er vraag is naar meer ruimte voor het gezin op de afdeling. Een plek waar samen even afgezonderd gezeten kan worden. Emiel en zijn mama zien ruimte voor het gezin als een aparte ruimte, afgezonderd van de gang: *“Je hebt soms wel nood om als gezin eens efkes\_\_ apart te kunnen zitten”*. Ook Anse haalde deze ruimte voor het gezin aan: *“(…) een kamer voor het gezin. Waar je dan gezelschapsspelletjes kan spelen. Als broer op bezoek komt”*. Silkes mama vertelde hierover: *“Zo’n plaatsje dat je echt\_\_ dat je zou kunnen\_\_ ik weet niet ja\_\_ huren of zo. Dat je zegt van, kijk, nu op zondagmiddag bakken wij eens pizza’s. En dan eten we samen”*. Voor Silkes mama leek het erg belangrijk dat je ook eens buiten de patiëntenkamer met het gezin kan samen zitten. Zeker wanneer er gegeten wordt, zouden de geuren zich anders teveel spreiden in de patiëntenkamer, wat voor een ziek kind niet aangenaam is. Vooral de vraag naar een keukenfaciliteit op de afdeling is groot. Zowel de patiënten als ouders haalden dit aan. De mama van Anse vertelde het volgende: *“Wat ik ook heel belangrijk vind, is een keuken (…). Want nu is er een hele mooie keuken, maar die is alleen voor het verplegend personeel”*. Rose herhaalde meerdere keren dat ze een keuken op de afdeling echt fijn zou vinden, zodat er af en toe samen met het gezin gegeten kan worden. Ook de professionele gebruikers vinden een keuken op de afdeling interessant: *“Een keuken op de afdeling en waar dat ouders eten mogen maken wat kindjes graag hebben. Hun eigen pannenkoek bakken of\_\_ weet ik\_\_ Ik krijg de vraag heel vaak. Nu is het eten in het ziekenhuis niet op kindermaat\_\_”*. Een kleine keuken en ruimte voor het gezin op de afdeling lijken dus elementen te zijn die horen bij een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving. Zo kunnen de gezinsbanden sterk gehouden worden en kan er nog eens gegeten worden als een echt gezin. Dit is iets wat patiënten vaak blijken te missen.

Verder haalden sommige patiënten aan dat het fijn is wanneer hun broers of zussen op bezoek komen. Mama’s en papa’s merkten eveneens op dat hun zieke kind van de aanwezigheid van broer of zus geniet. Zo ook de mama’s van Anse en Silke. Wel lieten zij weten dat het fijn zou zijn moesten er voor hen meer activiteiten voorzien worden zodat ze zich kunnen bezighouden in het ziekenhuis, eventueel samen met hun zieke zus of

broer. Nu vervelen ze zich snel waardoor een ziekenhuisbezoek geen fijn moment is. Daardoor houden ouders broers en zussen sneller thuis, wat spijtig is voor zowel het zieke kind als de gezonde kinderen. Wel merkte Silkes mama op dat haar zoontje af en toe mag deelnemen aan een knutselactiviteit samen met Silke, dat vindt ze enorm fijn. Momenteel wordt dit alleen op de afdeling kinderoncologie soms toegelaten. Verder zou er ook op de kamer voldoende ruimte moeten zijn zodat kinderen er kunnen spelen met broer en zus. Anse vertelde tijdens haar interview dat sommige kamers hier te krap voor zijn.

De professionele gebruikers haalden zelf aan welke belangrijke rol broers en zussen spelen tijdens het genezingsproces: *“Kinderen kijken daar naar uit he, broers en zussen. Ook heel belangrijk is dat broers en zussen weten waar dat het zieke kind eigenlijk verblijft en wat dat daar aan de hand is, dat is een werking he”*. Volgens hen zijn er momenteel geen voorzieningen voor het gezin, al willen ze dit wel: *“Dat wensen wij. We hebben dat al dikwijls gehad, dat er een heel gezin komt. Mama en papa, ik zal zeggen de woensdagnamiddag met de twee zusjes als het broertje opgenomen is. Maar wij hebben geen plaats en geen mogelijkheden om zo’n familie te zetten”*.

Tijdens het Q-forum werd hier nog aan toegevoegd dat er in het ziekenhuis enkele familieverblijven voor het gezin zouden moeten voorzien worden. Een aanwezige papa vertelde dat het na een zware diagnose aangenaam is dat je nog eens als gezin samen kan overnachten voordat de behandelingen starten. Momenteel mag maar één van de ouders blijven slapen, de andere moet dus noodgedwongen naar huis. Op zo’n momenten is het net een familieband die je sterk houdt. Hier zou dan ook aandacht naar moeten gaan.

Waar vroeger maar weinig aandacht besteed werd aan ouders en de rest van het gezin, zien we dat deze vandaag steeds meer betrokken worden bij de zorg van een ziek kind. Er moet dan ook gedacht worden aan omkadering voor ouders, broers en zussen en het volledige gezin. Het is immers de ondersteunende aanwezigheid van gezinsleden (en bij uitbreiding familie en vrienden) die voor afleiding en een thuisgevoel kan zorgen tijdens het vaak emotionele verwerkingsproces (De Wilde & Muylle, 2012).

### 5.2.2.3 Interactie met het personeel

Patiënten komen tijdens een ziekenhuisbezoek of -verblijf ook met verschillende personeelsleden in contact. De professionele gebruikers bespraken al deze mensen waarmee een kind in aanraking komt. Dit bleken er opvallend veel te zijn: *“Da’s een heel multidisciplinair team he, heel veel mensen hebben contact he. In eerste instantie zijn dat uiteraard de artsen, de dokters en de verpleegkundigen\_\_ Psychologen, spelbegeleiding, pedagogisch medewerkers, ziekenhuisschool, sociale assistenten, ergo, logo, kiné\_\_”, “De apotheek, tandarts, dat komt allemaal op de afdeling he”, “Maar wacht, we hebben meer, we hebben nog de poetsvrouw, we hebben de logistieke\_\_ Die hebben ook contact he. De mensen die de kamer schoonmaken, mensen die het eten komen brengen ‘s morgens, ‘s middags, ‘s avonds\_\_”*. De professionele gebruikers gaven verder aan dat bijna al deze interacties plaatsvinden in de patiëntenkamer. Van meerdere patiënten kreeg ik te horen dat ze dit allemaal wat te veel vinden. Emiel vertelde over de verpleging die vaak ’s nachts binnenkomt om dingen te controleren of te vragen: *“De ene verpleging is ook stiller dan de andere (...). De ene verpleging doet het licht gewoon aan, de andere komt heel zachtjes en stil met zo’n zaklampje. Dan heb je ook verpleging en die maakt mij wakker om iets te vragen midden in de nacht”*. Emiels mama bevestigde dat het soms echt te druk is: *“Ja dat is\_\_ Ja om uit te rusten moet je hier echt niet zijn. Meestal gaan we dan doodmoe naar huis\_\_”*. De papa van Rose vertelde dat er soms echt te veel mensen bij je aanwezig zijn wanneer je net behoefte hebt aan privacy: *“Het is een universitair ziekenhuis en er moeten stagiairs bij. En met momenten staat daar dikwijls zes, zeven man binnen. Als daar bepaalde gesprekken plaatsvinden, vind ik persoonlijk\_\_ dat die daar niet direct bij hoeven zijn”*. Ook Rose zelf vertelde over het binnen en buiten geloop van personeel dat ze niet echt fijn vindt.

De sociale contacten met personeelsleden zijn interacties die kinderen het grootste deel van de tijd zelf niet in handen hebben. Hierdoor vinden ze deze contacten niet altijd fijn. Toch kunnen personeelsleden ook voor



aangename interacties zorgen. Zeker de verpleging lijkt hierin een belangrijke rol te spelen. Zo vindt de mama van Silke de heel vriendelijke verpleging een groot pluspunt voor haar dochter. Het feit dat ze je naam kennen en dat ze je verwelkomen in het ziekenhuis maakt het heel wat minder erg om naar het ziekenhuis te komen.

#### 5.2.2.4 Interactie met bezoekers

Naast de interacties met het gezin en de contacten met ouders, krijgen patiënten tijdens hun ziekenhuisverblijf nog andere mensen op bezoek: familieleden, vrienden en klasgenoten. Ook dit bezoek is een belangrijke vorm van sociale interactie. Veel patiënten lijken het leuk te vinden om ergens heen te kunnen gaan met hun bezoek in plaats van op de kamer te moeten blijven. Een drukke cafetaria van een ziekenhuis is echter geen ideale plaats voor een ziek kind. De papa van Rose zou het beter vinden moest hier op de afdeling ruimte voor voorzien worden: *“Op de afdeling zelf\_\_ zou dat eigenlijk wel aangenaam zijn als je daar naar een ruimte zou kunnen gaan waar het dan bij wijze van spreken enkel voor de afdeling is. En waar dat je inderdaad eens iets kan drinken, en waar je eens rustig kan zitten (...)”*.

In veel gevallen komt het bezoek echter ook in de patiëntenkamer terecht. Buiten voldoende ruimte om bezoekers te ontvangen, zou er voldoende meubilair aanwezig moeten zijn in de kamer. In de huidige situatie van campus Gasthuisberg is het meubilair in de kamers erg beperkt. Vaak zijn er maar één of twee stoelen en het zetel-bed voor de *rooming-in* voorzien. Een tafel is er niet op de kamers. De nood aan meubilair werd dan ook dikwijls aangekaart tijdens de interviews. Rose zelf zou graag wat meer stoelen op de kamer hebben zodat haar bezoek kan zitten, natuurlijk moeten de kamers hier ook ruim genoeg voor zijn volgens haar. Zeker wanneer je op isolatie ligt en dus niet uit de kamer mag, vindt Rose het belangrijk dat er voldoende (zit)ruimte is om bezoek te ontvangen.

#### 5.2.2.5 Interactie met medepatiënten

Een laatste sociale interactie die een kind aangaat in het ziekenhuis en die zeker net vergeten mag worden, is de interactie met medepatiënten. Tijdens een ziekenhuisverblijf kan een kind niet naar zijn gekende school gaan en verliest het dus tijdelijk het contact met leeftijdsgenootjes. Daarom is het belangrijk dat patiënten tijdens hun verblijf in contact kunnen komen met andere kinderen. In de interviews werd vaak aangehaald dat een aparte ruimte voor jongeren interessant zou zijn. Kleine kinderen kunnen naar de speel- en knutselruimte gaan en kunnen daar met elkaar spelen, maar grotere kinderen vinden deze ruimte maar niets. Daardoor blijven ze meestal op hun kamer en leren ze ook geen leeftijdsgenoten kennen. De mama van Anse deed daarom een voorstel voor een ruimte voor de jeugd: *“Een soort cafeetje, geen echt café natuurlijk. Zoiets met een toog bijvoorbeeld, waar dat dan frisdrank wordt geserveerd, waar dat ze naar een film kunnen kijken, (...) Waar dat ze zo’n beetje een ruimte voor zich alleen kunnen hebben. (...) En ook dat ze elkaar kunnen ontmoeten”*. Anse lijkt hier zelf ook nood aan te hebben: *“En dan zo iets meer voor de jongeren (...) en misschien een biljarttafel en een flipperkast en een tafeltje, gewoon om te praten”*. Rose en haar papa vertellen het eerder in een soort van ‘salonnetje voor de jeugd’, met gezellige zithoekjes en een tv. Emiel en zijn mama zouden het al een hele verbetering vinden moest de speelruimte tussen bepaalde uren enkel beschikbaar zijn voor de oudere kinderen: *“Dat je zou zeggen: tussen vijf en zeven is het voor de jeugd. Dat zij weten, tussen vijf en zeven kan ik naar de jeugdkamer en ik ga eens kijken of er nog van mijn leeftijd zijn. Zodat ze met leeftijdsgenoten contact kunnen maken. (...) Dat maakt die drempel kleiner om contact te leggen”*. Ook zou er eens een filmavond georganiseerd kunnen worden voor de grotere kinderen.

Aangezien de patiënten op de afdeling kinderoncologie allemaal apart op een kamer liggen, blijkt het belang van ruimtes waar patiënten elkaar kunnen ontmoeten nog belangrijker. Dit merkte de papa van Rose op: *“Daarom dat ik het wel belangrijk vind dat er een mogelijkheid zou zijn, om, als er inderdaad leeftijdsgenoten of jongvolwassenen zijn die een beetje in dezelfde groep zitten\_\_ Dat ze mekaar dan ergens kunnen zien”*.

Tegenwoordig wordt er meer en meer overgegaan naar eenpersoonskamers in plaats van meerpersoonskamers. Dit heeft volgens velen heel wat voordelen, al zijn de meningen hierover verdeeld. Ik vroeg me af of dit iets is wat kinderen ook zelf willen. Tijdens mijn vrijwilligerswerk merkte ik immers op dat sommige jongere kinderen een kamergenoot best fijn vonden. Ik vroeg daarom tijdens de interviews met patiënten en ouders wat voor kamer hun voorkeur kreeg. De patiënten die ik interviewde verblijven nu allemaal in eenpersoonskamers om medische redenen. Wanneer ik Anse vroeg of ze een meerpersoonskamer ook fijn zou vinden, zei ze het volgende: *“Liever een eigen kamer. (...) Ik denk dat dat wel leuk zou zijn voor overdag [een meerpersoonskamer], maar als je dan een allergische reactie hebt of zo\_\_ dan zit die maar te staren”*. Silke lijkt een meerpersoonskamer leuker te vinden: *“Liever met andere kindjes. (...) Omdat\_\_ Dan kan ik praten met andere kindjes, en dan heb ik ook kameraadjes een beetje. Dat is wel leuk”*. Emiel daarentegen twijfelt wat: *“Ik zou dat nog wel leuk vinden, maar dat valt te zien. Want ik weet niet dat die veel bewegen en zo in hun slaap. Want daar kan ik ook niet echt tegen. Of stel dat die snurken\_\_”*. Rose ziet het dan weer niet zitten om met andere kinderen op een kamer te liggen, zij behoudt liefst haar privacy.

Wanneer ik ouders vroeg naar hun voorkeur voor een- of meerpersoonskamers was het antwoord altijd vrij duidelijk, de eenpersoonskamer bleek een must. De mama van Emiel verklaarde het als volgt: *“Je slaapt al niet altijd even goed, en als je dan nog met iemand anders op een kamer ligt\_\_ Ja dan heb je nog de kans dat, als er dan nog een ander patiëntje kan binnen komen\_\_ Dan slaap je van een hele nacht niet”*. De papa van Rose lijkt vooral de ernst van de ziekte te zien als een reden om voor eenpersoonskamers te kiezen: *“Ja, in de gegeven omstandigheden, vind ik dat wel de beste optie. Omdat je toch, gezien de ziekte, met een aantal specifieke zaken zit [oncologie-patiënten hebben een verzwakt immuunsysteem en zijn daardoor zeer kwetsbaar]”*. Wel merkte de papa hierbij op dat het inderdaad belangrijk is om op de afdeling zelf voldoende gelegenheden te voorzien waar patiënten contact kunnen hebben met elkaar. De mama van Silke geeft eveneens de voorkeur aan eenpersoonskamers: *“Dat is super. (...) Ja, want ik wil er ook wel bij zijn. Nee alleen is\_\_ nu dat zouden wij tout court nemen hoor (...)”*.

Uit de interviews blijkt dat de ouders voor een eenpersoonskamer kiezen, maar dat sommige patiënten het nog wel fijn zouden vinden om een kamergenoot te hebben, al mag deze kamergenoot niet eender wie zijn. Zo vinden alle patiënten dat deze in dezelfde leeftijdsgroep zou moeten zitten. Vooral met een jonger kind op de kamer liggen, zien ze niet zitten. Verder lijken de meeste patiënten 's nachts toch liefst een eigen plekje te hebben en vinden ze de kamergenoot vooral leuk voor tijdens de daguren. Dit suggereert dat patiënten op zoek zijn naar contact met leeftijdsgenoten.

We kunnen besluiten dat de voorkeuren eerder uitgaan naar eenpersoonskamers, maar dat er wel mogelijkheden moeten zijn voor patiënten om in contact te komen met medepatiënten. Zoals hierboven al besproken werd, is het dus van belang om ruimte op de afdeling te voorzien waar patiënten elkaar kunnen ontmoeten.

Tot slot mogen we de groeiende rol van multimedia en technologie niet vergeten om sociale interacties mogelijk te maken. Vandaag is de aanwezigheid hiervan onmisbaar geworden. Bijna alle patiënten die ik interviewde hebben een eigen iPad of laptop waarmee ze contact kunnen houden met vrienden en familie. Wanneer patiënten dus geen bezoek mogen ontvangen omwille van gezondheidsredenen, of wanneer afstanden te groot zijn om op bezoek te kunnen komen, blijkt multimedia de oplossing te zijn. In dit hoofdstuk werd eerder al aangehaald dat patiënten een goede internetverbinding daarom heel belangrijk vinden.

## 5.2.3 Interactie met de materiële ziekenhuisomgeving

Naast sociale interacties in het ziekenhuis bestaat er nog een tweede soort van interacties: interacties met de materiële ziekenhuisomgeving. Zo zullen kinderen interacties met het ziekenhuisgebouw aangaan, maar zullen er ook interacties met de vormgeving van het gebouw en de buitenomgeving ontstaan. Deze verschillende interacties worden hieronder besproken.

### 5.2.3.1 Ruimtelijke organisatie

Bij het opgenomen worden in het ziekenhuis wordt een kind in contact gebracht met een (aanvankelijk) nieuwe, ongekende omgeving. Het kind zal verschillende indrukken opdoen over deze omgeving. Zo zal er een wisselwerking tussen kind en gebouw ontstaan. Aankomen in het ziekenhuis is hierbij van groot belang. Op dit moment wordt immers het eerste contact gemaakt met de omgeving waarin het kind tijdelijk zal verblijven. Vervolgens gaat het kind in interactie met de rest van het gebouw door zich er doorheen te verplaatsen. Verder zal het kind tijdens zijn verblijf op zoek gaan naar positieve afleiding in het ziekenhuis.

#### AANKOMEN IN HET ZIEKENHUIS

Tijdens het afnemen van de interviews viel het me op hoeveel kinderen en ouders het aankomen in het ziekenhuis toch wel heel overweldigend vinden. Een inkomhal van een ziekenhuis brengt meestal aanzienlijke stromen aan mensen met zich mee. Zelf kon ik dit ondervinden tijdens de verschillende keren dat ik campus Gasthuisberg bezocht voor mijn veldwerk. Soms bleef ik even in de inkomhal zitten en probeerde ik me voor te stellen hoe het voor een kind zou aanvoelen om in deze inkomhal terecht te komen. Mij leek het meestal een enorm drukke bedoening met bezoekers, patiënten, artsen, poetsvrouwen en nog andere mensen die heen en weer lopen.

Enkele patiënten, maar vooral de ouders lieten weten dat het aangenamer zou zijn moest er een aparte inkomhal en wachtruimte voor kinderen voorzien worden. Vooral de omvang en de drukte die steeds heerst in de huidige inkomhal van campus Gasthuisberg lijken probleempunten te zijn: *“Ik vind het wel heel druk altijd (...) het is heel groot, heel overweldigend. (...) Dan denk ik zeker wel, als er een aparte opvangplaats zou zijn voor de kinderen (...) dat is toch wel een andere sfeer direct”*, vertelde de mama van Anse. De mama van Silke vergelijkt de huidige inkomhal met een treinstation, zij leek de mening van Anses mama dan ook te delen: *“Stel je voor dat je een aparte incheckplaats zou hebben voor kinderen. Dat zou misschien al wel wat\_\_”*. De papa van Rose vindt vooral de confrontatie met de vele zieke mensen moeilijk voor zijn dochter en lijkt een aparte inkom voor kinderen dan ook beter te vinden: *“Dat ze misschien een aparte inschrijvingsdesk zouden kunnen voorzien voor kinderen, of voor adolescenten. Waardoor ze eigenlijk minder geconfronteerd worden met al de rest van de mensen”*. Wel leek dit idee van een aparte inkomhal en wachtruimte voor kinderen minder belangrijk te zijn voor Emiel en zijn mama. Dit kan te maken hebben met het feit dat Emiel enkele jaren ouder is dan de andere participanten.

Na het aankomen in het ziekenhuis moet er meestal gewacht worden tot een kind een behandeling kan ondergaan of zich naar de hospitalisatie-afdeling kan begeven. Een efficiënte werking van het ziekenhuissysteem is hierbij erg belangrijk. Over het algemeen houden kinderen niet van wachten en vervelen ze zich al snel. Bijna alle participanten die ik interviewde merkten dan ook op dat vlot kunnen aankomen in het ziekenhuis en een vlot doorstroomsysteem het ziekenhuisbezoek of –verblijf heel wat aangenamer kunnen maken. De mama van Anse vertelde hierover: *“(...) dat ze niet te lang moeten wachten, want dat is ook niet leuk. (...) Dus een snel doorstroomsysteem”*. Ook op de afdeling moet volgens Anses mama soms lang gewacht worden voordat kinderen een kamer toegewezen krijgen: *“Aan de desk moet je soms zo lang zitten wachten.*

*Dat is daar zo'n heel geroezemoes van de verplegers\_\_". Rose gaf aan dat ze het niet fijn vindt om lang in de inkomhal te moeten wachten voordat ze naar de afdeling mag gaan. Haar papa heeft ondertussen een oplossing gevonden voor dit lange wachten bij de inschrijvingen: "We hebben daar op een gegeven moment de geautomatiseerde inschrijvingen via een automaat gevonden. En dat vind ik persoonlijk wel heel praktisch".*

Aankomen en wachten in het ziekenhuis moeten op een aangename en aangepaste manier kunnen gebeuren. Bij het realiseren van een kinderziekenhuis is het daarom van belang dat wanneer er een aparte inkomhal en wachtruimte voorzien zou worden voor kinderen, deze ook echt op kindermaat ontworpen wordt. Zo zou de schaal van de omgeving kinderen niet mogen afschrikken of overweldigen in een negatieve zin (De Wilde & Muylle, 2012). Volgens Cynthia Leibrock (2000: 196) voelen kinderen zich meer comfortabel bij een grote variëteit aan publieke en private ruimtes op een residentiële schaal dan wanneer er maar één of twee grote ruimtes voorzien zouden worden. Deze residentiële schaal en ruimtelijke differentiatie dragen verder bij aan een goede *way-finding*.

Om het wachten aangenamer te maken is het enerzijds belangrijk om mensen goed te informeren zodat ze weten aan welke wachttijden ze zich moeten verwachten en ze hierop voorbereid zijn. Anderzijds moet de wachtomgeving aantrekkelijk gemaakt worden en moet er positieve afleiding voorzien worden, wat ervoor zorgt dat het wachten minder lang aanvoelt. Dit is zeker interessant wanneer men de wachttijden moeilijk kan inschatten (De Wilde & Muylle, 2012).

### WAY-FINDING & ORIËNTATIE

Na het eerste contact met het ziekenhuis tijdens het aankomen, zal het kind het ziekenhuis verder gaan verkennen. Het moet zich, meestal samen met een ouder of andere begeleider, begeven naar een bepaalde afdeling voor een onderzoek of een verblijf. Wat hierbij voor patiënten en bezoekers, maar vooral voor kinderen van belang is, is een duidelijke circulatie en oriëntatie. In grote ziekenhuizen blijkt het vaak een probleem te zijn om op een vlotte manier de weg te vinden. Dit kan al snel voor stress zorgen. Aangezien een ziekenhuisbezoek of verblijf al heel wat spanning met zich meebrengt, zou deze extra stress zeker vermeden moeten worden.

Enkele ouders en kinderen gaven tijdens hun interview aan dat het in het begin vaak zoeken was naar de weg in het ziekenhuis. De jongste patiënt die ik interviewde, Silke, was hier best bezorgd om: *"Als je hier de eerste keer komt bijvoorbeeld\_\_ en je weet niet waar naartoe. Er staan alleen kleuren van pijlen\_\_ dus ze moeten meer schrijven wat dat is"*. Silke vertelde dat ze het in het begin heel moeilijk vond om de weg te vinden.

Deze *way-finding* en oriëntatie worden vaak besproken in de literatuur. Ook worden heel wat voorstellen gegeven en aanbeveling gedaan voor het ontwerpen van een duidelijke omgeving die *way-finding* en oriëntatie bevordert. Oriëntatie is één van de belangrijkste pijlers waar rekening mee gehouden moet worden in een zorginstelling. Je moet weten waar je je bevindt in en rondom een gebouw en hoe je op een bepaalde plek kan komen en vanuit deze plek weer naar binnen of naar buiten kan (Hoekstra & Van Liempd, 2004).

Volgens Wagenaar en Mens (2009) zorgt het niet goed weten waar men zich bevindt voor een onaangename ervaring en een verhoging van stress. Het is dus belangrijk om je continu goed te kunnen oriënteren in een gebouw. Dit kan aan de hand van een overzichtelijke lay-out en voldoende oriëntatiepunten. In eerste instantie is een goede bewegwijzering van groot belang, maar daarbovenop helpt het ook om de verschillende delen van het ziekenhuis van elkaar te onderscheiden door middel van de architectonische vormgeving. Wagenaar en Mens geven het voorbeeld van verpleeghuis La Valence Vivre in Maastricht, waarbij elke patiëntenkamer een eigen huisnummer en deurbel heeft en waarbij elke bijzondere ruimte bedrukt is met grote gravures en opschriften om het gemakkelijker te maken de juiste weg te vinden. Onderzoekers van het ruimtegebruik Ed Hoekstra en Ine Van Liempd (2004) voegen hieraan toe dat een zicht naar buiten het oriëntatiegevoel kan ondersteunen. Zij raden dus aan om inpanidige gangen en ruimtes zo veel mogelijk te vermijden.

Verder blijkt niet alleen een rechtstreekse link met de buitenomgeving door middel van ramen belangrijk te zijn. Ook binnenin het ziekenhuis kan er met glas gewerkt worden om ruimtes meer overzichtelijk te maken. Zo kan het bijvoorbeeld interessant zijn om glazen wanden te gebruiken tussen inkom en wachtruimtes. Het glas zorgt voor een mooie overgang en kinderen (en hun begeleiders) kunnen erdoorheen kijken om zich beter te oriënteren (Cynthia Leibrock, 2000: 189).

Een ander systeem om een duidelijke *way-finding* te voorzien in een ziekenhuis is het ontwerp aanpakken zoals dat van een stad. In *The Architecture of Hospitals* (Wagenaar, 2006: 124-129) wordt de opbouw van het Atrium Hospital in Heerlen beschreven. Hierbij werd gebruik gemaakt van de juiste straten, pleinen, ondergrondse passages en poorten om een logische opbouw te verkrijgen. Een opeenvolging van ruimtes met een eigen karakter ontwerpen was hierbij uiterst belangrijk. Men wilde geen reeks van lange gangen met kleine wachtruimtes bekomen.

Tot slot zijn nog heel wat andere ingrepen in het interieur mogelijk om *way-finding* in een ziekenhuis te bevorderen. Aase Eriksen (2001) geeft een voorbeeld waarbij kleuren gebruikt worden, zeker voor kinderen is dit volgens haar een leuke manier om de weg te vinden. Zo heeft in het voorbeeld van Eriksen elke verdieping een eigen kleur en worden kleurcodes gebruikt om aan te duiden waar zich patiëntenkamers, verpleegwachters, kantoren,... bevinden. Wel moet hierbij opgemerkt worden dat er momenteel met een kleurensysteem gewerkt wordt om de weg te vinden in campus Gasthuisberg, maar dat één van de patiënten opmerkte dat ze dit eigenlijk niet zo duidelijk vindt (zie hierboven).

#### RUIMTE VOOR POSITIEVE AFLEIDING

Na de eerste interacties met het ziekenhuisgebouw volgen nog heel wat andere wisselwerkingen met de ruimte. Zoals in de vorige paragraaf al besproken werd, hebben kinderen nood aan voldoende positieve afleiding, anders gaan ze zich al snel vervelen. Hiervoor moeten dan ook interessante ruimtes voorzien worden in het ziekenhuis. De professionele gebruikers zien het belang van ruimte voor positieve afleiding in. Wanneer gevraagd werd welke elementen volgens hen van belang zijn voor een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving bleek dit thema meermaals terug te komen: *"(...) ontspanningsruimte, speelruimte, dat daar ook een mogelijkheid toe is"*, *"Ruimte waar dat kinderen zich kunnen ontwikkelen en kunnen spelen"*, *"(...) en dan zo een plekje waar dat het ziek-gevoel of ziekenhuis-gevoel efkes wat minder aanwezig kan zijn, ja"*. Ook tijdens de interviews met de patiënten en hun ouders kwamen de mogelijkheden om te spelen en te ontspannen vaak terug. Zo werden de knutsel- en speelruimte, het muzieklokaal, de bibliotheek,.. meermaals aangehaald als leuke ruimtes. De mama van Anse vindt het voornamelijk fijn dat er ruimte specifiek voor de kinderen is: *"Ik vind dat wel goed, dat de kinderen daar hun eigen ruimte hebben in dat knutsellokaal"*. Verder waren er ook veel wensen naar nog meer ruimte voor leuke activiteiten, zo werd meermaals aangehaald dat het fijn zou zijn om een soort snoezelruimte te hebben op de afdeling. De professionele gebruikers durfden nog verder te dromen: *"Een fitnessruimte en een zwembad, dat willen wij he (...) voor de ouders en de adolescenten"*.

Wat verder belangrijk blijkt te zijn bij het voorzien van positieve afleiding, is dat deze op zoveel mogelijk momenten ter beschikking zou moeten zijn. Verschillende patiënten en ouders haalden aan dat het enorm spijtig is dat de speel- en knutselruimtes buiten de werkuren en in de weekends gesloten zijn. Anse bijvoorbeeld vindt het heel spijtig dat er in het weekend geen activiteiten zijn: *"Ik verveel mij echt te pletter in het weekend\_\_"*. Ook tijdens mijn vrijwilligerswerk in het Koningin Paola Kinderziekenhuis merkte ik op dat de patiënten het heel spijtig vonden wanneer het weekend naderde. Sommige kinderen vroegen ons meermaals of we toch niet op zaterdag ook konden komen om leuke dingen te doen.

Wat vooral een probleem blijkt te zijn, is de nood aan toezicht in speel- en ontspanningsruimtes. Wanneer niemand erop kan toezien dat de ruimtes correct gebruikt worden, worden deze afgesloten. Zo werkt de spelbegeleiding niet in het weekend, waardoor het speellokaal gesloten wordt. Tijdens het Q-forum werd aangehaald dat het erg spijtig is dat hierdoor leuke ruimtes op veel momenten niet gebruikt kunnen worden. Er werden dan ook heel wat voorstellen gedaan om het probleem van de nood aan toezicht op te lossen. Zo zou

er met vrijwilligers gewerkt kunnen worden, of men zou de speelruimte deels kunnen afsluiten buiten de werkuren, maar ook een deel kunnen openhouden, zodat kinderen er 's avonds en in de weekends wel gebruik van kunnen maken.

Tot slot mogen we de revalidatieruimte niet vergeten, ook deze kan voor positieve afleiding zorgen in het ziekenhuis. Veel kinderen die in een ziekenhuis verblijven, moeten hiervan gebruik maken, maar vaak vinden kinderen revalideren niet fijn. Toch kan revalideren ook leuk zijn. Zo vertelde Silke bijvoorbeeld dat ze naar de kinesist gaan heel leuk vindt omdat ze daar op de Wii mag dansen. Voor haar is revalideren dus best een positieve ervaring. Ook voor oudere kinderen zou dit zo moeten zijn. De professionele gebruikers merkten het belang van een leuke, interessante revalidatieruimte op, met het oog op kinderen als gebruikers: *“Een aangename revalidatieruimte, dat zou wel het van het zijn. Want dat is niet aangenaam\_\_ nog voor kleine kinderen, nog voor adolescenten om te moeten revalideren he, kiné doen. Maar ik denk als ge dat kunt inkleden in\_\_ (...) Een fitnesszaaltje zowel als voor kleine kinderen om iets te doen\_\_ In plaats van de gewone ja, turnzaal zoals dat nu is. Als ge dat op een andere, speelse manier kunt doen, dan is dat toch wel\_\_ dat zou toch wel echt\_\_”*. De revalidatieruimte zou kinderen vooral moeten aanmoedigen om te oefenen: *“(...) de inrichting, dat is twee keer zo belangrijk. Dat dat motiverend is voor kinderen\_\_”*.

We kunnen concluderen dat een kind in een ziekenhuis tijdens een bezoek of verblijf voldoende mogelijkheden moeten krijgen om in interactie te gaan met zijn omgeving zodat het afleiding kan vinden. In ‘The Child Development Supportive Building’ van Kopvol Architecture & Psychology (2012) worden enkele ontwerpcriteria voor een ondersteunende ziekenhuisomgeving voor kinderen voorgesteld. Eén van deze criteria zegt dat 25% van de totale vloeroppervlakte van een afdeling vrijgehouden zou moeten worden als afleidings- en bewegingsoppervlak. Deze ruimte moet vrije ruimte zijn die in contact staat met de semi-publieke ruimte en die dicht bij de buitenomgeving gelegen is.

### INTERACTIE MET RUIMTES

Tot slot kunnen we algemeen de interactie tussen kind en ruimte bespreken. Uit de interviews bleek dat kinderen houden van openheid. Het bij elkaar kunnen zitten als één grote familie werd ook in hoofdstuk 4 besproken. Over open ruimtes waren patiënten en ouders heel positief, bijvoorbeeld over de dagzaal van campus Gasthuisberg: *“Vooral omdat het ook op dagzaal hier zo open is\_\_ maak je contact met andere mensen\_\_ en vind je ook steun bij andere ouders”* (mama van Emiel). Een open ruimte geeft immers meer mogelijkheden om een wisselwerking tussen kind en gebouw te bekomen. Je hebt een ruimer overzicht en kan dus beter controle en oriëntatie behouden.

Verder vertelden de professionele gebruikers over de huidige gangen op de afdelingen: *“We hebben zo ene rechte, reuze lange gang, dus dat is eigenlijk deprimerend\_\_ en imponerend ook. Dat je denkt van mannekes\_\_”*. De ziekenhuisgangen zijn ruimtes waarmee een kind veel in aanraking komt, ook deze moeten dus een aangename interactie mogelijk maken. In hoofdstuk 4 werd duidelijk dat ziekenhuisgangen soms als stockageplaats gebruikt worden omdat er niet voldoende plaats is op de afdelingen. De professionele gebruikers gaven daarom aan dat er voldoende bergruimte voorzien zou moeten worden, zodat de gangen vrij kunnen blijven en kinderen er vrij kunnen rondlopen en spelen. Ook in de literatuur is het belang van interessante gangen terug te vinden. Gangen zouden niet lang en recht mogen zijn, maar zouden net moeten draaien en keren. Dit kan voor een natuurlijke opdeling van afdelingen zorgen (Eriksen 2001).

In smalle rechte gangen is het echter niet praktisch om kinderen te laten spelen, daarom stellen de professionele gebruikers voor om met inhammen te werken in de gang: *“Er zou zo'n soort inham moeten zijn waar ze kunnen spelen, en daar kunt ge dan bijzitten [als ouder]”*. Enkele ouders leken het ook fijn te vinden om inhammetjes met zetels in de gang te hebben. Op die manier kan je een beetje apart zitten, maar blijf je toch het contact met de gang en de openheid bewaren.

### 5.2.3.2 Vormgeving & interieur

Kinderen gaan tijdens hun ziekenhuisbezoek- of verblijf niet alleen in interactie met het gebouw zelf, ze gaan ook in interactie met de vormgeving en het interieur van het gebouw. Ook deze elementen zullen dus van belang zijn in onze zoektocht naar wat een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving nu precies betekent voor kinderen.

#### KINDVRIENDELIJKE VORMGEVING

Tijdens de interviews ging het opmerkelijk vaak over de vormgeving en het interieur van het ziekenhuis. Over het kleurgebruik waren de meeste patiënten en ouders het eens: er moet meer kleur zijn, maar het moeten wel rustige kleuren zijn. Dit is vooral belangrijk om een fris en open gevoel te bewaren volgens de mama van Emiel: *“(...) ja ik denk wel dat dat licht moet zijn\_\_ anders ga je nog meer het gevoel hebben van opgesloten te zitten”*. Anse wist te vertellen hoe het ziekenhuisinterieur er voor haar zou moeten uitzien: *“(...) gewoon een licht blauw of zo\_\_ en dan gewoon een neutrale tegel. En dan zo leuke schilderijen, niet al te bombastisch, en in hetzelfde thema. Dus bijvoorbeeld allemaal schilderijen van bloemen, doorheen heel het ziekenhuis”*. Verder weet Anse wat ze echt niet mooi vindt aan het ziekenhuis en wat zeker anders zou moeten: *“Dat alle muren een kleur moeten hebben\_\_ en geen gespikkeld ding [de wand- en vloerbekleding], want allee, dat vind ik echt vies. Boven aan de muur hangen er zo van die witte en gekleurde stippen, en dan zo op de vloer ook. En hier op de vloer ook, maar dan weer met blauwe tinten. (...) dat ben ik echt al beu gezien”*. Anse associeert het ziekenhuis met de typische linoleum wand- en vloerbekleding (zie fig. 5.7 en 5.8). Deze zou voor haar duidelijk anders mogen. De mama van Anse vertelde over haar ideeën van een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving: *“Een aangename omgeving, iets wat niet afschrikt, wat geen angst oproept. Zachte materialen misschien ook ergens. Iets wat op kinderen, maar toch ook op verschillende doelgroepen is afgestemd. Niet alleen op hele kleine kindjes”*. Hier komt het belang naar voren van een omgeving die geschikt is voor alle leeftijdscategorieën die op een kinderafdeling aanwezig zijn.



**Figuren 5.7 & 5.8** Linoleum vloeren in het ziekenhuis

Volgens professor in de verpleegkunde Jane Coad en kinderarts Nigel Coad (2008) begint een kindvriendelijke vormgeving met het voorzien van een verwelkomende en uitnodigende inkomhal. Voldoende licht, schilderijen of andere decoratie en verwelkomende borden of tekens kunnen hierbij helpen. De ziekenhuisomgeving moet uitstralen dat kinderen er welkom zijn. Wel moet er rekening mee gehouden worden dat de omgeving ook volwassenen hoort aan te spreken. Ook zij komen, als begeleidend persoon of als bezoeker, in een kinderziekenhuis terecht. De professionele gebruikers hadden het eveneens over het belang van het toekomen in een ziekenhuis op een aangename manier. Vooral de huidige situatie van campus Gasthuisberg vinden ze maar niets. Volgens hen is het in heel wat andere ziekenhuizen veel aangenamer om toe te komen.

Aase Eriksen (2001) stelt in haar onderzoek enkele concepten voor die kunnen gebruikt worden bij het ontwerpen van kinderziekenhuizen. Zo stelt ze dat het het exterieur moet zijn dat kinderen meteen laat zien dat dit een plek voor hen is. Vervolgens dient men binnen te komen in een inkomhal die op zijn beurt een verwelkomend gevoel voor kinderen uitstraalt. Om dit gevoel te bekomen kunnen kleurrijke materialen en speelse elementen zoals een waterval langsheen een muur gebruikt worden. Ook in het verdere interieur van het ziekenhuis kan kleurgebruik centraal staan. Eriksen stelt hiermee dat het belangrijk is om ook al buiten het ziekenhuisgebouw duidelijk te maken dat kinderen er welkom zijn.

Tijdens het Q-forum merkte een aanwezige op dat het inderdaad leuk zou zijn moest er wat meer kleur in de gevel zitten, zodat een kind hier tot aangetrokken wordt. Hierover ontstond wat discussie. Moet je van buiten al zien dat het een kinderziekenhuis is, of moet je dit net vanbinnen laten zien?

De vormgeving van een ziekenhuis kan aan de hand van thema's gebeuren. Wel moet hierbij weer opgemerkt worden dat 'kindvriendelijk' niet 'kinderachtig' mag worden. Uit onderzoek rond thematisering van ziekenhuizen bleek dat kinderen van verschillende leeftijdsgroepen grotendeels dezelfde thema's uitkiezen als favoriet: zee, natuur en dieren, maar dat ze deze thema's op een heel verschillende manier interpreteren. Van cartoons van vissen op de muur voor jongere kinderen tot conceptuele golven en patronen voor oudere kinderen. Verder volgt uit het onderzoek dat er geen absolute zijn wat betreft voorkeuren voor thema's en kleuren. Voorkeuren zijn steeds (licht) verschillend bij kinderen omwille van psychologische en culturele redenen. Ook leeftijden spelen hierbij een rol. In de toekomst zullen voorkeuren steeds blijven veranderen. Er bestaat dus geen volledig juiste oplossing voor de vormgeving van een kinderziekenhuis. De opdracht bestaat erin om voldoende variatie te voorzien en zo veel mogelijk mensen aan te spreken (Coad & Coad, 2008).

Hoewel er nog niet veel helende effecten van bekend zijn, lijkt iedereen het ermee eens te zijn dat kleurgebruik, kunst en verlichting belangrijke elementen zijn die de sfeer in een ruimte bepalen. Deze sfeer die een ruimte weergeeft heeft dan weer een invloed op het welbevinden van patiënten. Het is dus belangrijk dat er voldoende aandacht besteed wordt aan de vormgeving (Wagenaar & Mens, 2009).

We kunnen besluiten dat kinderziekenhuizen een verwelkomende uitstraling moeten hebben naar kinderen toe, dit doorheen heel het gebouw. De gehele ziekenhuisomgeving – ruimtelijke organisatie, interieur en vormgeving – is immers een belangrijke bondgenoot voor kinderen om met hun situatie om te kunnen gaan. De omgeving zou dus geen al te steriele of functionele sfeer mogen uitstralen (De Wilde & Muylle, 2012).

### MEUBILAIR & SANITAIR

Ook de inrichting van het ziekenhuis blijkt een belangrijk aspect te zijn voor kinderen. In alle interviews kwam het 'oubollige' meubilair wel eens aan bod. Kinderen willen geen saaie, oude meubels in het ziekenhuis. Ze willen net een vrolijk en huiselijk interieur. Ook de invulling van de ziekenhuisomgeving zou dus aangepast moeten worden aan kinderen. Zo zullen ze er sneller mee in interactie willen gaan. Patiënten en ouders lijken het belangrijk te vinden dat de meubels er niet te 'ziekenhuis-achtig' uitzien. De papa van Rose probeert te beschrijven hoe de meubels er zouden moeten uitzien: *"Dat is natuurlijk niet zo'n simpele vraag... (...) Ja, een beetje minder klinisch. Een beetje speelser denk ik, op een jeugdige manier ja"*.

Het ziekenhuis aanpassen aan de 'kindermaat' kan ook heel letterlijk genomen worden. De professionele gebruikers hadden het hierover wanneer ze over een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving spraken: *"Ik had op maat van kinderen, dus dingen ook kleiner maken, dan denk ik soms aan de kleinere kinderen"*, *"(...) aanbod op maat. En dat bedoel ik ook redelijk letterlijk bij momenten, dat dingen ook op kinderhoogte zijn soms. Ik vind het altijd geweldig als ik ergens kom en mijn kinderen kunnen op zo'n klein toiletje gaan zitten. Dat ge zelf ernaast kunt gaan. Dat is tof! Of dat die hun handjes kunnen wassen, een lagere lavabo. Zo van die dingen dat mis ik soms wel. Mama's moeten er al zo een hele dag naast zitten"*. Ook om ouders te ontlasten kan het dus helpen om meubilair op maat van kinderen te voorzien.

Dat kinderen meer zelfstandig zouden moeten kunnen handelen in het ziekenhuis vond ik ook terug in de literatuur. Leibrock (2000) vertelt over een ziekenhuisomgeving waarin kinderen zichzelf kunnen verplaatsen,



eventueel in een rolstoel, zonder hiervoor hulp nodig te hebben. Ze geeft hiervoor heel wat ontwerpvoorstellen en -richtlijnen. Er moet gewerkt worden met aangepaste deurklinken, balustrades,... zodat deze ook door kleinere kinderen gebruikt kunnen worden. Tijdens het ontwerpen moet er goed in het achterhoofd gehouden worden dat kinderen minder handig zijn dan volwassenen, hun motoriek is minder ontwikkeld. Om ervoor te zorgen dat ze zich zelfstandig kunnen bewegen doorheen de ruimte zou men objecten zoals deurklinken en lichtschakelaars daarom zo moeten ontwerpen dat ze met een gesloten vuist te gebruiken zijn. Verder moet, net zoals de professionele gebruikers het aanhalen, het meubilair meer op kindermaat gemaakt worden. In wachtruimtes kunnen bijvoorbeeld kleinere zitjes gebruikt worden voor de jongere kinderen. Dit moet wel steeds in combinatie met gewoon meubilair gebeuren, zodat zowel kinderen als ouders gebruik kunnen maken van de omgeving.

Deze nood aan voldoende (aangepast) meubilair heeft nog een extra belang: het moet kinderen stimuleren om uit bed te komen. De mama van Emiel merkt op dat het beter zou zijn moest haar zoon inderdaad niet zo veel in bed blijven liggen: *“Zo misschien ook meer een\_\_ Ja een bureauke of tafelke. Dat je niet altijd in dat bed\_\_ Want jij [Emiel] ligt nu gemakkelijk, je bent dan meestal ook wel ziek\_\_ Je hebt toch de neiging om in uw bed te blijven. Misschien zowat iets of wat, een tafeltje, hoekske, dat meer aantrekt om\_\_ Ik ga daar efkes zitten”*. Emiel zelf is het hier helemaal mee eens. De papa van Rose vertelde hier ook over tijdens zijn interview, volgens hem is het gebrek aan meubilair de oorzaak dat kinderen zo veel in bed blijven liggen: *“Dan ben je eigenlijk gedwongen om in dat bed te gaan liggen of zitten (...) je kan dan eigenlijk voor de rest niet veel meer doen\_\_”*. Door dit gebrek aan meubilair wordt er maar weinig tot geen interactie gemaakt met de patiëntenkamer. De patiënten zelf lijken het eveneens belangrijk te vinden dat er in de kamer voldoende mogelijkheden zijn om uit bed te komen. Rose vertelde dat ze een tafel heel leuk zou vinden zodat ze 's morgens aan tafel kan ontbijten met haar mama of papa in plaats van in bed te moeten eten, of om eens een spelletje te spelen. Silke merkt ook op dat een tafel leuk zou zijn, bijvoorbeeld wanneer er familie langskomt.

De professionele gebruikers kaartten het probleem van aangepast en interessant meubilair aan. Ze vinden dat het 'stimulerende' aspect momenteel ontbreekt op de afdelingen. Ze willen dan ook meer en beter meubilair in de kamers: *“Een goed bed, maar ook ne goeie zetel, ne stoel\_\_”, “Awel plaats om te zitten ook he, want dat bed dat kennen ze, maar\_\_”, “Een tafel op maat en een stoel op maat, ja”, “Ja inderdaad, een mat op de grond voor de kleintjes om te spelen (...). Dat ze eruit kunnen, uit dat bed he”, “Ja ja, nu kunnen ze vaak niet aan een tafel eten, ze zitten aan de vensterbank, de vensterbank is de tafel he”*. Eén van de professionele gebruikers stelde dat het ziekenhuisbed overdag eigenlijk vaak overbodig is voor kinderen: *“En een ander systeem van bedden he. Sommige kinderen hebben het bed niet nodig in de dag, dus als ge dat zou kunnen inklappen\_\_”, “Opbergen he, dat ge meer een leefruimte hebt eigenlijk dan een slaapkamer”*. De Wilde & Muyllé (2012) benadrukken dit belang van een uitdagende omgeving die positieve afleiding aanbiedt zodat kinderen aangemoedigd worden om uit bed te komen en ondernemend te zijn.

Een ander element van de patiëntenkamer dat vaak aangehaald werd, is de badkamer. Heel wat patiënten geven aan dat ze het huidige sanitair liever niet gebruik omdat het 'vies' en 'oud' is, ze mijden interactie. Zo vertelde de mama van Anse dat de badkamers momenteel te oubollig zijn: *“Anse zal daar niet gemakkelijk een douche nemen. Ze probeert dat zo veel mogelijk thuis te doen en dan hier zo veel mogelijk te beperken. (...) omdat dat niet aangenaam is die douches hier, die zijn oud en vies en versleten”*. De badkamers in het ziekenhuis zouden daarom eveneens aangepast moeten worden aan kinderen en mooi en fris moeten ogen. Wat hierbij nog opgemerkt moet worden, is dat het sanitair aangepast moet zijn aan alle leeftijden. Emiel en zijn mama hadden het hier tijdens hun interview over. Ook grotere kinderen zouden zich gemakkelijk moeten kunnen wassen in de badkamer op de kamer. Verder zouden ze het interessant vinden moest er op elke afdeling een grotere badkamer voorzien worden met een echt bad, waar je je eens rustig kan wassen: *“Met zo'n therapeutisch bad dan, dat je omhoog kunt doen en verzetten. (...) Dat is tof om je daar te kunnen wassen, zeker op hun leeftijd”*.

### 5.2.3.3 Interactie met de buitenomgeving

Naast rechtstreekse interactie met de ziekenhuisomgeving lijken patiënten het belangrijk te vinden om ook met de buitenomgeving in contact te kunnen komen. Deze interactie met de buitenomgeving kan gezien worden als een vorm van positieve afleiding. Ze kan zowel op een heel directe manier als op een meer indirecte manier ontstaan. Dit wordt hieronder verder besproken.

#### RECHTSTREEKSE INTERACTIE MET DE BUITENOMGEVING

De mogelijkheid hebben om eens naar buiten te kunnen gaan werd in veel interviews aangehaald. Dit gaat gepaard met het behouden van de vrijheid tijdens een ziekenhuisopname. Even naar buiten kunnen gaan lijkt voor de kinderen aan te voelen als even te kunnen ontsnappen aan het ziekenhuis. Ouders en patiënten haalden vooral het belang van een buitenruimte dicht bij de hospitalisatie-afdeling aan. Zodat er niet te ver gegaan moet worden om buiten te kunnen. Dit stelde ook de mama van Anse: *“Dat ze [de patiënten] veel sneller, directer, ergens buiten zouden kunnen. Naar een plaatsje dat voor hen voorzien zou zijn, al is het maar een heel klein mini-tuintje”*. Uit haar uitleg blijkt dat de eisen niet eens zo groot zijn, ze wil alleen op een gemakkelijke manier ergens buiten kunnen gaan met haar dochter. Anse zelf vertelde ook over haar wens voor een buitenruimte zonder al te grote eisen te stellen: *“Een terrasje\_\_ (...) Zodat je wat kan buiten zitten, met wat plantjes en nep-gras op de grond”*. Zelfs het gras hoeft niet echt te zijn voor Anse, ze wil gewoon het gevoel van het ‘buiten zijn’ kunnen ervaren wanneer ze in het ziekenhuis verblijft. De professionele gebruikers haalden aan dat het noodzakelijk is voor kinderen om fysiek in contact te kunnen komen met de buitenomgeving: *“Kinderen zouden buiten moeten kunnen (...)”*, stelde één van de deelneemsters, waarop er heel wat bevestigden dat dit ook voor hen erg belangrijk is.

In hoofdstuk 3 werden de voordelen van een *healing garden* aangehaald. Een ziekenhuis zou een dergelijke buitenomgeving kunnen voorzien als een vorm van positieve afleiding voor de patiënten. Een *healing garden* zou immers stress-verminderend werken doordat je erin kan bewegen, mensen kan ontmoeten, keuzes kan maken en contact kan hebben met de natuur.

#### ONRECHTSTREEKSE INTERACTIE MET DE BUITENOMGEVING

Rechtstreeks contact met de buitenomgeving is echter niet altijd mogelijk tijdens een ziekenhuisverblijf. Uit de interviews kon ik opmaken dat kinderen de afdeling soms niet mogen verlaten wanneer ze erg ziek zijn. Ook op een minder directe manier zou er dus interactie mogelijk gemaakt moeten worden. Zo blijkt voldoende invallend daglicht een belangrijk aspect te zijn. De papa van Rose merkte op dat het fijn zou zijn moest er ook in de gangen op de afdelingen natuurlijk daglicht kunnen binnenvallen, in de huidige situatie van de kinderafdeling oncologie is dit niet het geval en dat vindt hij erg spijtig. Wel valt er in de patiëntenkamers op deze afdeling voldoende licht binnen, wat Rose en haar papa dan ook als erg aangenaam ervaren. In de literatuur is terug te vinden dat dit invallend daglicht niet alleen belangrijk is om een aangename omgeving te creëren. Het zou ook een positief effect hebben op heel wat aspecten zoals ligduur, moraal en het ervaren van pijn en stress (Wagenaar & Mens, 2009: 34). Voldoende daglicht kunnen we dus zien als een eerste onrechtstreekse manier om een connectie te maken tussen patiënt en buitenomgeving.

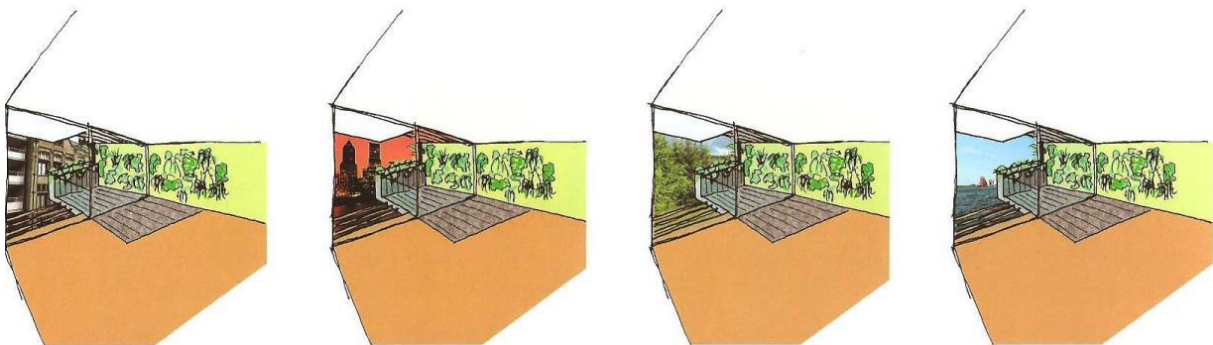
Vervolgens zijn er nog andere manieren om interactie met de buitenomgeving mogelijk te maken op een indirecte manier. Zo merkten de professionele gebruikers tijdens het focusgroepinterview op dat een interessant buitenzicht erg belangrijk is. Kinderen moeten mensen kunnen zien, bussen, beweging,... *Evidence-based design* onderzoeker Roger Ulrich (1984) onderzocht meermaals de effecten die het uitzicht vanuit een patiëntenkamer kan hebben op het genezingsproces. Hij toonde aan dat een uitzicht op groen meetbaar positieve effecten heeft, terwijl een zicht op een blinde muur het genezingsproces net vertraagt.

Tijdens de interviews met patiënten en ouders had ik het bewust over dit uitzicht uit de ramen. Ik was benieuwd of hun meningen zouden overeenkomen met wat ik in de literatuur reeds gelezen had. Anse bleek

het volledig eens te zijn met het zicht op groen en natuur. Wanneer ik haar vroeg wat ze het liefst doorheen de ramen van het ziekenhuis zou kunnen zien antwoordde ze heel overtuigd: *“Een zee of een bos\_\_ Allé, gewoon natuur”*. Andere patiënten en ouders lieten blijken dat ze een zicht op groen zeker fijn zouden vinden, maar voor velen leek vooral de connectie met het leven buiten de ziekenhuismuren en een ver zicht belangrijk te zijn. Zo ook voor Emiel die het volgende wenste te zien: *“(...) heel de stad. Vooral een ruim zicht. (...) Al zijn dat auto’s die er rijden, dan zie je iets gebeuren ook he. Als je maar een ruimer zicht hebt”*. Rose leek het fijn te vinden om naar de bussen te kunnen kijken die bij het ziekenhuis stoppen en om de stad te kunnen zien. Wel zouden er voor haar nog iets meer bomen te zien mogen zijn. Ook ouders haalden aan dat het belangrijk is om te kunnen blijven deel uitmaken van het dagelijkse leven, al is het maar door een zicht erop. Dit is iets wat ik zelf in de literatuur nergens las. De nadruk wordt vooral op een groene omgeving gelegd. Ergens is het wel logisch dat patiënten zoeken naar een link met het dagelijkse leven. Volgens de papa van Rose heeft dit er vooral mee te maken dat ziek zijn voor een soort van isolatie zorgt: *“Want uw wereld wordt heel snel heel klein\_\_”*. Patiënten gaan dan ook op zoek naar een manier om deze isolatie te doorbreken. De patiënten en ouders hebben dus geen al te hoge verwachtingen, als er maar wat gebeurt waar ze naar kunnen kijken. Dit in combinatie met wat groen in de omgeving lijkt ideaal.

Om onrechtstreeks contact met de buitenwereld mogelijk te maken, zijn gepaste ontwerpingsrepen nodig. Aangezien kinderen het belangrijk vinden om naar buiten te kunnen kijken zodat ze het contact met de buitenwereld kunnen behouden, moet ervoor gezorgd worden dat dit op een gemakkelijke manier kan gebeuren. Ramen zouden daarom zo ontworpen moeten worden dat kinderen er vlot doorheen kunnen kijken, ze zouden dus niet te hoog geplaatst mogen worden. Zelfs vanuit het bed zou een wisselwerking tussen kind en buitenomgeving mogelijk moeten zijn (Leibrock, 2000).

Tot slot kan men trachten de buitenomgeving naar binnen te brengen. In *Healing Environment* wordt een ontwerp van Wentink Architecten voorgesteld (Wagenaar & Mens, 2009: 90-93). Het kernidee achter dit ontwerp is het voorzien van contact met ‘buiten’. Door middel van een groene wand bekleed met planten wordt de natuur als het ware naar binnen gebracht. Zo is het volgens de architecten ook minder van belang in welk landschap het gebouw precies gesitueerd is (zie fig. 5.9). Verder wordt de natuur naar binnen gehaald door het gebruik van natuurlijke materialen en het openstellen van de buitengevel door wand brede openingen



**Figuur 5.9** Natuur wordt naar binnen gebracht door middel van een groene wand

## 5.3 Besluit

In dit hoofdstuk werden enkele belangrijke aspecten besproken in de zoektocht naar wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur betekent vanuit het perspectief van het zieke kind. Ook werden bij bepaalde thema's enkele ontwerpvoorstellen en –aanbevelingen besproken wanneer dit relevant was.

Opmerkelijk is dat de bevindingen die ik uit mijn interviews haalde niet altijd overeen blijken te komen met wat er reeds in de literatuur terug te vinden is. Zo wordt in de literatuur aangehaald dat mensen een zicht op groen en natuur vanuit de patiëntenkamer verkiezen boven andere uitzichten. In heel wat van mijn interviews werd de nadruk echter gelegd op een zicht op het 'leven buiten de ziekenhuismuren'. Patiënten willen beweging zien, ze willen mensen en voertuigen voorbij zien komen. Groen blijkt eerder een leuke extra te zijn, maar hier werd veel minder aandacht aan geschonken. Ook wat betreft privacy-eisen kwamen mijn bevindingen niet helemaal overeen met de literatuur. Zo zou privacy belangrijker zijn voor oudere kinderen dan voor jongere kinderen. Ik merkte tijdens mijn interviews echter op dat dit ook afhangt van hoe vertrouwd kinderen al zijn met het ziekenhuis. Kinderen die vaker in het ziekenhuis komen en er al meer mensen kennen, lijken meer open te staan voor contact met de rest van de ziekenhuisomgeving. Het is voor hen minder noodzakelijk om goed afgesloten van de anderen te liggen en op zichzelf te kunnen zijn.

Verder zijn er bevindingen die tot nu toe nog niet expliciet terug te vinden zijn in de literatuur. De rol van multimedia en technologie bijvoorbeeld, is vandaag onmisbaar geworden. Het is een aspect dat in bijna alle interviews naar voren kwam, maar waar ik weinig informatie over terugvond tijdens de literatuurstudie. Ook werden mogelijkheden tot positieve afleiding besproken. Uit de bevindingen bleek dat elementen die bij het genezen horen eveneens kunnen bijdragen tot deze positieve afleiding. Zo kan ook de revalidatieruimte deze rol op zich nemen wanneer ze doordacht ontworpen wordt.

Tot slot wil ik nog even opmerken dat het grote leeftijdsverschil tussen patiënten op de afdelingen in heel wat thema's bleek terug te komen. Verschillende leeftijdsgroepen zullen onvermijdelijk bij elkaar terecht komen in het ziekenhuis. Belangrijk om hierbij te onthouden is dat een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving geen kinderachtige ziekenhuisomgeving mag worden. Een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving houdt rekening met alle leeftijdsgroepen en niet alleen met de kleinsten. Verder moet er belang gehecht worden aan de rol die ouders spelen in het genezingsproces van hun kind.

# HOOFDSTUK 6: ONTWERPEN VAN KINDVRIENDELIJKE ZIEKENHUISARCHITECTUUR

In het vorige hoofdstuk werd onderzocht wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur betekent vanuit het perspectief van het zieke kind. De aspecten die hierin naar voor komen, werden ondersteund door de meningen van verschillende partijen bij elkaar te brengen en te confronteren met de literatuur. In dit hoofdstuk wordt de kant van het ontwerp belicht. Hoe wordt kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur in de ontworpen? De centrale vraag hierbij is: hoe kunnen de verschillende visies vanuit de verschillende invalshoeken gerealiseerd worden in een concreet ontwerp voor een kinderziekenhuis?

Eerst wordt in kaart gebracht wat er allemaal komt kijken bij het ontwerpen van kinderziekenhuizen. Vervolgens wordt de *case* van het UZ Leuven in detail geanalyseerd. We bekijken in eerste instantie welke inbreng de verschillende partijen gehad hebben bij het ontwerp van het vrouw-kind ziekenhuis. Daarna wordt een analyse gemaakt van de plannen voor het toekomstige ziekenhuis.

In dit hoofdstuk werd gebruik gemaakt van data uit de interviews met de opdrachtgever en ontwerper van het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis. De gebruikte *quotes* in dit hoofdstuk komen uit deze interviews, tenzij anders aangegeven.

## 6.1 Het ontwerpen van ziekenhuizen

Bij het tot stand komen van een nieuw ziekenhuis komt heel wat meer kijken dan bij het ontwerpen van bijvoorbeeld een woning. Eerst en vooral zijn er de verschillende belanghebbende partijen die allemaal gehoord willen worden en inspraak willen krijgen in hoe het nieuwe ziekenhuis er zal gaan uitzien, maar verder zijn er ook andere factoren – zoals het langdurige realisatieproces, de uitgebreide regelgeving en het moeten samenbrengen van verschillende visies – die het realiseren van een nieuw ziekenhuis complexer maken. Zeker wanneer we gaan kijken naar het ontwerpen van kinderziekenhuizen is dit zo, aangezien de doelgroep jonge patiënten zijn die nog niet altijd in staat zijn om hun mening te laten gelden. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de factoren die het ontwerpen van een (kinder)ziekenhuis bemoeilijken.

### 6.1.1 Een langdurig realisatieproces

Een eerste factor die het tot stand komen van een ziekenhuis dat inspeelt op de huidige noden bemoeilijkt, is het langdurige proces dat eraan vooraf gaat. Dit lieten zowel de medewerkers van de dienst Ruimte Planning als de ontwerper van het vrouw-kind ziekenhuis blijken. Zo moeten er heel wat stappen doorlopen worden vooraleer de bouw van een nieuw ziekenhuis gestart kan worden. Het programma moet tot in het detail uitgewerkt worden en er moet een duidelijke visie zijn die door alle partijen ondersteund wordt. In het geval dat het ontwerp via een wedstrijd wordt georganiseerd (dus in het geval van het vrouw-kind ziekenhuis), moeten de kandidaten de tijd krijgen om een ontwerp te maken. Vervolgens moet er een ontwerper gekozen worden en deze kan uiteindelijk gaan werken aan een definitief ontwerp, dat hoogstwaarschijnlijk onderweg nog meerdere keren aangepast moet worden vooraleer de bouw van het nieuwe ziekenhuis van start kan gaan.

Een partij die hierbij een belangrijke rol speelt is de overheid, deze heeft veel zeggenschap in het hele proces aangezien zij deels instaat voor de financiering ervan.

Om aan te tonen dat een realisatieproces van een nieuw ziekenhuis heel lang kan aanslepen nemen we het voorbeeld van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis van het UZ Leuven erbij. Tijdens een gesprek met enkele medewerkers van de dienst Ruimte Planning kwam ik te weten dat men al heel wat jaren bezig is met dit nieuwe project (Glorieux & Derwael, persoonlijke communicatie, 2013). In 2005 werd voor de eerste keer een aanvraag ingediend bij de overheid tot subsidiebelofte van het project. Pas in 2010 kon een geactualiseerd aanvraagdossier, dat aangepast werd aan de nieuwe regelgeving, ingediend worden bij de overheid en midden 2012 werd het project uiteindelijk goedgekeurd door de bevoegde overheidscommissie. Hierdoor kon men pas in 2013 beginnen werken aan de definitieve plannen van het nieuwe ziekenhuis. Als alles verder goed verloopt zal men in de zomer van 2014 eindelijk van start kunnen gaan met de bouw van het vrouw-kind ziekenhuis. Dit bouwproces zal – vanwege de grootte van het project – heel wat tijd in beslag nemen, momenteel verwacht men dat het ziekenhuis in 2018 in gebruik genomen zal kunnen worden.

Als we het realisatieproces van het vrouw-kind ziekenhuis volledig gaan bekijken, zien we dat er tussen de eerste aanvraag van het project bij de overheid en de verwachte ingebruikname van het gebouw maar liefst dertien jaar zit. Enerzijds is het lastig dat wanneer er nood is aan een nieuw ziekenhuisgebouw hier uiteindelijk nog zo veel jaren op gewacht moet worden vooraleer het gebouw er uiteindelijk zal zijn. Er moet dus al ruim op voorhand nagedacht worden over wanneer er nood zal zijn aan een nieuw gebouw. Anderzijds heeft dit langdurige realisatieproces ook een ander groot gevolg. Zo moet men meer dan tien jaar op voorhand al weten aan welke voorwaarden het toekomstige ziekenhuis zal moeten voldoen dat uiteindelijk pas heel wat jaren later gerealiseerd zal worden en dan nog eens zeker twintig jaar moet meegaan. In onze huidige maatschappij die enorm snel ontwikkelt op vlak van wetenschap en technologie, is dit alles behalve voor de hand liggend. Zo moet men al ver op voorhand weten voor welke functies en technologieën er plaats moet voorzien worden in het nieuwe gebouw, wat het ontwerpen van een ziekenhuis heel wat moeilijker maakt.

### 6.1.2 Een uitgebreide regelgeving

Een andere factor die sterk bepaalt hoe een nieuw ziekenhuis er zal gaan uitzien, is de strenge regelgeving die er bestaat voor ziekenhuisgebouwen. Zo zijn er heel wat regels wat betreft ziekenhuishygiëne, onderhoud en andere aspecten, deze bepalen welke ontwerp oplossingen en materialen gebruikt mogen worden in het ziekenhuis. Vaak zorgen deze regels helaas voor heel wat beperkingen voor de ontwerpers van ziekenhuizen.

Voor de ontwerper van het vrouw-kind ziekenhuis, Tycho Saariste, is het bijvoorbeeld heel belangrijk dat er natuur en groen aanwezig is in het gebouw, maar dat heeft al voor heel wat discussies gezorgd. Vaak wordt immers gezegd dat planten stoffig en oud worden en dat ze niet brandveilig zijn. Natuurlijk beseffen de ontwerpers dat planten meer onderhoud vragen, maar dat is iets dat erbij genomen moet worden als je een aangename omgeving wil creëren. Zo wil Saariste bijvoorbeeld graag een grote plantenwand bij elke wachtzone, maar sommige mensen beginnen dan te speculeren dat dit niet mag van de brandweer. Saariste begrijpt dat er heel wat regels gerespecteerd moeten worden, maar vindt toch ook dat er niet overdreven mag worden. Zo geeft hij nog een voorbeeld van houten vloeren in een ziekenhuis: *“Je wil bijvoorbeeld een mooie houten vloer ergens in, maar dan zegt iemand van: ja, maar hout en onderhoud, dat slijt te hard. Vervolgens moet je ze meenemen naar het vliegveld in Kopenhagen waar er in de hele terminal een houten vloer ligt. Nu als er ergens veel mensen gaan, is het wel een vliegveld. Met al die rolkoffers die erover heen gaan. En daar gaat het dus prima, het ligt daar al jaren. Je ziet wat krasjes, maar dat geeft niet. Het geeft zo veel meer warmte en sfeer”*. Soms verliezen de architecten natuurlijk dergelijke discussies en dat is dan heel spijtig, maar toch geeft Saariste aan dat hij telkens weer de discussie aangaat omdat hij dit enorm belangrijk vindt.

Ook op vlak van gebruik van ruimtes zijn er heel wat regels die het moeilijker maken om te voldoen aan alle verwachtingen van de verschillende partijen. Zo bleek uit het vorige hoofdstuk dat er heel wat vraag is naar ruimtes voor het gezin, om bijvoorbeeld eens samen te koken, of speelruimte voor de jonge patiënten en hun broers en zussen waar ze ook na de werkuren of in het weekend zonder spelbegeleider terecht kunnen. Dit zijn uiteraard zaken die een kinderafdeling in een ziekenhuis heel wat leuker en aangenamer kunnen maken voor zowel patiënten als hun familie, maar tegelijkertijd zijn het ook zaken die heel wat gevolgen met zich kunnen meebrengen. Dit vertelde opdrachtgever van het vrouw-kind ziekenhuis Annemie Glorieux na afloop van het Q-forum met betrekking tot het vrouw-kind ziekenhuis. Tijdens dit Q-forum kwamen verschillende interessante ideeën aan bod, maar volgens de opdrachtgever zijn deze niet altijd even gemakkelijk te verwezenlijken (Glorieux & Van Eykeren, persoonlijke communicatie, 2013).

Zo is er bijvoorbeeld het belang van veiligheid en bij uitbreiding brandveiligheid. Wanneer men een gemeenschappelijke keuken op de afdeling zou voorzien waar gezinnen gebruik van kunnen maken, is het natuurlijk belangrijk dat deze keuken geen gevaar wordt. Er zou dus een goede controle moeten zijn op een correct gebruik ervan, wat ervoor zorgt dat men de keuken tijdens bepaalde momenten misschien zal moeten sluiten omdat controle niet mogelijk is.

Bij het voorzien van faciliteiten komen, buiten de regelgeving, nog andere remmende factoren kijken. Zo vertelde Glorieux over het probleem van de verschillende culturen. De patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis hebben vaak een heel verschillende culturele achtergrond, hierbij horen heel eigen kookgewoontes. De vraag hierbij is dan ook: wat moet er allemaal voorzien worden in deze gemeenschappelijke keukens? Ook kan men zich de vraag stellen in welke toestand de keukens steeds achtergelaten zal worden. Uiteraard zijn er mensen die netjes gebruik zullen maken van de keukens en deze weer proper zullen achterlaten, maar er gaan ook altijd mensen zijn die minder respect hebben voor het aanwezige materiaal. Dit kan ervoor zorgen dat er extra kosten gemaakt moeten worden om alles steeds schoon te maken.

Ook wanneer we gaan kijken naar andere voorzieningen zoals een kleine informatieruimte met boeken voor ouders of een speelruimte die voor iedereen op elk moment toegankelijk is, zijn er volgens Glorieux toch wel wat problemen. Tijdens het Q-forum waren volgens Glorieux allemaal "brave ouders" aanwezig die het voorziene materiaal respectvol zouden gebruiken, maar in de realiteit wordt er spijtig genoeg maar al te vaak gestolen of wordt materiaal op een foute manier gebruikt. Je kan dus niet zomaar alles openstellen voor iedereen. Een informatieruimte voorzien voor de ouders vindt Glorieux zeker een leuk idee, zo kan een papa of mama even een boek met informatie lezen terwijl zijn of haar kind slaapt, maar evengoed kunnen de volgende dag al je boeken verdwenen zijn. Hetzelfde geldt voor een speelruimte die alle uren van de dag en ook in het weekend open zou zijn, voor je het weet is er een computer gestolen of is er iets stuk gemaakt.

Natuurlijk zijn er ook heel wat oplossingen die deze problemen grotendeels kunnen voorkomen, dat geeft Glorieux toe. Zo kan waardevol materiaal buiten de werkuren achter slot gestoken worden en kunnen er bijvoorbeeld huisregels opgesteld worden voor het gebruik van de keukens. Toch zullen er zich altijd meer problemen voordoen wanneer je meer faciliteiten ter beschikking stelt. Het is daarom de kunst om voor- en nadelen tegen elkaar op te wegen en zo een juiste beslissing te maken, want veel van deze faciliteiten kunnen een ziekenhuisverblijf een stuk aangenamer maken voor patiënten en hun familie.

### 6.1.3 Het samenbrengen van verschillende visies

Een grote uitdaging bij het ontwerpen van een groot gebouw met veel gebruikers zoals een ziekenhuis blijkt, zowel volgens Glorieux als volgens Saariste, de visies van de verschillende partijen op een zelfde hoogte krijgen, te zijn. Tijdens het interview met Saariste kwam naar voor dat dit een grote uitdaging doorheen het ontwerpproces van het vrouw-kind ziekenhuis is: *"De grootste uitdaging is nog steeds om\_\_ de visie die wij en de raad van het bestuur hebben, die zitten eigenlijk op één lijn\_\_ om die bij de gebruikers, de medische staf, er*



*doorheen te krijgen. Want die zeggen van, die beginnen van, ja maar, het doktersbureel is te klein. En wij zeggen van, ja maar dit is een modern ziekenhuis en daar zit je niet op je bureel. Die burelen, als je gaat kijken, staan voor tachtig procent van de tijd leeg. (...) om dat soort dingen in omschakelen en denken van hoe je met een ziekenhuis moet omgaan\_\_ dat is echt lastig\_\_ maar ook wel interessant".* Als voorbeeld gaf Saariste een bespreking die hij had met de medische staf over het project van het vrouw-kind ziekenhuis: *"Laatst hadden we een bespreking met de medische staf. Dan zit er 25 man aan tafel. En dan heb je het over comfort, patiënten, bezoekers, ouderlounges. En echt waar, 20 van de 25 man zit daar alleen maar te kijken naar van: waar is mijn kamer, hoe groot is mijn kamer. Ik vond dat echt schokkend bijna"*. Saariste is zelf een Nederlander en leek te ondervinden dat deze denkbepelden in België nog een stuk sterker leven dan in Nederland. In Nederland zijn mensen er volgens hem al meer aan gewend dat er stilaan overgegaan wordt naar landschapsburelen en flexibele werkplekken en het feit dat je een ziekenhuis voornamelijk bouwt voor de patiënten en niet alleen voor de artsen. Dat knopje moet in België nog omgedraaid worden volgens hem. Artsen hebben hier veel macht en hun mening wordt dan ook als heel belangrijk gezien. Dit is iets waarvan Saariste vindt dat er nog veel verandering in moet komen, zeker in België als we gaan vergelijken met Nederland.

Ook uit het interview en de gesprekken met Annemie Glorieux bleek de samenwerking en het afstemmen van de visies van de verschillende partijen een hele opgave. Toch wist de dienst Ruimte Planning een structuur uit te werken die doorheen het hele proces gebruikt werd om zo veel mogelijk meningen te kunnen horen en deze ook zo veel mogelijk samen te brengen.

## 6.2 Analyse van het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis

In dit deel gaan we bekijken hoe het ontwerp van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis precies tot stand kwam. Hierbij bekijken we welke partijen meewerkten aan deze opdracht en in welke mate zij inspraak hadden. Daarna wordt een plananalyse gemaakt van het nieuwe ontwerp om te onderzoeken in welke mate het vrouw-kind ziekenhuis beantwoordt aan wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur betekent vanuit het perspectief van het zieke kind. Dit door gebruik te maken van alles wat we vanuit de literatuurstudie en het veldwerk in functie van deze masterproef leerden.

### 6.2.1 Inbreng vanuit verschillende invalshoeken

Bij de bouw van een nieuw ziekenhuis – zoals het vrouw-kind ziekenhuis van het UZ Leuven – gaan heel wat verschillende partijen samenwerken, deze partijen werden in deze masterproef al meermaals aangehaald. In deze paragraaf wordt samengevat welke inbreng vanuit welke invalshoeken gekomen is bij het tot stand komen van de opdracht en het ontwerp van het nieuwe kinderziekenhuis. Zo wordt er gekeken naar welke rol de opdrachtgever, de professionele gebruikers, de ontwerper en de andere gebruikers net gespeeld hebben en nog steeds spelen in dit hele proces.

#### 6.2.1.1 Opdrachtgever

De opdracht voor het vrouw-kind ziekenhuis ontstond vanuit de dienst Ruimte Planning van het UZ Leuven. Vanuit deze dienst werd een strategie opgesteld met als kernvraag “waar willen we naartoe met dit project”. Van hieruit werd een concept uitgewerkt voor het nieuwe ziekenhuis, dat tegelijk ook in het totaalplaatje moest passen. Het hoofddoel van de dienst Ruimte Planning is volgens opdrachtgever Annemie Glorieux voornamelijk de mensen aan het denken zetten: “wat willen we bereiken” en “hoe gaan we dit bereiken”. De dienst Ruimte Planning speelt als opdrachtgever in het hele proces rond dit nieuwe ziekenhuis dus een centrale rol. In eerste instantie moet de dienst een architectenbureau selecteren waarvan het denkt dat het bureau in de lijn van het ziekenhuis zal lopen. Ook moet het ervoor zorgen dat de ontwerpers werkelijk met alles rekening houden tijdens het ontwerpen, zo geeft Glorieux aan dat de dienst Ruimte Planning domme vragen moeten stellen aan de ontwerpers om te weten te komen of ze wel overal aan gedacht hebben.

Een andere opdracht van de opdrachtgever (en de dienst Ruimte Planning) is dat zij alle verschillende meewerkende partijen op een zelfde hoogte moeten proberen te krijgen en ervoor moeten zorgen dat iedereen steeds goed ingelicht is en gestuurd wordt in de richting van de vooropgestelde visie. Hierboven werd al aangehaald dat het geen eenvoudige opgave is om alle neuzen in dezelfde richting te doen wijzen. De dienst Ruimte Planning stelde daarom ook een overzichtelijke structuur op van alle medewerkers om het hele proces zo vlot mogelijk te laten verlopen (Glorieux & Derwael, persoonlijke communicatie, 2013).

Iets wat de medewerkers van de dienst Ruimte Planning opmerkten tijdens één van onze gesprekken, was het feit dat de dienst graag architecturaal verder zou geraken met zijn projecten, maar dat dit in de realiteit heel moeilijk blijkt te zijn (Glorieux & Derwael, persoonlijke communicatie, 2013). Het is namelijk zo dat de overheid veel zeggenschap heeft over het project aangezien deze bepaalt welke budgetten vrijgemaakt worden voor de uitvoering ervan. De norm waarop de overheid zich baseert om budgetten toe te kennen, is volgens de dienst Ruimte Planning sterk verouderd. Tegenwoordig probeert de dienst dan ook om op een experimentele manier zo ver mogelijk te geraken bij de overheid, om toch te pleiten voor kwaliteitsvolle en interessante architectuur. Ook voor de ontwerpers kan het net een uitdaging zijn om creatief om te springen met deze verouderde regelgeving.

### 6.2.1.2 Patiënten en andere gebruikers

In deze masterproef staat het perspectief van het zieke kind centraal. Een invalshoek die dus zeker aangekaart moet worden is deze van patiënten en andere gebruikers zoals bezoekers. Wanneer we echter gaan kijken naar deze voornaamste gebruikers van ziekenhuizen – verschillend van de professionele gebruikers – dan zien we dat zij in dit hele proces rond het realiseren van het vrouw-kind ziekenhuis niet echt aan bod komen. Dit terwijl zij net de centrale rol spelen in het beleven van het ziekenhuis. De opdrachtgevers geven eerlijk toe dat ze deze gebruikers, de patiënten en bezoekers, niet rechtstreeks zijn gaan betrekken bij het ontwerpproces, voornamelijk omdat dit te ver zou leiden (Glorieux & Derwael, persoonlijke communicatie, 2013). Voor het ontwerp van het nieuwe ziekenhuis wordt gesteund op de ervaring van de professionele gebruikers, wat volgens de opdrachtgevers moet volstaan.

Ondanks dat er niet rechtstreeks gewerkt wordt met patiënten merkte ik op dat hun meningen en ervaringen toch op verschillende manieren onrechtstreeks onder de aandacht gebracht worden.

Een eerste manier waarop dit gebeurt, is langs de weg van de professionele gebruikers. De professionele gebruikers, die in de werkgroepen van het vrouw-kind ziekenhuis zitten, komen dagelijks in aanraking met deze andere gebruikers. Tijdens het verzorgen van patiënten komen zij zonder twijfel te weten wat de patiënten en hun bezoekers al dan niet handig of leuk vinden aan het ziekenhuis. Zo kunnen we stellen dat zij best een goed beeld hebben van wat de patiënten en hun bezoekers net nodig hebben, al zal dit beeld waarschijnlijk niet volledig zijn, of toch licht verschillen van de realiteit. Het UZ Leuven ziet het betrekken van de professionele gebruikers als ervaringsdeskundigen als voldoende informatief om te weten te komen wat de patiënten en bezoekers net nodig hebben (Glorieux & Derwael, persoonlijke communicatie, 2013). Dit zal over het algemeen zeker zo zijn, maar toch kunnen we bedenken dat deze professionele gebruikers niet alles over de andere gebruikers weten.

Een andere manier waarop de gebruikers een beetje onder de aandacht komen, is langs de ervaring van de ontwerpers van het ziekenhuis. Door hun ontwerpervaring hebben zij hoogstwaarschijnlijk al kennis opgedaan over welke ruimtes wel en niet werken voor gebruikers in een ziekenhuis en welke elementen zeker niet mogen ontbreken. Dit door onder andere te gaan luisteren naar opmerkingen van gebruikers over vorige ontwerpen. Natuurlijk worden ook in dit geval de gebruikers niet rechtstreeks betrokken bij het ontwerpproces.

Toch probeert het ziekenhuis gebruikers ook meer rechtstreeks te betrekken. Zo werd er een bijeenkomst gehouden van het Q-forum, waarbij het project van het vrouw-kind ziekenhuis voorgesteld werd en waar patiënten, ex-patiënten en ouders van patiënten aanwezig waren (Q-forum, persoonlijke communicatie, 2013). Dit werd al aangehaald in hoofdstuk 2 over methodologie. Tijdens deze bijeenkomst konden de aanwezigen feedback geven over het ontwerp, zodat bepaalde zaken eventueel nog herdacht konden worden. Deze bijeenkomst was heel interessant en er kwamen heel wat relevante opmerkingen naar voor. Zo werd aangekaart dat speelruimte altijd ter beschikking zou moeten zijn en dat hier eigenlijk veel meer ruimte voor voorzien zou moeten worden, dat opvang voor broers en zussen mogelijk zou moeten zijn, dat in veel gevallen beide ouders graag eens bij hun kind willen blijven slapen terwijl dit niet mag van het ziekenhuis, enzovoort.

Wel moeten we opmerken dat het niet vastligt in welke mate deze meningen een invloed hebben op het ontwerp. Toch zullen de opmerkingen zeker helpen om de opdrachtgevers en ontwerpers even te doen stil staan bij bepaalde zaken die zij misschien over het hoofd zagen of als vanzelfsprekend beschouwden.

Verder bleek uit mijn interviews met enkele patiënten en hun ouders dat er ook af en toe naar hun ideeën geluisterd wordt. Het personeel had bijvoorbeeld bij enkele patiënten al gepolst welke elementen zeker aanwezig moesten zijn in het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis. Zo vertelde Emiel me dat hij een lijstje had mogen opstellen met welke dingen er voor jongeren aanwezig zouden moeten zijn in het ziekenhuis. Emiel vertelde doorheen het interview over zijn wensen. Deze werden verwerkt in het voorgaande hoofdstuk. Natuurlijk is het ook hier niet duidelijk in welke mate er met deze meningen rekening gehouden zal worden, maar toch laat het

blijken dat heel wat professionele gebruikers echt wel bezig zijn met de belangen van de patiënten en hun bezoekers en niet alleen met zichzelf.

### 6.2.1.3 Professionele gebruikers

Een grote groep mensen die wel vanaf het begin van het project een belangrijke rol gespeeld heeft, zijn de professionele gebruikers van het ziekenhuis, de medische staf. Het UZ Leuven probeert sterk de focus op professionele gebruikers te leggen aangezien het ervan overtuigd is dat deze ervaring hebben met waar nu net nood aan is.

Bij het project van het vrouw-kind ziekenhuis werden heel wat werkgroepen opgesteld met daarin steeds een aantal professionele gebruikers zoals artsen, verpleegkundigen en psychologen. Bedoeling van deze werkgroepen was dat zij – in nauwe samenwerking met de dienst Ruimte Planning en de ontwerpers – een afgelijnd deel van het programma vertaalden naar concrete ruimtelijke eisen en techniciteit, met als finaliteit een definitief voorontwerp. Zo was er onder andere een werkgroep verpleegvloer, een werkgroep patiëntenkamer en een werkgroep kinderpsychiatrie. Deze werkgroepen werden dus opgericht om een beeld te krijgen van wat er precies nodig was in het nieuwe ziekenhuis. De werking van deze werkgroepen werd heel functioneel aangepakt. Vooraf werden enkele opdrachten opgesteld die de werkgroepen moesten gaan uitvoeren. Deze opdrachten hielden onder andere in dat er per werkgroep een duidelijke, goed onderbouwde visie moest opgesteld worden met daarin de belangen van het onderwerp van die werkgroep. Hieruit ontstond de uiteindelijke visietekst waarmee de ontwerpers aan de slag moesten. Verder moesten alle werkgroepen heel concreet op lijsten welke elementen en functies allemaal nodig waren binnen hun werkgroep, zoals een vergaderlokaal, een aantal patiëntenkamers, een speellokaal, enzovoort. Tot slot moesten de werkgroepen een relatieschema opstellen dat duidelijk maakte welke functies en onderdelen van het gebouw in relatie met elkaar moesten komen te staan (Glorieux, persoonlijke communicatie, 2013). Ook werden er bezoeken aan andere ziekenhuizen georganiseerd om inspiratie op te doen. Op deze manier werd er op een heel efficiënte manier vastgesteld wat de behoeften waren voor het toekomstige kinderziekenhuis, komend vanuit de ervaringen van professionele gebruikers die dagelijks in contact komen met de werking van een ziekenhuis.

### 6.2.1.4 Ontwerper

De centrale figuur in het realiseren van het vrouw-kind ziekenhuis, is uiteraard het ontwerpbureau dat aangesteld werd voor het maken van het ontwerp. Aan de hand van een wedstrijd die uitgeschreven werd, werd het bureau De Jong Gortemaker Algra (in samenwerking met Ar-Te en STABO) geselecteerd voor de opdracht. Om meer te weten te komen over hoe dit ontwerpbureau het hele ontwerpproces tot nu toe doorlopen heeft, deed ik zoals eerder vermeld een interview met Tycho Saariste, de ontwerper die momenteel aan de opdracht werkt.

Het bureau De Jong Gortemaker Algra had al enige ervaring met het ontwerpen van ziekenhuizen. Hierdoor heeft het doorheen de jaren een eigen visie ontwikkeld over het ontwerpen voor de gezondheidszorg. Een ziekenhuis moet functioneel perfect werken, maar er moet ook veel aandacht gaan naar het comfort van patiënten en bezoekers. Zo moet het gebouw laagdrempelig zijn: *“(...) of je nu een ziekenhuis bezoekt\_\_ moet eigenlijk meer net zo zijn alsof je naar een winkelcentrum gaat, of naar een hotel of een station of zo. (...) Is eigenlijk gewoon een openbare ruimte. En het zou niet zo veel verschil moeten maken of je daar nu komt omdat je\_\_ zit te wachten op je opa, of dat je met je eigen kind daar zit, of dat je daar zelf moet zijn. (...) Het moet gewoon prettig aanvoelen”*. De functionaliteit mag dus niet te dwingend zijn en mag zeker niet het enige aandachtspunt worden. Saariste zelf deelt deze visie die het bureau ontwikkeld heeft. Hij is deze visie

langzamerhand mee gaan overnemen en uitdragen, voornamelijk omdat hij ook zag dat het effect had. Zo haalde hij een voorbeeld aan van een eerder ontwerp voor een psychiatrie: *“Daar hebben we ook echt aan den lijve ervaren dat als je het gebouw beter maakt en prettiger maakt\_\_ dat het voor de patiënten en het cliënteel echt beter wordt”*.

Saariste bleek dus al ervaring te hebben met het ontwerpen van ziekenhuizen, maar met het ontwerpen voor kinderen was hij zelf nog niet echt in aanraking gekomen. Ook gaf hij aan dat hij niet specifiek met (zieke) kinderen is gaan werken om te weten te komen wat nu net hun noden en verlangens zijn: *“Het is meer, dat je er gewoon op let\_\_ hoe kinderen in je omgeving reageren op dingen, op gebouwen, op ziekenhuizen. Daar letten we heel erg op, als we met kinderen bezig zijn”*. Zijn grootste inspiratiebron hierbij waren zijn eigen kinderen. Iets belangrijk waarvan Saariste vindt dat mensen het vaak niet beseffen, is dat er niet zoiets is als het stereotiepe kind, dat bestaat gewoon niet. Je moet een omgeving creëren die elk kind zal gaan aanspreken, hoe jong of hoe oud het ook is. Verder bezocht hij voor een vorig project een oude kinderafdeling van een ziekenhuis en die vond hij kort gezegd ‘verschrikkelijk’. Hij vond dat de kinderen bijna op een onmenselijke manier werden weggestopt in dat ziekenhuis, een nare plek voor kinderen dus. Dat beeld heeft hem geholpen om voor een kwaliteitsvol ontwerp te gaan.

Bij het ontwerpen van het vrouw-kind ziekenhuis kreeg het ontwerpbureau als basisdocumenten het programma en de visietekst die duidelijk maakten wat er zeker aanwezig moest zijn in het nieuwe ziekenhuis. Hoewel deze visietekst heel duidelijk stelt wat er allemaal nodig is, zijn de ontwerpers deze tekst toch met een kritisch oog gaan bekijken. Dat doen ze trouwens altijd bij een ontwerp opdracht: *“Als wij denken dat er onzinnige dingen in die visietekst staan, (...) of achterhaald. Dan stellen wij die altijd ter discussie, dat sowieso”*. Ook zullen ze vaak elementen toevoegen aan het plan en proberen aan te tonen dat deze van belang zijn. Saariste merkte op dat dit enorm belangrijk is. Het ontwerpbureau zal de visietekst van een opdrachtgever altijd zoveel mogelijk volgen. Het zal niet het aantal vierkante meters of het aantal kamers ter discussie gaan stellen. Wel zal het bureau de visietekst altijd in vraag stellen en wanneer blijkt dat er iets ontbreekt in het programma, zal het dit ook aankaarten. Zo stelt Saariste dat opdrachtgevers vaak het meeste wel opgesomd hebben om er een functioneel gebouw van te maken, *“Maar waar is nu de ruimte om er een prettig gebouw van te maken?”* Dat is wat de architecten nog willen toevoegen aan het ontwerp. Vaak blijkt dit echter best moeilijk te zijn, aangezien budgetten ook alleen maar vrijgemaakt worden voor het aantal kamers en de oppervlakte. Als je dan nog iets extra wilt, wordt dit meestal een moeilijke discussie.

In het ontwerpproces van het vrouw-kind ziekenhuis bestond de rol van de ontwerpers er dus in om het opgelegde programma en de gegeven visietekst een ruimtelijke vertaling te geven. Hierbij bekijken ze het programma en de visietekst wel op een kritische manier, om uiteindelijk zo veel mogelijk kwaliteit te kunnen bekomen in het nieuwe gebouw.

### 6.2.2 Plananalyse van het vrouw-kind ziekenhuis

In deze paragraaf wordt een plananalyse gemaakt van het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis. Hierbij wordt onderzocht in welke mate het ontwerp inspeelt op de kenmerken van een kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur die naar voren kwamen in het vorige hoofdstuk. Zo wordt het ontwerp op een kritische manier geconfronteerd met de bevindingen uit het veldwerk en de literatuurstudie. De plananalyse is opgebouwd aan de hand van de aspecten en thema's die in het vorige hoofdstuk besproken werden.

Het beeldmateriaal dat in dit deel gebruikt wordt is afkomstig van het architectenbureau De Jong Gortemaker Algra (in samenwerking met AR-TE en STABO). Belangrijk om hierbij op te merken is dat dit materiaal afkomstig is uit verschillende ontwerpfasen. Het mag bijgevolg niet als definitief eindmateriaal gezien worden. Aangezien het ontwerp nog niet volledig gefinaliseerd is, moet er rekening mee gehouden worden dat bepaalde dingen nog kunnen veranderen naar de realisatie toe.

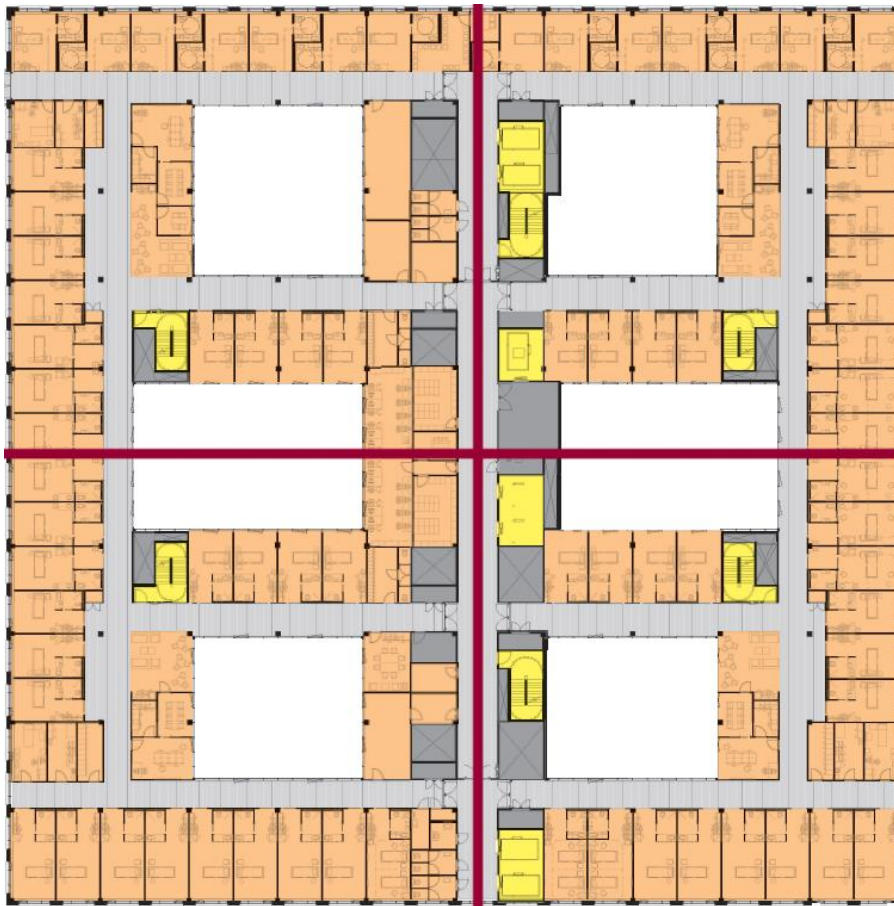
### 6.2.2.1 Inleiding

Vooreerst gaan we kijken naar hoe het ontwerp van het nieuwe kinderziekenhuis globaal gezien opgebouwd is. In figuur 6.1 is een overzichtsbeeld terug te vinden van het project. Het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis is het grijze, vierkante gebouw in het midden van de figuur. Op deze figuur is duidelijk te zien dat het ziekenhuis ingeplant is in een erg dense structuur tussen heel wat andere gebouwen. Ontwerper Tycho Saariste kaartte dit zelf aan tijdens het interview: *“Hier zitten we in een hele strakke stedenbouwkundige plot. Een lange rechthoek. Daar moeten we binnen blijven. En de coördinator, die is daar behoorlijk dwingend in”*. Ook de opdracht was heel duidelijk: *“Maak het gebouw generiek. Het is nu een kinderziekenhuis, maar wie weet over twintig jaar hebben we een andere visie en moet het anders. Dus maak het zo dat het eigenlijk niet uitmaakt”*. Het nieuwe gebouw zou dus binnen ‘x aantal jaren’ voor een andere functie gebruikt moeten kunnen worden. Dit was een belangrijke randvoorwaarde die bepalend werd voor het ontwerp.

Het ziekenhuisgebouw bestaat uit een groot vierkant blok (en een bijgebouw) waarin zes patio’s verwerkt zitten. Dit kan zowel op figuur 6.1 als op figuur 6.2 gezien worden. Figuur 6.2 geeft een type plan van het ziekenhuis weer. In dit plan wordt niveau 4 weergegeven. Het gebouw werd opgedeeld in vier kwarten (zie rode lijnen). Op dit niveau bevindt zich in elk kwart van het gebouw een hospitalisatie-afdeling kindergeneeskunde. In geel werd de verticale circulatie doorheen het gebouw aangeduid.



**Figuur 6.1** Overzichtsbeeld van het project van het vrouw-kind ziekenhuis



**Figuur 6.2** Type plan van het vrouw-kind ziekenhuis (niveau +4, hospitalisatie kindergeneeskunde)

Het vrouw-kind ziekenhuis is opgebouwd uit zes verdiepingen. Hieronder wordt kort voorgesteld welke hoofdfuncties zich waar bevinden in het gebouw:

- niv. 0: parking
- niv. 1: inkomzone & raadplegingen pediatrie + gynaecologie
- niv. 2: ambulantly centrum pediatrie & fertiliteitscentrum
- niv. 3: hospitalisatie vrouw & bevallingskwartier
- niv. 4: hospitalisatie kindergeneeskunde (4 afdelingen)
- niv. 5: hospitalisatie kindergeneeskunde (2 afdelingen) & ziekenhuisschool & daktuin

In wat volgt wordt alleen ingegaan op de delen van het ziekenhuis die met kinderen te maken hebben, de andere delen worden ter zijde gelaten. In eerste instantie wordt er gekeken naar het kind als patiënt met een eigen identiteit en behoeften. Vervolgens wordt er gekeken naar de interacties die een kind kan aangaan in het nieuwe ziekenhuis. Dit zowel op sociaal als op ruimtelijk vlak.



## 6.2.2.2 Het kind als patiënt

### 6.2.2.2.1 Identiteit & diversiteit

Wanneer we gaan kijken naar het aspect van identiteit en diversiteit, blijken een huiselijke sfeer en het kunnen personaliseren van de patiëntenkamer erg belangrijk te zijn voor kinderen. Om personalisatie mogelijk te maken, moeten de patiëntenkamers hier echter wel op voorzien zijn. Wanneer ik een impressie van een patiëntenkamer van het nieuwe ziekenhuis te zien kreeg, viel het me meteen op dat er in deze kamer wel wat elementen toegevoegd werden om deze te personaliseren (zie fig. 6.3). Enerzijds zijn er heel wat legplanken aanwezig in de kamer. Op deze legplanken kunnen kinderen eigen spullen uitstallen. Anderzijds is er op het beeld ook een magnetenbord te zien waarop kaartjes, tekeningen en posters omhoog gehangen kunnen worden. De voorzieningen om de patiëntenkamers te personaliseren staan in groot contrast met deze van de huidige situatie. In de huidige situatie zijn hiervoor bijna geen voorzieningen. Door middel van enkele kleine ingrepen krijgen de nieuwe kamers meteen een huiselijkere sfeer en moedigen ze aan tot personalisatie.

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat kinderen verder op zoek zijn naar een ruimte die een woonkamersfeer weergeeft. In het nieuwe kinderziekenhuis zijn geen ruimtes voorzien die hier expliciet aan voldoen. Wel werden er andere ruimtes voorzien die kunnen bijdragen tot een meer huiselijke sfeer op de kinderafdelingen. Hier wordt later nog op ingegaan.



**Figuur 6.3** Impressie van een patiëntenkamer

### 6.2.2.2.2 Leeftijdverschillen

In het vorige hoofdstuk werd de leeftijds kwestie in kinderziekenhuizen aangehaald. Er werd besproken dat kinderen van verschillende leeftijden soms onvermijdelijk bij elkaar op de afdeling terechtkomen. Een opdeling volgens leeftijden blijkt vaak immers minder functioneel dan een opdeling volgens ziektebeeld. In hoofdstuk 3 werd besproken dat de kinderafdelingen van campus Gasthuisberg momenteel opgedeeld zijn volgens het leeftijdsprincipe, met uitzondering van de afdeling kinderoncologie. Toch zal in het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis deze leeftijdsindeling verlaten worden, dit omwille van de betere efficiëntie.

Oprachtgever Annemie Glorieux weet zelf nog niet goed wat de nieuwe opdeling volgens ziektebeeld in plaats van volgens leeftijd precies zal betekenen voor de kinderen. Verschillend van het feit dat oudere kinderen het niet altijd fijn vinden om gemengd te worden met jongere kinderen, beseft Glorieux dat er nog nadelen kunnen zijn: *“Dan leg je kinderen met dezelfde discipline bij mekaar. (...) En dat ik me soms afvraag, wat gaat dan\_\_\_ dan zie je zo ook wel het effect. Bijvoorbeeld neurologie: ik ben klein, groot, en ik heb diezelfde*

*aandoening. En dan zie je\_\_ ik word wel zo\_\_ en dat kan ook heel confronterend zijn*". Glorieux bedoelt hiermee dat het voor jongere kinderen confronterend kan zijn om oudere kinderen met een zelfde aandoening te zien, waarvan de ziekte al gevorderd is tot een erger stadium.

Saariste begon tijdens zijn interview spontaan over deze leeftijdskwestie in kinderziekenhuizen. Hij beseft zeer goed dat dit een belangrijk item is: *"(...) een kinderziekenhuis, dat maak je niet alleen voor die hele kleintjes, maar ook voor pubers en kinderen tot 18 eigenlijk. Op het moment dat ze twaalf zijn, dan vinden ze Mickey Mouse niet meer leuk*". Daarom vindt Saariste het belangrijk dat hier tijdens het ontwerpen goed over nagedacht wordt: *"(...) je moet iets zien te verzinnen wat\_\_ wat eigenlijk aanspreekt voor\_\_ voor iedereen. Want het stereotiepe kind, dat bestaat eigenlijk niet (...) dat moet je wel goed beseffen*".

Saariste geeft hiermee aan dat hij beseft dat de verschillende leeftijden een moeilijke kwestie zijn. In zijn ontwerpen probeert hij hier dan ook rekening mee te houden. Hoe hij dit juist doet wordt verder besproken<sup>6</sup>. Uit figuur 6.3 kunnen we zelf al afleiden dat men niet is gaan werken met populaire figuren en dieren, wat in het huidige ziekenhuis wel het geval is en wat niet echt geliefd is bij oudere kinderen. Wel wordt er met kleur en met schilderijen gewerkt. Kleurgebruik en grote schilderijen werden in het vorige hoofdstuk aangehaald door de patiënten (ook de oudere) als leuke inkleding.

### 6.2.2.2.3 Behoeften & wensen

#### CONTROLE & PRIVACY

Dat privacy en controle ook voor kinderen erg belangrijk zijn, werd al aangekaart in het vorige hoofdstuk. Zo werd onder andere het belang van privacy in de patiëntenkamer besproken. Hierbij werd opgemerkt dat dit belang kan verschillen naargelang leeftijd en naargelang het vertrouwd zijn met het ziekenhuis. Saariste vertelde dat hij uit ervaring ondervonden heeft dat jongere kinderen meer georiënteerd zijn op activiteit. Ze willen naar de gang kunnen kijken, dus de deur moet open blijven. Adolescenten daarentegen zoeken meer contact met buiten, via het raam. Zij hebben liever een gesloten deur. Dit is wat ikzelf ongeveer kon ondervinden tijdens mijn vrijwilligerswerk.

Saariste merkte hierbij op dat het interessant is om in dit geval met schuifdeuren te werken: *"Stel dat we een schuifdeur maken in de wanden van de kamers voor kinderen. Kinderen zijn heel erg georiënteerd op de gang [jongere kinderen] en minder op buiten\_\_ en schuifdeuren zijn altijd open. Gewone draaideuren die worden toch vaak dicht gedaan*". Hiermee bedoelt hij dat patiënten met schuifdeuren gemakkelijker kunnen bepalen in welke mate ze zich willen openstellen naar de gang toe. Ze kunnen de schuifdeuren volledig sluiten of helemaal open laten staan, maar ze kunnen ze ook op een kier zetten. Bij gewone draaideuren is dit ook mogelijk, maar deze worden al sneller gesloten wanneer er iemand weer buiten gaat of ze vallen vanzelf toe. Ook nemen gewone draaideuren meer plaats in, om je in de ruimte te bewegen is het daarom vaak gemakkelijker als de deuren gesloten zijn. Hierbij kunnen we nog opmerken dat met deze schuifdeuren bepaald kan worden in welke mate een kind sociale interacties in het ziekenhuis wil aangaan. Laat het de deur open, dan zal het verpleegkundigen, bezoekers, andere patiënten,... zien voorbijkomen. Zo kan het in interactie met deze mensen gaan. Door de deur echter dicht te laten, kan een kind zich even afsluiten en sociale interacties mijden.

Verder werd er in hoofdstuk 5 opgemerkt dat privacy ook inhoudt dat kinderen zich even kunnen afsluiten van hun medische omstandigheden. Medische apparatuur goed wegwerken in de patiëntenkamers kan hiertoe bijdragen. Wanneer we terugkijken naar figuur 6.3, zien we dat de medische apparatuur zo veel mogelijk weggewerkt zijn om de steriele ziekenhuissfeer wat te doen verdwijnen. Wel moet er rekening mee gehouden

---

<sup>6</sup> Zie deel 'Vormgeving & interieur'

worden dat dit beeld een impressie is en daarom nog niet weergeeft hoe de uiteindelijke patiëntenkamers gerealiseerd zullen worden. De kans is groot dat er uiteindelijk meer apparatuur in het zicht zal komen te staan.

#### VEILIGHEID

Op het aspect van veiligheid werd tijdens de interviews met opdrachtgever en ontwerper niet echt ingegaan. Wel haalde Saariste aan dat er een dakterras voorzien wordt op het ziekenhuisgebouw. Hierbij geeft hij aan dat er grote hekken omheen zullen moeten omwille van veiligheidseisen.

Verder is het echter moeilijk om op basis van plan- en beeldmateriaal van het vrouw-kind ziekenhuis iets te zeggen over genomen maatregelen om een veilige omgeving te voorzien. We kunnen wel stellen dat, aangezien het om een nieuw gebouw gaat, er zeker voldaan zal zijn aan standaard veiligheidsnormen. Dieper kunnen we hier helaas niet op ingaan.

#### POSITIEVE AFLEIDING

In het nieuwe ziekenhuis wordt op verschillende manieren aandacht geschonken aan het voorzien van positieve afleiding voor patiënten. Zo worden er onder andere speelruimtes, muziektherapie, een ziekenhuisschool en een snoezelruimte voorzien. In het deel over 'interactie met de materiële ziekenhuisomgeving' worden deze voorzieningen verder besproken.

### 6.2.2.3 Sociale interactie in het ziekenhuis

In dit deel wordt bekeken welke interacties in het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis mogelijk gemaakt worden en hoe deze interacties aangegaan kunnen worden. Er wordt wederom gekeken naar mogelijkheden tot interactie met ouders, met het gezin, met het personeel, met bezoekers en met medepatiënten.

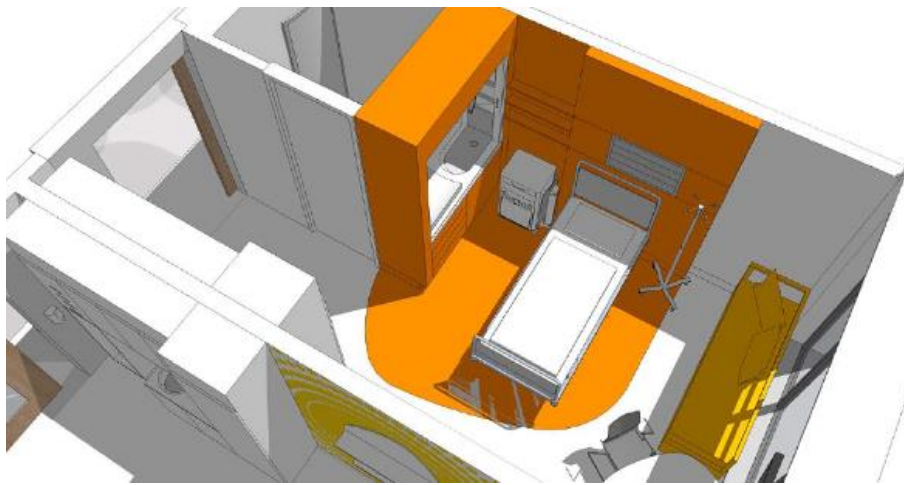
#### 6.2.2.3.1 Interactie met ouders

De belangrijke rol die ouders in het genezingsproces van hun kind spelen werd niet alleen door de patiënten, ouders en professionele gebruikers aangekaart. Zo vertelde Annemie Glorieux dat ze de evolutie van het belang van familie en vrienden, maar vooral van ouders, in het Gasthuisberg Ziekenhuis ook merkt: *“De vraag naar ouderparticipatie is heel sterk toegenomen he. Dat is ook eigen aan onze maatschappij. We willen meer inspraak hebben, meer inbreng. Je ziet dat zo in de scholen in het systeem: Vroeger, dat was een leraar, die besliste alles en dan ging je naar huis en nu zijn er momenten voor de ouders en inleef-momenten en ouderparticipatie. Dat heb je in het ziekenhuis, dat heb je in een school, in de jeugdbeweging”*.

Wat samenhangt met deze ouderlijke rol die steeds belangrijker wordt, is de stijgende belangstelling voor *rooming-in*. Dit is iets wat Glorieux ook in de praktijk ziet: *“Dat is zo geëvolueerd dat eigenlijk de partners afspreken dat bijna\_\_ Bij de meerderheid van de kinderen blijft de ouder hier 's nachts slapen. Dat is een heel belangrijke maatschappelijke evolutie”*. Volgens haar is de mogelijkheid tot het blijven overnachten van een ouder bij zijn kind ondertussen verplicht geworden: *“Dat elke moeder [of vader] rooming-in moet kunnen hebben, dat staat in de wet. Dus dat is eigenlijk belangrijk”*. Wel merkt Glorieux hierbij het volgende op: *“Maar die [wet] zegt niet hoe comfortabel je dat moet maken. Je kan ook zeggen\_\_ een veldbedje bijtrekken, zoals het nu is”*. Het ziekenhuis leert hier dan ook uit: *“Dat je ziet dat je nu een bedje bijtrekt en dat dat toch maar heel basic is. Dan moet de mama op de gang gaan met haar handdoek en een douche gaan zoeken die daar publiek is. Dat is toch allemaal niet meer van die tijd zo. En als je ziet dat iedereen in feite inslaapt, dan denk ik, kunnen we het dan ook niet meer comfortabel maken\_\_”*. Dat *rooming-in* enorm aan populariteit gewonnen heeft

merkt ook Saariste op: *“Rooming-in, dat is gewoon ook een hele belangrijke. Dat de moeder [of vader] bij het kind kan blijven op de kamer. Ja vroeger\_\_ dan werden die kinderen op een slaapzaal neergelegd. Als je dan wou blijven slapen kon je een hotel in de buurt nemen. Tegenwoordig is het wel heel anders\_\_”*.

Omwille van deze evolutie werd besloten dat alle pediatrie-kamers voorzien zullen worden van *rooming-in* mogelijkheden. Dit op een zo comfortabel mogelijke manier, zoals Glorieux aangaf. Zo zal in elke kamer een vast, aangenaam bed voorzien worden dat overdag gebruikt kan worden als grote zetel. In figuur 6.4 wordt een mogelijke patiëntenkamer weergegeven waarin aan de rechterkant in geel het bed voor *rooming-in* te zien is. Er wordt dus niet meer met een systeem van plooi zetels gewerkt die elke morgen opgeplooid moeten worden. Doordat het bed nu een vaste plek in de kamer krijgt zorgt het niet meer voor een plaatsgebrek in de kamer. Dit is in de huidige situatie wel het geval wanneer de plooi zetels 's avonds open geplooid worden. Eens deze plooi zetels open staan blijft er niet veel ruimte meer over rond het patiënten-bed. In figuur 6.4 is te zien dat dit in de toekomstige situatie wel het geval is.



**Figuur 6.4** Patiëntenkamer met een vast bed voor *rooming-in*

Met het ontwerp van het nieuwe kinderziekenhuis probeert men in te spelen op het probleem dat ouders in de huidige situatie niets te doen hebben op de afdelingen. Er zijn geen voorzieningen voor hen waardoor ze bijna altijd bij hun kind in de patiëntenkamer blijven. De professionele gebruikers haalden aan dat dit zeker moet veranderen in het nieuwe ziekenhuis. Er zouden meer voorzieningen moeten zijn voor ouders. De architecten hebben op dit probleem ingespeeld door een ouderlounge te ontwerpen. Per afdeling wordt een ouderlounge in combinatie met een verpleegwacht voorzien zoals in figuur 6.5 te zien is.

In figuur 6.6 wordt aan de hand van een plan duidelijk gemaakt hoe deze ruimtes opgebouwd zijn. Er worden een verpleegwacht, medicijnruimte en briefingslokaal voorzien voor de verpleegkundigen en ander personeel. Voor de ouders wordt een ouderlounge voorzien waar ze even kunnen ontspannen of andere ouders kunnen ontmoeten. Verder zal er ook een kleine kitchenette en een gesprekslokaal voorzien worden, al zal niet elke ouderlounge een gesprekslokaal hebben. Saariste vertelde tijdens zijn interview over deze belangrijke plek voor ouders: *“Je hebt ook altijd een ouderlounge. Dus die ouders die kunnen behalve dat ze op de kamers kunnen slapen\_\_ hebben ze ook een plek waar ze even op een bank kunnen zitten, koffie drinken\_\_ Er is ook een kleine kitchenette bij, er is ook een apart gesprekslokaal bij\_\_”*.

Een beeld van deze ruimte is terug te vinden in figuur 6.7. Hierop is te zien dat de ruimte heel open geïnterpreteerd werd. In de vorige hoofdstukken werd duidelijk gemaakt dat ouders liefst zo dicht mogelijk bij hun kind blijven. Met deze open opgevatte ouderlounge blijven de ouders in contact met de gang zodat ze een overzicht over de situatie kunnen bewaren. Zeker voor 's avonds, wanneer de patiënten moeten gaan slapen, is deze ouderlounge interessant. Meerdere ouders haalden immers aan dat ze momenteel niet echt een plek hebben waar ze 's avonds naartoe kunnen. Met de open ouderlounge wordt er wel een plek voor ouders voorzien waar ze toch relatief dicht bij de kamer van hun kind kunnen blijven.



**Figuur 6.5** Per kinderafdeling een ouderlounge en verpleegwacht (in het roze)



**Figuur 6.6** Plan van een ouderlounge & verpleegwacht



**Figuur 6.7** Beeld van een ouderlounge & verpleegwacht

In het vorige hoofdstuk werd aangehaald dat sanitaire voorzieningen voor ouders belangrijk zijn. In de nieuwe situatie zullen alle patiëntenkamers van een eigen badkamer met douche voorzien worden. Deze badkamer kunnen de ouders mee gebruiken, zo moeten ze niet ergens op de gang gaan douchen.

### 6.2.2.3.2 Interactie met het gezin

Vervolgens leek er nood te zijn aan ruimte voor het gezin op de afdeling. De ouderlounge die hierboven besproken werd, kan dienst doen als deze ruimte. Hier kunnen patiënten met hun gezin komen zitten om eens te eten, een spel te spelen, te ontspannen, of een andere activiteit buiten de patiëntenkamer te doen. De ouderlounge is zowel van zetels als van tafels en stoelen voorzien, wat verschillende activiteiten mogelijk maakt. In het vorige hoofdstuk werd aangehaald dat sommige patiënten en ouders liever een afgesloten ruimte voor het gezin wensen. De ouderlounge is echter vrij open ontworpen. Wel zou er af en toe gebruik gemaakt kunnen worden van het gesprekslokaal naast de ouderlounge wanneer dit niet in gebruik is. De mensen van het ziekenhuis zouden hier in de mate van het mogelijke zo flexibel mogelijk mee willen omgaan.

Een ander pluspunt voor gezinnen is de kitchenette die bij de ouderlounge voorzien is. Uit het vorige hoofdstuk bleek dat er een grote vraag is naar een keukenfaciliteit op de afdeling waar ouders eens iets lekkers voor hun zieke kind kunnen klaarmaken of waar een maaltijd klaargemaakt kan worden om samen met het gezin te nuttigen. Wel is nog niet helemaal duidelijk welke voorzieningen deze kitchenette zal hebben. In ziekenhuizen gelden strenge regels voor brandveiligheid, wat eerder al aangehaald werd. De kans lijkt daarom groot dat er geen fornuis in de keukens zal mogen komen. Dit hoeft niet zozeer een nadeel te zijn, veel ouders leken een goede microgolf en oven al voldoende te vinden.

Verder werd in het vorige hoofdstuk aangekaart dat een kinderziekenhuis eigenlijk enkele familieverblijven zou moeten bevatten. Hier kan het hele gezin, na een zware diagnose, één (of meer) nachten verblijven voordat de behandelingen starten. Uit de laatste informatie die ik bekomen heb, blijkt dat er één familieverblijf zal voorzien worden in het nieuwe ziekenhuis. Dit leek wel te volstaan volgens de deelnemers van het Q-forum, al zou een extra verblijf zeker welkom zijn. Wel bestond er onduidelijkheid over of het zieke kind nu mee in dit familieverblijf mag verblijven of dat het zieke kind in een patiëntenkamer moet verblijven. Voor de gezinnen leek het enorm belangrijk dat ook het zieke kind in het familieverblijf zou mogen logeren. Dit is iets wat organisatorisch bepaald zal moeten worden en dat waarschijnlijk pas duidelijk wordt wanneer het ziekenhuis effectief in gebruik genomen wordt.

Tot slot zijn er ook buiten de afdeling mogelijkheden voor patiënten en hun families om te ontspannen of samen iets te doen. Zo wordt er in de inkomzone van het ziekenhuis een koffiecorner voorzien. Wanneer een patiënt fit genoeg is kan hij of zij dus naar de inkomzone komen om iets te drinken met het gezin. Verder wordt in deze zone ook speelruimte voorzien. Hier kunnen patiënten met hun broers en zussen komen spelen wanneer ze daar zin in hebben. Op deze inkomhal wordt dieper ingegaan in het deel over 'ruimtelijke organisatie'. Verder wordt er ook een groot dakterras voorzien waar gespeeld zal kunnen worden. Dit dakterras wordt besproken in het deel over 'interactie met de buitenomgeving'.

### 6.2.2.3.3 Interactie met het personeel

Wat betreft de sociale interacties die een kind met het personeel aangaat, leken de meningen verdeeld te zijn. Enerzijds hebben kinderen nood aan fijne contacten met verpleegkundigen en andere personeelsleden om het ziekenhuisverblijf aangenamer te maken. Deze contacten heeft het kind enigszins zelf in de hand dankzij de schuifdeuren waarmee de patiëntenkamers afgesloten worden. Dit werd eerder al aangehaald in de paragraaf over 'Controle & privacy'. Zo kunnen kinderen hun deur open laten staan om sociale interacties te bevorderen.



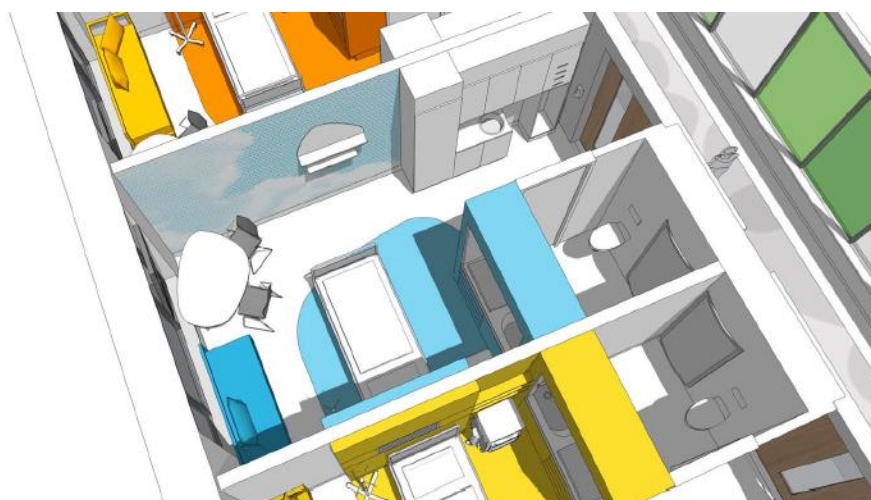
Verplegers kunnen snel eens dag zeggen wanneer ze voorbij komen of vragen hoe het met de patiënt gaat. Wanneer patiënten hun deur gesloten houden, geven ze aan dat ze liever niet gestoord worden en zal sociale interactie met het personeel dan ook wat afgeremd worden.

Anderzijds vinden er heel wat gedwongen contacten in de patiëntenkamer plaats die minder gewenst zijn. Momenteel wordt er in de patiëntenkamers binnen en buiten gelopen door heel wat mensen van het personeel. Dit vinden kinderen niet altijd fijn, zeker wanneer ze willen rusten. Op het eerste zicht kan er ontwerpmatig misschien weinig gedaan worden aan het probleem van de drukte in patiëntenkamers, buiten het voorzien van de schuifdeuren. Toch lijken er kleine ingrepen mogelijk die deze sociale interacties beter kunnen organiseren. Zo werd bijvoorbeeld het *tag-systeem* aangehaald door de professionele gebruikers in het focusgroepinterview. Dit systeem, dat aan de buitenkant van de kamer bevestigd wordt, kan aangeven wanneer een kind aan het rusten is, wanneer de kamer gekuist mag worden, enzovoort. De implementatie van een dergelijk systeem is echter een 'einddetail' van een ontwerp. Het is dan ook iets dat waarschijnlijk pas naar de realisatie van de patiëntenkamers toe besproken zal worden.

#### 6.2.2.3.4 Interactie met bezoekers

Wanneer patiënten vrienden of familie op bezoek krijgen, zullen ze in het nieuwe ziekenhuis naar de inkomzone kunnen gaan om iets te drinken in de koffiecorner of om te spelen in de voorziene speelruimte. Ook kunnen ze naar het dakterras gaan om even buiten te komen. In hoofdstuk 5 werd echter aangehaald dat er buiten algemene voorzieningen in het ziekenhuis ook op de afdeling ruimte voorzien moet worden voor sociale interactie met bezoekers. Dit enerzijds op de afdeling zelf, maar anderzijds ook in de patiëntenkamers.

Op de afdeling kan de ouderlounge deze taak op zich nemen. Hier kunnen patiënten ook met bezoekers even komen zitten om iets te drinken of om wat te praten. Wel moet er rekening mee gehouden worden dat er maar één ouderlounge per afdeling voorzien is en dat deze beperkt is in grootte<sup>7</sup>. In eerste instantie is de ouderlounge voorzien voor ouders en hun kinderen. In de weekends, wanneer er veel bezoek komt, zal het waarschijnlijk niet altijd mogelijk zijn om in de ouderlounge te gaan zitten met bezoekers. Daarom zal er ook vaak in de patiëntenkamers bezoek ontvangen worden. In hoofdstuk 5 werd geklaagd dat er momenteel in de kamers enerzijds te weinig ruimte is<sup>8</sup> en dat er anderzijds te weinig zit mogelijkheden voorzien zijn. Vooral de kleinere patiëntenkamers gelegen aan de patio's blijken een probleem te zijn. In het nieuwe ziekenhuis zullen alle kamers zo'n 20 tot 25 m<sup>2</sup> zijn zodat dit probleem opgelost geraakt.



**Figuur 6.8** Patiëntenkamer met zit mogelijkheden voor bezoekers

<sup>7</sup> De ruimte getoond figuur 6.6 (ouderlounge + verpleegwacht + ...), omvat in totaal een oppervlakte van +/- 80 m<sup>2</sup>.

<sup>8</sup> De huidige grote kamers zijn +/- 18 m<sup>2</sup> groot, de kleine slechts +/- 14 m<sup>2</sup>.



In figuur 6.8 is nogmaals een beeld van een patiëntenkamer te zien. Op dit beeld kunnen we zien dat er enkele stoelen en een tafel voorzien zijn in de kamer. Een extra pluspunt is echter de zetel die 's nachts als bed voor de ouders gebruikt wordt. Deze zetel kan plaats bieden aan enkele bezoekers. In de huidige kamers wordt het zetel-bed elke dag opgeplooid en beperkt tot één zitplaats, ook neemt deze zetel vrije ruimte in de kamer in. De nieuwe *rooming-in* bedden lijken dus een groot voordeel te bieden doordat ze vast verwerkt zijn in de ruimte waardoor ze geen extra plaats innemen en doordat ze niet opgeplooid hoeven te worden en ze dus voldoende zitplaats bieden. Dankzij deze voorzieningen wordt het in het nieuwe ziekenhuis toch wat aangenamer om bezoek te ontvangen op de patiëntenkamer.

### 6.2.2.3.5 Interactie met medepatiënten

In het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis zullen alle kamers (op enkelen na) eenpersoonskamers zijn. Annemie Glorieux vertelde over deze beslissing tijdens haar interview: *“Dat is ook gekomen door, door de rooming-in. Dat rooming-in toch aangenamer is als men alleen is\_\_”*. Verder heeft dit volgens haar te maken met het feit dat de privacy-eisen hoger geworden zijn: *“Wij Belgen, naar privacy\_\_ (...) Wij gaan daar heel ver in. Nederlandse ziekenhuizen bouwen nu nog kamers van zes, en in België\_\_ Dat is ondenkbaar he. We hebben een heel sterk gevoel van privacy”*. Toch zullen ook enkele kamers voorzien worden voor twee patiënten. Deze kamers zullen voor kinderen gebruikt worden die lang moeten revalideren en daardoor lang in het ziekenhuis moeten verblijven. Men stelt dat deze kinderen ook echt iets aan elkaar kunnen hebben, zeker tijdens een lang revalidatieproces.

Aangezien de meerderheid van de patiënten in eenpersoonskamers terecht zal komen, wordt het belangrijk om op de afdeling ruimte te voorzien waar kinderen elkaar toch kunnen ontmoeten. In eerste instantie kan dit in de gangen en in de ouderlounge gebeuren. Al merkten enkele ouders op dat kinderen niet snel de intentie hebben om anderen te leren kennen wanneer ze elkaar gewoon in de gang tegenkomen. Er zou dus ook aangepaste ruimte voor de kinderen zelf moeten zijn. Deze ruimte wordt later besproken bij de paragraaf over 'Ruimte voor positieve afleiding'.

### 6.2.2.4 Interactie met de materiële ziekenhuisomgeving

In het vorige deel werden mogelijkheden tot sociale interacties besproken. In dit deel gaan we bekijken hoe kinderen met de materiële ziekenhuisomgeving zullen interageren. Er wordt gekeken naar de ruimtelijke organisatie van het ziekenhuis, de vormgeving en het interieur en de interactie met de buitenomgeving.

#### 6.2.2.4.1 Ruimtelijke organisatie

##### AANKOMEN IN HET ZIEKENHUIS

In hoofdstuk 5 werd aangekaart dat het aangenamer zou zijn moest er een aparte inkomhal voor kinderen voorzien worden. Aangezien het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis voornamelijk op kinderen gericht is (met uitzondering van de gynaecologie-afdelingen), zal relatief goed voldaan worden aan deze wens. Dit zal de grote massa aan mensen aanzienlijk verkleinen in vergelijking met de huidige situatie. De inkomzone is een dubbel hoge hal waarin een balie zit, een koffiecorner, een speelhoek, een borstvoedingslokaal, een informatiezone,... In figuren 6.9 en 6.10 zijn beelden van de inkomhal te zien. Zoals op de figuren te zien is, wordt de inkomhal

niet zomaar één grote ruimte, maar is ze net onderverdeeld in verschillende sub-ruimtes met variërende plafondhoogtes.

Als we terugkijken naar hoofdstuk 5 zien we dat de schaal van de ruimte kinderen niet mag afschrikken, er moet net voldoende variëteit aan ruimtes voorzien worden. Met deze inkomhal wordt hier best goed rekening mee gehouden. Wanneer we de beelden bekijken kunnen we al opmerken dat ook de vormtaal zo veel mogelijk op kinderen zal afgestemd worden. Er wordt gebruik gemaakt van organische vormen, speelse elementen en verschillende kleurrijke en natuurlijke materialen. Saariste haalde aan dat de ontwerpers met deze vormtaal een omgeving willen creëren die in groot contrast staat met de typische, strakke ziekenhuisarchitectuur.

Vervolgens werd ook aandacht besteed aan het aspect van 'wachten'. In figuur 6.11 is een plan van niveau 1 te zien met de inkomhal centraal gelegen. De toegang van het gebouw bevindt zich aan de rechterkant. Voor de pediatrie-raadplegingen werden twee aparte wachruimtes voorzien (in rood aangegeven op fig. 6.11). Een voorbeeld van een wachruimte wordt weergegeven in figuur 6.12. Hierop is te zien dat de wachruimtes nauw verbonden blijven met de inkomzone. Zo ontstaat er geen benauwd gevoel, maar kan er wel in een afzonderlijke, rustigere zone gewacht worden.



**Figuur 6.9** Beeld van de inkomhal van het nieuwe ziekenhuis



**Figuur 6.10** Beeld van de inkomhal van het nieuwe ziekenhuis



**Figuur 6.11** Niveau 1 met centraal de inkomhal en in het rood de wachruimtes



**Figuur 6.12** beeld van een wachruimte bekeken vanuit de inkomzone

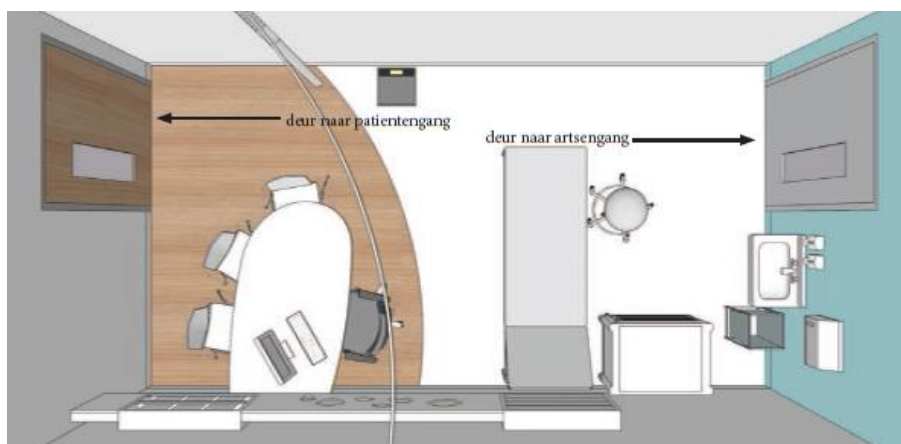
## WAY-FINDING &amp; ORIËNTATIE

In het nieuwe ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een variërende vormgeving op de eerste verdieping. Dit bevordert *way-finding* en oriëntatie. Saariste gaf aan dat hij dit erg belangrijk vindt. Verder worden ruimtes aangeduid met hun functie aan de hand van grote woorden (bijvoorbeeld het onthaal, zie fig. 6.9). Ook wordt de oriëntatie bevorderd door de openheid van de inkomhal en de wachruimtes. Vanop bijna alle plekken blijft je het contact met de inkomzone behouden.

Om de circulatie minder druk te maken werd ervoor gekozen om patiënten- en artszones te scheiden. In figuur 6.13 wordt een (ouder) plan getoond waarop deze scheiding weergegeven is. Het blauwe gebied is de patiëntzone, het paarse gebied de artszone en het groene gebied de publieke zone. Elke consultatie-box heeft een toegang voor artsen en een toegang voor patiënten. Hiermee wil men de artsen naar de patiënt toe laten komen in plaats van omgekeerd. Patiënten die meerdere artsen moeten zien kunnen in één box blijven zitten en de verschillende artsen komen naar deze box toe. Zo moeten patiënten zich niet van de ene ruimte naar de andere verplaatsen. Dit zou een efficiëntere werking en een sneller doorstroomsysteem tot gevolg moeten hebben, iets waar patiënten en ouders zelf naar verlangen. Verder zal deze opsplitsing van stromen de circulatie voor de patiënten minder druk maken. Ook in de consultatieboxen zelf is de opdeling tussen patiënten- en artszone terug te vinden (zie fig. 6.14).



**Figuur 6.13** Raadplegingen voor pediatrie, opdeling patiënten en artsen



**Figuur 6.14** Consultatie-box met opdeling patiëntenzone (links) en artszone (rechts)



In de rest van het ziekenhuis wordt oriëntatie en *way-finding* bevordert door de patio's, deze geven uitzicht op andere delen van het gebouw waardoor je een beter idee krijgt van waar je je bevindt. Ook wordt doorheen heel het gebouw de centrale circulatiezone geaccentueerd (zie rode bolletjes op fig. 6.15). Om voor een duidelijke organisatie van de afdelingen te zorgen krijgen alle artsenzones en patiëntenzones een eigen vloerbekleding. Dit maakt de scheiding van circulatiewegen nogmaals duidelijk. Op figuur 6.15 is dit te zien, het donkergrijze gebied is de artszone, het lichtgrijze pad is de patiënten- en bezoekerszone. Daarbovenop wordt er gebruik gemaakt van een kleurensysteem en duidelijke adressering van de kamers om *way-finding* te bevorderen (zie fig. 6.16 en 6.17). Elke verdieping krijgt een eigen kleur toegewezen. Zo kunnen patiënten vertellen dat ze op de 'blauwe' of de 'rode' verdieping liggen. Verder wordt op elke schuifdeur een duidelijk kamernummer toegevoegd om het vinden van een bepaalde kamer te vergemakkelijken.



**Figuur 6.15** Plan van een pediatrie-afdeling



**Figuren 6.16 & 6.17** Spel van kleuren en cijfers om oriëntatie en *way-finding* te bevorderen

## RUIMTE VOOR POSITIEVE AFLEIDING

In het ziekenhuis zullen enkele ruimtes voorzien worden die kunnen bijdragen tot positieve afleiding van kinderen. Saariste vertelde over een eerste vorm hiervan: *“Er is ook op elke verdieping een speellokaal, zodat kinderen die iets mobieler zijn daarnaartoe kunnen. Of terwijl ouders misschien een gesprek hebben, broertjes en zusjes naar het speellokaal kunnen”*. Uit de beschikbare informatie kon ik opmaken dat er per twee afdelingen een speellokaal voorzien zal worden. Twee op niveau 4 en één op niveau 5. Of dit zal volstaan valt nog af te wachten. Vooral de inkleding van deze speelruimtes zal van groot belang zijn, hierover heb ik helaas nog geen informatie. Het zal er vooral op aankomen om ervoor te zorgen dat de speelruimtes niet te kinderachtig worden. Doordat er maar weinig speelruimtes voorzien worden, bestaat het gevaar echter dat deze ruimtes weer louter tot speel- en knutselruimte voor de jonge kinderen herleid worden. Dit probleem kan eventueel opgelost worden door één van de speelruimtes specifiek te voorzien voor oudere kinderen. Dit wil wel zeggen dat kinderen zich verder zullen moeten verplaatsen om tot bij een geschikte speelruimte te komen. Een andere oplossing is een uurregeling treffen die zegt dat de speelruimte binnen bepaalde uren enkel open is voor de oudere kinderen, net zoals een mama voorstelde.

Uit wat Saariste vertelde tijdens zijn interview, kan opgemaakt worden dat het de intentie van de ontwerpers is om ook broers en zussen gebruik te laten maken van de speellokalen. Of dit effectief zo zal zijn valt af te wachten, dit zal afhangen van hoe het ziekenhuis de afdelingen zal organiseren.

In het vorige hoofdstuk werd aangekaart dat de speelruimtes op zo veel mogelijk momenten gebruikt moeten kunnen worden. Hier komt echter de problematiek van toezicht weer opduiken. Saariste bevestigde dit probleem: *“Een speelruimte maakt ook herrie om het zo te zeggen, dus die kun je niet direct naast de verpleegpost leggen. En de verpleegpost is de enige plek die altijd bezet is. Maar als je het direct ernaast doet is het was lastig. Dus het wordt meestal een aparte ruimte, maar die aparte ruimte, ja daar zul je inderdaad toezicht moeten hebben. En hoe dat geregeld is in het ziekenhuis\_\_ wat van uren daar\_\_ Daar zullen ze misschien in de toekomst een mouw aan moeten passen, dat dat ook gewoon in het weekend zo kan”*. Hoe dit probleem van toezicht opgelost zal worden valt dus ook nog af te wachten. Een oplossing zou zijn dat een deel van de speelruimte buiten de werkuren van de spelbegeleiders afgesloten wordt, maar dat een ander deel – waar minder waardevolle spullen liggen – heel de tijd open blijft. Zo kunnen kinderen in het weekend toch ook gaan spelen in de speellokalen.

In de inkomhal zal eveneens een speelruimte voorzien worden voor de kinderen die moeten wachten. Hier kunnen ook broers en zussen gebruik van maken. Bijvoorbeeld als afleiding wanneer ze op bezoek zijn bij hun zieke broer of zus of net om samen met hun zieke broer of zus te kunnen spelen.

Een andere mogelijkheid tot positieve afleiding die voorzien wordt, is een school. Op de vijfde verdieping wordt een grote ziekenhuisschool voorzien (in het bijgebouw). Deze school bevindt zich vlakbij de pediatrie-afdelingen, wat ervoor zorgt dat kinderen zich niet ver hoeven te verplaatsen. De school betekent een groot pluspunt, zeker voor kinderen die erg lang in het ziekenhuis moeten verblijven. Wel worden de schoolruimtes volgens Saariste niet optimaal gebruikt: *“Er zit ook een ziekenhuisschool bij (...). Maar ook die is gewoon na schooltijd dicht en in het weekend dicht. Nu eigenlijk is dat wel jammer\_\_”*. Hier heeft hij het over het feit dat het erg spijtig is dat interessante ruimtes 's avonds en in de weekends gesloten worden. Volgens Saariste zou het ziekenhuis een regeling moeten treffen die mogelijk maakt dat zulke ruimtes meer gebruikt kunnen worden. Hij ziet als oplossing een multifunctioneel gebruik van ruimtes: *“Want je zou sommige van die ruimtes juist multifunctioneel willen gebruiken. Maar ik merk dat deze organisatie\_\_ is daarin nog niet zo heel erg ver\_\_”*. In Nederland (waar het architectenbureau waarin Saariste werkt gevestigd is) kan er volgens Saariste al veel verder gegaan worden met het dubbel gebruik van ruimtes.

Uit de informatie die ik ter beschikking heb, is het echter niet helemaal duidelijk in hoeverre het ontwerp voorzien is op dit dubbel gebruik van ruimtes of het opsplitsen/samenvoegen van ruimtes. Dit is iets wat erg interessant zou zijn. moest het ziekenhuis na een tijd toch een regeling weten te treffen die het gebruik van ruimtes kan optimaliseren, dan hoeven er geen grote ingrepen gedaan te worden om dit mogelijk te maken.

### INTERACTIE MET RUIMTES

Tijdens het interview legde Saariste uit dat het als architect belangrijk is om zelf aangename ruimtes toe te voegen aan het ontwerp, ook al worden deze niet expliciet gevraagd: *“Dat soort dingen\_\_ die voegen wij gewoon toe aan het plan. En eigenlijk praten we daar vaak niet zo erg over. Dat doe je gewoon en laat ze het maar zien als het er is. En dan zullen ze wel tevreden zijn”*.

In het vorige hoofdstuk werd openheid besproken als erg aangenaam. Ook de architecten leken openheid een belangrijk aspect te vinden. Hierboven werd het ontwerp van de inkomhal en wachtruimtes reeds voorgesteld. Daarbij werd duidelijk dat het een open ontwerp is dat toch rekening houdt met de schaal van kinderen. Verder in het ziekenhuis probeert men dit aspect van openheid en ruimte door te trekken. Zo zorgen de ouderlounges, die in nauw contact met de gang staan, voor meer openheid op de afdelingen. Enerzijds is dit ideaal voor ouders die even ergens willen ontspannen, maar toch in contact met de gang en de patiëntenkamers willen blijven. Anderzijds doorbreekt deze ouderlounge de lange, rechte gangen, waardoor deze er minder saai zullen uitzien. We kunnen de ouderlounges eigenlijk bekijken als de ‘inhammen’ die voorgesteld werden door de professionele gebruikers: in contact met de gang, maar niet er middenin.

Deze openheid zou verder een oplossing kunnen betekenen voor het toezicht dat nodig is in de speelruimtes. Zo zouden speelruimtes op eenzelfde manier kunnen ontworpen worden als ouderlounges, zodat ze in contact staan met de gang. Hierboven werd echter al aangehaald dat speelruimte lawaai met zich meebrengt, waardoor het een afgesloten ruimte moet zijn. Saariste kaartte dit zelf aan en vertelde dat de speelruimtes hierdoor bewust niet te dicht bij de verpleegposten geplaatst werden.

Verder wordt er meer opbergruimte voorzien voor al het verpleegmateriaal. Zo wordt er in de verpleegposten ruimte voorzien waar de karretjes met laptops van de verpleegkundigen kunnen staan, dit is te zien op figuur 6.18 aan de rechterkant. Dit zorgt ervoor dat de gangen minder druk zullen ogen en er meer ruimte vrij blijft voor kinderen om te spelen en voor bezoekers om te passeren. Natuurlijk valt af te wachten of de voorziene opbergruimte zal volstaan. Anders zal er terug een situatie zoals in het huidige geval ontstaan, waarbij veel materiaal op de gangen terechtkomt wegens onvoldoende bergruimte. Ook zullen de verpleegkundigen gedisciplineerd moeten omgaan met het opbergen van materiaal, zodat er niets blijft rondslingeren.



**Figuur 6.18** Verpleegwachter met ruimte voor de laptops van de verpleegkundigen

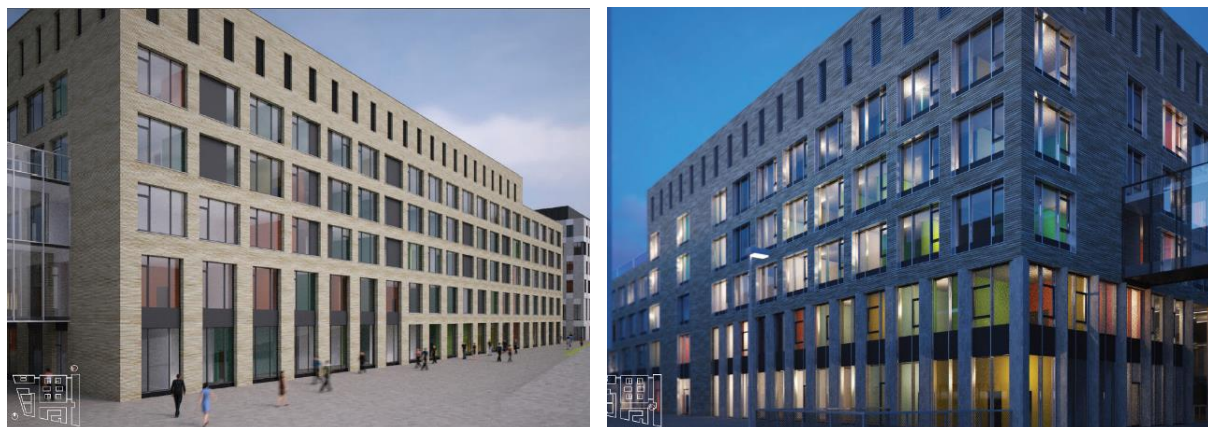
## 6.2.2.4.2 Vormgeving &amp; interieur

## KINDVRIENDELIJKE VORMGEVING

Zoals aan het begin van de plananalyse vermeld werd, wordt het nieuwe ziekenhuis gebouwd in een erg strakke stedenbouwkundige plot en moesten de architecten een generiek gebouw ontwerpen. Saariste geeft aan dat het uiterlijk van het gebouw hierdoor niet zo specifiek op kinderen gericht is.

Kijken we nu terug naar het vorige hoofdstuk, dan zien we dat hier net benadrukt wordt dat het voor kinderen interessant is wanneer ze aan de buitenkant van het ziekenhuis al kunnen zien dat het een gebouw voor kinderen is. Wanneer ik voor het eerst plannen en beelden van het ziekenhuis zag, vond ik dan ook dat dit aspect totaal ontbrak in het ontwerp. Tijdens het interview met Saariste werd me echter duidelijk dat er strenge richtlijnen gevolgd moesten worden, maar dat de ontwerpers toch moeite deden om het gebouw zo aantrekkelijk mogelijk te maken voor kinderen. Saariste beseft zelf heel goed dat het fijn is wanneer het gebouw zelf uitstraalt dat het voor kinderen gemaakt is, met heel herkenbare gevels. In het begin hadden de ontwerpers veel vrolijkere en meer afwisselende gevels ontworpen, maar onder druk van de dienst stedenbouw mocht dit niet meer. Dat was heel jammer, maar niet onoverkomelijk. Voor de ontwerpers betekende dit een kans om net in het interieur veel gericht te gaan werken: *“Het gebouw zelf is misschien niet zo anders, maar in de uitwerking\_\_ (...) dus de vaste inrichting, meubilair, kleurstelling, grafische ontwerp. Dat kan heel kindspecifiek zijn”*.

Om ervoor te zorgen dat het gebouw er aan de buitenkant toch wat speelser zou uitzien, werd gekozen om de kleuren die in het interieur gebruikt worden nadrukkelijk naar buiten te laten komen doorheen de ramen. Dit door de wanden dicht bij de ramen te voorzien van de kleuren van de afdelingen en patiëntenkamers. Het gebruik van kleur wordt hieronder nog verder besproken. Het kleurspel van het interieur dat naar buiten gebracht wordt, is te zien in figuren 6.19 en 6.20, vooral het nachtbeeld toont duidelijk het effect van de kleuren.



**Figuren 6.19 & 6.20** Kleurspel van het interieur wordt zichtbaar in de gevels

Verder bleek in het vorig hoofdstuk dat het van belang is om een verwelkomende inkomhal te voorzien voor kinderen. Hierboven werd de inkomzone reeds besproken. Naar mijn mening is deze vrij goed geslaagd in de opzet van verwelkomend en uitnodigend te zijn dankzij de speelse elementen, organische vormen en kleurrijke en variërende materialiteit. De elementen zijn echter niet te kindspecifiek, zodat de omgeving niet kinderachtig wordt en ook oudere kinderen en volwassenen de ruimtes aangenaam vinden.

Op de eerste verdieping worden stenen en houten vloeren gebruikt en niet de typische linoleum vloeren. Linoleum vloeren worden immers al snel geassocieerd met ziekenhuizen. Daarom zorgen de steen en het hout voor een leuke afwisseling in de inkomzone. Ook op de afdelingen zijn houten vloerpatronen terug te vinden om de steriele ziekenhuissfeer te doen verdwijnen.

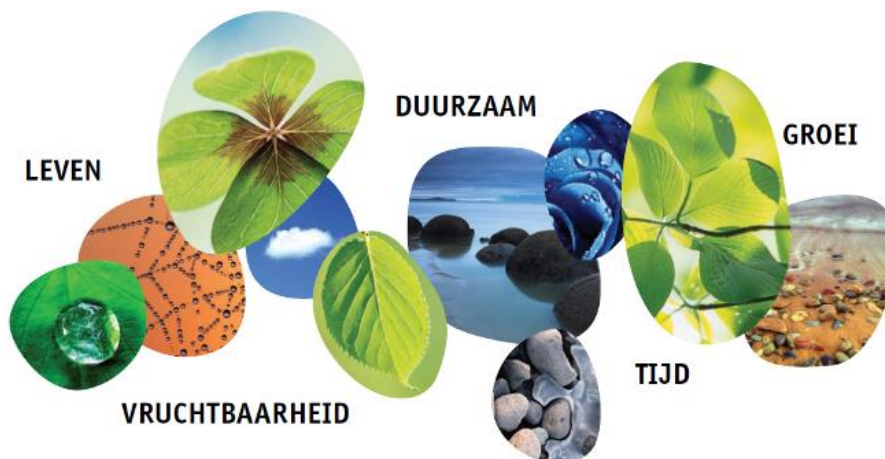


Over het gebruik van thema's doorheen het ziekenhuis werd goed nagedacht. Saariste beseft dat deze zowel jonge als oudere kinderen moeten aanspreken. Vanuit verschillende richtingen worden de ietwat oudere kinderen gezien als de 'moeilijke' leeftijdsgroep om te behagen. Wanneer ik Saariste vroeg of hij hier ook zo over denkt, wou hij hier geen eenduidig antwoord op geven: *"Misschien wel. Maar aan de andere kant, daar kan bijvoorbeeld\_\_ een prettige ruimte kan daar al gewoon helpen. Dat werkt denk ik sowieso hoor"*. Saariste heeft het verder over de inrichting, hij vertelt over het gebruik van thema's die alle leeftijden aanspreken: *"Het moet iets zijn wat intrigerend is, wat je op verschillende manieren kan lezen. Het mag iets abstracter zijn misschien. Dat heeft ook weer te maken met dat je niet alleen met zesjarigen zit"*.

Voor het vrouw-kind ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van het concept van een boom. Saariste verklaart dit concept: *"We laten het ziekenhuis opbouwen als een soort boom. Beneden, daar loop je, daar kom je binnen, consultatie. Beneden is dus algemeen, voor iedereen. Naar boven hebben we op een gegeven moment materniteit\_\_ Verder omhoog zitten de kinderen. En de kinderen is lossier, is vrolijker, je eindigt in de lucht. We hebben dus echt een soort boom in het bos als concept voor het interieur gehanteerd"*. Hiermee wil men een positieve houding veroorzaken: *"Vandaar groei, leven, duurzaam, vruchtbaarheid\_\_ in plaats van ziek, ellende en noem maar op"*. Vervolgens wordt er binnen dit concept gewerkt met een vormtaal van rivier-keien met afgeronde, onregelmatige vormen. Een conceptbeeld is weergegeven in figuur 6.21. Door met thema's te werken die niet heel specifiek iets willen voorstellen, maar eerder op een abstracte manier speelse elementen toevoegen aan de omgeving, wordt het ontwerp kindvriendelijk zonder kinderachtig te worden.

Het gebruik van de thema's komt overal in het ziekenhuis terug, zowel in het vloerpatroon en het meubilair als in de verlichting. Wanneer we terugkijken naar de beelden van de inkomhal, wachtruimtes en raadplegingsboxen (fig. 6.9, 6.10, 6.12 en 6.14) dan zien we deze vormtaal duidelijk verschijnen.

Naar de afdelingen toe werd gebruik gemaakt van dezelfde vormtaal (zie fig. 6.22). Op de figuur is te zien dat de patiënten- en bezoekerszone aangeduid wordt door een loper met een asymmetrisch kiezelpatroon. Ook komt de vormtaal van rivier-keien terug in de vloeren, wanden en inkleding van de gangen, de patiëntenkamers, de ouderlounges en de verpleegposten. Zo krijgen de vloeren in de patiëntenkamers steeds een accentkleur, in de vorm van een grote steen, waar het bed staat. Dit kan eveneens gezien worden in verschillende figuren die hierboven reeds weergegeven werden.



**Figuur 6.21** Conceptbeeld van het ontwerp: bomen & rivier-keien



**Figuur 6.22** Beeld van een pediatrie-afdeling

Zoals eerder al vermeld werd, wordt elke afdeling gekenmerkt door een eigen kleur (zie fig. 6.16). Elke patiëntenkamer heeft daarbovenop ook een eigen kleur (zie fig. 6.15). Zo ontstaat differentiatie in de vormgeving. Wel moet hierbij opgemerkt worden dat er doordacht gebruik gemaakt wordt van deze kleuren. Zo merkt Saariste het volgende op: *“We willen nog steeds accenten, niet een hele verdieping in één kleur maken. Dat is een beetje suf”*. Interessant zou het zijn moest dit kleurgebruik doorgetrokken worden tot in de accessoires van het ziekenhuis. Zo zouden bijvoorbeeld het bedlinnen, pyjama’s en handdoeken ook kunnen afgestemd worden op de kleuren van de kamers. Uit de verkregen informatie is echter niet duidelijk of het nu echt om een totaalconcept gaat of niet. Hier kan men in een volgende fase (naar het einde van het realisatieproces van het gebouw toe) nog eens over nadenken.

Buiten een eigen kleur en de vormtaal van rivier-keien krijgt elke patiëntenkamer nog een eigen thema dat met natuur te maken heeft. In figuur 6.23 wordt een ‘groene’ patiëntenkamer getoond. Hierbij werd het thema van bomen gebruikt om de kamer in te kleden. Verder werden nog andere thema’s gebruikt zoals bijvoorbeeld lucht (zie fig. 6.24). Alle thema’s verwijzen ook weer naar het ‘boomconcept’.



**Figuur 6.23** ‘Groene’ patiëntenkamer met thema van bomen

### MEUBILAIR & SANITAIR

Buiten de vormgeving en het interieur bleek ook het meubilair en sanitair in het ziekenhuis van belang te zijn. Deze moeten eveneens aangepast zijn aan kinderen. Hierboven konden we al zien dat er in de inkomzone en wachtruimtes gebruik gemaakt wordt van speelse elementen en meubels in verschillende vormen en kleuren. Op de kinderafdelingen werd dit idee doorgetrokken.

Wanneer we ons toespitsen op de patiëntenkamers, de ruimtes waar kinderen het grootste deel van de tijd doorbrengen tijdens hun verblijf, kunnen we heel wat vertellen over het meubilair en het sanitair. In eerste instantie valt op te merken dat er opvallend meer meubilair voorzien wordt dan in de huidige situatie. Zo is er buiten het bed een grote zetel (die als logeerbed gebruikt kan worden), staat er een tafel met enkele stoelen aan, is er een kastenwand met opbergruimte en een ijskast, zijn er legplanken en een magneetbord,... (zie fig. 6.24). Ook valt op te merken dat dit meubilair zo vormgegeven is dat het geen al te steriele sfeer weergeeft, iets waar kinderen zelf naar vragen. De tafelbladen worden bijvoorbeeld ontworpen in de vorm van rivierkeien, net zoals de legplanken tegenover het patiënten-bed. Ook wordt er gebruik gemaakt van kleur om het interieur op te vrolijken. Belangrijk om op te merken is het feit dat ook de patiëntenkamers generiek ontworpen moesten worden. Dit aangezien de afdelingen opgedeeld worden volgens ziektebeeld en kamers dus door alle leeftijden bezet zullen worden. Zoals hierboven al besproken werd, worden de kamers – door het gebruik van eerder abstracte thema's – zo vormgegeven dat ze door kinderen van alle leeftijden geapprecieerd kunnen worden.

Het voorzien van voldoende meubilair dat aantrekkelijk oogt heeft nog een extra voordeel: het zal – net zoals in het vorige hoofdstuk aangekaart werd – kinderen stimuleren om uit bed te komen. Zo kunnen ze aan de tafel gaan zitten om te eten of een spel te spelen, kunnen ze in de zetel gaan zitten om door het raam te kijken, kunnen ze kaartjes, posters en foto's ophangen en uitstallen,... Verder werd nog aangehaald dat het interessant zou zijn moest het bed overdag opgeplooid of aan de kant gezet kunnen worden zodat er meer speelruimte ontstaat. Dit lijkt echter niet mogelijk met de voorziene bedden, wat ergens wel te verwachten is. Men wil immers goede en comfortabele bedden voorzien die verschillende standen en hoogtes kunnen aannemen. Dit zijn eigenschappen die men met een plooi-bed niet snel zal verkrijgen.



**Figuur 6.24** Voorbeeld van een mogelijke patiëntenkamer

Gaan we verder kijken naar het werkelijk ontwerpen op maat van kinderen, dan zien we dat in het vorige hoofdstuk aangehaald werd dat kinderen zich zelfstandig moeten kunnen verplaatsen doorheen de ruimte. Dit wordt enigszins mogelijk gemaakt door de voorzieningen die *way-finding* en oriëntatie bevorderen<sup>9</sup>. Verder kunnen we opmerken dat het gebruik van schuifdeuren voor kinderen gemakkelijker is dan gewone deuren. Draaideuren werken met een deurklink die gebruikt moet worden om de deur te kunnen openen. Bij schuifdeuren daarentegen kunnen kinderen gewoon hun handen op de deur zetten en deze zo verschuiven. Zo kunnen kinderen op een vlotte manier in en uit hun kamer geraken.

Een ander aspect dat laat zien dat de patiëntenkamers voor alle leeftijden ontworpen zijn, is het voorziene sanitair. Elke patiëntenkamer bevat een eigen badkamer met douche. Oudere kinderen en ouders kunnen zich dus gewoon op de kamer wassen. Toch is de badkamer ook op kleine kinderen voorzien. De badkamer kan eigenlijk op twee manieren gebruikt worden. In de muur tussen badkamer en patiëntenkamer wordt een grote opening voorzien waarin een lavabo verwerkt is (zie fig. 6.24). Wordt de kamer bezet door een ouder kind, dan kan de opening afgesloten worden met een rolluik-systeem zodat de badkamer een aparte ruimte wordt (zie fig. 6.25). Wordt de kamer echter bezet door een klein kindje of een baby, dan kan deze opening open gehouden worden zodat ouders controle op de badkamer hebben (zie fig. 6.26). Ook kan het kindje gewassen worden in de grote lavabo die hiervoor voorzien is. Er is zelfs ruimte om een verschoonkussen te leggen. Wanneer ouders zelf willen douchen kunnen ze de badkamer afsluiten door middel van het rolluik-systeem.



**Figuren 6.25 & 6.26** Rolluik-systeem om de badkamer af te sluiten

#### 6.2.2.4.3 Interactie met de buitenomgeving

Een laatste aspect dat besproken wordt is welke mogelijkheden er in het nieuwe ziekenhuis voorzien worden om interacties met de buitenomgeving aan te gaan. De interacties worden wederom opgedeeld in rechtstreekse en onrechtstreekse interacties met de buitenomgeving.

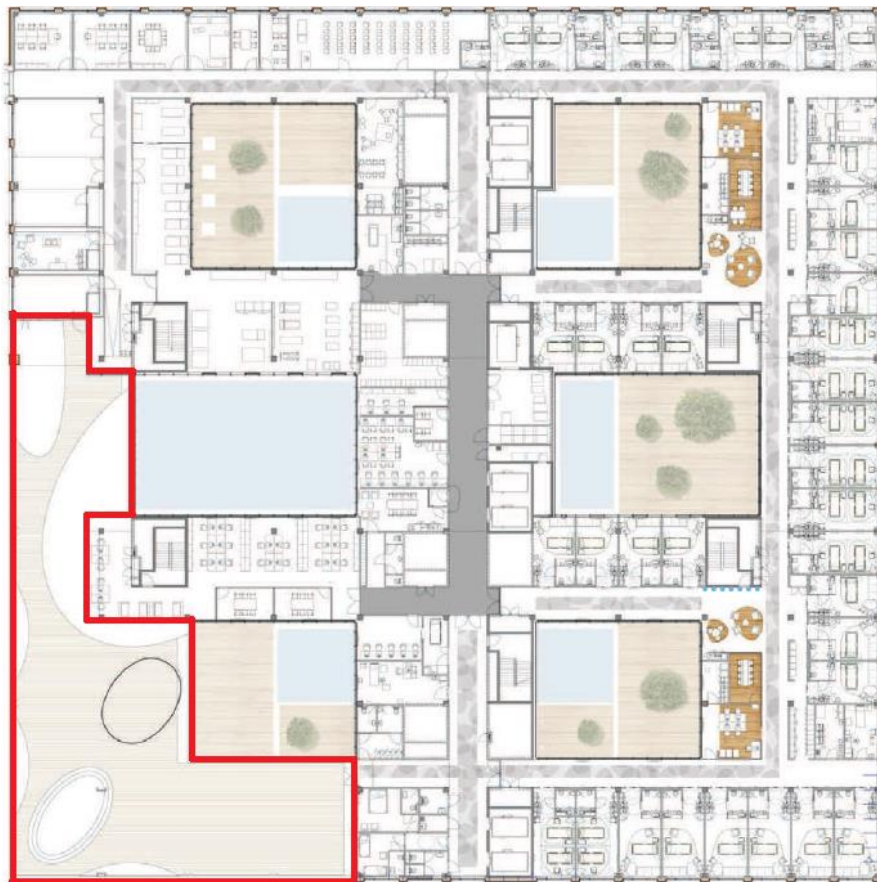
#### RECHTSTREEKSE INTERACTIE MET DE BUITENOMGEVING

Uit het vorige hoofdstuk kunnen we opmaken dat het fysiek in contact kunnen komen met de buitenomgeving iets is wat veel patiënten en ouders wensen. Aangezien het nieuwe ziekenhuis in een erg dense structuur gebouwd wordt, blijkt er nergens veel ruimte over te zijn om een tuin of park aan te leggen. Dit probleem hebben de architecten opgelost door een groot (+/- 820m<sup>2</sup>) dakterras te voorzien op niveau 5 (zie fig. 6.27, rode kader). Dit dakterras werd nog niet in detail ontworpen, maar Saariste gaf aan dat het de bedoeling is dat het terras heel natuurlijk en speels zal ingevuld worden, zodat er gespeeld en geklommen kan worden. De architecten willen met dit terras op een leuke, originele manier te werk gaan. Een voordeel aan dit dakterras is

<sup>9</sup> Zie paragraaf 'Way-finding & oriëntatie'



dat het een aparte omgeving voor kinderen is waar niet zomaar iedereen kan komen. Gewone tuinen en parken bij het ziekenhuis zijn daarentegen meer publiek. Ook heb je met een dakterras niet het probleem dat je vlakbij het verkeer en de drukte zit. Een nadeel van een dakterras is echter wel dat het goed beveiligd moet worden zodat niemand naar beneden kan vallen, er zal daarom een goede omheining voorzien moeten worden. Wat patiënten en ouders verder belangrijk lijken te vinden, is de afstand tot de buitenruimte. Deze zou niet te groot mogen zijn aangezien je met heel wat beperkingen zit: het kind is ziek waardoor het misschien een verzwakte conditie heeft en sneller moe wordt, of in een rolstoel zit, het heeft misschien een staander met een baxter die mee verplaatst moet worden,... Doordat de pediatrie-afdelingen zich op niveau 4 en 5 bevinden, zal het dakterras gemakkelijk bereikbaar zijn voor de patiënten. Dit kan kinderen een extra controlegevoel geven: ze weten dat ze ergens naar buiten kunnen en dat ze dit op zelfstandige basis kunnen doen.



**Figuur 6.27** Niveau 5 met dakterras aangeduid in rood

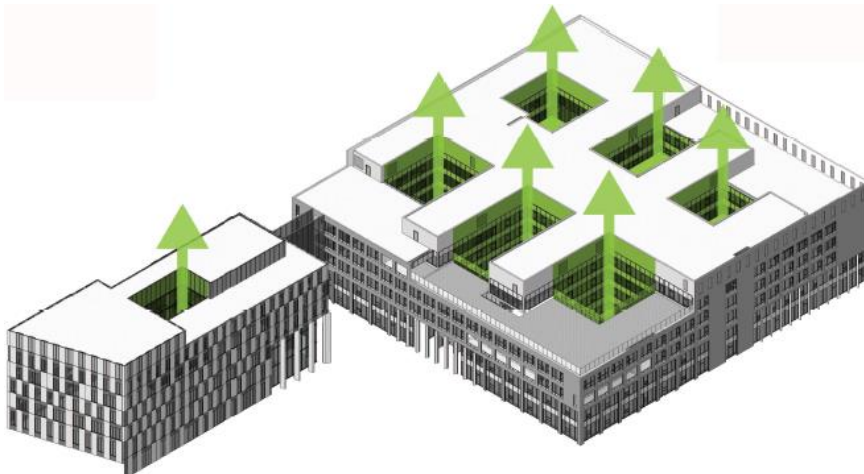
Buiten dit grote dakterras werden nog dichterbij de afdeling kleine buitenruimtes voorzien. Dit in de vorm van terrassen in de patio's. Wanneer we terugkijken naar figuur 6.22 zien we deze terrassen duidelijk verschijnen, ook in figuur 6.28 wordt een voorbeeld van een 'patio-terras' weergegeven. Dankzij deze terrassen kunnen patiënten, ouders en personeelsleden op een vlotte manier snel even frisse lucht happen. In hoofdstuk 5 stelden Anse en haar mama soortgelijke terrassen voor om gewoon snel even buiten te kunnen.



**Figuur 6.28** Voorbeeld van een 'patio-terras'

#### ONRECHTSTREEKSE INTERACTIE MET DE BUITENOMGEVING

Buiten rechtstreekse interacties voorziet het ontwerp ook enkele mogelijkheden om onrechtstreekse interacties met de buitenomgeving aan te gaan. De patio-structuur die hierboven al enkele keren aangehaald werd, is hier een voorbeeld van (zie fig. 6.29). De ontwerpers beseften dat ze met een groot gebouw zitten, maar wilden toch daglicht tot binnenin het gebouw krijgen. Saariste vertelde hierover: *“En daardoor hebben we grote patio’s binnenin gemaakt (...). Want we hebben weliswaar een heel groot blok (...), maar overal waar je bent heb je contact met buiten. Dus elke gang: of aan het einde licht, of aan de zijkant licht. En dat gaat helemaal van boven tot beneden toe”*. Het leuke aan dit patio-systeem is volgens Saariste het feit dat de patio’s naar boven toe steeds groter worden, waardoor er steeds meer licht kan binnenvallen (zie fig. 6.30). Overal waar je komt heb je bijgevolg een goede lichtinval, wat het gebouw volgens Saariste erg licht en luchtig maakt. Een bijkomend voordeel van de patio’s is dat ze natuurlijk licht binnenbrengen in de wachtruimtes op de eerste verdieping. Boven deze wachtruimtes werden grote lichtkoepels geplaatst die de aanzet voor de patio’s erboven geven.



**Figuur 6.29** Patio-structuur in het vrouw-kind ziekenhuis



**Figuur 6.30** Steeds grotere patio's naar boven toe zorgen voor steeds meer invallend daglicht

Verder kan er ook interactie met de omgeving ontstaan door middel van uitzichten. Het uitzicht vanuit de patiëntenkamers bleek hierbij erg belangrijk te zijn. De meeste kamers worden in het nieuwe ziekenhuis aan de buitenkant van het gebouw geplaatst, al bevinden er zich ook enkele aan de patio's (wat door de patiënten als minder aangenaam ervaren werd doordat het zicht naar buiten beperkt is). Wel gaf Saariste aan dat de patio's van veel groen voorzien worden, wat het zicht toch aangeneramer moet maken. Uit het vorige hoofdstuk bleek echter dat kinderen vooral beweging willen zien en dat groen een mooie extra is. Aangezien er in de patio's terrassen voorzien worden, zullen patiënten die een kamer langs de patio's hebben toch ook wat beweging kunnen zien. Een ruim zicht hebben deze kamers helaas niet. Vanuit de patiëntenkamers aan de buitenzijde van het ziekenhuis zullen verschillende dingen gezien kunnen worden. Voordeel is dat de pediatrie-afdelingen zich op de hoogste verdiepingen bevinden, waar het zicht ruimer is. Dit is iets waar veel patiënten en ouders naar vroegen. Verder zal er een combinatie van voorbijgangers, verkeer, delen van de stad en groen gezien kunnen worden, al valt dit moeilijk te bepalen. Er zullen in ieder geval geen kamers meer zijn die enkel op betonnen muren uitkijken, wat door de patiënten als erg onaangenaam ervaren werd.

Om zoveel mogelijk daglicht binnen te brengen in de patiëntenkamers en om het voor (liggende) kinderen gemakkelijk te maken om naar buiten te kijken, zullen grote ramen voorzien worden in de kamers (zie fig. 6.23). Kinderen kunnen zich in de zetel (voor *rooming-in*) zetten en gemakkelijk naar buiten kijken. Ook terwijl ze aan tafel zitten of in bed liggen zal dit mogelijk zijn.

Tot slot kan de buitenomgeving ook naar binnen gebracht worden aan de hand van enkele ingrepen. Tijdens het interview met Saariste werd meermaals ingegaan op het aspect van natuur. Voor Saariste is het naar binnen brengen van de natuur en groen erg belangrijk. Dit geeft volgens hem meer warmte en sfeer. Vooreerst probeert hij zo veel mogelijk met natuurlijke materialen te werken zoals natuursteen en hout. Dit moet voor een contrast zorgen met de strakke architectuur die een ziekenhuisgebouw met zich meebrengt. Deze materialen kunnen we doorheen het hele ziekenhuis zien terugkomen. Verder maakt Saariste graag gebruik van echte planten en bomen, maar hierbij stuit hij – omwille van de ziekenhuis-setting – wel vaker op problemen, zoals eerder al aangehaald werd: “(...) dat is ook een discussie. Planten worden stoffig, vies, oud, vragen onderhoud [volgens tegenstanders]. En wij vinden juist eigenlijk dat het fantastisch werkt en een prettige sfeer aan een gebouw geeft”. Toch probeert Saariste mensen zo veel mogelijk te overtuigen van de positieve effecten van groen in een interieur. Zo hebben de ontwerpers in de inkomzone en wachtruimtes groene wanden voorzien, bekleed met planten. Dit kan gezien worden in de figuren van inkom en wachtruimte die eerder getoond werden (zie fig. 6.9, 6.10, 6.12)

Ook kunnen we nog opmerken dat doorheen het hele ziekenhuis thema's gebruikt worden die te maken hebben met natuur: de boom, de rivier-keien,... Saariste geeft aan dat het aspect van natuur centraal staat in het ontwerp.

## 6.3 Besluit

Zoals in het begin van dit hoofdstuk besproken werd, komt er heel wat kijken bij het ontwerpen van een (kinder)ziekenhuis. In eerste instantie moet er rekening gehouden worden met een langdurig realisatieproces en een uitgebreide regelgeving. Verder moet er gedurende heel het ontwerp- en realisatieproces gepoogd worden om alle visies van de verschillende meewerkende partijen samen te brengen tot één algemeen aanvaarde visie.

Wat betreft de verschillende meewerkende partijen bij het project van het vrouw-kind ziekenhuis zien we dat de opdrachtgevers en ontwerpers de centrale rollen innemen, maar dat ook de professionele gebruikers veel inbreng hadden. Andere gebruikers zoals patiënten en bezoekers werden daarentegen niet rechtstreeks betrokken bij het ontwerp.

Uit de analyse van het toekomstige ziekenhuis kunnen we afleiden dat er – in vergelijking met de huidige situatie – heel wat meer ruimte voorzien wordt om een kindvriendelijk gebouw te bekomen. Zo wordt er in eerste instantie gebruik gemaakt van een goed doordacht concept: de boom/natuur. Met dit concept wordt er rekening gehouden met de grote leeftijdsverschillen die voorkomen in een kinderziekenhuis. Door de eerder abstracte uitwerking van het concept kan de ziekenhuisomgeving zowel kleine kinderen, grote kinderen als volwassenen aanspreken. Dit in ieder geval toch meer dan de typische thema's van diertjes en mediafiguren. Verder werd er belang gehecht aan het aankomen in het ziekenhuis dat op een aangename manier moet kunnen gebeuren. Kinderen moeten zich welkom voelen en mogen niet het gevoel krijgen dat ze in een steriele, saaie ziekenhuisomgeving terecht komen. De ontwerpers spelen hierop in door verschillende materialen en kleuren en een gevarieerde vormgeving te gebruiken. Ook proberen ze de natuur als het ware naar binnen te brengen om meer sfeer te verkrijgen.

Verder werd er nagedacht over de behoeften en wensen die een ziek kind op verschillende vlakken heeft. Kinderen kunnen bijvoorbeeld deels hun privacy gaan bepalen dankzij de schuifdeuren die gebruikt zullen worden. Verder erkennen de architecten het belang van de aanwezigheid van ouders bij hun zieke kind tijdens een ziekenhuisopname. Hier spelen ze op in door voldoende ruime kamers te voorzien die ingericht zijn met een vast zetel-bed voor de ouders. Op elke afdeling wordt een ouderlounge voorzien waar de ouders even kunnen ontspannen, andere ouders kunnen ontmoeten en eten kunnen klaarmaken.

Uit het veldwerk bleek dat spelen, ontspannen en positieve afleiding over het algemeen erg belangrijk zijn voor zieke kinderen. In het nieuwe ziekenhuis gaat hier gelukkig heel wat meer aandacht naartoe dan in het huidige ziekenhuis. Zo worden er speelruimtes voorzien, een ziekenhuisschool, muziektherapie, een groot dakterras,... Allemaal elementen die een kind kan gebruiken om even te ontsnappen aan de realiteit van het 'ziek zijn' en om weer even gewoon kind te zijn.

Ondanks de verschillende ingrepen die de ontwerpers doen om het nieuwe ziekenhuis kindvriendelijk te maken, zal pas met de inwerkingtreding ervan blijken of deze voorzieningen zullen aanslaan en vooral of deze zullen volstaan. Zo lijkt het mij dat de ouderlounges een erg geliefde plek kunnen worden, waardoor ze al snel te klein zullen blijken. Meer ruimte had zeker welkom geweest, al valt te betwijfelen of de architecten dit zelf in de hand hadden. Hetzelfde geldt voor de voorziene speelruimte. Zal deze volstaan? Vooral het feit dat er – voor zover ik uit de informatie kan opmaken – geen aparte ruimte voor de ietwat oudere kinderen voorzien is, lijkt een minpunt voor het nieuwe ziekenhuis. Uit alle interviews bleek immers dat jongeren heel andere wensen hebben dan kleinere kinderen, waardoor een aparte ruimte een groot voordeel zou betekenen.

Verder zal multimedia – zoals verschillende partijen aanhaalden – een belangrijke rol gaan spelen in het nieuwe ziekenhuis. Over deze voorzieningen heb ik echter geen informatie ter beschikking. Het zal er op aankomen om technologie en multimedia goed uit te werken.

Tot slot kunnen we opmerken dat er heel wat aspecten zijn die we niet of weinig kunnen beïnvloeden met het ontwerp van het ziekenhuisgebouw. Factoren zoals eten en tijdstippen waarop gegeten wordt, broers en



zussen die wel/niet mee naar het speellokaal mogen, openingsuren van speellokalen,... hebben we niet in de hand met het ontwerp. Al valt op te merken dat het ontwerp bepaalde factoren wel kan stimuleren door deze te ondersteunen. Zo zou het ontwerp net kunnen ondersteunen dat ruimtes flexibel ingezet kunnen worden door ervoor te zorgen dat ruimtes samengevoegd of opgesplitst worden. Dit werd in het deel over 'Ruimte voor positieve afleiding' besproken. Hierbij werd opgemerkt dat het echter niet duidelijk is in hoeverre de ontwerpers van het vrouw-kind ziekenhuis ondersteunende elementen toegevoegd hebben aan het ontwerp.

We kunnen enerzijds stellen dat aan een goed doordacht ontwerp teniet gedaan kan worden door een slechte organisatie. De organisatie zal dus zeker een bepalende factor worden in of het nieuwe ziekenhuis een succes zal zijn. Anderzijds kunnen we echter ook stellen dat een slecht ontwerp een goede organisatie kan tegenwerken. Het ontwerp zelf zou een goede organisatie moeten mogelijk maken en ondersteunen. In welke mate dit het geval is bij het vrouw-kind ziekenhuis is helaas niet helemaal duidelijk.

We kunnen besluiten dat er bij het ontwerp van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis heel wat ingrepen gedaan werden om het een kindvriendelijk ziekenhuis te maken. Zo werd er wel degelijk ingespeeld op wat er al terug te vinden is in de literatuur en wat er uit het belevingsonderzoek van de huidige situatie geleerd kan worden over kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur. Toch zal pas bij de werkelijke ingebruikname duidelijk worden in hoeverre de ontwerpers slaagden in hun opzet. Daarbij zal ook de uiteindelijke organisatie van het ziekenhuis een rol gaan spelen.

# HOOFDSTUK 7: SLOT

Aan het einde van deze masterproef blikken we terug op het verrichtte onderzoek en de bevindingen die we hieruit kunnen halen. Met deze getuigenis over 'ziekenhuisarchitectuur ontwerpen op kindermaat' trachtte ik enerzijds te achterhalen wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur precies betekent vanuit het perspectief van het zieke kind. Anderzijds probeerde ik te weten te komen hoe deze kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur ontworpen kan worden. Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden, maakte ik gebruik van de *case study* van het UZ Leuven, waarbij zowel de huidige kinderafdelingen als het toekomstige vrouw-kind ziekenhuis in acht genomen werden. Er werd gestart met het opstellen van een algemeen kader over de ziekenhuiszorg en kinderen als patiënten. Dit algemeen kader werd beschreven in hoofdstuk 3. Vervolgens werd onderzocht hoe de huidige kinderafdelingen van campus Gasthuisberg beleefd worden door de jonge patiënten (hoofdstuk 4). Uit de bevindingen van dit belevingsonderzoek werden, in combinatie met de literatuur en het overige veldwerk, heel wat thema's en aspecten gedestilleerd die een beeld geven van wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur betekent vanuit kinderspectief (hoofdstuk 5). Tot slot werd geanalyseerd hoe de ontwerpers het ontwerp voor het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis aanpakten en hoe dit ontwerp inspeelt op wat er geleerd kan worden uit het belevingsonderzoek van de huidige kinderafdelingen en op wat er over kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur terug te vinden is in de literatuur (hoofdstuk 6).

## 7.1 Discussie

Uit hoofdstuk 3 konden we opmaken dat – door de beperkte medische wetenschap en technologie – ziekenhuizen voor de 20<sup>e</sup> eeuw voornamelijk werkten rond het principe van frisse lucht, natuur en daglicht om mensen te genezen. Vanaf de 20<sup>e</sup> eeuw, met de opkomende wetenschap, vergat men deze initieel zo belangrijke aspecten van het genezen en ontstond de ziekenhuismachine. Het genezen van zieken werd bandwerk en het individu verdween naar de achtergrond. Vandaag is er echter weer een positieve trend zichtbaar. Er wordt steeds meer belang gehecht aan patiëntenbeleving en er worden verschillende concepten en ideeën gevormd. Deze masterproef trachtte hierbij het perspectief van het zieke kind onder de aandacht te brengen.

Tijdens de zoektocht naar wat kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur betekent vanuit dit perspectief en hoe deze kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur ontworpen kan worden, viel het me op dat we kritisch moeten omspringen met de informatie die we in de literatuur kunnen terugvinden. Enerzijds is het zo dat sommige aspecten die in de literatuur besproken worden, niet helemaal overeen lijken te komen met de bevindingen uit mijn veldwerk. Zo kunnen we het onderzoek van Roger Ulrich (1984) met betrekking tot de uitzichten vanuit de patiëntenkamer aanhalen. Ulrich concludeerde namelijk dat het belangrijk is om een zicht op groen te voorzien vanuit de kamers. De patiënten die ik interviewde daarentegen, lijken vooral het zicht op 'beweging' en 'leven' van groot belang te vinden en zien groen eerder als een mooie extra. Hierbij moeten we wel opmerken dat het onderzoek van Ulrich over de zoektocht naar 'helende' aspecten ging en niet specifiek over wat patiënten zelf aangenaam vinden. Anderzijds ondervond ik dat de beleving van ruimtes door kinderen heel persoonlijk is, terwijl men in de literatuur soms heel veralgemeende concepten aanreikt. Daarom moet er ook voldoende aandacht gaan naar dit persoonlijke aspect. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat elk kind, elk individu eigen wensen en behoeften zal hebben. Om hierop in te spelen met het ontwerp, moet men er wel rekening mee houden dat een ziekenhuis een publiek gebouw is. Men kan de omgeving niet zomaar aanpassen

aan elk individu. Wel kan men de patiënten de mogelijkheid bieden om zich een eigen plekje in de ziekenhuisomgeving (de patiëntenkamer) toe te eigenen en te personaliseren. Hiermee kan een kind zich meer thuis voelen in het ziekenhuis. Ook al vonden sommige patiënten dat ze zelf niets deden om hun kamer te personaliseren, toch kon ik opmerken dat de meesten dit onbewust wel doen. Ongeacht of ze dit nu bewust of niet, lijkt het me zeker interessant om hiervoor ruimte te voorzien. Wel moeten we opmerken dat de meer veralgemeende thema's die in de literatuur aan bod komen zeker hun belang hebben. Dat kinderen hun ouders graag zo veel mogelijk bij zich hebben, dat ze willen kunnen spelen en ontspannen en dat ze graag eens naar buiten gaan, zijn dingen waarvan we kunnen veronderstellen dat bijna elk kind ze belangrijk vindt.

Wat we algemeen kunnen aannemen is dat een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving voor zieke kinderen inhoudt dat er een link met de thuisomgeving bestaat. Deze link kan zowel op sociaal als op ruimtelijk vlak voorzien worden. Op sociaal vlak kon ik vaststellen dat een kind in contact wil blijven met de mensen waarmee het een nauwe band heeft. In eerste instantie zijn dit de ouders en bij uitbreiding het gezin. In mijn veldwerk kwam op verschillende manieren naar voren hoe belangrijk de aanwezigheid van ouders tijdens het genezingsproces van hun kind is. In bijna elk boek of artikel over kinderen in het ziekenhuis blijkt dit eveneens een centraal thema te zijn. Kinderen willen hun ouders op (bijna) elk moment bij zich hebben, zeker wanneer ze zich minder goed voelen. Ook broers en zussen zijn erg belangrijk om de link met de thuisomgeving te behouden. Verder spelen ook de rest van de familie, vrienden en leeftijdsgenoten hierbij een rol. Vervolgens kunnen we de mogelijkheid om naar school te gaan in het ziekenhuis zien als een manier om een link met het dagelijkse leven te behouden. Zo blijft het kind in de routine die het van thuis kent. Om deze verschillende sociale interacties mogelijk te maken, moet het ziekenhuisgebouw dit uiteraard toelaten. Er moet tijdens het ontwerpen aandacht gaan naar het voorzien van voldoende ruimte om op een aangename manier sociale interacties mogelijk te maken. Op ruimtelijk vlak komt het erop neer dat kinderen een huiselijke sfeer verkiezen om in te verblijven. Hierboven werd reeds aangehaald dat deze huiselijke sfeer erg persoonlijk kan zijn en dat men hierop met het ontwerp kan inspelen door de inrichting van de patiëntenkamer deels over te laten aan de patiënt zelf, zodat deze er zijn of haar eigen plekje van kan maken. Verder zou het ziekenhuis over het algemeen een verwelkomende sfeer moeten uitstralen. Bovendien blijkt het belangrijk dat er op de kinderafdelingen een 'woonkamergevoel' gecreëerd wordt met gezellige hoekjes en knusse zetels. Want ook al leken sommige patiënten die ik interviewde zich niet te willen *settelen* in het ziekenhuis, toch waren ze onrechtstreeks allemaal op zoek naar een 'thuis gevoel' om de tijd die ze in het ziekenhuis moesten doorbrengen op een zo aangenaam mogelijke manier te kunnen spenderen.

Een ander gegeven dat voor kinderen erg belangrijk blijkt te zijn in het kader van een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving, is het afstemmen van deze omgeving op de verschillende leeftijdsgroepen die in een kinderziekenhuis terug te vinden zijn. Op een kinderafdeling komen patiënten tot 16 of 18 jaar terecht. Het probleem bij hedendaagse ziekenhuizen is dat deze zich te vaak voornamelijk richten op de jongere kinderen, waardoor de ziekenhuisomgeving al snel kinderachtig overkomt voor pubers en adolescenten. Om in te spelen op dit probleem is het belangrijk dat men geen al te specifieke inkleding met bepaalde thema's gaat gebruiken. Er kan met thema's gewerkt worden, maar deze moeten goed doordacht uitgewerkt worden zodat ze niet kinderachtig overkomen. Een eerder abstracte weergave waaraan elk kind een eigen interpretatie kan geven, lijkt aangewezen. Wat samengaat met deze inkleding die afgestemd moet worden op de verschillende leeftijden, is het voorzien van aangepaste ruimtes voor spel en ontspanning. Zeker met de overgang naar eenpersoonskamers die we vandaag kennen, vormen ruimtes voor positieve afleiding, aangepast aan verschillende leeftijden, hetgeen volgens mij een erg belangrijk aspect om sociale interacties in het ziekenhuis te bevorderen. Zo kunnen patiënten leeftijdsgenoten leren kennen tijdens hun ziekenhuisverblijf en kunnen ze de band met broers en zussen sterk houden.

Samenvattend kunnen we concluderen dat kinderen allemaal ongeveer naar hetzelfde op zoek zijn in een kindvriendelijk ziekenhuis. Kinderen willen deel blijven uitmaken van het gewone, alledaagse leven, ook in het ziekenhuis. Hiermee willen ze de isolatie van het 'ziek zijn' doorbreken. Zo willen ze verblijven in een omgeving die niet al te steriel overkomt zodat het ziekenhuisgevoel minder nadrukkelijk aanwezig is; ze willen een zicht

op het leven buiten de ziekenhuismuren hebben om er zo onrechtstreeks deel van uit te maken; ze willen normale activiteiten kunnen doen net als thuis: spelen, ontspannen, leeftijdsgenoten ontmoeten, naar school gaan, enzovoort; ze willen keuzes kunnen maken en een controle- en privacy-gevoel hebben om hun zelfstandigheid te behouden; en ze willen op mama en papa kunnen terugvallen wanneer ze daar behoefte aan hebben. Met andere woorden, het ziekenhuis zou eigenlijk geen ziekenhuis mogen zijn. Het blijft uiteraard een ziekenhuis, maar het moet een omgeving voorstellen waar een kind zichzelf kan zijn en blijven. Zo moet het uitgedaagd worden en zin krijgen om uit bed te komen zodat het zijn of haar normale leven zo veel mogelijk kan voortzetten.

Tot slot kunnen we stellen dat de personeelsleden en vooral het verplegend personeel een enorm belangrijke factor zijn. Zij spelen een zeer grote rol in hoe een kind zich zal voelen tijdens zijn of haar ziekenhuisverblijf. Ze kunnen ervoor zorgen dat een kind zich meer thuis voelt. Dit is iets wat architectuur niet in de hand heeft, maar we kunnen wel opmerken dat een aangename, goed doordachte en grondig uitgewerkte ziekenhuisomgeving ook zijn positief effect zal hebben op de personeelsleden. Als zij in een aangename omgeving kunnen werken, zal dit hun gedrag positief beïnvloeden. Verder blijkt dat ook de organisatie een bepalende rol speelt in de uiteindelijke beleving van het ziekenhuis. Ook hierbij geldt dat de architectuur van het ziekenhuis deze organisatie kan ondersteunen of net kan tegenwerken. Het ontwerp zal dus niet de enige factor zijn die bepaalt of het ziekenhuis kindvriendelijk blijkt door de ogen van een ziek kind, maar het speelt hierbij zeker een belangrijke rol en kan de andere bepalende factoren in een goede richting sturen.

## 7.2 Reflectie

Voor deze masterproef deed ik heel wat veldwerk. In eerste instantie verrichtte ik verkennend veldwerk in de vorm van vrijwilligerswerk in het Koningin Paola Kinderziekenhuis. Dit bleek een ideale manier om van start te gaan met mijn onderzoek. Als leek kreeg ik zodoende meer zicht op de werking van een kinderziekenhuis.

Vervolgens volgde het specifieke veldwerk met betrekking tot de *case study*. Hierbij startte ik met een observatie om de kinderafdelingen van het UZ Leuven te leren kennen. Daarna volgden heel wat gesprekken en interviews. Zo interviewde ik vier patiënten en hun ouders om meer te weten te komen over hoe zij kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur vanuit kinderspectief interpreteren. Hierbij was het zoeken naar welke rol ik precies moest innemen tijdens deze interviews. Ik merkte dat ik zelf voldoende moest zeggen, zeker bij de patiënten, omdat ze anders zelf nogal weinig vertelden. Met mijn eigen ervaring van ziekenhuizen als bezoeker en als patiënt en met de literatuurstudie die ik vooraf deed in het achterhoofd, was het echter moeilijk om de antwoorden van de participanten niet te sturen in een bepaalde richting. Het was daarom zoeken naar een evenwicht tussen zelf voldoende te vertellen om het gesprek op gang te houden en niet te veel te vertellen zodat de participanten echt hun eigen mening zouden zeggen. Verder maakte ik soms te snel een oordeel van wat ik van bepaalde dingen vond, terwijl de patiënten hier achteraf heel anders over bleken te denken. Zo viel het me de eerste keer dat ik het huidige daghospitaal bezocht op dat de ruimte erg open is. Als kind van 14 jaar kwam ik ooit in een gelijkaardig daghospitaal terecht voor een dagopname en toen vond ik het maar niets dat ik tussen alle andere (vooral kleinere) kinderen in het zicht lag. De patiënten die ik interviewde daarentegen, vinden deze openheid net een pluspunt. Ze vinden het fijn om naar andere mensen te kunnen kijken en contact met anderen te kunnen hebben. Hierdoor besepte ik dat ik mijn eigen ideeën zo veel mogelijk moest vergeten tijdens de interviews.

De informatie die ik uiteindelijk uit de interviews met patiënten en ouders haalde, bleek erg interessant te zijn om naast de relevante literatuur te leggen. Op sommige vlakken stemden de data en de literatuur overeen, op andere vlakken bleken mijn data een aanvulling op de literatuur te zijn en op nog andere vlakken leken data en literatuur elkaar net tegen te spreken. Ik kreeg ook nieuwe inzichten vanuit dit veldwerk, hoewel het soms best moeilijk was om de meningen van de patiënten en de ouders te onderscheiden omwille van de

wederzijdse beïnvloeding. Verder deed ik een focusgroepinterview met professionele gebruikers. Het samenbrengen van enkele psychologen, een verpleegkundige, een pedagogisch medewerker en een arts, bleek een goede manier te zijn om hen te laten denken over wat kindvriendelijkheid precies betekent voor kinderen. Tot slot deed ik interviews met opdrachtgever en ontwerper. Dit enerzijds om van hun kant te weten te komen hoe zij denken over een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving. Anderzijds maakten zij me wegwijs in hoe het ontwerp van het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis tot stand kwam.

Achteraf gezien ben ik erg tevreden met dit verrichtte veldwerk. Indien ik het onderzoek opnieuw zou kunnen doen, zou ik trachten meer patiënten te interviewen. Het was immers erg interessant om de meningen en ideeën van de kinderen te horen. Hieruit leerde ik hoe verschillend deze soms kunnen zijn, maar ook hoe kinderen toch allemaal ergens op zoek zijn naar hetzelfde. Aangezien er wat vertraging opgelopen werd met het verkrijgen van toestemming om onderzoek in het UZ Leuven te mogen verrichten, was het helaas niet mogelijk om meer patiënten te interviewen.

Verder ben ik erg blij dat ik naast het perspectief van de patiënten en hun ouders ook vanuit andere invalshoeken ben gaan kijken naar hoe er gedacht wordt over kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur. Zowel de professionele gebruikers, de opdrachtgever als de ontwerper bleken hierover interessante ideeën te hebben. Ik denk dan ook dat het betrekken van verschillende partijen één van de sterke punten van dit onderzoek was.

### 7.3 Vervolg?

Om mijn onderzoek, en daarbij deze masterproef, te beëindigen, haal ik graag nog enkele pistes voor mogelijk verder onderzoek aan. Tijdens mijn literatuurstudie in het kader van deze masterproef ondervond ik dat er al erg veel onderzoek gedaan werd naar de beleving van ziekenhuisarchitectuur. Verschillende concepten en ideeën worden voorgesteld en ook voorbeelden van geslaagde projecten zijn terug te vinden. Wanneer ik echter specifiek op zoek ging naar informatie over het beleven en ontwerpen van kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur, vond ik heel wat minder relevante informatie terug. In de literatuur die ik toch vond over het onderwerp, vond ik dat één aspect te weinig aandacht kreeg: het perspectief van het zieke kind. Hoe denkt dit zieke kind zelf over kindvriendelijke ziekenhuisarchitectuur?

Met mijn onderzoek beperkte ik me tot het betrekken van de afdeling kinderoncologie. Deze patiënten komen op frequente basis terug naar het ziekenhuis en verblijven er ook voor langere periodes. Dit wil zeggen dat deze kinderen het ziekenhuis over het algemeen erg goed kennen. Ze kennen de omgeving, de personeelsleden, de gang van zaken, enzovoort. Hierbij kan opgemerkt worden dat kinderen die maar eenmalig naar het ziekenhuis komen voor een korte opname heel andere ideeën en meningen kunnen hebben dan de kinderen die ik bij mijn onderzoek heb betrokken. Zo ondervond ik zelf bijvoorbeeld dat de meeste oncologiepatiënten houden van openheid en elkaar ontmoeten, onafhankelijk van de leeftijd die ze hebben. Ze lijken het niet erg te vinden om bij elkaar te liggen in een daghospitaal omdat ze elkaar toch kennen en weten van elkaar wat ze hebben. In de literatuur daarentegen werd aangehaald dat privacy voor iets oudere kinderen net erg belangrijk is, dat ze op zichzelf willen kunnen zijn. Dit merkte ik ook op tijdens mijn vrijwilligerswerk, hetgeen op de afdeling algemene kinderziekten was, waar kinderen eerder kort verblijven. Hieruit kon ik opmaken dat het voor kinderen toch een verschil maakt of ze vertrouwd zijn met het ziekenhuis of niet. Daarom lijkt het me interessant om te onderzoeken in welke mate er verschillen zijn tussen deze twee soorten van jonge patiënten.

Verder werd in deze masterproef hoofdzakelijk aandacht geschonken aan het perspectief van het zieke kind. Tijdens het focusgroepinterview merkte ik echter op dat ook de professionele gebruikers zelf met heel wat wensen, noden en ideeën zitten. Ook deze elementen verwerken in dit onderzoek zou echter te ver geleid hebben. Daarom zou het interessant kunnen zijn om hetzelfde onderzoek te verrichten, maar dan met de focus op het perspectief van de professionele gebruikers in plaats van op dat van zieke kinderen.

## BIJLAGEN







**Titel Onderzoek: Beleving van het ziekenhuis door kinderen**

**INFORMATIE VOOR KINDEREN VAN 7 TOT 12 JAAR**

Hallo,

We willen je vragen of je graag wil meedoen aan een onderzoek. We zouden jou en je ouders graag een aantal vragen willen stellen over wat je belangrijk vindt als je in het ziekenhuis moet blijven. Binnenkort wordt er een nieuw ziekenhuis gebouwd voor kinderen en door je antwoorden op de vragen zouden we hier rekening mee kunnen houden als het nieuwe ziekenhuis gebouwd wordt.

We willen jou en je ouders een tiental vragen stellen die gaan over wat jullie van de ruimtes in het ziekenhuis vinden. Voor sommige vragen kan het zijn dat we je vragen om bijvoorbeeld een tekening te maken. Het beantwoorden van de vragen zal ongeveer een uurtje duren. Het kan ook zijn dat het minder dan een uurtje duurt omdat we kijken hoe goed je je op dat moment voelt. Je bent volledig vrij om deel te nemen of niet.

Tijdens dit onderzoek zal je naam geheim blijven en vragen we je leeftijd, je geslacht en hoe lang je al in het ziekenhuis komt. Er gaat ook een geluidsopname gemaakt worden van je interview zodat we je antwoorden nadien nog kunnen nakijken. Later zullen we deze geluidsopname vernietigen.

Je mag zelf beslissen of je wil meedoen aan het onderzoek of niet. Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek UZ/KULeuven (toetsingscommissie). Dit zijn groepen personen die erover waken dat de studie veilig verloopt en dat jou geen nadeel wordt gedaan.

Als je beslist om mee te doen aan dit onderzoek vragen we je instemming. Door deze brief te ondertekenen zeg je dat je de informatie in deze brief hebt begrepen, dat je weet waarom we dit doen en wat van jou verwacht wordt. Door te tekenen zeg je dat je helemaal vrij beslist om mee te doen.

ANN HEYLIGHEN, PROF. TEL. + 32 16  
321741  
ann.heylighen@kuleuven.be  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>



1

BIJLAGE A - Informed consent voor kinderen van 7 tot 12 jaar (2)

---



**Titel Onderzoek: Beleving van het ziekenhuis door kinderen**  
**INSTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VAN 7 TOT 12 JAAR**

Naam van de patiënt	Datum	Handtekening
.....	.....	.....

Naam van de onderzoeker	Datum	Handtekening
.....	.....	.....

ANN HEYLIGHEN, PROF. TEL. + 32 16  
321741  
ann.heylighen@kuleuven.be  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>





### **Titel Onderzoek: Beleving van het ziekenhuis door kinderen**

#### **INFORMATIE VOOR JONGEREN VANAF 12 JAAR**

Hallo,

Je wordt uitgenodigd om mee te werken aan een onderzoek. Hierbij zal er een interview met jou en je ouders afgenomen worden. Het onderzoek gaat over ziekenhuisarchitectuur op maat van kinderen. Het doel is om na te gaan hoe jij een ziekenhuisbezoek of –verblijf ervaart en hoe deze ervaring zo positief mogelijk gemaakt kan worden. Meer specifiek wordt er gezocht naar hoe hier door middel van architectuur op ingespeeld kan worden.

In de zomer van 2014 start het UZ Leuven met de bouw van een ziekenhuis voor vrouw en kind. Met de informatie die door middel van deze interviews verkregen wordt, zal er – in combinatie met de literatuur over het onderwerp – gekeken worden naar het ontwerp van het vrouw-kind ziekenhuis. Dit om te weten te komen of hierbij ingespeeld wordt op de huidige toestand van het ziekenhuis en meer specifiek op de huidige toestand van de kinderafdelingen.

Beide interviews die afgenomen zullen worden, bestaan uit een korte lijst van een tiental vragen die zullen gaan over hoe jij en je ouders het ziekenhuis en de ziekenhuisruimtes ervaren en beleven. We verwachten dat de interviews elk ongeveer één uur zullen duren. De duur van je interview zal aangepast worden naar je leeftijd en je gezondheidstoestand. Je deelname aan dit interview is volledig vrijwillig, ook kunnen de interviews elk moment stopgezet worden wanneer je dit zou willen. Het medisch geheim en de principes van ziekenhuishygiëne worden gerespecteerd.

De verzamelde informatie zal verwerkt worden als deel van de masterproef van Laure Verschoren, studente aan de Faculteit Ingenieurswetenschappen aan de KU Leuven, onder leiding van Prof. Ann Heylighen. Ook kunnen de gegevens gebruikt worden binnen ander, bijkomend onderzoek over de ruimtelijke beleving van liggende patiënten in een ziekenhuisomgeving (doctoraatsonderzoek van Margo Annemans).

Voor dit onderzoek worden geen identificatiegegevens gevraagd, enkel je leeftijd, je geslacht en hoe lang je al in behandeling bent. Anonimiteit is dan ook volledig gegarandeerd. Wel zou er een geluidsopname gemaakt worden. Dit heeft als voordelen dat er tijdens het interview meer contact gemaakt kan worden en dat nauwkeurige verificatie achteraf mogelijk is. Nadien zal de geluidsopname vernietigd worden.

Na afloop van de interviews ontvangen je ouders de contactgegevens van de onderzoeker zodat jullie deze, indien gewenst, nadien nog kunnen bereiken. Voor de bescherming van je privacy zullen enkele maatregelen genomen worden. Zo zullen de verzamelde gegevens enkel bekeken worden door de onderzoeker en de verantwoordelijke professoren en begeleiders. Ook zullen deze gegevens niet langer bewaard worden dan de onderzoeker nodig heeft om het onderzoek uit te voeren. Ten slotte

ANN HEYLIGHEN, PROF.  
TEL. + 32 16 321741  
ann.heylighen@kuleuven.be  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>



1

## BIJLAGE B – Informed consent voor jongeren vanaf 12 jaar (2)

---



**KU LEUVEN**



ASRO



zullen bij de rapportage details die aanleiding kunnen geven tot identificatie van de participanten weggelaten worden.

Je deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Indien je beslist om niet deel te nemen aan dit onderzoek, zal deze beslissing op geen enkele manier invloed hebben op je verdere behandeling.

Conform de Belgische wet van 7 mei 2014 inzake experimenten op de menselijke persoon, is de opdrachtgever zelfs foutloos, aansprakelijk voor alle schade die de deelnemer of zijn rechthebbenden opliepen en die rechtstreeks dan wel onrechtstreeks verband vertoont met het experiment. De opdrachtgever van deze studie (UZ Leuven) heeft een verzekering afgesloten die deze aansprakelijkheid dekt. Indien u schade zou oplopen ten gevolge van uw deelname aan deze studie zal die schade bijgevolg worden vergoed conform de Belgische wet van 7 mei 2004. Deze studie werd voorgelegd aan en goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek UZ/ KU Leuven (toetsingscommissie).

Indien je beslist om deel te nemen aan dit onderzoek, vragen we je om een instemmingsformulier te dateren en te ondertekenen. Dit dient enkel als bevestiging dat je volledig op de hoogte bent van het onderzoek, het doel en de omvang van je deelname en dat je vrijwillig deelneemt aan dit onderzoek. Je ontvangt een kopie van het ondertekend instemmingsformulier.

### ***Uw contactpersoon in geval van vragen***

Professor Ann Heylighen  
KU Leuven  
Faculteit Ingenieurswetenschappen – Departement Architectuur  
016 321741 – [ann.heylighen@asro.kuleuven.be](mailto:ann.heylighen@asro.kuleuven.be)

***Wij danken u voor de tijd die u nam om dit informatieformulier te lezen.***

ANN HEYLIGHEN, PROF.  
TEL. + 32 16 321741  
[ann.heylighen@kuleuven.be](mailto:ann.heylighen@kuleuven.be)  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>

MEMBER OF  
**ASSOCIATIE  
KU LEUVEN**

2

ICF jongeren vanaf 12 jaar – versie 1.3 – 10/02/2014

## BIJLAGE B – Informed consent voor jongeren vanaf 12 jaar (3)



### Titel Onderzoek: Beleving van het ziekenhuis door kinderen

### INSTEMMINGSFORMULIER VOOR JONGEREN VANAF 12 JAAR

De naam van de patiënt: .....

1. Ik, ondergetekende, verklaar dat ik het toestemmingsformulier van deze studie goed gelezen heb. Ik heb de mogelijkheid gehad om vragen te stellen en heb dit onderzoek goed begrepen.
2. Ik begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek vrijwillig is en dat deze beslissing geen invloed heeft op mijn verdere medische behandeling.
3. Ik begrijp dat bepaalde informatie zoals mijn leeftijd, geslacht en hoe lang ik al in behandeling ben, verzameld zal worden maar dat deze gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden. Ik geef de toelating aan de verantwoordelijken om deze gegevens te verzamelen en ik begrijp dat mijn naam geheim blijft.
4. Ik ga akkoord om deel te nemen aan dit onderzoek.

A.u.b. aankruisen

JA  NEE

Naam van de patiënt

Datum

Handtekening

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Naam van de onderzoeker

Datum

Handtekening

.....

.....

.....

ANN HEYLIGHEN, PROF.  
TEL. + 32 16 321741  
ann.heylighen@kuleuven.be  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>



3



**Titel Onderzoek: Beleving van het ziekenhuis door kinderen**

**INFORMATIE VOOR DE OUDERS**

Beste ouder,

U en uw zoon/dochter worden uitgenodigd om mee te werken aan een onderzoek in het kader van een masterproef. Hierbij wordt er een interview afgenomen met uw zoon/dochter en een interview met u (en uw partner indien mogelijk). De masterproef zal gaan over het onderwerp van ziekenhuisarchitectuur op maat van kinderen. Doel van deze masterproef is om te gaan kijken naar hoe een kind een ziekenhuisbezoek of –verblijf ervaart en hoe deze ervaring zo positief mogelijk gemaakt kan worden. Meer specifiek wordt er gezocht naar hoe hier door middel van architectuur op ingespeeld kan worden.

In de zomer van 2014 start het UZ Leuven met de bouw van een ziekenhuis voor vrouw en kind. Met de informatie die door middel van deze interviews verkregen wordt, zal er – in combinatie met de literatuur over het onderwerp – gekeken worden naar het ontwerp van het vrouw-kind ziekenhuis. Dit om te weten te komen of hierbij ingespeeld wordt op de huidige toestand van het ziekenhuis en meer specifiek op de huidige toestand van de kinderafdelingen.

Beide interviews die afgenomen zullen worden, bestaan uit een korte lijst van een tiental vragen die zullen gaan over hoe u en uw kind het ziekenhuis en de ziekenhuisruimtes ervaren en beleven. Bij het interview met uw zoon/dochter zal er bij sommige vragen op een creatievere manier – zoals met een tekening – geantwoord kunnen worden. We verwachten dat de interviews elk ongeveer één uur zullen duren, de duur van het interview met uw zoon/dochter zal echter aangepast worden aan zijn/haar leeftijd en gezondheidstoestand. Deelname aan deze interviews is volledig vrijwillig, ook kunnen de interviews elk moment stopgezet worden wanneer dit gewenst is. Het medisch geheim alsook de principes van ziekenhuishygiëne zullen hierbij in acht genomen worden

De verzamelde informatie zal verwerkt worden als deel van de masterproef van Laure Verschoren, studente aan de Faculteit Ingenieurswetenschappen aan de KU Leuven, onder leiding van Prof. Ann Heylighen. Ook kunnen de gegevens gebruikt worden binnen ander, bijkomend onderzoek over de ruimtelijke beleving van liggende patiënten in een ziekenhuisomgeving (doctoraatsonderzoek van Margo Annemans).

ANN HEYLIGHEN, PROF. TEL. + 32 16  
321741  
ann.heylighen@kuleuven.be  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>



1

ICF ouders – versie 1.3 –10/02/2014



## BIJLAGE C – Informed consent voor ouders (2)

---



Voor de bescherming van uw privacy zullen enkele maatregelen genomen worden. In de interviews worden geen identificatiegegevens gevraagd, enkel leeftijd, geslacht en hoe lang uw kind al in behandeling is zullen gevraagd worden. Wel zou er een geluidsopname gemaakt worden. Dit heeft als voordelen dat er tijdens het interview meer contact gemaakt kan worden met de betrokken persoon en dat nauwkeurige verificatie achteraf mogelijk is. Aan het einde van dit onderzoek zullen de audiotapes vernietigd worden.

Na afloop van de interviews ontvangt u de contactgegevens van de onderzoeker zodat u deze, indien gewenst, nadien nog kan bereiken. De verzamelde gegevens zullen enkel bekeken worden door de onderzoeker en de verantwoordelijke professoren en begeleiders. Ook zullen deze gegevens niet langer bewaard worden dan de onderzoeker nodig heeft om het onderzoek uit te voeren. Ten slotte zullen bij de rapportage details die aanleiding kunnen geven tot identificatie van de participanten weggelaten worden. Anonimiteit is volledig gegarandeerd.

Uw deelname en de deelname van uw kind aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Indien u beslist om niet deel te nemen aan dit onderzoek, zal deze beslissing op geen enkele manier invloed hebben op de verdere behandeling van uw kind.

Conform de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, is de opdrachtgever zelfs foutloos, aansprakelijk voor alle schade die de deelnemer of zijn rechthebbenden opliepen en die rechtstreeks dan wel onrechtstreeks verband vertoont met het experiment. De opdrachtgever van deze studie (UZ Leuven) heeft een verzekering afgesloten die deze aansprakelijkheid dekt. Indien u schade zou oplopen ten gevolge van uw deelname aan deze studie zal die schade bijgevolg worden vergoed conform de Belgische wet van 7 mei 2004. Deze studie werd voorgelegd aan en goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek UZ/ KU Leuven (toetsingscommissie).

Indien u beslist om deel te nemen aan dit onderzoek, vragen we u om een toestemmingsformulier te dateren en te ondertekenen. Dit heeft geen invloed op de wettelijke rechten van uw kind maar dient enkel als bevestiging dat u volledig op de hoogte bent van het onderzoek, het doel en de omvang van de deelname van uw kind en dat u vrijwillig deelneemt aan dit onderzoek. U ontvangt een kopie van het ondertekende toestemmingsformulier.

### ***Uw contactpersoon in geval van vragen***

Professor Ann Heylighen  
KU Leuven  
Faculteit Ingenieurswetenschappen – Departement Architectuur  
016 321741 – [ann.heylighen@asro.kuleuven.be](mailto:ann.heylighen@asro.kuleuven.be)

ANN HEYLIGHEN, PROF. TEL. + 32 16  
321741  
[ann.heylighen@kuleuven.be](mailto:ann.heylighen@kuleuven.be)  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>







**Titel Onderzoek: Beleving van het ziekenhuis door kinderen**

**TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE OUDERS**

De naam van de ouders/voogd: .....

1. Ik, ondergetekende, verklaar dat ik het toestemmingsformulier van deze studie goed gelezen heb. Ik heb de mogelijkheid gehad om vragen te stellen en heb dit onderzoek goed begrepen.
2. Ik begrijp dat mijn deelname en de deelname van mijn kind aan dit onderzoek vrijwillig is en dat deze beslissing geen invloed heeft bij de verdere medische behandeling van mijn kind.
3. Ik begrijp dat bepaalde informatie zoals leeftijd, geslacht en hoe lang mijn kind al in behandeling is, verzameld zal worden maar dat deze gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden. Ik geef de toelating aan de verantwoordelijken om deze gegevens te verzamelen en ik begrijp dat de naam van mijn kind geheim blijft.
4. Ik ga akkoord om deel te nemen aan dit onderzoek.

A.u.b. aankruisen

JA  NEE

Naam van de Ouders/ Voogd

Datum

Handtekening

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Naam van de onderzoeker

Datum

Handtekening

.....

.....

.....

ANN HEYLIGHEN, PROF. TEL. + 32 16  
321741  
ann.heylighen@kuleuven.be  
<http://www.asro.kuleuven.be/aida>



## BIJLAGE D – vragenlijst interview met patiënt

---

Participant: patiënt

Interviewer: Laure Verschoren

### AANKOMEN IN HET ZIEKENHUIS

1. Als je eens denkt over dit grote ziekenhuis, wat vind je er dan leuk aan?  
Welke dingen vind je niet leuk aan het ziekenhuis?
2. Vertel eens over hoe de grote inkomhal waar je aangekomen bent, er uitziet? (te weten komen naar waar aandacht van kinderen toen ging)  
Vond je die inkomhal fijn? Wat vond je er misschien leuk of net niet leuk aan?

### DE KINDERAFDELING

3. Als je denkt aan de gang waar je hier verblijft, welke dingen vind je daar dan leuk of minder leuk aan? Welke dingen kan je doen op de gang (of net niet)?
4. Waar ga je het liefst heen wanneer je eens uit je kamer mag?  
Heb je een favoriete plekje in het ziekenhuis? Welk plekje is dit dan net?
5. Wat vind je leuk om te doen als je mama en papa of andere mensen op bezoek komen, of wat zou je graag doen?  
Blijf je dan altijd op de kamer of waar ga je met hen naartoe?
6. Heb je broers of zussen? Als je broer(s)/zus(sen) op bezoek komen, wat vind je dan fijn om met hen te doen of waar ga je dan heen?

### DE KAMER

7. Wat vind je fijn aan je kamer hier in het ziekenhuis?  
Zijn er ook dingen die je niet leuk vindt? Welke?
8. Wat vind je van het uitzicht uit je raam? Als je zou mogen kiezen wat je door je raam zou kunnen zien, wat zou je dan kiezen?
9. Wat merk je van de activiteiten op de gang en de mensen die voorbijkomen wanneer je in je kamer bent?
10. Wat doe je wanneer je in het ziekenhuis bent en je je verveelt?
11. Vind je het leuk om hier een eigen kamer te hebben of zou je liever met andere kinderen op de kamer liggen?  
(Vraag = willen kinderen echt alleen liggen of is het voornamelijk uit medisch standpunt beter? Leeftijdsafhankelijk)
12. Welke dingen zou je veranderen aan deze kamer als je zelf mocht kiezen?
13. Heb je spulletjes van thuis meegenomen om het wat leuker te maken in je kamer hier? Welke?
14. Zijn er dingen van thuis die je heel erg mist wanneer je in het ziekenhuis bent? Welke?
15. Wat zou er helpen om je meer thuis te voelen hier in het ziekenhuis?

## BIJLAGE E – vragenlijst interview met ouder (1)

---

Participant: ouder van een patiënt

Interviewer: Laure Verschoren

### ALGEMEEN

1. Kunnen jullie eerst eens vertellen hoe een typisch ziekenhuisbezoek of verblijf met jullie kind er precies uitziet? Waar komen jullie bijvoorbeeld zoal, wat doen jullie precies, wat ervaart je kind tijdens zo'n bezoek of verblijf,...
2. Wat vinden jullie van de inkomhal van het ziekenhuis, welke sfeer geeft deze ruimte volgens jullie weer? Is deze gepast voor kinderen?
3. Op welke manier zou aankomen in het ziekenhuis aangenamer gemaakt kunnen worden voor kinderen?
4. Wat verstaan jullie onder een kindvriendelijke ziekenhuisomgeving? Welke aspecten vinden jullie hierbij zeker belangrijk?

### DE AFDELING

5. Wanneer je nu specifiek naar de afdeling kijkt waar je kind momenteel verblijft, waarom is deze afdeling dan wel of niet kindvriendelijk? Hoe zou de afdeling eventueel kindvriendelijker gemaakt kunnen worden?

**Voor hen** (keuken/rustplek/volwassenenruimte)

6. Wanneer jullie gesprekken met artsen of psychologen hebben, hebben jullie dan liefst dat jullie kind hierbij is? Vinden deze gesprekken plaats op een gepaste manier en plek of zouden jullie dit liever anders willen?
7. Hebben jullie een favoriete plek op de afdeling of in het ziekenhuis om even met je kind heen te gaan wanneer het uit de kamer mag?

**Voor hun zieke kind** (spelen, afleiding,...)

8. Waar kan je met je kind terecht wanneer het eens uit de kamer wil/mag?  
(kunnen jullie hier dan bijzijn/is het met een spelbegeleider/kunnen broertjes en zusjes meedoen/...)
9. Welke speelruimte is er voorzien voor je kind (op de afdeling, in de kamer,...)? Vinden jullie dat dit volstaat?
10. Welke ruimte is er op de afdeling voorzien om samen met het gezin eens een activiteit te doen, zoals een spel spelen,...?
11. Welke ruimtes ontbreken er volgens jullie op de afdeling voor je kind?

**Voor hun andere kinderen** (spelen,...)

12. Hebben jullie nog andere kinderen?  
Indien ja:
13. Wat doe je met je andere kind(eren) wanneer je naar het ziekenhuis komt?
14. Welke plaats is er in het ziekenhuis voor je andere kinderen?
15. Welk effect merk je op bij je zieke kind wanneer je zijn of haar broertje(s)/zusje(s) eens meeneemt?
16. Waarom vinden jullie het wel of niet aangenaam om je andere kind(eren) mee te nemen naar het ziekenhuis?

## BIJLAGE E - vragenlijst interview met ouder (2)

---

### DE PATIËNTENKAMER

17. Hoe ervaart jullie kind de patiëntenkamer volgens jullie? Welke mogelijkheden en beperkingen heeft deze kamer?
18. Wat vinden jullie van de ligging van de kamer tegenover de gang en de controle die er is op de kamer en op je kind?
19. Wat vinden jullie ervan dat je kind alleen op een kamer ligt?
20. Wat vinden jullie van de sfeer van de kamer, welke ruimte missen jullie eventueel om bepaalde dingen te doen?
21. Wat vinden jullie van de ruimte die er voorzien is voor jezelf om bij je kind te kunnen zijn? Wat zou er misschien beter kunnen?
22. Wat heb je eventueel gedaan om de kamer een beetje te personaliseren of vertrouwder te maken voor je kind? Vind je dat er voldoende mogelijkheden zijn om de kamer wat te personaliseren?

## BIJLAGE F – vragenlijst interview met opdrachtgever

---

Participant: Annemie Glorieux  
Interviewer: Laure Verschoren

### ALGEMEEN

1. Wie zat er allemaal in de werkgroep van professionele gebruikers voor dit project?
2. Hoe verliepen de gesprekken met deze werkgroep net? Welke te behandelen onderwerpen werden op voorhand vastgelegd, of werd er gewoon open gediscussieerd zonder echt startpunt?
3. Welke topics kwamen zoal aan bod tijdens deze gesprekken?
4. Welke van deze topics gebruikte je om de visietekst op te stellen?
5. Waren er ook topics die je bewust niet in de visietekst hebt opgenomen?
6. Waar hebben jullie inspiratie opgedaan om de visietekst op te stellen of waar zijn jullie ten rade gegaan? Zijn jullie voort gegaan op wat jullie uit vorige projecten geleerd hebben? (termen als huiselijkheid, éénpersoonskamers, keukenfaciliteiten moeten toch van ergens komen?)

### VRAGEN MBT VISIETEKST

7. *“Vraag naar uitgebreide rooming-in-faciliteiten voor alle kinderen, ongeacht de afdeling waar ze verblijven”* (p. 2)  
➔ Van wie of vanwaar komt die vraag precies? En welke redenering of visie zit hier net achter? (toch van ouders opgenomen, of vraagt personeel hiernaar?)
8. *“Om de bedden in een kinderziekenhuis optimaal te benutten, moet de huidige leeftijdsindeling verlaten worden om flexibel gebruik te kunnen maken van de beschikbare bedden”* (p. 7)  
➔ Organisatorisch zal dit vooruitgang zijn, maar welke invloed denk je dat dit op de kinderen zelf zal hebben?
9. *“In een hedendaags kinderziekenhuis is het single-room concept een vereiste waarbij voor alle ouders rooming-infaciliteiten worden voorzien. De aanwezigheid van ouders bij hun kind schept op zich reeds een voor het kind vertrouwd milieu. Zeker voor ernstig zieke kinderen is dit essentieel”* (p. 8)  
➔ Zijn de éénpersoonskamer en de rooming-in tegenwoordig echt een verplichting of vinden jullie dit zelf vereisten? Welke redenering zit hier misschien achter?
10. *“In de omgeving van de hospitalisatieafdelingen wordt een klein therapielokaal voorzien voor het geven van individuele therapie. Eveneens kunnen ze gebruik maken van de multifunctionele patiëntenleefruimte die de mogelijkheid biedt om kleine kook- en knutselactiviteiten en testing te doen”* (p. 9)  
➔ Wordt met deze multifunctionele patiëntenleefruimte het spellokaal bedoeld of is het de bedoeling dat dit een ander soort ruimte is dat deze activiteiten een plaats geeft? Wie kan er terecht in deze ruimte? (Ook ouders, broers, zussen, vriendjes?)

### KEUZE ONTWERPER

11. Welke kwaliteiten had het ontwerp van De Jong Gortemaker die ertoe leidden dat jullie voor dit bureau kozen?

## BIJLAGE G – vragenlijst interview met ontwerper

---

Participant: Tycho Saariste

Interviewer: Laure Verschoren

### VANUIT ZICHZELF/BUREAU

1. Heeft jullie bureau doorheen de praktijk een bepaalde visie ontwikkeld met betrekking tot ontwerpen voor de gezondheidszorg? Zijn er bepaalde elementen die jullie steeds doen terugkomen in jullie ontwerpen, wat zijn die elementen dan? (Op jullie site zie ik o.a.: “keuzevrijheid van de patiënt” staan bij jullie visie)
2. Welke visie heb je zelf nog over ontwerpen voor de gezondheidszorg?
3. Je werkt hier voor een heel specifieke doelgroep, (zieke) kinderen. Ik zag dat jullie bureau het ontwerp voor het Prinses Elisabeth Kinderziekenhuis gemaakt heeft. Ben je hier zelf betrokken bij geweest? Of welke ervaring heb je zelf in het werken met kinderen?
4. Ik las op uw site dat u nooit ‘vooropgestelde ideeën’ heeft maar steeds blanco begint. Hoe zijn jullie bij dit project precies te werk gegaan? (Blanco blad of toch bepaalde insteken)
5. Hoe hebben jullie je verdiept in deze toch wel heel specifieke opdracht of waar heb je informatie gehaald? (literatuur, gesprekken,...?)
6. De opdrachtgevers hebben geen bevragingen bij patiënten gedaan om de visietekst op te stellen. Hebben jullie wel met potentiële gebruikers gewerkt om je verder te informeren, of hoe hebben jullie je proberen inleven in de patiënten? (op jullie site zie ik staan: “onze kracht ligt in het sterke concept en communicatie met de gebruikers”)
7. Doel van de opdracht is een aangenaam vrouw-kind ziekenhuis maken, wat waren voor jou hierbij de grootste uitdagingen?

### ALGEMEEN

8. De visietekst legt duidelijk op wat er allemaal aanwezig moest zijn in het ontwerp. Hebben jullie deze visietekst in vraag gesteld of ontbraken er misschien elementen? Welke dingen hebben jullie eventueel nog vanuit jullie eigen ervaring toegevoegd? (Mocht dit of was er geen ruimte voor?)

### VANUIT DE OPDRACHT/VISIETEKST

9. *“Daar een groot deel van de patiënten en hun ouders herhaaldelijk vele lange uren doorbrengen op het daghospitaal, is er vraag naar een openlucht speel- en rustplek”* (p. 5)  
➔ Waar is deze plek in het ontwerp terug te vinden? Want het dakterras is enkel voor de hospitalisatie afdelingen bedoeld veronderstel ik? Hoe hebben de keuze gemaakt van waar deze plek moest komen?
10. *“Bij de organisatie van de verpleegafdelingen moet het hoofdmotief van het nieuwe concept liggen op de kind- en oudervriendelijkheid naast een optimale efficiëntie in de verpleegkundige organisatie”* (p. 7)  
➔ Hoe heeft u geprobeerd deze kind- en oudervriendelijkheid in het ontwerp te verwerken?
11. *“Om de huiselijke sfeer zoveel mogelijk te benaderen, wordt er op de afdelingen een polyvalente ruimte voorzien die o.a. kan fungeren als ‘restaurant’ voor niet-bedlegerige kinderen waar ouders samen met hun kind kunnen eten en eventueel zelf een maaltijd kunnen bereiden voor hun kind (keukenfaciliteit). Dit lokaal kan ook worden benut als bijkomende ontspanningsruimte en ‘s avonds als rustige ruimte voor de ouders”* (p. 8)  
➔ Welke ruimte is er buiten het gedeelte bij de verpleegpost nog voorzien voor dit soort activiteiten? Hoe hebben jullie gekozen waar deze ruimte dan precies moest komen?
12. *“Ondanks hun ziekzijn is spelen een essentieel element voor alle kinderen. Aangepaste speelruimte op elke hospitalisatieafdeling is daarom een must”* (p. 8)  
➔ Er is een spellokaal voorzien dat gebruikt kan worden onder begeleiding van een spelbegeleider, hoe hebben jullie gekozen waar deze ruimte moest komen? Is er ook ruimte voorzien om vrij te spelen?
13. *“Tenslotte is het wenselijk om in een snoezelruimte te voorzien, alsook in een buitenspeelruimte voorzien van de nodige veiligheidsvoorzieningen”* (p. 9)  
➔ Vertaalt deze buitenruimte zich in het ontwerp als het dakterras dat voorzien is? Of wordt er een aparte buitenspeelruimte voorzien?

## BIJLAGE H – vragenlijst focusgroepinterview met professionele gebruikers

---

Participanten: verpleegkundigen, artsen, psychologen (aantal = 5)

Moderator: Ann Heylighen

Observator: Laure Verschoren

### INLEIDENDE VRAAG

1. Wat maakt een kinderziekenhuis of kinderafdeling volgens jullie nu echt kindvriendelijk?  
➔ Iedereen even individueel laten nadenken en noteren

### DE HUIDIGE KINDERAFDELING

#### 2. Probleem- & pluspunten

Wat zijn momenteel de grootste probleempunten en pluspunten op de huidige kinderafdelingen? Hoe zou de afdeling beter aangepast kunnen worden aan kinderen?

➔ Iedereen even individueel laten nadenken en noteren

#### 3. Ruimte voor kinderen

Welke ruimte op de kinderafdelingen gebruiken de kinderen voor spel, sport of ontspanning? Volstaat dit of wat kan er eventueel beter/anders?

#### 4. Ouders

- Welke rol hebben ouders volgens jullie in het ziekenhuisverblijf van hun kind?
- Welke ruimte is er momenteel voorzien voor ouders om bij hun kind te kunnen zijn of om zich net even terug te trekken, te ontspannen of informatie in te winnen? Denken jullie dat dit volstaat of wat zou eventueel beter werken?

#### 5. Broers en zussen

Wat is er voorzien voor broers en zussen op de kinderafdelingen?

Wat zou een oplossing kunnen zijn zodat ouders hun andere kinderen toch ook/gemakkelijker mee kunnen nemen naar het ziekenhuis?

#### 6. Gezin

Welke ruimte is er eventueel voorzien om als gezin samen eens een activiteit te doen, zoals een spel spelen of een maaltijd koken?

Vinden jullie het noodzakelijk dat er ruimte voorzien wordt voor deze activiteiten?

#### 7. Sociale contacten

Met welke mensen komt een kind allemaal in contact tijdens zijn ziekenhuisverblijf en tijdens welke activiteiten gebeurt dit?

➔ Iedereen even individueel laten nadenken en noteren

Waar vinden deze contacten plaats in het ziekenhuis? Zijn dit ideale omstandigheden? Hoe zou het beter kunnen?

### DE HUIDIGE PATIËNTENKAMERS

8. Hoe ervaren de patiënten de patiëntenkamers volgens jullie? Welke mogelijkheden en beperkingen hebben deze kamers?

Eventueel een vraag naar de mogelijkheid tot personaliseren?

9. Hoe zou de ideale patiëntenkamer er volgens jullie moeten uitzien?

Denkend aan de belangen van de patiënt...

### AFSLUITER

10. Wat moet er op de kinderafdelingen in het nieuwe ziekenhuis zeker aanwezig of anders zijn?

➔ Iedereen even individueel laten nadenken en noteren



# BIBLIOGRAFIE

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Abbas, Mohamed Y. & Roslinda Ghazali. 2009. Healing Environment: Paediatric Wards – Status and Design Trend [Electronic version], *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 49, 28-39.

Belgische ziekenhuizen steeds kindgericht. 2009. Testaankoop. Geraadpleegd 19 februari 2014, <http://www.test-aankoop.be/gezondheid/hospitalisatie/persbericht/belgische-ziekenhuizen-steeds-kindgericht>.

Berk, Laura E. 2012. *Infants and children: Prenatal through middle childhood* (Boston: MA: Allyn & Bacon), geciteerd in: De Wilde, Leen & Jozefien Muylle. 2012. *Dragende Muren: over het ontwerpen van een zorgende ziekenhuisomgeving voor kinderen* (Gent: MER. Paper Kunsthalle).

Bishop, Katherine G. 2008. *From their perspectives: Children and young people's experience of a paediatric hospital environment and its relationship to their feeling of well-being* (Unpublished doctoral dissertation) (Sydney: University of Sydney) . Geraadpleegd 22 februari 2014, <http://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/3962>

Bleyen, Jan & Leen Van Molle. 2012. *Wat is mondelinge geschiedenis?* (Leuven: Acco).

Coad, Jane & Nigel Coad. 2008. Children and Young People's Preferences of Thematic Design and Colour in their Hospital Environment, *Journal of Child Health Care*, 12, nr. 1, 33-48. DOI: 10.1177/1367493507085617.

Coyne, Imelda. 2006. Children's Experiences of Hospitalization, *Journal of Child Health Care*, 10, nr. 4, 326-336. DOI: 10.1177/1367493506067884>.

De Wilde, Leen & Jozefien Muylle. 2012. *Dragende Muren: over het ontwerpen van een zorgende ziekenhuisomgeving voor kinderen* (Gent: MER. Paper Kunsthalle).

Eriksen, Aase. 2001. Participatory Planning and Design of a New Children's Hospital, in *Design & Health II – The Therapeutic Benefits of Design*, by Alan Dilani (Stockholm: Design and Health), pp. 141-145. Geraadpleegd 3 mei 2014, <http://www.designandhealth.com/uploaded/documents/Publications/Papers/Aase-Eriksen-WCDH2000.pdf>.

Glorieux, Annemie. 2013. Presentatie: *Patiëntenforum Fase IVb* (Leuven).

Golembiewskie, Jan. 2012. Salutogenic Design: The neurological basis of health-promoting environments [Electronic version], *World Health Design*, 19, 62-69.

Handvest Kind en Ziekenhuis. 1988. Stichting Kind en Ziekenhuis . Geraadpleegd 24 april 2014, [http://www.kindenziekenhuis.nl/storage\\_handvest/Handvest.pdf](http://www.kindenziekenhuis.nl/storage_handvest/Handvest.pdf).

- Hoekstra, Ed & Ine van Liempd. 2004 *Ruimte Vragen: Bouwen aan zorginstellingen vanuit cliëntenperspectief* (Amsterdam: STAGG).
- Kopvol Architecture & Psychology. 2012. *The Child Development Supportive Building* (Rotterdam). Geraadpleegd 5 mei 2014, [http://www.kopvol.com/downloads/2012\\_DESIGNCRITERIAPRINCESS%20MAXIMA%20CENTRE\\_KOPVOL.pdf](http://www.kopvol.com/downloads/2012_DESIGNCRITERIAPRINCESS%20MAXIMA%20CENTRE_KOPVOL.pdf).
- Leibrock, Cynthia A. 2000. *Design Details for Health: Making the most of Interior Design's Healing Potential* (New York: Wiley).
- Mangelschots, Lieven. 2014. Presentatie: *Extern Kwaliteitsforum UZ Leuven – Public Reporting* (Leuven).
- Mortelmans, Dimitri. 2013. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (Leuven: Acco).
- Shepley, Mardelle McCuskey. 2001. Research on Healthcare Environments for Children and their Families, in *Design & Health II – The Therapeutic Benefits of Design*, by Alan Dilani (Stockholm: Design and Health), pp. 25-29. Geraadpleegd 3 mei 2014, <http://www.designandhealth.com/uploaded/documents/Publications/Papers/Mardelle-McCuskey-Shepley-WCDH2000.pdf>.
- SilavUtkan, Muna. 2012. Children Hospital Design in Children Picture [Electronic Version], *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 51, 110-114.
- Ulrich, Roger S. 1984. *View through a window may influence recovery from surgery* [Electronic Version], *Science*, 224, 240-241.
- Ulrich, Roger S. 1999. *Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research*, in Cooper Marcus, Claire & Marni Barnes (Eds.), *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations* (pp. 27-86) (New York: John Wiley & Sons), geciteerd in: Wagenaar, Cor. 2006, *The Architecture of Hospitals: Healing by Architecture* (Rotterdam: NAI Publishers).
- Van den Abeele, Charlotte, Perinne de le Court, Maud Domincy & Gaëlle Buysschaert. 2005. *Mijn ziekenhuis in potlood. Het ziekenhuis door de ogen van kinderen* (Brussel: UNICEF België).
- Vollmer, Tanja. 2012. Presentatie: *Optimal Healing Environments: Researchers' Perspective* (Rotterdam). Geraadpleegd 2 mei 2014, <http://www.iapah.nl/index.php?get=videos>.
- Wagenaar, Cor. 2006, *The Architecture of Hospitals: Healing by Architecture* (Rotterdam: NAI Publishers).
- Wagenaar, Cor & Noor Mens. 2009. *Healing Environment: Anders bouwen voor betere zorg* (Bussum: Uitgeverij Thoth).
- Wagenaar, Cor & Noor Mens. 2010. *Architectuur voor de gezondheidszorg in Nederland* (Rotterdam: NAI Publishers).

## PERSOONLIJKE COMMUNICATIE

Anse, persoonlijke communicatie, 3 maart 2014.

Emiel en mama, persoonlijke communicatie, 6 maart 2014.

Glorieux, Annemie, persoonlijke communicatie, 6 december 2013.

Glorieux, Annemie, An Michiels, & Anne Uyttebroeck, persoonlijke communicatie, 22 november 2013

Glorieux, Annemie & David Derwael, persoonlijke communicatie, 30 oktober 2013.

Glorieux, Annemie & David Van Eykeren, persoonlijke communicatie, 7 november 2013.

Mama Anse, persoonlijke communicatie, 3 maart 2014.

Mama Silke, persoonlijke communicatie, 12 maart 2014.

Papa Rose, persoonlijke communicatie, 4 maart 2014.

Q-forum, persoonlijke communicatie, 7 november 2013.

Rose, persoonlijke communicatie, 4 maart 2014.

Saariste, Tycho, persoonlijke communicatie, 6 december 2013.

Silke, persoonlijke communicatie, 12 maart 2014.

Uyttebroeck, Anne, Gertrui Vercruysse, Lucie Vandueren, Ilse Decroock & Nele Nackaerts, persoonlijke communicatie, 18 maart 2014.



## Fiche Master Thesis

*Student:* Laure Verschoren

*Titel:* Ziekenhuisarchitectuur ontwerpen op kindermaat. Case study: het nieuwe vrouw-kind ziekenhuis van het UZ Leuven

*Engelse titel:* Designing child-sized hospital architecture. Case study: the new woman-child hospital at UZ Leuven

*UDC:*

*Korte inhoud:*

Ziekenhuizen worden geassocieerd met pijn hebben en ziek zijn. Zeker voor kinderen kan een ziekenhuisverblijf een aangrijpende gebeurtenis zijn. Het kind voelt zich fysiek niet optimaal en wordt bovendien weggehaald uit zijn vertrouwde omgeving. Deze thesis tracht vast te stellen hoe ziekenhuisverblijven zo aangenaam mogelijk gemaakt kunnen worden voor kinderen en welke rol architectuur daarin kan spelen. Meer specifiek ga ik in op de *case* van het UZ Leuven, waar men in 2014 start met de bouw van een nieuw kinderziekenhuis. Ik onderzoek in welke mate het ontwerp inspeelt op de verwachtingen en noden van kinderen. Daarvoor bestudeer ik de bestaande wetenschappelijke kennis over deze problematiek, de architectuur en beleving van de huidige kinderafdelingen en het ontwerp voor het nieuwe ziekenhuis. Dit gebeurt op basis van een literatuurstudie, een plananalyse en interviews met zieke kinderen en hun ouders, verplegers en dokters en opdrachtgever en ontwerper. Centraal hierbij staan de inzichten die het perspectief van kinderen kan opleveren voor ziekenhuisontwerp.

Eindwerk aangeboden tot het verkrijgen van het diploma Master of Science in de ingenieurswetenschappen: architectuur

*Promotor:* A. Heylighen

*Begeleiders:* M. Annemans, I. Van Steenwinkel

