

De Vormtaal
van Symbiose naar Sereniteit

Het laatste gedicht...

Wat zal ik zien
mijn laatste ogenblik op aarde?
Het gezicht van mijn geliefde?
Wat zal ik horen?
De fluistering van haar stem?
De laatste tik van de monitor?
Wat zal ik horen en zien?
De lippen van de verpleegster?
Het kuchje van de dokter?
Horen en zien zullen me vergaan
als de rukwind van de dood
me van mijn adem berooft.
En mijn woorden?
De wind zal ze meevoeren
en over de aarde verspreiden.

- *Remco Campert, verloop van jaren*

De Identiteit van Palliatieve & Terminale Architectuur

Transitie tussen *publiek* & *privé*

Afstudeeronderzoek

Name: M. C. A. Suykerbuyk

Student number: 4030370

Date: 13-04-2017

Tutors: Ir. R. J. Nottrot, drs. Ir. L. A. M. Willekens, Ir. H. L. van der Meel

Graduation Studio: Explore Lab - AR3EX320

Research thesis (12 credits) offered by the Faculty of Architecture and the build environment, TU Delft.

Voorwoord

Een van de voornaamste redenen voor het kiezen van de Explore Lab graduation studio was de mogelijkheid om mijn persoonlijke fascinatie om te zetten in een afstudeeropdracht. Als architectuurstudent vind ik een gebouw voor palliatieve en terminale zorg zeer interessant.

Met name door de grote hoeveelheid fluctuaties, in de samenstelling van de bewoners en de verschillende persoonlijkheden van alle gebruikers binnen een gebouw voor palliatieve en terminale zorg. Het is een typologie waarin verschillende identiteiten, normen en culturele achtergronden samen komen, waardoor deze om moet kunnen gaan met een grote verscheidenheid aan gebruikers. Het is een gebouw waarin bewoners, bezoekers, medisch personeel en vrijwilligers omringd worden door een positieve maar moeilijk te omschrijven sfeer. Waarbij de gebruikers leren om te gaan met de laatste fase van het leven en de overweldigende emoties die gepaard gaan met een terminale ziekte.

Daarom moet het gebouw zich bescheiden en behulpzaam opstellen ten opzichte van zijn gebruikers. Hierbij ligt de uitdaging voornamelijk om een kleinschalige huiselijke sfeer te combineren met de hoge mate van medische zorg.

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	9
2.	Relevantie; Het proces van sterven	13
3.	Onderzoeksmethoden	19
4.	Theoretisch kader	21
	4.1 Een architectonische identiteit	21
	4.2 Well-being	25
5.	Onderzoekresultaten	29
	5.1 Een publieke zone	29
	5.2 Het persoonlijke domein	41
	5.3 De transitie	51
6.	Conclusies en discussie	59
7.	Literatuur	63
8.	Bijlage	65

1.

Inleiding

Een gebouw voor terminaal zieken en palliatieve zorg moet om kunnen gaan met constante schommeling en de samenstelling van zijn gebruikers. Elke bewoner heeft zijn eigen verhaal en heeft daardoor een speciale behandeling nodig, waarnaar de architectuur zich zal moeten vormen. Er moet een welkome, huiselijke sfeer gecreëerd worden en een plek zijn die een hoge kwaliteit van medische zorg faciliteert. Het is een gebouw waar bewoners komen om te sterven, waardoor deze onvermijdelijke laatste fase van het leven onlosmakelijk verbonden is aan de architectuur.

1.1 Problem statement

Binnen dit onderzoek zal de overgang tussen het publieke en private centraal staan. In het gebouw zal er altijd een bepaalde balans moeten zijn tussen het stimuleren van sociale interactie en persoonlijke rust. Aan de ene kant zullen er zones gecreëerd moeten worden waar het uitwisselen van ervaringen en het praten over alledaagse dingen centraal staat. Terwijl aan de andere kant, de bewoners in hun eigen kamer alle rust en privacy moeten hebben die ze op dat moment wensen.

Publiek

De publieke ruimtes binnen een modern hospice dienen rust, kalmte en huiselijkheid uit te stralen. Dit zijn plaatsen waar de (vitalere) bewoners zich verzamelen om samen te eten of te praten. De belangrijkste ruimte, de woonkeuken, is echter vaak te druk, luidruchtig en te groot, omdat veel bewoners te veel prikkels (tegelijkertijd) niet meer aankunnen. Daardoor zullen ze zich eerder afzonderen van de rest en zich terug trekken op hun eigen kamer, terwijl het juist een belangrijke mogelijkheid biedt voor sociale interactie, het uitwisselen van ervaringen en het accepteren van de dood.

Privé

De kamers van de terminaal zieke bewoners zijn vaak van alle gemakken voorzien, en zijn voornamelijk op een manier vormgegeven zodat zorg makkelijk en op een goede manier verleend kan worden. Er wordt geprobeerd een huiselijke sfeer te creëren en het is toegestaan dat de bewoners persoonlijke eigendommen van thuis meenemen. Hierdoor kan de kamer naar de eigen wens van de bewoner ingericht worden. Toch komt het vaak voor dat de kamer leeg en statisch oogt, waardoor er weinig onderscheid te ontdekken is tussen kamers van twee totaal verschillende individuen. Dus ook in dit persoonlijke deel mis je architectonische kwaliteit en identiteit.

Transitie

De verbindende factor tussen het publieke deel en de individuele kamers wordt vaak gevormd door lange monotone gangen, waardoor een huiselijke en gemoedelijke sfeer niet gecreëerd kan worden. Daarnaast zijn de bewoners vaak minder valide, waardoor een gang nog meer als een barrière gezien zal worden. Bovendien zijn gangen vaak indentiteitsloos en kaal, ze dienen enkel en alleen als verbindend element.

1.2 Onderzoeksvraag

Dit onderzoek zal zich focussen op de transitie tussen publiek naar privé binnen een gebouw voor palliatieve en terminale zorg. Hierbij wordt er gekeken, waar zich deze grens in het moderne hospices bevindt. En hoe er architectonische oplossingen gevonden kunnen worden, die een positief effect hebben op de ervaringen en het welzijn van de gebruikers. Hierbij worden niet alleen de bewoners*, maar ook de naaste en het verzorgend personeel als (hoofd)gebruikers van het gebouw gezien.

** In 'bijlage 1' wordt een voorbeeld gegeven van de samenstelling van bewoners binnen een modern hospice, met daarbij per bewoner aangegeven wat de punten van aandacht zijn bij het verzorgen.*

De volgende hoofdvraag zal daarbij dienen als leidraad tijdens dit onderzoek;

Hoe kan de architectonische transitie tussen de publieke zone en persoonlijke domein, de 'well-being' van bewoners, naasten en het verzorgend personeel, positief beïnvloeden binnen een gebouw voor palliatieve en terminale zorg?

Om een onderbouwd antwoord te kunnen geven op de gestelde hoofdvraag zal het nodig zijn om in de eerste plaats te filosoferen over 'het proces van sterven'. Dit proces staat namelijk centraal binnen een gebouw voor palliatieve en terminale zorg. Door het beschrijven en benoemen van dit proces, zal er geprobeerd worden om dit ongrijpbare en emotionele onderwerp een meer tastbare vorm te geven.**

*** In 'bijlage 2' wordt gereflecteerd op de plaats van sterven en hoe zich dit verhoudt tot de werkelijkheid.*

Daarna zal er een 'theoretisch kader' worden opgesteld aan de hand van een tweetal begrippen. Wat zal dienen als leidinggevend element binnen dit afstudeeronderzoek. De focus binnen het onderzoek ligt op het vatten van een 'architectonische identiteit', daarom is het belangrijk om op voorhand een uitgebreide definitie te geven van dit begrip. Ook zal er in dit hoofdstuk een beschrijving worden gegeven van het begrip 'well-being'.

De onderzoeksresultaten zullen gerangschikt worden in drie onderzoeksniveau's; 'een publieke zone, het persoonlijke domein, en de transitie'.

De beschreven resultaten zullen worden geanalyseerd en leiden in de conclusie tot een antwoord op de hoofdvraag. Ook wordt uiteindelijk een terugkoppeling gemaakt naar de limieten van dit afstudeeronderzoek en zullen er punten van discussie worden aangesneden.

1.3 Hypothese

Na een aantal moderne hospices bezocht te hebben heb ik uit eigen ervaringen vernomen dat een gebouw voor palliatieve en terminale zorg een zeer speciale typologie is. Veel bewoners zijn te zwak van het vechten tegen een slopende terminale ziekte. Daarom is het belangrijk om te begrijpen dat architectuur niet het eerste is waar ze aan zullen denken; 'het

krijgen van aandacht en goede zorg zal voor de zieke veel belangrijker zijn'. Architectuur zal dus een meer dienende rol krijgen, stimuleren dat de zorg op een goede manier geleverd kan worden. Een omgeving creëren die de bewoner assisteert tijdens het proces van sterven.

Een belangrijk voorbeeld wordt door Jencks beschreven in de 'the Architecture of hope'; het wachten tijdens en na het hebben van chemotherapie. *"Het wachten op zichzelf is niet zo erg – het is de situatie waarin je moet wachten die gelden. Licht van bovenaf (soms zelfs neon), interieur ruimtes zonder uitzicht naar buiten en het ellendige zitten tegen een muur. Zijn allemaal factoren die bijdragen aan een mentale en fysieke slapheid. Patiënten die relatief hoopvol arriveren zullen snel 'verwelken'."*¹

Daarom zal architectuur wel degelijk een grote rol kunnen spelen bij het creëren van een stimulerende omgeving. Een omgeving die met respect en bescheidenheid omgaat met zijn gebruikers. Zodat het leven van deze kwetsbare mensen tot het einde voorzien is van zin en vreugde.

1. Jencks, C. & Heathcote, E. (2010), p. 12

2 .

Relevantie

'Het proces van sterven'

Er zijn talloze manieren om de dood (al dan niet) onder ogen te komen, te omarmen of deze te ontwijken. Men kan er vrede mee sluiten of er razend tegen in opstand komen en dit soms allemaal tegelijkertijd. Wat het thema van 'het sterven' als een ontastbaar, complex, maar ook filosofisch onderwerp bestempeld, die tijdens alle fases van het leven aanwezig zal zijn.

Om een beter beeld te krijgen wat mensen doormaken, tijdens de fase waarin zij in een hospice verblijven, is het belangrijk een eigen visie te ontwikkelen omtrent het proces van sterven. Deze visie kan daarna gebruikt worden bij het zoeken naar houvast tijdens het ontwerpproces. Hierbij wordt dus vooral beschreven wat het proces van sterven op dit moment representeert voor mijzelf. Daarom zal dit essay grotendeels bestaan uit mijn eigen perceptie en standpunt op dit moment. Wat betekent dat het een momentopname betreft van hersenspinsels en voornamelijk meningen.

Het belang filosoferen

Een hospice is een gebouw waarin mensen leren om te gaan met het sterven. Tijdens het leven zal ieder mens momenten hebben die er voor zorgen dat ze gaan nadenken over de dood. Dan wel door het overlijden van een naaste, van een huisdier of door

een andere belangrijke gebeurtenis in het leven. Iedereen denkt tijdens het leven dus na over de dood. Zo beschrijft John Updike bijvoorbeeld in zijn roman *Paren* een protagonist die iemand opzoekt die in het ziekenhuis op sterven ligt; *'Hij beseft plotsklaps hoe plausibel doodgaan was, hoe de dood, anders dan een meteoriet die op de aarde inslaat, net zo gewoon was als een geboorte, een huwelijk of de dagelijkse postbezorging.'*¹

Toch blijft de dood een moeilijk gespreksonderwerp. Wat in mijn opinie mede is ontstaan doordat de mens is geprogrammeerd om de dood te vermijden. Terwijl het meer als deel van het leven beschouwd moet worden. Daarnaast zal het (terminaal) ziek worden vaak gezien worden als het tastbaar worden van het proces van sterven. In de hedendaagse tijd zijn we eraan gewend geraakt om ziektes te genezen en wanneer genezing niet meer mogelijk is kan dat gezien worden als het falen van de medische wetenschap. Zo benadrukt bijvoorbeeld Sigmund Freud; *'We zijn geneigd de nadruk te leggen op de willekeurigheid van doodsoorzaken, zoals ongelukken, ziektes, infecties, ouderdom – het is een manier om de dood van een noodzaak tot een toevalstreffer te reduceren.'*²

1. Roiphe, K. (2016), p. 115
2. Roiphe, K. (2016), p. 26

Leven en dood

De dood is een deel van het leven en het leven een deel van de dood, zonder het wonder van het leven zal er geen dood zijn. Daarom is het belangrijk om mee te nemen dat deze twee begrippen niet zonder elkaar gezien kunnen worden. Hoe mensen met deze twee begrippen omgaan verschilt sterk per individu.

De persoonlijke identiteit, die zich schuil houdt in de mens, zorgt ervoor dat iedereen een andere opvatting heeft over het leven. Het leven van een persoon is immers een afspiegeling van een individuele en een sociale identiteit. Deze identiteit weerspiegelt wie we tijdens het leven (willen) zijn. Dit geldt ook voor het proces van sterven, en mensen zullen dus ook omtrent dit onderwerp verschillende gedachtes en 'wensen' hebben.³

Vaak zal er in een bepaalde mate angst zijn voor de dood, een angst voor wat er na het leven is, of wat er na het leven niet is. Deze onzekerheid en onwerkelijkheid zorgt ervoor dat mensen het moeilijker vinden om de dood onder ogen te komen en te accepteren. Er zijn personen die tot het laatste moment bang zijn voor het einde en daarom letterlijk 'vechtend ten onder gaan', maar er zijn ook mensen die de dood juist willen omarmen.

3. BRON?

Zo schrijft Katie Roiphe in haar boek *Het Uur van het Violet*; *'wat ik geleerd heb van de doden in dit boek is dit: je werkt. Je werkt niet. Je biedt verzet. Je biedt geen verzet. Je houdt de touwtjes in handen. Je laat ze los. Je ontkent. Je aanvaardt. Je bidt. Je bidt niet. Je leest. Je werkt. Je neemt zoveel mogelijk pijnstillers. Je weigert pijnstillers. Je raast tegen de dood. Je rent er in volle vaart op af. Als het er op aankomt, is elke dood hetzelfde. Iedereen gaat. De wereld laat je los'*⁴

Dit geeft aan hoe uiteenlopend de meningen en ervaringen van mensen zijn omtrent het proces van het sterven. Dit bevestigt dat de identiteit en persoonlijkheid van mensen sterk aanwezig is tijdens het proces van sterven. Wat mede samenhangt met de fase waarin een persoon zich op dat moment bevindt in het leven. Zo zal bijvoorbeeld het hebben van (jonge) kinderen, de leeftijd en de duur van het ziek zijn invloed hebben op de mate van aanvaarding. De dood symboliseert in een zin de onvoorspelbaarheid van het leven.

Plotse & langzame aftakeling

Vrijwel iedereen zal (voorafgaande) van mening zijn dat ze geen lange lijdensweg als laatste fase in het leven prefereren ten opzichte van een korte pijnloze dood. Maar toch zijn er een groot aantal mensen die

4. Roiphe, K. (2016), p. 273

2. Relevantie

Het proces van sterven

zich verzetten tegen het sterven. Freud benadrukt; *'Probeer niet voor eeuwig te leven, dat gaat u niet lukken.'*⁵ Dit is echter wel wat er vaak door de medische wetenschap wordt gefaciliteerd, wat in een groot aantal gevallen leidt tot ernstige aftakeling.⁶

Vaak wordt er opgemerkt dat mensen die een lang proces van sterven meegemaakt hebben, de stervende langzaam zien veranderen. De persoon in kwestie zal langzaam transformeren in een bleke afspiegeling van de persoon die hij/zij ooit geweest was. Hierdoor komt het soms voor dat naasten en familie de stervende (onbewust) ook anders zullen gaan behandelen; met meer medelijden of met meer onzekerheid.

Het 'overlijden in de slaap' of zelfs het 'dood op straat neervallen' heeft in veel opzichten een voorkeur ten overstaande van een jarenlange aftakeling. Vrijwel iedereen zal een voorkeur hebben om gezond en zonder gebreken een 'natuurlijke dood' te sterven. Terwijl vanuit het perspectief van de naasten een plotselinge dood ook negatieve effecten met zich mee brengt. Het plotseling overlijden zal in vele gevallen moeilijker zijn om te verwerken, mensen zijn immers slecht in het omgaan met veranderingen.

Het verlangen naar een plotselinge dood zou je dus aan de ene kant bijna egoïstisch kunnen noemen ten opzichten van familie en naaste; geen moment van afscheid en geen tijd om het te aanvaarden, alleen een plotseling gevoel van leegte. Aan de andere kant wenst niemand een geliefde een langzame dood toe. Maar toch zou dit plotselinge gevoel van leegte ook niet wenselijk zijn. Dit bevestigt de complexiteit van het proces van sterven en het verdriet dat hiermee gepaard gaat.

Geen van de boven genoemde 'manieren van sterven' klinkt hierdoor erg aantrekkelijk, wat de angst voor het sterven misschien zou kunnen verklaren? Komt dit misschien doordat de mens is verleerd om om te gaan met een stervende? Zou de dood niet meer aanwezig moeten zijn in de moderne hedendaagse samenleving? Misschien zouden we kunnen leren van voorbeelden uit het verleden of van andere culturen; zoals het herdenken van de doden in Indonesië, de Dag van de Doden in Mexico of voorbeelden uit de Egyptische Oudheid.⁷

Plaats van sterven

In Regie over de plaats van sterven beschrijft Berdine Koekoek welke voorkeur mensen hebben betreffende de plaats van sterven en hoe dit zich verhoudt tot de

5. Roiphe, K. (2016), p. 115

6. Verderber, S. et al. (2006), p. 4

7. Verderber, S. et al. (2006), p. 9

werkelijkheid (zie bijlage 2). Hierin komt duidelijk naar voren dat mensen in eerste instantie voornamelijk de voorkeur hebben om thuis te sterven. Als alternatief voor het thuis sterven wordt het sterven in een hospice vaak genoemd. Terwijl in werkelijkheid ongeveer de helft van de mensen in een ziekenhuis of verpleeghuis overlijdt en vrijwel niemand aangeeft te willen sterven in het ziekenhuis of verpleeghuis.⁸

Het sterven in bekende omgeving waar mensen zich op hun gemak voelen en waar voldoende privacy is, worden genoemd als belangrijkste aspecten waaraan de plaats van overlijden moet voldoen. Maar dit is in veel van de gevallen dus niet het geval. Als het thuis sterven echt niet meer gaat en er meer zorg nodig is, belanden dus uiteindelijk relatief veel mensen in het ziekenhuis of verpleeghuis. Terwijl hun voorkeur in dit geval eerder ligt bij het sterven in een hospice. Daarnaast wordt ook aangegeven dat mensen het belangrijk vinden dat naasten verzorging kunnen bieden en emotionele steun kunnen geven. Het is dus belangrijk dat er genoeg ruimte is voor naasten en ander bezoek en dat de ruimte bezoek aanspoort om langs te komen.

Visie op het moderne hospice

In een hospice worden over het algemeen alleen mensen toegelaten waarbij wordt verwacht dat ze niet langer zullen leven dan 3 maanden. Dit klinkt als een harde werkelijkheid wanneer iemand geconfronteerd wordt met het feit dat dit de maximale periode is die ze nog over hebben. Hierbij gaat het dus alleen om het bieden van zorg en onderdak voor de terminaal zieken (zie bijlage 1).

Het is dus per definitie een plek waar mensen worden herinnerd aan hun sterfelijkheid, niet alleen bij bewoners maar ook bij bezoekers en het verzorgend personeel. Na een aantal bezoeken aan verschillende hospices is mij vooral opgevallen dat mensen in eerste instantie denken aan een negatieve plek bij het woord hospice, een plek waar mensen komen om te sterven.

Maar wat heel erg opvalt, is dat mensen een hospice meer gaan waarderen naarmate ze er meer mee in aanraking komen. Bezoekers omschrijven het vaak als een rustgevende en uitnodigend gebouw. Ook benoemen ze het verzorgend personeel als een van de meest positieve indrukken, voor velen *'de belangrijkste factor binnen het functioneren van het hospice.'* Het krijgen van veel aandacht en de kwaliteit van de zorg zijn dus van onschatbare waarde.

8. Koekoek, B. (2014),. 124 - 134

2. Relevantie

Hieruit kan dus geconcludeerd worden dat mensen geneigd zijn om bevooroordeeld te kijken naar de typologie van het moderne hospice. Het is een gebouw dat zijn gebruikers op alle mogelijke manieren positief probeert te laten omgaan met een zwaar en kwetsbaar onderwerp.

Het proces van sterven

Conclusies

Waar heb je behoefte aan wanneer de dood je dreigt te treffen? Iemand's steun? Een biertje met vrienden? Een laatste sigaret? Enige vorm van verlichting? Heb je behoefte aan een grotere spiritualiteit? En is dit ook het geval bij mensen die tijdens het verdere leven helemaal niet op een spirituele wijze geleefd hebben? Behoeftte aan iets, wat je waarschijnlijk pas ontdekt wanneer het einde nabij is, de overweldiging van emoties en van het onbekende gevoel van het sterven.

Dit is waar mensen mee in aanraking komen wanneer ze te maken krijgen met het verblijf in een hospice. Het is waar bewoners het grootste gedeelte van hun verblijf mee bezig zullen zijn. Iedereen zal er op zijn eigen manier mee omgaan, een manier die voor de bewoner en voor hun naasten de enige (goede) manier is. Een manier die ondragelijk verdriet met zich mee kan brengen, maar ook verlichting kan geven. Een hospice kan dus gezien worden als een omhulsel. Waarbinnen deze talloze manieren, van omgaan met de dood, bij elkaar komen.

3.

Onderzoeksmethoden

3.

Onderzoeksmethoden

Dit afstudeeronderzoek bestaat voornamelijk uit literatuurstudies die worden aangevuld met best practices en observaties & ervaringen uit de praktijk.

Allereerst zal er een theoretisch kader worden opgesteld aan de hand van een tweetal begrippen; 'architectonische identiteit' & 'well-being'. Deze begrippen zullen aan de hand van literatuurstudies worden beschreven. Hetgeen aangevuld zal worden door een korte reflectie op basis van een eigen interpretatie. Dit zal de basis vormen voor het beschrijven van de onderzoeksresultaten.

Deze onderzoeksresultaten zullen worden verdeeld aan de hand van drie onderzoeksniveaus: publiek, privé, en de transitie tussen beide. Binnen elk niveau zal er eerst gekeken worden naar belangrijke architectonische elementen. Waarna verschillende rituelen en routines worden aangehaald die aan de hand van literatuur en best practices worden beschreven. Hierbij wordt er gekeken naar voorbeelden van gebouwen voor palliatieve en terminale zorg; 'Maggie's cancer caring centres' en 'moderne hospices'.

4.1 Theoretisch kader '(Architectonische) identiteit'

4.1 Theoretisch kader Architectonische identiteit

In deze paragraaf zal beschreven worden wat er binnen dit onderzoek wordt bedoeld met een 'architectonische identiteit'. Daarnaast zal er worden beschreven hoe we dit begrip kunnen koppelen aan een gebouw voor palliatieve en terminale zorg.

Dit afstudeeronderzoek focust zich op een fragiele en speciale doelgroep; een ieder die te maken krijgt met een terminale ziekte. Binnen een gebouw voor deze doelgroep bevindt zich een uniek spel tussen uiteenlopende functies. Het zal ruimtes bevatten die verschillende routines en rituelen kunnen faciliteren. Waardoor er een unieke 'architectonische identiteit' ontstaat, die aan de ene kant rust en acceptatie uit zal stralen en aan de andere kant sociale interactie kan stimuleren en op een positieve manier om kan gaan met het proces van sterven.

Gebruikers

In 'Innovations in hospice architecture' beschrijft Verderber het belang van het betrekken van belangrijke partijen en gebruikers bij het vorm geven van een palliatieve zorg faciliteit. Hierbij noemt hij; *verpleegkundigen, vrijwilligers, huisartsen, beheerders, (overlijdens) counselors, social workers, psychologen, fysiotherapeuten en IT-specialisten* als belangrijke gebruikers. ¹ Dit zijn voornamelijk de

1. Verderber, S. et al. (2006), p. 63

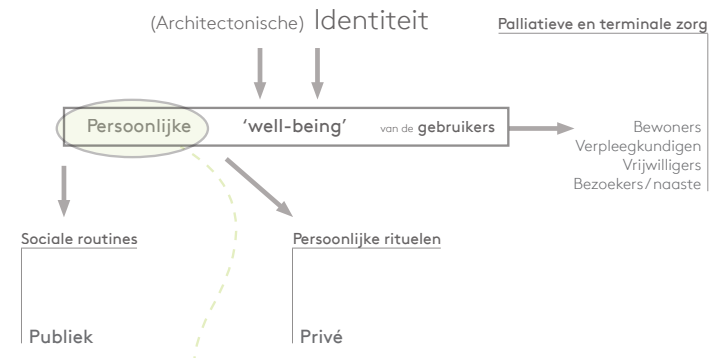


Fig. 1 Vorming van het individu door het sociale en persoonlijke domein.

verzorgende en dienende gebruikers. Hierbij sluit hij expliciet de bewoners en hun naaste uit, terwijl een groot deel van het dagelijks leven draait om het verwennen en ondersteunen van deze doelgroep. Binnen dit onderzoek zullen we daarom, *bewoners, verpleegkundigen, vrijwilligers en bezoekers/naaste*, als voornaamste gebruikers beschouwen. In 'bijlage 1' wordt een voorbeeld gegeven van de samenstelling van bewoners binnen een modern hospice, met daarbij per bewoner aangegeven wat de punten van aandacht zijn bij het verzorgen.

Algemene definitie

Architectonische identiteit kan in het algemeen beschouwd worden als een afspiegeling van de persoonlijke 'well-being' van de gebruikers binnen een gesteld kader (Fig. 1). ² Daarnaast kan gesteld worden dat een individu in eerste instantie gevormd

2. BRON?



Fig. 2 Rituelen en routines binnen een gebouw voor palliatieve en terminale zorg.

wordt door een sociale context, met vaste rituelen en routines. Maar ook door een domein van persoonlijke normen en waarden.³ Welke tot uiting komen in het ruimtelijke speelveld binnen publieke en privé ruimtes.

Rituelen en routines

Het gebouw zal dus een persoonlijkheid en identiteit hebben waarbinnen zich sociale en private rituelen zullen afspelen. Deze zullen verdeeld kunnen worden in ruimtes die dienen voor wonen, werken, ontmoeten en delen. Daarnaast zal er rekening gehouden moeten worden met speciale rituelen die een emotionele lading hebben; rouwen, ondersteunen en sterven.

Door deze grote diversiteit aan functies (Fig. 2), zal er op een slimme manier omgegaan moeten worden met het creëren van overgangen tussen publieke functies en het persoonlijke domein van bewoners. Waarbij te alle tijden vanuit de fragiele ogen van de gebruiker beredeneerd moet worden. De bewoner zal geholpen moeten worden tijdens het lopen, of zal zelf hulp krijgen van een rollator of loopstok. Waardoor er rekening gehouden moet worden met deze manier van bewegen en er ruimte moet zijn voor het stallen van deze hulpmiddelen.⁴

3.

4. STAGG (2007), p. 18-21

4.1 Theoretisch kader Architectonische identiteit

'De mens' en zijn omgeving

In 'Rethinking Design and Interiors' beschrijft Caan de connectie tussen de mens en zijn omgeving. Hij beschrijft dat *'het ontwerp van onze omgeving onze opvatting van de wereld weerspiegelt en vormt'*.⁵ Volgens hem is het ontwerp een bemiddeling tussen een ruimtelijke en innerlijke ervaring van het interieur met de buitenwereld. Onze fysieke omgeving wordt alleen tastbaar door de lens van menselijke perceptie. De mens verzamelt en interpreteert ruimtelijkheid door middel van onze zintuigen en dit vormt onze realiteit. Deze relatie tussen het innerlijke en het uiterlijke zit diepgeworteld in de natuur van de mens. Dit legt hij uit door middel van de ruimtelijkheid van het interieur, de schaal en het gevoel van intimiteit die betrekking heeft op het menselijke lichaam, geest en ziel. Denk aan het gevoel dat je krijgt in een kleine kamer, groot atrium, plein, tuin. Een ruimtelijk interieur verbindt zich op verschillende manieren aan ons mensen.⁶

'Second skin'

Daarnaast suggereert Caan dat het interieur van een gebouw overlapt met het innerlijk van de mens. Hij introduceert het begrip 'second skin'; *'lagen van onze identiteit die buiten onze fysieke grens van het lichaam vallen, in de vorm van; kleding, muren, gevel van een*

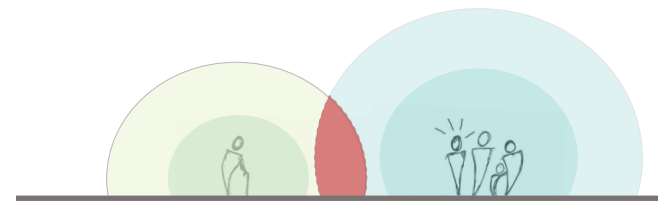


Fig. 3 Lagen rondom het fysieke lichaam worden gecreëerd zijn voor; bescherming, functie, identificatie en voor versiering.

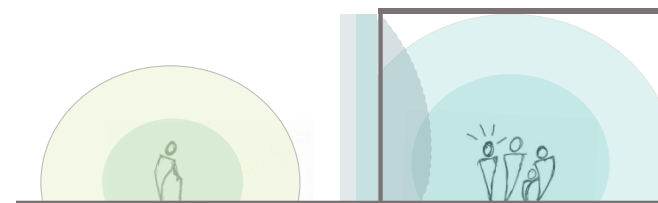


Fig. 4 Een bebouwde omgeving als 'second skin'.

gebouw'. Deze lagen die rondom het fysieke lichaam worden gecreëerd zijn voor; bescherming, functie, identificatie en voor versiering.⁷ Onze 'second skin' zijn als het ware kunstmatige scheidingslijnen met onze huid. Deze scheidingslijnen zijn cruciaal tijdens het definiëren van wie we (willen) zijn en hoe we worden waargenomen. Hierdoor kunnen we vaststellen dat onze identiteit verder reikt dan onze fysieke grens van het menselijk lichaam. Onze 'second skin' is daarom een essentiële extensie van onszelf.⁸ Er zal altijd een emotioneel samenspel zijn tussen mensen, objecten en omgeving (Fig. 4). Dit samenspel kan, wanneer deze in balans is, het gedrag van mensen stimuleren en de well-being vergroten.⁹

5. Caan, S. (2011), p. 38-48

6. Caan, S. (2011), p. 40

7. Caan, S. (2011), p. 40

8. Caan, S. (2011), p. 40

9. Caan, S. (2011), p. 37

4.2 Theoretisch kader *'Well-being'*

Deze paragraaf zal zich focussen op het formuleren van een betekenis rondom het begrip 'well-being'. Well-being kan in essentie geformuleerd worden als 'de toestand van welzijn of welbevinden in geestelijk, lichamelijk en/of maatschappelijk opzicht'.¹ Welke samenhangt met de mate van comfort en behaaglijkheid binnen een ruimtelijke context.

Ontdekking van comfort

Vitruvius beschreef in 'The Ten Books on Architecture' de ontdekking van comfort, gemak en veiligheid; *"Fire is what first brought people together, forming a community around the comfort of a controlled source of warmth. This first 'gathering of men', he says brought them into 'conversation with another', whereas before they only been 'purely individual'"*. De ontdekking van vuur was daarmee de eerste vorm van comfort. Na deze toevallige ontdekking kwam de mens er achter dat ze niet zonder deze comfort kon. Daarnaast beschrijft Vitruvius dat; *'het menselijke instinct en de aanwezigheid van veiligheid en comfort in essentie de hoofdreden zijn waarom we bouwen'*.²

Caan beschrijft dat; 'het rekening houden met well-being zal resulteren in een meer efficiënte, productievere en meer bevredigende maatschappij.

1. Caan, S. (2011), p. 76
2. Caan, S. (2011), p. 27

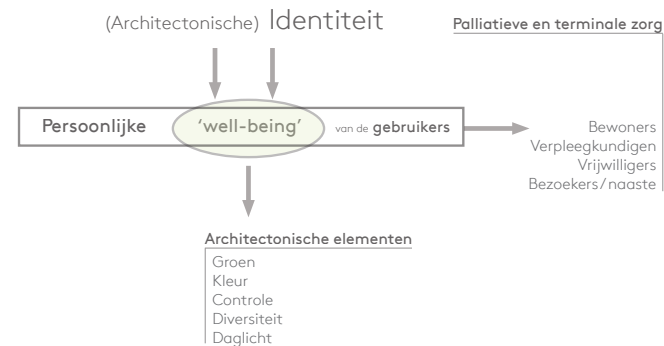


Fig. 1 Architectonische elementen die positief effect hebben op de 'well-being' van gebruikers.

Deze optimale condities zullen het menselijk gedrag positief stimuleren; 'om te doen en om beter te presteren'.³ Volgens hem kan men pas voldoening krijgen uit een ruimtelijke context wanneer deze veiligheid en comfort uitdraagt. Hij benoemt daarin tastbare criteria; licht, volume, proporties, kleur en texture, maar ook beschrijft hij het belang van een architectonisch gevoel voor inspiratie en inzicht.⁴

Architectonische elementen

Er worden in de literatuur een aantal architectonische elementen genoemd die aangetoond positief effect hebben op het welzijn van gebruikers. In dit onderzoek zullen de volgende architectonische elementen als leidraad dienen; groen, kleur, controle, diversiteit en daglicht (Fig. 1). In de komende hoofdstukken zal, per onderzoeksniveau, de well-being getest worden aan de hand van deze elementen.

3. Caan, S. (2011), p. 76
4. Caan, S. (2011), p. 76

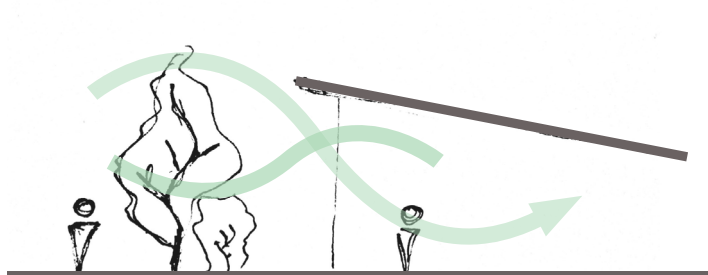


Fig. 2 Symbiose tussen landschap en de bebouwde omgeving.

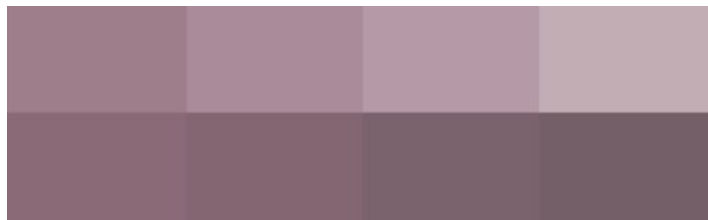


Fig. 3 Het verminderen van angst door middel van kleur tinten.

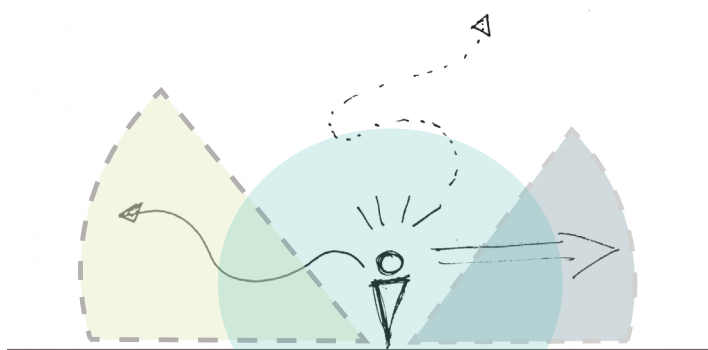


Fig. 4 Controle door het aanpassen van de ruimtelijke omgeving.

Groen

Het aanleggen van tuinen is onlosmakelijk verbonden met genezing of spirituele zorg. Het creëren van groen heeft een mythische, poëtische en historische connectie met levenscycli.⁵ Een symbiose tussen het gebouw en landschap geeft bewoners en hun naaste kracht, daarnaast biedt het privacy en autonomie (Fig. 2). In een meer stedelijke omgeving kan natuur werken als een 'buffering-element', waarbij de bomen en andere vegetatie het hospice afschermt.⁶

Kleur

Uiteenlopende onderzoeken hebben aangetoond dat kleur een therapeutische en palliatieve werking kan hebben op gebruikers. Over het algemeen kan er geconcludeerd worden dat een warm kleurenpalet aan te raden is voor publieke ruimte, om sociale interactie aan te sporen. Een Koeler kleurenpalet worden voorgesteld voor semi-private en private ruimtes. Ook is er bewezen dat roze-, mauve- en taupe-tinten effectief kunnen zijn in het verminderen van angst (Fig. 3).⁷

5. Gerlach-Spriggs, N. et al. (1998), p. 5
 6. Verderber, S. et al. (2006), p. 76
 7. Verderber, S. et al. (2006), p. 66

Controle

Om een omgeving te creëren voor een individu zal er per bewoner bekeken moeten worden naar zijn/haar specifieke wensen.⁸ Daarom is het belangrijk dat iedere gebruiker zijn omgeving kan aanpassen naar zijn behoeften (Fig. 4). Vooral binnen een gebouw die zorg biedt aan een fragiele doelgroep zal er vanuit de eigen kamer aanpassingen gedaan moeten kunnen worden betreffende klimaat en lichtinval.⁹ Zo zal bijvoorbeeld het kunnen open van een raam meer controle geven aan de bewoner. Op deze manier kunnen zij het vers gemaaid gras ruiken, een ochtend briesje voelen of het geluid van de stad horen.¹⁰

Diversiteit

Een hygiënische uitstraling, een ruimte gestript van enige esthetiek, is het algemene beeld dat men vaak koppelt aan moderne ziekenhuizen.¹¹ Juist het ontbreken van deze enige vorm van diversiteit in het ruimtelijke beeld kan er voor zorgen dat mensen gedesorienteerd raken (Fig. 5). De diversiteit in materiaal, looproute, kleur, licht/donker en maatvoering zal een positief effect hebben op de well-being.¹²

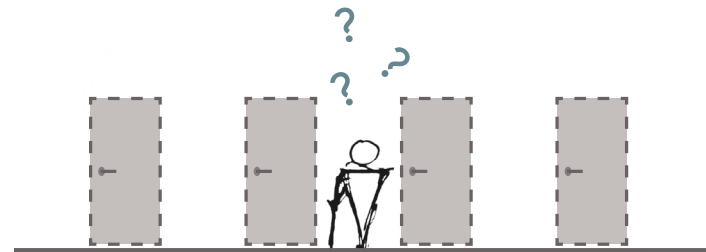


Fig. 5 Het ontbreken van diversiteit.

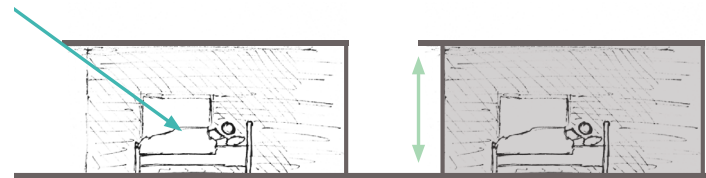


Fig. 6 Behoeftte betreffende inval van natuurlijk daglicht.

Daglicht

Natuurlijk daglicht is leven bevestigend, een bron van energie en van therapeutische waarde. Het is namelijk essentieel voor elke vorm van leven.¹³ Maar de veronderstelling dat 'hoe meer hoe beter' is niet altijd juist. Uit gesprekken met verpleegkundigen bleek dat bewoners vaak natuurlijk daglicht wensen wanneer ze het hospice betreden. Maar naar mate de ziekte en het proces van sterven vordert, zal men meer naar een donkere ruimte snakken (Fig. 6).¹⁴

8. Caan, S. (2011), p. 76

9. Verderber, S. et al. (2006), p. 70

10. Verderber, S. et al. (2006), p. 77

11. Jencks, C. & Heathcote, E. (2010), p. 7

12. Verderber, S. et al. (2006), p. 59 - 81

13. Verderber, S. et al. (2006), p. 70

14. Verderber, S. et al. (2006), p. 70

5.1 Onderzoeksresultaten

'Een publieke zone'

5.1 Onderzoekresultaten

Het publieke domein binnen een modern hospice zal aan de ene kant dienen voor genieten van rust, kalmte en zal een huiselijkheid uitstralen. Aan de andere kant zullen dit voornamelijk ruimtes zijn die sociale interactie moeten stimuleren. Het zijn de zones binnen het gebouw waar de (vitale) bewoners zich verzamelen om samen te eten of te praten. De belangrijkste ruimte, de woonkeuken, is echter vaak te druk, luidruchtig en te groot, omdat veel bewoners te veel prikkels (tegelijkertijd) niet meer aankunnen. Daardoor zullen ze zich eerder afzonderen van de rest en zich terug trekken op hun eigen kamer, terwijl het juist een belangrijke mogelijkheid biedt voor sociale interactie, het uitwisselen van ervaringen en het accepteren van de dood. Het publieke domein zal dus een bemiddelaar zijn tussen het stimuleren van interactie en het bieden van sereniteit.

De sociale context waarin een gebouw zich bevindt zal grote invloed hebben op het publieke domein. Een omgeving kan de fragiele functie versterken en beïnvloeden. Zo is het belangrijk dat de invulling niet alleen positief effect heeft op het leven binnen het gebouw, maar dat het zich ook voegt binnen de gevestigde bedrijvigheid in zijn nabije context.

Dit geeft dus al aan dat de architectonische uitstraling van een gebouw voor palliatieve en terminale zorg een doorslaggevend aandachtspunt zal zijn. Dit is waar

Een publieke zone

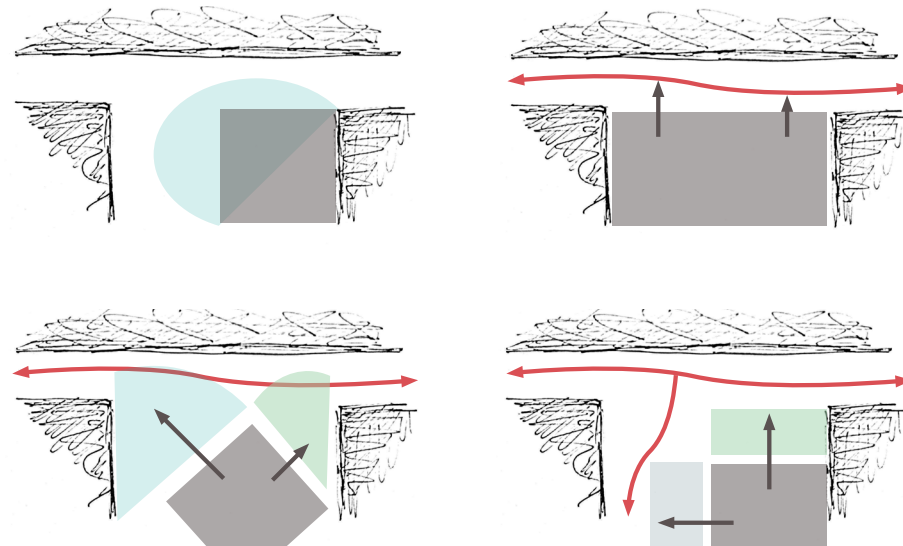


Fig. 1 Plaatsing van het gebouw in zijn bebouwde context.

men een eerste indruk krijgt van wat er zich in het gebouw afspeelt. Daarom is het belangrijk dat deze eerste indruk de juiste is.¹ De meningen lopen echter sterk uiteen, wat de essentie van deze uitstraling zou moeten zijn.

Sociale context

Het publieke deel van een hospice strekt zich uit voorbij de tastbare grenzen van de gedeelde sociale ruimtes gesitueerd binnen het gebouw. Een van de belangrijkste aspecten is dan ook de plaatsing van het gebouw in zijn bebouwde context (Fig. 1).

1. Verderber, S. et al. (2006), p. 63

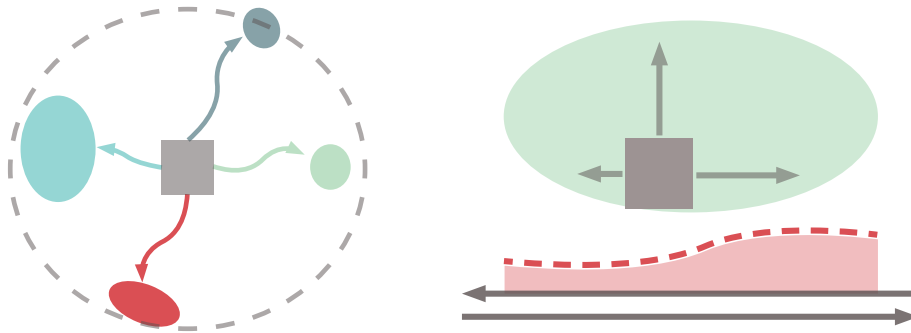


Fig. 2 (links) Bereikbaarheid van commerciële en recreatieve functies.

Fig. 3 (rechts) Connectie met groen wenselijk, rekening houden met de negatieve aspecten van bijvoorbeeld geluidsoverlast.

Allereerst is het belangrijk dat de nabije omgeving de aanwezigheid van het hospice ondersteunt.² Het is belangrijk dat het gebouw in fysieke vorm aanwezig is in de omgeving, waardoor het zijn identiteit kan versterken. Een bekend begrip binnen zijn context, die ervoor kan zorgen dat angst en desoriëntatie wordt verminderd bij zowel bewoners en hun families.³

Het is belangrijk dat het ziekenhuis makkelijk te bereiken is, maar ook dat er voldoende commerciële en recreatieve functies nabij gelegen zijn (Fig. 2).⁴ Verder moet bij het selecteren van een locatie rekening gehouden worden met geluidsoverlast dat bijvoorbeeld gepaard gaat met het dagelijks leven in dichte stedelijke omgevingen. Drukke omliggende

wegen, blaffende honden, toeterde auto's of een alarm kan voor een irriterend lawaai zorgen. Daarnaast kan dit lawaai voor problemen zorgen tijdens het slapen door noise-induced stress, wat een negatief effect heeft op het welbevinden van bewoners.⁵

Er moet dus een balans gezocht worden, in het creëren van een connectie en het oproepen van een barrière met de context. Een goed voorbeeld hiervan is het Maggie's centre in West Londen, die wandelementen gebruikt om zich af te sluiten en op bepaalde punten te openen richting de omgeving. (zie pagina 38-39)

Bovendien zal een van de voornaamste aspecten van een hospice bestaan uit het creëren van een vredige rustgevende omgeving (Fig. 3).⁶ Hierbij is een fysieke connectie met natuurlijke elementen belangrijk. Bewoners zullen voldoende frisse lucht, groen en de aanwezigheid van water als positief ervaren.⁷

Een herkenbare omgeving wordt daarnaast genoemd als een belangrijk aspect. Een bewoner zal zich namelijk eerder op zijn gemak voelen in een vertrouwde context. Ook kunnen bewoners op deze manier dicht bij familie en naasten kan zijn, zodat zij het gehele proces samen mee kunnen maken.⁸ Daarnaast geeft

2. Verderber, S. et al. (2006), p. 60
 3. Worpole, K. (2009), p. 49
 4. Verderber, S. et al. (2006), p. 60

5. Verderber, S. et al. (2006), p. 62
 6. Worpole, K. (2009), p. 48
 7. Verderber, S. et al. (2006), p. 78, 79
 8. Worpole, K. (2009), p.52

5.1 Onderzoekresultaten

ongeveer 75% van de mensen aan het liefst thuis te willen sterven, omdat ze zich daar het meest op hun gemak voelen en er voldoende privacy is.⁹ Het is dus mogelijk dat de voorkeur in eerste instantie niet ligt bij het sterven in een hospice, waardoor het creëren van een vertrouwde sfeer van groter belang wordt.

Ten slotte is het belangrijk dat de terminaal zieke bewoners het gevoel hebben dat ze deel uitmaken van het dagelijks leven. Het ervaren van weer, de seizoenen en het tijdstip van de dag is hierbij belangrijk, maar ook de omgeving speelt een belangrijke rol.¹⁰ Personeel van het Kamillianer Gardens Hospice (Aalborg, Denemarken) vermelden bijvoorbeeld specifiek dat; *'het geluid van spelende kinderen genoemd wordt als positief, door familie en naaste. Dit creëert namelijk de impressie dat men nog in contact staat met het leven buiten, ondanks de slechte gezondheid.'*¹¹

Als voorbeeld hiervan benoemt Geerings (voorzitter Raad van Bestuur Stichting Sevagram - Zorgcentra en Thuiszorg) een hospice in Zuid-Limburg. Dat links uitkijkt naar de kerk met daaraan grenzend het kerkhof. Met tegenover het hospice de drie oudste cafés van Zuid-Limburg, of zoals hij zegt; *'Een hospice tussen drie cafés een muziektent en het kerkhof'*.¹²

9. Koekoek, B. (2014), p. 124 - 134
10. Verderber, S. et al. (2006), p. 78, 79
11. Realdania Fund (2006), p. 41
12. STAGG (2007), p. 12-14

Een publieke zone



Fig. 4 Een huiselijke uitstraling, die tot uiting komt in het interieur en het exterieur?

Architectonische uitstraling

De architectonische uitstraling van een gebouw voor palliatieve en terminale zorg zal een positieve eerste indruk willen opwekken. Daarom is het belangrijk dat deze eerste indruk de juiste is. Wat deze uitstraling in essentie moet zijn is echter een lastig onderwerp waarover de meningen sterk verschillen (Fig. 4). Aan de ene kant wordt beweerd dat een hospice vooral huiselijkheid moet uitstralen. Terwijl volgens anderen een hospice veel meer kan zijn dan een opzichzelfstaande huiselijke suggestie.

Volgens een Deens rapport over 'het Britse hospice', is het in ieder geval duidelijk dat er grote verschillen zitten in het aanbod van hospice architectuur binnen Europa. Het overkoepelende uitgangspunt is echter wel dat overal de intentie aanwezig is om niet het uiterlijk te hebben van een ziekenhuis.¹³

13. Realdania Fund (2006), p. 61

Aan de ene kant bestaat er de opvatting dat het repliceren van een huiselijke ambiance deel moet zijn van het imago dat het moderne hospice wilt uitstralen. Het is in wezen 'een plek voor rust en bescherming'.¹⁴ Verder brengt Christopher Richards (van Acanthus LW Architects) in dat; *'gebruikers geven aan dat ze liever willen dat deze gebouwen huiselijk en traditioneel aanvoelen, dan institutioneel en klinisch'*.¹⁵

Aan de andere kant beschrijft Worpole in 'Modern hospice design' dat het uiterlijk van een hospice in essentie niet huiselijk hoeft te zijn. Hij beschrijft zelfs; *'Het interieur moet huiselijk aanvoelen, niet het uiterlijk'*. Waarna hij refereert naar het uiterlijk van een hotel als mogelijk wenselijke uitstraling.¹⁶ Ook Verderber is van mening dat een hospice niet meer het typerende beeld hoeft te hebben van een 'eengezinswoning'. De vormentaal kan juist avontuurlijk, innovatief en suggestief zijn vormgegeven.¹⁷

Er dus voorstanders voor een gebouw dat huiselijk en traditioneel aanvoelt. Terwijl er aan de andere kant beweerd wordt dat het juist niet wenselijk is om het gebouw een sterke huiselijke uitstraling te geven. Wat in ieder geval duidelijk wordt is dat het gebouw zich moet tonen aan zijn omgeving. Zo benoemd Stravens

14. Worpole, K. (2009), p. 54
15. Worpole, K. (2009), p. 55
16. Worpole, K. (2009), p. 53
17. Verderber, S. et al. (2006), p. 63

(directuur Laurens Zuid-Oost) het belang van het toonbaar maken van patiënten aan de buitenwereld; *'Het mag geen dichte doos worden, geen black box'*. Ook pleit hij voor een verscheidenheid aan functies binnen palliatieve zorg centra.¹⁸

In 'The Architecture of Hope' beschrijft Jencks 'de kracht van het hybride gebouw' en belang van een juiste architectonische uitstraling. Volgens hem heeft dit geresulteerd in een ongewone, radicale vermenging van functies en stemmingen tussen een aantal bestaande typologieën. Een Maggie's centre; *'informeel, als een huis, en bedoeld om gastvrij, huiselijk, kleinschalig, warm en persoonlijk te zijn'*.¹⁹ Vormgegeven rondom de keuken, zodat mensen in en uit kunnen lopen zonder opgemerkt te worden. Waarnaar hij refereert naar een Maggie's centre als een soort non-typologie; *'het is een huis dat geen thuis is, het is een ziekenhuis dat geen instelling is, het is kerk zonder geloof, een kunstgalerij dat geen museum is'*.²⁰

Dit komt ook ten uiting in de architectuur van Maggie's centres, welke beschreven wordt als; *'humoristisch maar doordacht, provocerend maar informeel, contemplatief en aan de andere kant een architectuur die staat voor hoop en streeft naar het nemen van*

18. STAGG (2007), p. 18-21
19. Jencks, C. et al. (2010) p. 13
20. Jencks, C. et al. (2010) p. 13

5.1 Onderzoekresultaten

risico'.²¹ In vele aspecten zal daarom de wenselijke uitstraling van een hospice kunnen leren van de nieuwe hybride typologie van het Maggie's centre. Hierbij zal de architectuur echter niet moeten aansturen richting het geven van hoop, maar juist naar een vorm van acceptatie, aanvaarding en voldoening.

Beschermde aankomst

Wat vaak als een van de belangrijkste elementen wordt genoemd is een beschermende aankomst. Een toegang tot het gebouw die bewoners, personeel en bezoekers een uitnodigend gevoel geeft, maar toch zorgt voor een vorm van controle en veiligheid. Dit zorgt enigszins voor een dilemma, het uitstralen van openheid en er aan de andere kant voor zorgen dat niet zomaar iedereen toegang heeft tot het emotionele hart van het gebouw (Fig. 5).

Verderber beschrijft het belang van een deze beschermde aankomst als *'een overdekte entree, die tevens een toereikende beweging symboliseert'*.²² Waar men geen last heeft van weersomstandigheden of waarbij men niet vanuit een afgelegen parkeerplaats moet zoeken naar een ingang. Daarnaast is het belangrijk dat er een visuele bufferzone ontstaat tussen de straat, de hoofdingang en de afzonderlijke

Een publieke zone

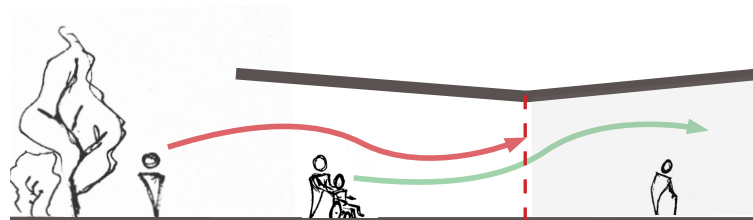


Fig. 5 Een beschermende aankomst die uitnodigt, zich opent naar het leven, maar ongewenste factoren buiten houdt.

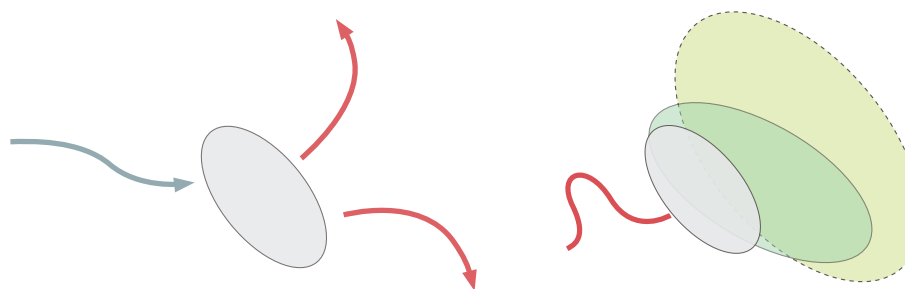


Fig. 6 Een opeenvolging van ruimtes, van publiek naar ruimtes met meer privacy.

kamers.²³ Dit is bijvoorbeeld te realiseren door een binnenkomst stapsgewijs vorm te geven; van een overdekte entree, door een receptie of foyer, naar een gedeelde sociale leefruimte of de ruimte voor administratie. Een opeenvolging van ruimtes zal ervoor zorgen dat men vanuit publiek domein langzaam naar ruimtes gaan die meer privacy uitstralen (Fig. 6).²⁴

21. Jencks, C. et al. (2010) p. 12

22. Verderber, S. et al. (2006), p. 63

23. Verderber, S. et al. (2006), p. 62

24. Verderber, S. et al. (2006), p. 64

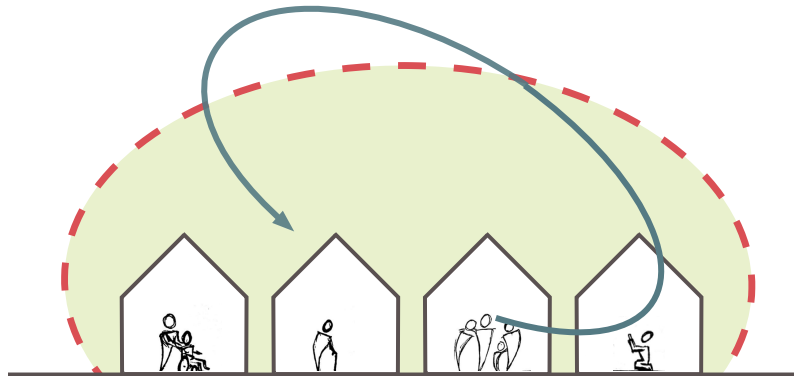


Fig. 7 Constante fluxuatie in de samenstelling van gebruikers.

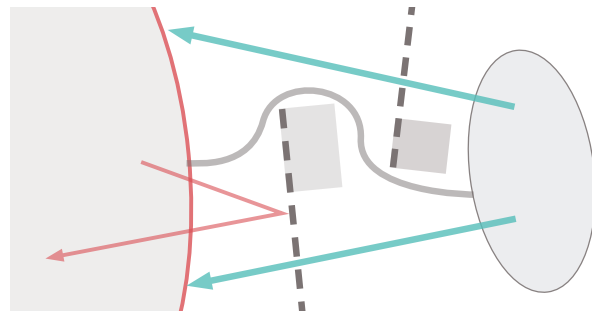


Fig. 8 Situering van de gedeelde leefruimte; dicht bij de voordeur, maar zonder visuele connectie met de entree.

Daarnaast moet het ten alle tijden duidelijk zijn voor bewoners en bezoekers waar ze zich kunnen melden. Terwijl aan de andere kant ongewenste personen buiten gehouden kunnen worden. De architectuur zal dus duidelijk moeten laten zien waar het publieke domein eindigt. Dit zal een positief effect hebben op het gevoel van persoonlijke veiligheid. Waardoor er bij bewoners meer rust zal ontstaan in lichaam en geest, wat het 'welbevinden' bij bewoners zal vergroten.²⁵

25. Verderber, S. et al. (2006), p. 62

Gedeelde leefruimte

De samenstelling van de bewoners in een hospice is in een constante fluctuatie betreffende: leeftijd, aandoening(en), geslacht en culturele/ etnische achtergrond (Fig. 7). De publieke zone is daarom een domein die zich aan moet kunnen passen aan deze fluctuaties.

De gedeelde leefruimte zal dicht bij de voordeur gesitueerd moeten worden, maar niet recht in het zicht van de entree en receptie (Fig. 8).²⁶ Ook zullen de ruimtes gebruikt worden door verschillende vrijwilligers en door een ieder die bij bewoners op bezoek komt.²⁷ Daarom is het belangrijk dat de gemeenschappelijke ruimtes interactie tussen deze verschillende identiteiten moeten kunnen faciliteren. Ook zullen deze ruimtes gebruikt worden voor het verwelkomen van bezoek, maar ook het geven van feestjes, het uitwisselen van ervaringen en het delen van een maaltijd met elkaar. Deze ruimtes moeten huiselijk en informeel worden vormgegeven, bijvoorbeeld door middel van; banken, boekenkasten, kamerplanten en bijzettafeltjes met leeslampen.²⁸

26. Verderber, S. et al. (2006), p. 65

27. Verderber, S. et al. (2006), p. 65

28. Verderber, S. et al. (2006), p. 65

5.1 Onderzoekresultaten

Een publieke zone

Centrale zone

De filosofie achter het ontstaan van de Maggie's centres, resulteerde in, wat Jencks beschrijft als, 'kitchenism'. Een functionele indeling die zich vormt rondom de keuken, de plek waar sociale interactie en het uitwisselen van ervaringen centraal staat (Fig. 9). Jencks dankt het succes van deze typologie aan de oriëntatie rondom het drinken van koffie en thee. Hierdoor zal er minder druk gelegd worden op de gebruiker, om emotionele ervaringen te delen.²⁹

Het delen van eten is een van de oudste rituelen van de mens.³⁰ Daarom is het belangrijk om dit ritueel een duidelijke plek te geven. Sommige gebruikers zullen echter de drukte en het sociale karakter van dit ritueel niet meer aan kunnen. Zorg daarom voor semi-private plekken voor mensen die behoefte hebben aan privacy maar niet alleen willen eten, zodat men ten alle tijd meerdere keuzes heeft.³¹

De publieke zone zal dus voornamelijk dienen voor het delen van rituelen; zoals het hebben van sociale interactie en het samen eten. Daarnaast zal het een ruimte zijn waar gewerkt kan worden, bewoners ondersteunt worden en waar mensen van hun rust kunnen genieten (Fig.10).

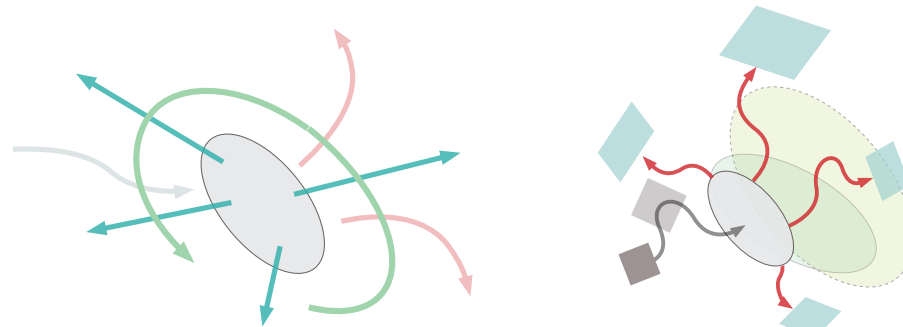


Fig. 9 Een opeenvolging van ruimtes, van publiek naar ruimtes met meer privacy, met als centrale zone de gedeelde leefruimte.

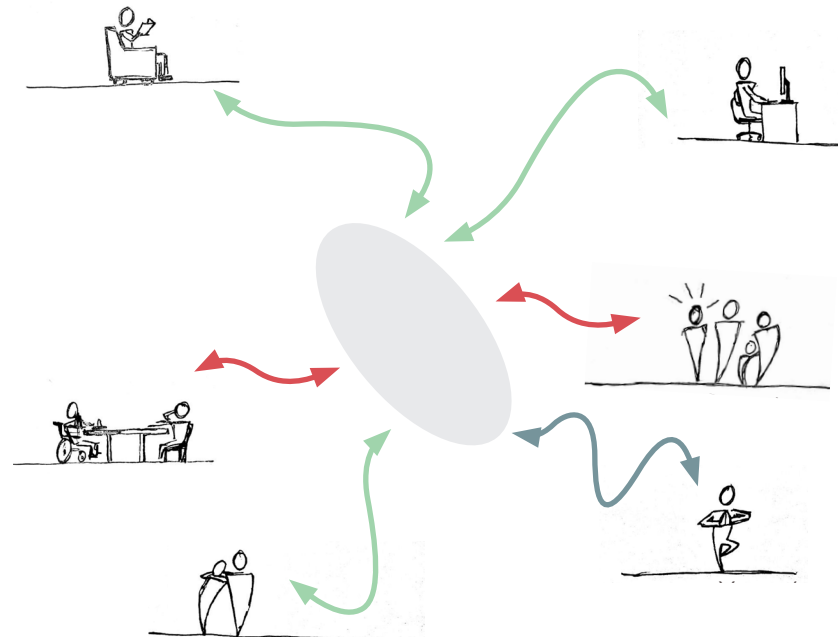


Fig. 10 Belangrijke rituelen binnen de publieke zone: 'zitten/lezen, werken, ondersteunen, yoga/meditatie, eten, sociale interactie'.

29. Jencks, C. et al. (2010) p. 12

30. Verderber, S. et al. (2006), p. 67

31. Verderber, S. et al. (2006), p. 67



5.1 Onderzoekresultaten

Een publieke zone

Xenia, Leiden
- MuldervanTussenbroek
+ vanVeen architecten

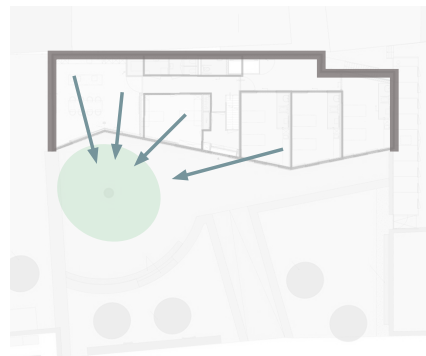
Typologie: Jongeren hospice

Opgeleverd: 2014

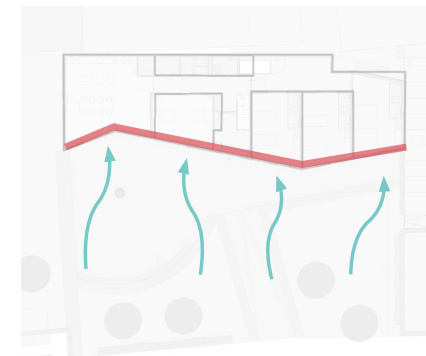
Verdiepingen: 2

Kamers: 6 + 1 logeerruimte

Meest opvallend aspect: Op dit binnenterrein staat een monumentale bruine beuk van ca. 150 jaar oud. Deze schitterende boom bepaalt voor een belangrijk deel de sfeer en ruimte van het gebied. Dit gegeven hebben ze als uitgangspunt voor het gebouwontwerp genomen en verklaart de knikken in gevel en dak. De bouwmassa geeft op deze wijze ruimte aan de boom in zowel het verticale als het horizontale vlak.



(links) Georiënteerd richting de oude bruine beuk (groen/diversiteit).



(Rechts) Geknikte glasgevel speelt met de inval van natuurlijk daglicht. (daglicht).



Gedeelde leefruimte als centrale zone in het gebouw.



Gedeelde leefruimte als centrale zone in het gebouw.



5.1 Onderzoekresultaten

Maggie's centre, West London
- Rogers Stirk Harbour + Partners

Typologie: Maggie's centre

Opgeleverd: 2008

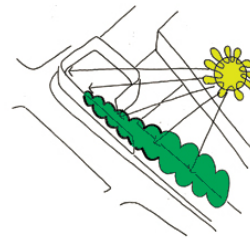
Verdiepingen: 2

Meest opvallend aspect: Ondanks het ommuurde en omsloten karakter ontstaat er een open en goed verlichte centrale ruimte. Welke grenst aan een knusse binnentuin. Ook zorgt de warme kleur van de wandelementen voor een unieke en gastvrije uitstraling.

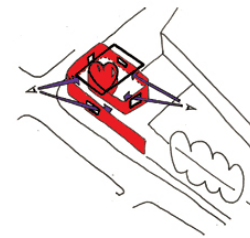


Plaatsing van het element in zijn context.

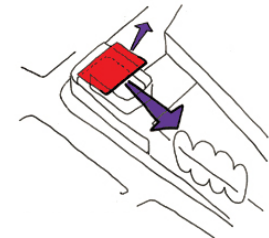
Een publieke zone



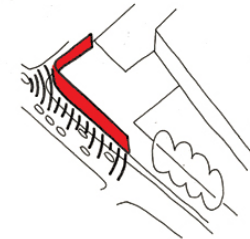
Natuurlijke barrière (groen).



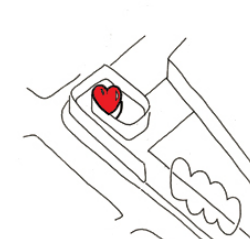
Kaders die inzicht geven in de leefruimte (diversiteit).



Dakelement dat zich opent naar omgeving (daglicht).



Wandelement dat ongewenst lawaai tegen houdt (kleur).



Centrale leefruimte als hart van het gebouw (controle).



Gedeelde leefruimte als centrale zone in het gebouw.

5.2 Onderzoeksresultaten

'Het persoonlijke domein'

5.2 Onderzoekresultaten Het persoonlijke domein

De term 'hospice' roept bij veel mensen een onterechte negatieve gedachte op; 'Het is een omgeving waar mensen naar toe gaan om te sterven'.¹ Dit proces van sterven vindt voornamelijk plaats in de afzonderlijke kamers van de bewoners. Daarom is het van belang dat deze kamers van alle gemakken zijn voorzien.

Functionaliteit

Het is dus belangrijk dat de ruimte voornamelijk functioneel is ingedeeld en er op een hoogwaardige manier zorg geleverd kan worden. Er moet genoeg ruimte zijn voor verschillende medische apparaten en de ruimte moet hygiënisch zijn (zie bijlage 1). Voor bewoners is het dan ook van belang dat deze weten, dat hulp aanwezig is wanneer dit nodig is.² Dit moet ook tot uiting komen in het ruimtelijke beeld van de kamers. Het moet echter niet ten koste gaan van de huiselijkheid.

In deze ruimte verdient de vormgeving van het plafond een grote mate van aandacht. Vaak zal men dagen achter elkaar in bed liggen, starend naar het plafond. Daarom is het belangrijk om dit te zien als een speciaal object binnen de ruimte (Fig. 1).

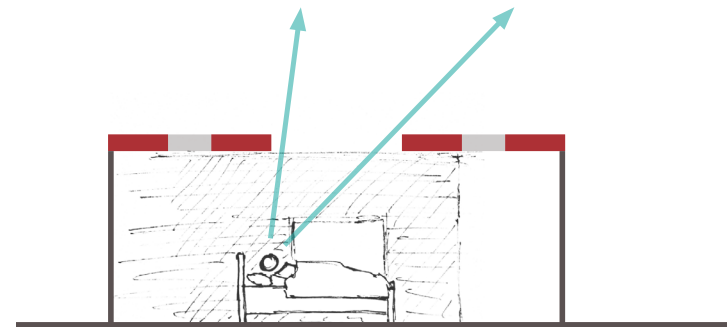


Fig. 1 Het plafond als belangrijk punt van aandacht.

Verderber beschrijft de houdingen ten opzichte van persoonlijke hygiëne in relatie met de therapeutische voordelen van water. 'De keuze kan puur uit hygienisch oogpunt bekeken worden maar kan ook voortkomen uit filosofische overwegingen.' Dit heeft vooral betrekking op de persoonlijke voorkeuren van de bewoners, sommige verkiezen het gewassen worden aan het voeteneind van het bed boven het liggen in een bad of het nemen van een douche.³

Een opvallend aspect, wat in veel voorbeelden van hospices terugkomt, is dat de aantrekkelijke huiselijke kamer direct grenst aan de erg functioneel uitziende badkamer.⁴ Een ruimte die vooral bedoeld is voor één ritueel waar weinig aandacht geschonken wordt aan sfeer. De badkamer moet een groot scala personen kunnen accommoderen met verschillende fysieke vaardigheden, er moet dan ook ruimte zijn voor een; *til-lift, rolstoel, het gehele bed*. Wat tot gevolg heeft dat dit de ruimte is waar geen enkele bewoner zich langer wil bevinden dan nodig.

1. Worpole, K. (2009), p. 33
2. Verderber, S. et al. (2006), p. 64

3. Verderber, S. et al. (2006), p. 72
4. Verderber, S. et al. (2006), p. 70

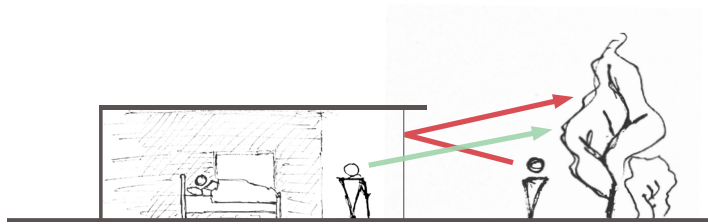


Fig. 2 Therapeutisch belang van een zinvol uitzicht vanuit de kamer van de bewoner.

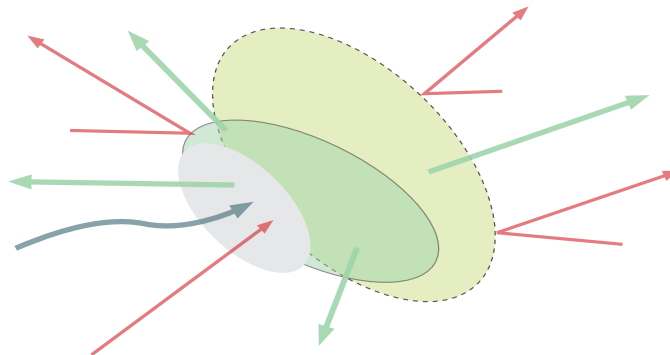


Fig. 3 Uitzicht naar de omliggende context, zonder de privacy van de bewoner te schenden.

Stimulansen van buiten

Een aanzienlijke hoeveelheid (empirisch) onderzoek met betrekking tot medische instellingen wijst op het therapeutische belang van een zinvol uitzicht vanuit de kamer van de bewoner (Fig. 2). Zicht op het maaiveld, vegetatie en lucht zorgt ervoor dat men informatie over het weer, moment van de dag en zich op een onschatbare manier kan *'oriënteren binnen het moment van de dag'*.⁵ In een hospice is het wenselijk dat de kamer uitzicht heeft op een *'natuurlijke setting'*. Vermijd ramen die uitzicht geven richting muren, maar zorg voor een interessant uitzicht. Het

5. Verderber, S. et al. (2006), p. 77

kunnen openen van ramen geeft meer controle aan de bewoner. Op deze manier kunnen zij het vers gemaaid gras ruiken, een ochtend briesje voelen of het geluid van de stad horen.⁶

De terminaal zieke gebruikers zullen zich niet altijd volledig bewust zijn van hun omgeving. Maar overdag kunnen ze zich wel bewust zijn van daglicht- en schaduwval. Bij het vormgeven van openingen in de gevel is het dan ook belangrijk rekening te houden met de omliggende context. Zodat bewoners wel uitzicht hebben richting groen en de levendigheid van de stad, maar niet het gevoel hebben dat ze in een *'etalage'* liggen (Fig. 3).

Belevingswereld vanuit een kamer

Ondanks dat de kamer van de bewoner niet een centrale locatie heeft binnen het gebouw. Is het voor de belevingswereld van de terminaal zieke het centrum vanwaaruit zij alles ervaart. Het is de ruimte waar ze als eerst naar toe worden gebracht wanneer ze in het hospice komen te liggen en waar ze de meeste zorg ontvangen.⁷

Het is een ruimte die moet kunnen dienen om samen te komen met naasten, er wordt bezoek ontvangen en het is de ruimte waar men afscheid zal nemen van

6. Verderber, S. et al. (2006), p. 76, 77

7. Verderber, S. et al. (2006), p. 69

5.2 Onderzoekresultaten Het persoonlijke domein

elkaar. Dit hangt samen met het proces van sterven en het is daarom belangrijk dat de ruimte zich kan aanpassen aan dit proces.

Het persoonlijke domein zal dus voornamelijk dienen voor het verzorgen en ondersteunen van de bewoner. Daarnaast zal het een ruimte zijn die vooral aan zal moeten voelen als een vervanging voor het thuis zijn, 'een gevoel van bijna thuis'. Het is waar ze de nacht doorbrengen, waar ze worden gewassen en waar ze uiteindelijk zullen sterven (Fig.10).

Persoonalisatie

Zoals eerder beschreven zullen veel terminaal zieke in eerste instantie liever thuis sterven dan in een hospice. Daarom moet er genoeg ruimte zijn voor de bewoner om persoonlijke spullen mee te nemen zoals; een speciale stoel, tapijt, foto's en andere aandenken aan huis. Op deze manier kan de overgang van huis naar hospice (of van ziekenhuis naar hospice) worden vergemakkelijkt en zal de kamer vertrouwlijker aanvoelen.⁸

Ook zal het mogelijk moeten zijn om huisdieren mee te kunnen nemen. Verderber beschrijft het gezelschap van een huisdier als volgt; *'Steeds opnieuw wordt er bewezen dat huisdieren een zinvol gezelschap zijn*

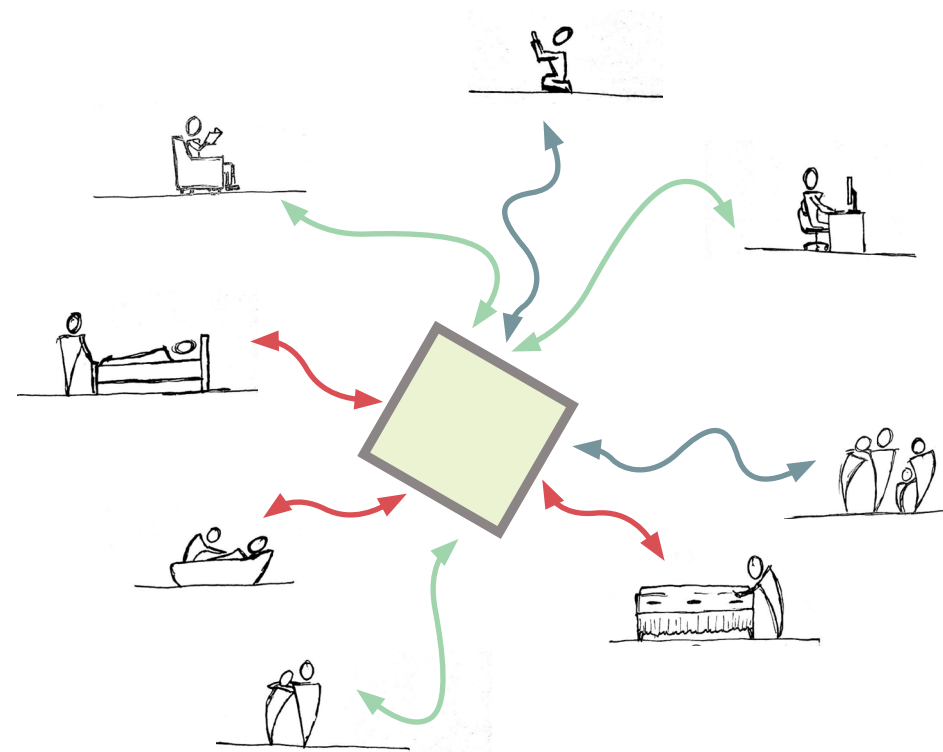


Fig. 4 Belangrijke rituelen binnen de publieke zone: 'zitten/lezen, werken, ondersteunen, spiritualiteit/gebed, rouwen, slapen/liggen, wassen, sterven'.

voor de terminaal zieke. Het omgaan met dieren kan het gevoel van 'de controle verliezen' en 'het verliezen van de waardigheid' verminderen'. Huisdieren kunnen tijdens de laatste fase van iemands leven een bron van blijdschap zijn en troost.⁹

8. Verderber, S. et al. (2006), p. 69

9. Verderber, S. et al. (2006), p. 68

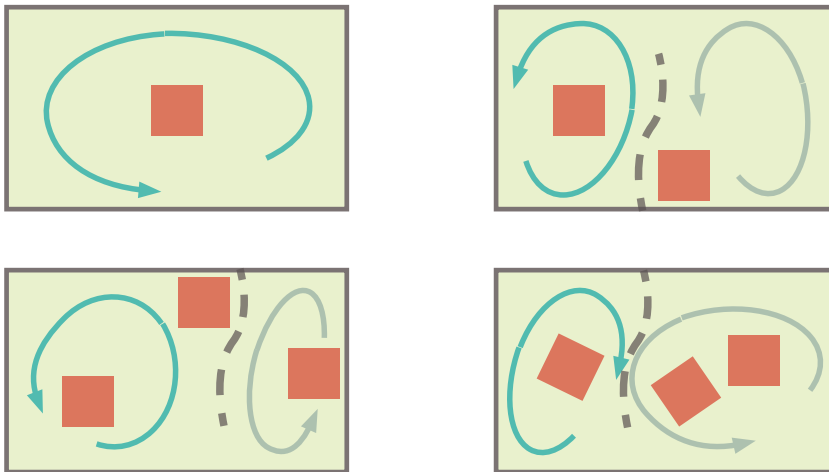


Fig. 5 Het persoonlijke domein is aanpasbaar naar de wensen van de bewoner.

Daarnaast zal het persoonlijke domein naar de wensen van de gebruiker moeten worden ingericht. Het interieur moet zich kunnen aanpassen aan verschillende gebruikers, door ruimte scheidende elementen zullen er bijvoorbeeld meerdere zones kunnen ontstaan in de kamer (Fig. 5).¹⁰ Volgens Caan hebben architecten ons bestaan gesimplificeerd en een universele menselijke gedachte gecreëerd. Hierbij gaan architecten uit van een 'standaard mens' terwijl iedereen andere proporties en maten heeft.¹¹ Wat vooral zal resulteren in een ruimtelijke vormgeving die om moet kunnen gaan met het gebruik van rolstoelen, rollators en bedden die verrijdbaar zijn.

10. Verderber, S. et al. (2006), p. 69

11. Caan, S. (2011), p. 38



5.2 Onderzoeksresultaten Het persoonlijke domein

Marianahof, Etten-Leur
- Oomen Architecten

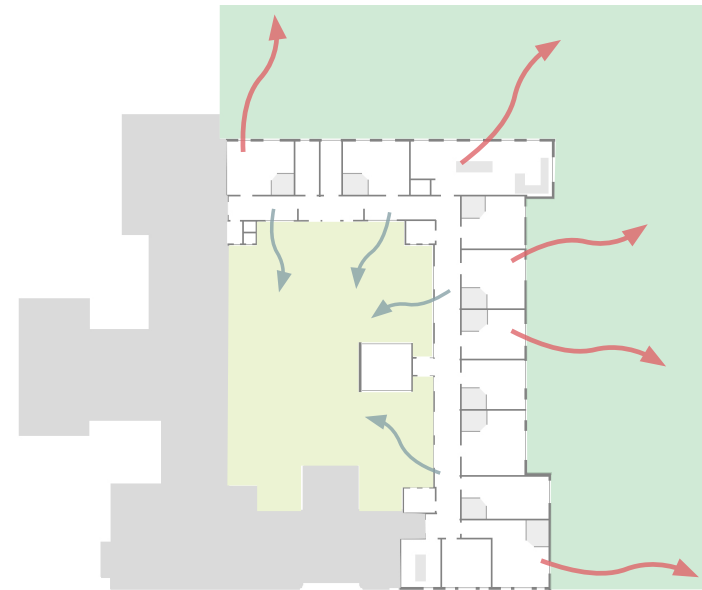
Typologie: (High care) hospice

Opgeleverd: 2012

Verdiepingen: 1

Kamers: 9 + 1 logeerkamer

Meest opvallend aspect: Het pand was oorspronkelijk bestemd als "gebouw voor huisvesting van zieken en hulpbehoevende zusters". De ligging van het gebouw is bijzonder. Het maakt deel uit van een complex van gebouwen met een zorg- en/of religieuze functie. Het gebouw heeft een carrévorm en rondom een patio, en is voorzien van een kleine kapel. Die neemt een bijzondere plaats in en draagt bij aan de monumentale waarde.



Contrast in de rust van de binnentuin en omringende park (diversiteit/groen).



Plaatsing van het gebouw in zijn context, omgeven door groen.



L-vormige ontsluiting binnen het gebouw, met aan de ene zijde zicht op de centrale binnentuin.



5.2 Onderzoekresultaten Het persoonlijke domein

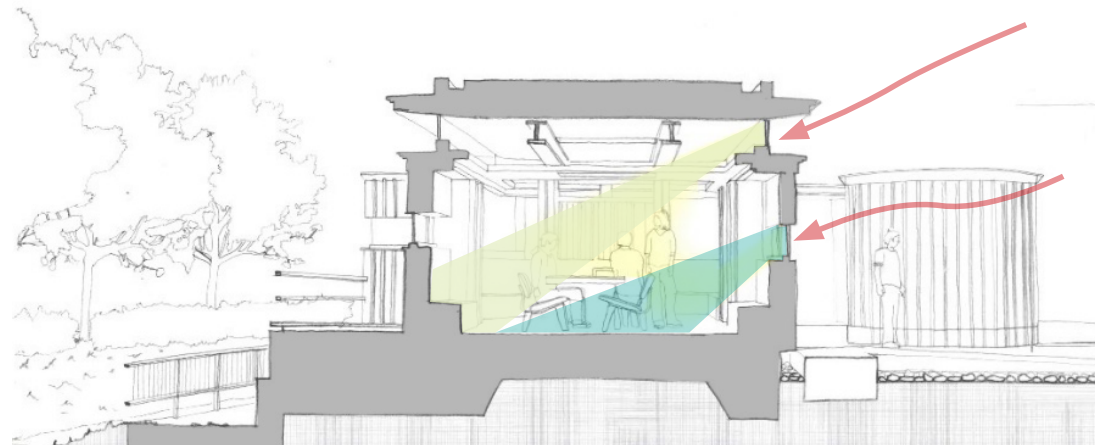
Maggie's centre, cheltenham
- MJP architects

Typologie: Maggie's centre

Opgeleverd: 2010

Verdiepingen: 2

Meest opvallend aspect: Het interieur wordt bepaald door verschillende eikenhouten kabinetten, met boekenkasten, opslag en comfortabele zitbanken, die de grote ruimte, een keuken en een eethoek omsluiten met een grote tafel. Het zwevend dak wordt losgekoppeld van de hout kabinetten door continue beglazing, waardoor natuurlijke daglicht de ruimte binnenvalt.



Het zwevende dak zorgt voor extra daglicht inval, daarnaast bestaan de wanden uit aanpasbare elementen die open en dicht te zetten zijn (controle/daglicht).



Gedeelde leefruimte als centrale zone in het gebouw.



Binnentuin met centraal element, met rondom plaatsen voor stilte en rust.

5.3 Onderzoeksresultaten

'De transitie'

De verbindende elementen die deze twee zones bij elkaar houden worden vaak vormgegeven door middel van lange monotone gangen. Het is een ruimte die vaak enkel en alleen dient voor het komen van A naar B. Dit zorgt voor een te grote barrière tussen zones van privacy en sociale interactie, terwijl deze ruimte juist kan dienen als een langzame transitie tussen deze twee werelden. Waarin verschillende rituelen een plek krijgen.

Looproute

De transitie zone tussen publiek en het persoonlijke is bovenal een element voor routing. Voor verzorgend personeel is het dan ook fijn dat alle ruimtes in het gebouw snel en makkelijk te bereiken zijn. Wanneer kamers geclusterd zijn zal het voor het personeel makkelijker te belopen zijn. Ook kan men op deze manier in een oogopslag zien of een bewoner hulp nodig heeft of niet (Fig.1). Hierbij is het wel belangrijk dat de bewoner visueel contact heeft met het personeel, 'voor bewoners is het ten alle tijde van belang dat deze weet dat hulp aanwezig is wanneer dit nodig is.'¹

De bewoners zijn vaak minder valide, deze ruimtes moeten daarom zo zijn vormgegeven dat deze de gebruikers kunnen assisteren (Fig.2). Dit geeft bewoners meer controle, waardoor ze minder afhankelijk

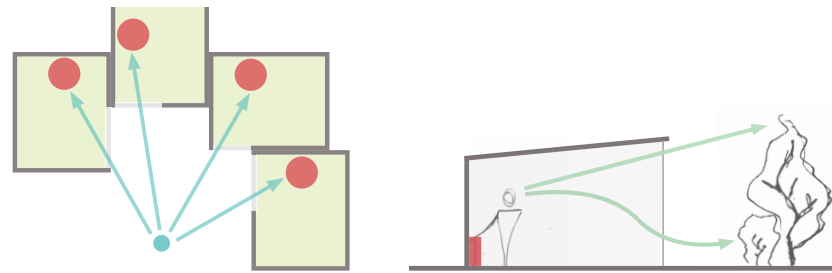


Fig. 1 (links) Visuele connectie vanuit een centraal punt.

Fig. 2 (rechts) Looproute die steun geeft aan de minder valide, door middel van; groen, kleurgebruik, controle, diversiteit en daglicht.

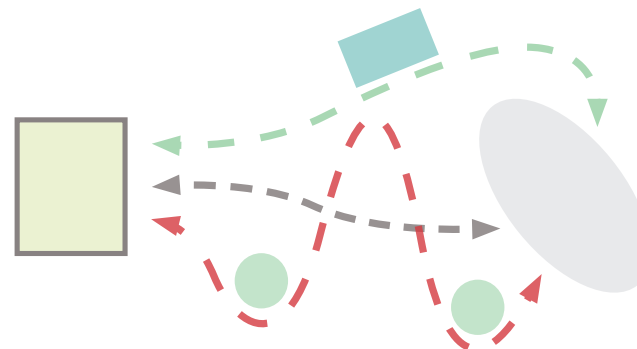


Fig. 2 Variatie in looproute.

worden van verzorgend personeel. Daarnaast moet het een zone zijn met veel daglicht en uitzicht richting buitenruimte(s). Zodat men dit niet ervaart als een lange monotone ziekenhuisgang.

Een variatie in looproutes ervoor zorgen dat de transitie op een meer geleidelijke manier verloopt (Fig. 3). Het is wenselijk om korte paden te creëren die tevens kunnen functioneren als zithoek of afgeschermd nissen.²

1. Verderber, S. et al. (2006), p. 64

2. Verderber, S. et al. (2006), p. 74

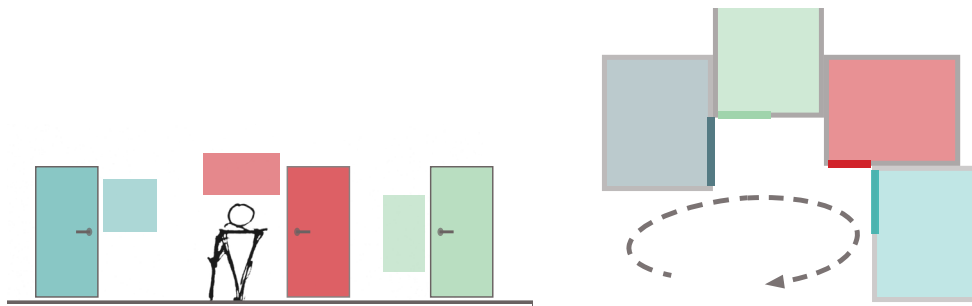


Fig. 4 Uitstraling van de afzonderlijke kamers door middel van; persoonlijke markeringen (links) en oriëntatie van toegangszone (rechts)

Identiteit van de toegangszone

De toegang naar de privé kamers zal dienen als een poort naar het persoonlijke domein. Hierbij is het belangrijk dat deze overgang geen angst opwekt, door een plotselinge transitie. De ruimte dicht bij de duur (aan de kant van de corridor) moet een unieke uitstraling krijgen, een persoonlijke invulling van de bewoner (Fig. 4). Deze persoonlijke 'markeringen' bij de deurpost zorgen ervoor dat geen enkele toegangszone hetzelfde uiterlijk krijgt. ³ *'De typerende hersenloze ongedifferentieerde rijen van deuren'* zal zichtbaar veranderen door de aanbreng van diversiteit. Dit kan versterkt worden door niet alle deuren in hetzelfde vlak te leggen, deuren die niet direct tegenover elkaar open gaan. Hierdoor ontstaat meer privacy en een minder abrupte overgang van het publieke naar het persoonlijke domein. ⁴

3. Verderber, S. et al. (2006), p. 74, 75

4. Verderber, S. et al. (2006), p. 74, 75

Therapeutische elementen

Bewoners, familie, vrienden, en het personeel hebben allemaal rust, troost, verlichting en reflectie nodig. Het is in deze tijden wenselijk om alleen te zijn, weg van drukke en sociale ruimtes. De optie om jezelf terug te kunnen trekken, al is het maar voor een kort moment, is voor een ieder belangrijk. Deze ruimtes moeten klein genoeg zijn om veiligheid en intimiteit te kunnen bieden. *'Met elementen die een heilzaam effect of verzachtende werking hebben op de mentale gesteldheid van de gebruiker.'* Daarom is het wenselijk om visueel of fysiek contact te bieden tot een (binnen) tuin. Groen en daglicht kunnen mensen weer energie en kracht geven. ⁵

Het geluid van een fontein, vissen zien zwemmen in de vijver, de reflectie van zonlicht in het water, kunnen van grote betekenis zijn voor de bewoner. Het zien van natuur en het ritme van het leven kan een sterke en aangename indruk hebben bij alle gebruikers van het gebouw. Denk aan bijvoorbeeld het staren naar vissen in een vijver. Daarom is het belangrijk om comfortabele plaatsen dichtbij het water te faciliteren. ⁶

5. Verderber, S. et al. (2006), p. 75, 76

6. Verderber, S. et al. (2006), p. 80

Serene rituelen

De voornaamste functie van de transitiezone zal dus niet alleen het verplaatsen van A naar B zijn. Het is een zone waarin rituelen plaatsvinden die niet thuis horen in het persoonlijke domein, noch in de publieke zones. Het gaat hierbij om stille ruimtes, waar mensen even alleen kunnen zijn, troost kunnen vinden, kunnen mediteren of kunnen rouwen.

Tijdens zware momenten is het belangrijk dat naasten privacy kunnen vinden, door middel van zithoeken die een semi private uitstraling hebben. Het is aan te raden om deze zones te plaatsen aan het eind van gangen of tussen de kamers van bewoners zodat mensen alleen kunnen zijn, overleg kunnen plegen met personeel of tijd kunnen doorbrengen met anderen.⁷ Het kunnen intiem-geschaalde binnenplaatsen zijn die, sociale interactie stimuleren, en families bij elkaar brengen om ervaringen te delen.

Wanneer men sterft in het ziekenhuis wordt het stoffelijk overschot, direct naar de dood, nog steeds weggevoerd 'zonder een woord'. Geliefde worden geïnstrueerd om te wachten in de corridor, tijdens deze meest emotionele periode. De realiteit van het verlies is onbegrijpelijk, en dit gevoel wordt alleen maar versterkt wanneer visueel contact en het aanraken 'verboden' is.

Zorg daarom voor een ruimte waar men de overledene kan aanschouwen direct na de dood, al dan niet in de kamer van de bewoner. Deze ruimte moet groot genoeg zijn om voor de hele familie afscheid te kunnen nemen.

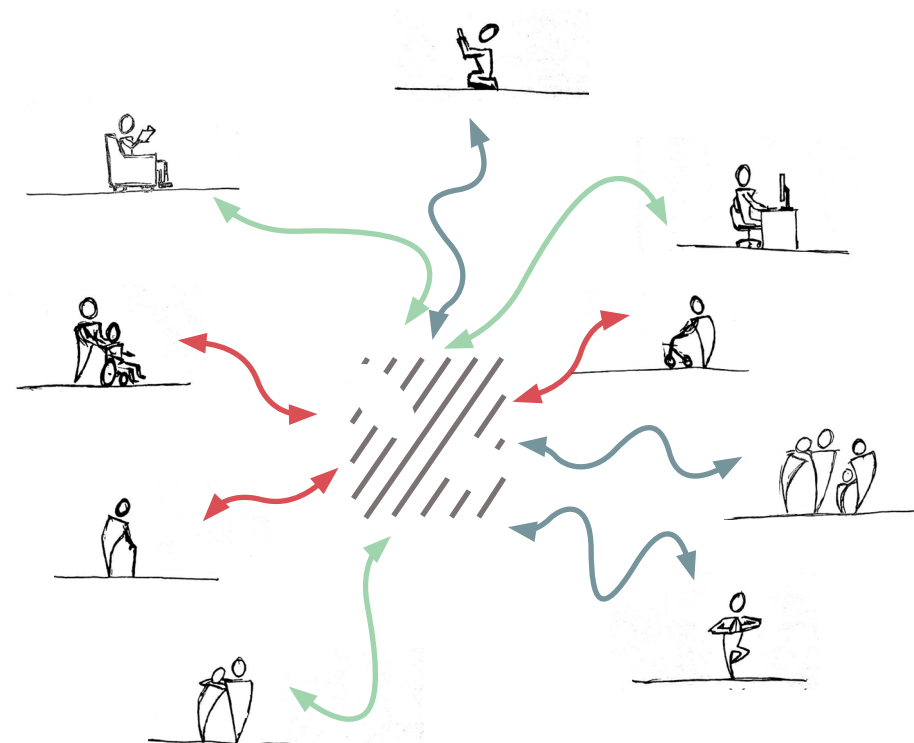


Fig. 10 Belangrijke rituelen binnen de publieke zone: 'zitten/lezen, werken, ondersteunen, yoga/meditatie, spiritualiteit/gebed, rouwen, bewegen'.

7. Verderber, S. et al. (2006), p. 75

RECEPTION



5.3 Onderzoekresultaten

De transitie

Hospice, Djursland
- C.F. Møller Architects

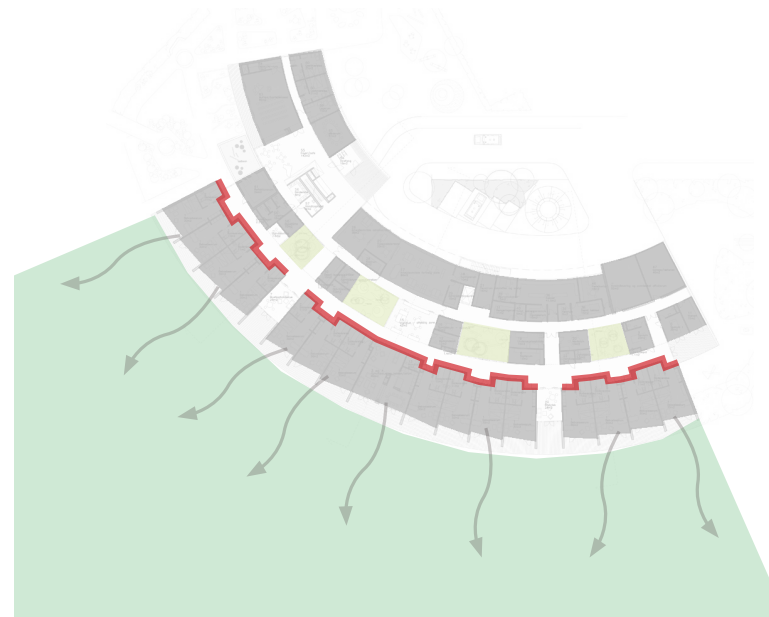
Typologie: Hospice

Opgeleverd: 2006

Verdiepingen: 1

Kamers: 15

Meest opvallend aspect: Vanuit elke ruimte is het landschap aanwezig; *'de receptie, de tuin van de zintuigen, de orangerie, het atrium, het personeelkamer, de lounge, de reflectie kamer of de patiëntenkamers'*. De gebruikte materialen, koper, eiken en glas, sluiten op een natuurlijk manier aan bij dit landschap en zorgen voor een gevoel van warmte in de kamers.



De privékamers van de bewoners richten zich naar het uitgestrekte landschap. Daarnaast bevinden binnenin afgesloten patio's en verspringt het wandvlak waarin zich alle deuren naar de verschillende kamers bevinden (diversiteit/groen/daglicht).



Daglichtinval via openingen in het plafond van de privékamers.



Kamers van bewoners die zich richten naar de omgeving.



5.3 Onderzoekresultaten

De transitie

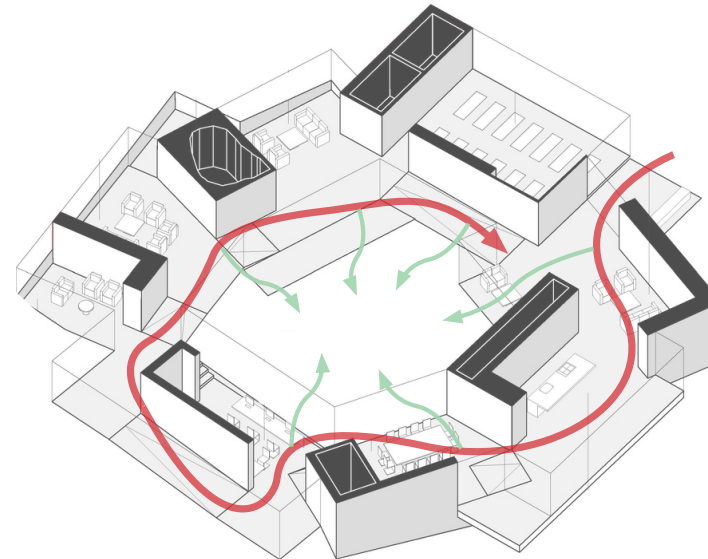
Maggie's centre, Gartnavel
- OMA

Typologie: Maggie's centre

Opgeleverd: 2011

Verdiepingen: 1

Meest opvallend aspect: In plaats van een reeks geïsoleerde kamers, is het gebouw uitgevoerd als een opeenvolging van onderling verbonden L-vormige ruimtes, die duidelijk afgescheiden gebieden creëren. Hierdoor zijn er vrijwel geen corridors en gangen, maar lopen de ruimtes natuurlijk in elkaar over.



Door de opeenvolging van ruimtes ontstaat er een doorlopende route, waarbij de ruimtes vrijwel op iedere plaats in het gebouw zicht hebben op de binnentuin (diversiteit/groen/daglicht).



Natuurlijke opeenvolging van ruimtes.



Plaatsing van het element in zijn context.

6. Conclusies en discussie

Na het beschrijven en benoemen van aspecten die effect hebben op de 'well-being' van gebruikers, binnen een gebouw voor palliatieve en terminale zorg, ben ik van mening dat architectuur van grote waarde kan zijn. Het is een context die 'de mens' op een passende en voorzichtige manier moet kunnen assisteren tijdens het proces van sterven. 'Een ruimtelijke vormgeving die aandacht geven stimuleert en het goede zorg faciliteert.'

In deze conclusie zal er antwoord gegeven worden op de eerder gestelde hoofdvraag;

Hoe kan de architectonische transitie tussen de publieke zone en persoonlijke domein, de 'well-being' van bewoners, naasten en het verzorgend personeel, positief beïnvloeden binnen een gebouw voor palliatieve en terminale zorg?

Deze 'well-being' is binnen dit onderzoek te testen aan de hand van een vijftal architectonische elementen; *groen, kleur, controle, diversiteit en daglicht*. Welke zijn beschreven in drie onderzoeksniveaus; *de publieke zone, het persoonlijke domein en de transitie tussen beide*.

De publieke zone

Binnen de publieke zone zal de architectonische identiteit zich passen in de sociale context, dit versterkt het herkenbare karakter voor gebruikers van het gebouw. Daarnaast zal er binnen deze context rekening gehouden moeten worden met; omliggende morfologie van de context, nabij gelegen commerciële en recreatieve functies, het stimuleren of juist verhinderen van externe prikkels. Zo zal de situering een direct effect hebben op de ervaring binnen het gebouw, zoals bijvoorbeeld tot uiting komt in Xenia, een jongeren hospice in Leiden (*zie pagina 36-37*).

De architectonische uitstraling en de toegang tot het gebouw zullen er daarnaast voor zorgen dat het gebouw de juiste identiteit toont aan zijn omgeving. Dit komt goed tot uiting in het Maggie's centre te West Londen, die wandelementen gebruikt om zich af te sluiten en op bepaalde punten te openen richting de omgeving (*zie pagina 38-39*).

De gedeelde leefruimte een centrale zone zijn binnen het gebouw, die zich aan kan passen aan verschillende gebruikers, sociale interactie stimuleert en intiemere zones bevat.

Het persoonlijke domein

Het persoonlijke domein zal voor de terminaal zieke de ruimte zijn vanwaaruit hij/zij alles ervaart. Hier wordt de meeste zorg verleend, wordt bezoek ontvangen en zal voor een periode dienen als hun 'thuis'. Daarbij is het hoofdzakelijk van belang dat de ruimte functioneel is ingedeeld en dat nagedacht is over de verschillende fysieke vaardigheden van bewoners. Zo zal de vormgeving van de badkamer een belangrijke rol spelen in de identiteit van het persoonlijke domein (*zie pagina 46-47*).

Het zal een aanpasbare ruimte moeten zijn die zich naar de wensen van verschillende individuen kan schikken. In het voorbeeld van het Maggie's centre in Cheltenham komt dit tot uiting in grote ruimtes die zijn af te scheiden, waardoor intiemere zones ontstaan (*zie pagina 48-49*). Ook spelen stimulansen van buiten een grote rol bij het creëren van fijne ruimtes; de bewoner moet zich kunnen oriënteren binnen het moment van de dag en moet de controle hebben om prikkels van buiten toe te laten (door bijvoorbeeld het openen van een raam). Daarnaast zullen het plafond (en daglichtinval vanuit boven), ruimte voor persoonlijke objecten en het omgaan met het proces van sterven belangrijke aandachtspunten zijn binnen dit domein.

Een transitie tussen beide

Deze zone is bovenal een plaats waar beweging centraal staat, maar hoeft niet enkel en alleen gebruikt te worden om van A naar B te komen. Een geleidelijke opeenvolging van ruimtes zal er voor zorgen dat men vanuit publieke ruimtes langzaam naar ruimtes met meer privacy zal gaan. In het Maggie's centre te Garnavel creëert deze opeenvolging van ruimtes een doorlopende route, waarbij afzonderlijke zones ontstaan zonder deze, door middel van wanden/deuren af te scheiden (*zie pagina 56-57*).

Het creëren van diversiteit, in de identiteit, van de verschillende toegangzones zal ervoor zorgen dat er een minder abrupte overgang tussen publieke en private zones ontstaat. Dit is ook toegepast in het hospice in Djursland, waarbij deuren in verschillende wandvlakken zijn gelegen (*zie pagina 54-55*). De toegangzones zullen de identiteit van de bewoner laten zien, zodat men langzaam het eigen domein nadert. Daarnaast zal deze zone kunnen dienen voor het vinden van troost en het even alleen zijn, weg van de emotionele prikkels van het persoonlijke domein.

Discussie

Na een aantal moderne hospices bezocht te hebben heb ik uit eigen ervaringen vernomen dat een gebouw voor palliatieve en terminale zorg een zeer speciale typologie is. Veel bewoners zijn te zwak van het vechten tegen een slopende terminale ziekte. Vrijwilligers en verzorgend personeel zorgen samen voor een proces van sterven met zoveel mogelijk rust, blijdschap en comfort.

De gebruiker van deze typologie is dus deel van de identiteit van het gebouw. Het is een typologie die vraagt om het leren van ervaringen van deze gebruikers. Zo kan een klein drempeltje van slaapnaar badkamer voor een grote dagelijkse ergernis zorgen. Daarnaast zullen juist de laatste wensen en behoeftes vervuld moeten kunnen worden, maar wat zijn deze behoeftes dan precies?

'Waar heb je behoefte aan wanneer de dood je dreigt te treffen? Iemands steun? Een biertje met vrienden? Een laatste sigaret? Enige vorm van verlichting? Heb je behoefte aan een grotere spiritualiteit? En is dit ook het geval bij mensen die tijdens het verdere leven helemaal niet op een spirituele wijze geleefd hebben? Behoeftes aan iets, wat je waarschijnlijk pas ontdekt wanneer het einde nabij is, de overweldiging van emoties en van het onbekende gevoel van het sterven.'

Voor vervolg onderzoek is het daarom nodig om te reflecteren op ervaringen van gebruikers in de praktijk. *Wat is binnen deze typologie van het grootste waarde voor de gebruikers zelf?*

Daarnaast zal de keuze van materiaalgebruik belangrijk zijn bij het creëren van well-being. Zal bijvoorbeeld het gebruik van natuurlijke materialen (zoals hout) of juist het gebruik van herkenbare materialen (zoals baksteen) een meer therapeutische werking hebben op de gebruikers.

7. Literatuur

- Caan, S. (2011) Rethinking Design and Interiors, Human Beings in the Built Environment.
- Dwyer, K. & Flores-Pajot, M. & Lawlor, J. & McGivern, J. & Pagotto, E. (2016) Harvesting Health; Investigating the Therapeutic Effects of Gardens, Carleton University.
- Gerlach-Spriggs, N. & Kaufman, R. & Warner, S. (1998) Restorative Gardens: The Healing Landscape, New Haven, CT, Yale University Press.
- Jencks, C. & Heathcote, E. (2010) The Architecture of Hope; MAGGIE'S CANCER CARING CENTRES, London, Frances Lincoln limited.
- Keswick Jencks, M. (1995) A view from the front line, London, Maggie's Centres UK.
- Koekoek, B. (2014) Regie over de plaats van sterven; Een kwantitatieve en kwalitatieve verkenning, afstudeeronderzoek master Strategisch management in de non-profit Faculteit, Recht, Economie, Bestuur en organisatie (USBO), Universiteit Utrecht.
- Realdania Fund (2006) Towards The Good Hospice Programme, Denmark
- Roiphe, Kate (2016) The Violet Hour; Great Writers at the End, The Dial Press, (Vertaling uit het Engels door Jongeling, Anne (2017) Het uur van het violet; grote schrijvers in hun laatste dagen)
- STAGG (2007) Ontwerpen voor palliatieve zorg (Stichting Architecten Onderzoek Gebouwen Gezondheidszorg)
- Verderber, S. & Refuerzo, B. (2006) Innovations in hospice architecture, London, Taylor & Francis.
- Worpole, K. (2009) Modern hospice design: the architecture of palliative care.

8.

Bijlage

	Algemene gegevens	Aandachtspunten	Aantekeningen
K1	Cliënt: [redacted] Gb. datum: 17-03-1935 Opn. datum: 08-11-2016 Diagnose: Blaasca. Arts: Dr. Kolsters CAREN:	-Loopt met stok of rollator -Hulp bij aan-, en uitkleden. -Nefrodrain li. -Fentanylpleister. -Morfine sc [redacted] meld worden 06- (behalve 14 t/m 17/11, dan praktijk en HAP)	<i>Wel</i>
K2	Cliënt: Gb. datum.: Opn. datum: Diagnose: Arts: CAREN:		
K3	Cliënt: [redacted] Gb. datum: 25-03-1950 Opn. datum: 06-10-2016 Diagnose: longca + metastase(n) wervel en hersenen Arts: H den Hollander CAREN: ja	<ul style="list-style-type: none"> • Delier in ziekenhuis • Rollator • Veel pijn: oxynorm zn (is bekend bij het pijnteam Amphia) • Z.n. tot 4 x dd 10 mg morfine sc • 1x insult gehad (dormicum spray) • Voor verzorging oxynorm geven • Rolstoel kantelen als ze er in zit! 	<i>Wel</i> <i>Vraagt Jorgand.</i>
K4	Cliënt: [redacted] Gb. datum.: 21-07-1936 Opn. datum.: 23-6-2016 Diagnose: slokdarmkanker Arts: A den Dulk CAREN: ja	<ul style="list-style-type: none"> • Dementieel beeld • Pijn: paracetamol supp. en/of oramorph en/of maaggel • Alleen vloeibaar voedsel steeds overdragen aan vrijwilligers!!! • Valgevaarlijk, sensor 's nachts • Resourcedrank • Allergie: bruine pleisters • Ontlastingspatroon controleren • Gezicht insmeren met ketanazol zalf bij jeuk • Mw moet lactulose innemen 	Vrijw: geen pepernoten/kruidnoten op tafel zetten!!! <i>dementieel</i> <i>woordprobleem</i>
K5	Cliënt: [redacted] Gb. datum: 13-07-1948 Opn. datum: 03-11-2016 Diagnose: mamma met cutane meta's Arts: H den Hollander CAREN: ja	<ul style="list-style-type: none"> • Haldoldruppels 4xdd (zn 's nachts extra) • Palladon (hydromorfon) 33mg/24uur • Z.n. palladon 1mg bolus(0,1ml palladon met 0,9ml NaCl) via insuflon • Wondzorg met mepilex lite • 's nachts C-pap • CAD • Oedeem armen en benen • Euthanasiewens • Z.n. zuurstof 3 liter 	LET OP DOSERING PALLADON!!! Om volume te vergroten NaCl 0.9% toevoegen <i>moet op</i> <i>hijmer</i> <i>hinderen</i>

	Algemene gegevens	Aandachtspunten	Aantekeningen
K6	Cliënt: [redacted] Gb. datum.: 24-09-1966 Opn. datum.: 03-10-2016 Diagnose: Mamma met hersenmeta's Arts: A den Dulk CAREN: ja	<ul style="list-style-type: none"> • Mw ziet en hoort zeer slecht • Druknopbel, babyfoon • 's nachts op schuifje • Re arm geen RR meten en bloedprikken • Zn oramorph • Altijd licht in kamer laten branden (grote lamp) • Fysio ivm lymfoedeem • Mevr. heeft graag voetmassage • Mevr. ontbijt graag vroeg • Mevr. gaat graag in bad • Mw helpen met eten • Extra naar binnen lopen als mw alleen is, babyfoon • Zonodig dormicumtabl. 	Letten op tijden medicatie dexamethason (14 uur) Vrijwilligers alleen binnen in opdracht. <i>mid op</i> <i>kamer.</i> <i>partner.</i>
K7	Cliënt: [redacted] Gb. datum: 23-02-1955 Opn. datum: 11-11-2016 Diagnose: longca + meta's Arts: SO CAREN: ja	<ul style="list-style-type: none"> • Mw eet strikt vegetarisch • Z.n. oxycodon 10mg • Trombose arm li 	Oxycodon <u>tabletten</u> aan mw geven ipv capsules <i>Wel!</i> <i>Soms wel overdeed.</i>
K8	Cliënt: [redacted] Gb. Datum: 12-04-1934 Opn. datum: 11-10-2016 Diagnose: pancreaskop ca Arts: A den Dulk CAREN: ja	<ul style="list-style-type: none"> • 3/10 stentplaatsing ivm icterus • Loopt met rollator of onder de arm • Allergie: doxycycline • Morfine 5mg sc zn • Hulp bij ADL • Wil graag voetmassage • Wordt graag aangesproken met Jan • Hoesten door slijm, benauwd daarvan • Maaltijd klaarmaken en helpen, doorgeven aan vrijwilligers • 's nachts woon 1^e contactpersoon 	<i>met</i> <i>honderen</i> <i>oef</i>
K9	Cliënt: [redacted] Gb. datum: 30-05-1956 Opn. Datum: 10-10-2016 Diagnose: gem. melanoom, dunne darm ileus, meta's dunne darm Bekend met MS Arts: A den Dulk CAREN: ja	<ul style="list-style-type: none"> • Dhr. heeft urinekatheter • Eet wel • Gebruikt eigen trippelrolstoel • Fysio ivm lymfoedeem • Hr heeft AB-kuur • Incontinent van ontlasting • GEEN bezoek van dochter [redacted] gewenst! • Voll. hulp bij ADL en transfers actieve lift gebruiken • Wordt graag aangesproken met Ron 	Alert zijn op het laden van de tillift!! (lampje bij 'charge' moet branden) <i>Wel.</i>

Plaats van overleiden

	Thuis	Ziekenhuis	Verpleeghuis	Verzorgingshuis	Hospice
Gewenste PVO 2004	73%	2%	0%	1%	24%
Werkelijke PVO 2006	32%	27%	25%	10%	5%
Gewenste PVO 2013	68%	2%	0%	1%	27%
Werkelijke PVO 2012	36%	22%	26%	9%	7%

Bron: van den Akker et al 2005, Van der Velden et al 2007, CentERdata 2013 en CBS 2014

Wat is in uw ogen de meest ideale plaats om te sterven voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn?

	Frequency	percentage	valid	cumulative
thuis	1282	68.2	68.2	68.2
verzorgingstehuis	18	1.0	1.0	69.1
bijna-thuis-huis	198	10.5	10.5	79.6
hospice	315	16.7	16.7	96.4
verpleeghuis	12	0.6	0.6	97.0
ziekenhuis	40	2.1	2.1	99.1
andere instelling	16	0.9	0.9	100.0
totaal	1881	100	0.0	100.0

Bron: Koekoek, Berdine (2014) Regie over de plaats van sterven, p. 124

Waar moet volgens u de meest ideale plaats van overlijden aan voldoen?

Wilt u van de hieronder genoemde aspecten de belangrijkste drie aspecten aangeven? U kunt maximaal drie antwoorden geven.*

	Frequency	percentage	valid
voldoende privacy	1043	19.6	55.4
omgeving waar mensen zich op hun gemak voelen	1414	26.5	75.2
dat naasten verzorging kunnen bieden	566	10.6	30.1
dat naasten emotionele steun kunnen bieden	803	15.1	42.7
beschikbaarheid van medische zorg	845	15.8	44.9
religieuze of spirituele begeleiding	102	1.9	5.4
mogelijkheid om bezoek te ontvangen	367	6.9	19.5
betaalbaarheid	192	3.6	10.2
totaal	5332	100.0	283.5

Bron: Koekoek, Berdine (2014) Regie over de plaats van sterven, p. 129

Redenen van verblijf in een hospice

Meerdere antwoorden mogelijk

	aantal	percentage
het ging thuis niet meer	28	68%
ik heb teveel zorg nodig	20	49%
op aandringen van de (huis)arts	16	39%
op aandringen van familie of andere mantelzorgers	11	27%
ik heb onvoldoende mantelzorgers	10	24%
ik wil mijn mantelzorgers niet overbelasten	9	22%
mijn mantelzorgers raakten overbelast	9	22%
thuis was ik eenzaam	7	17%
ik vind het hier fijner dan thuis	9	22%
anders, namelijk	2	5%
totaal	41	

Bron: Koekoek, Berdine (2014) Regie over de plaats van sterven, p. 134

Experience		Approaching the building (context)	Parking spaces (car, bicycle & ambulance)	Entrance (main access of the building)	Accessibility within the building (routing)	Private rooms (client)	Public rooms	Coping with a deceased
Hospice								
Xenia youth hospice - Leiden								
by Mulder Van Tussenbroek	2009							
	6 beds							
Hospice Djursland - Rønde								
by C.F. Møller Architect	2007							
	15 beds							
Marianahof hospice - Etten-Leur								
by Oomen Architecten	2012							
	9 beds							
St Columba's Hospice - Edinburgh								
by JDDK	1997 (2008 redeveloped)							
	30 beds							
	18 single, 4x 3-beds							
Maggie's centres								
Maggie's Centre - Edinburgh								
by Richard Murphy Architects	1994							
Maggie's West London Centre								
by Rogers Strik Harbour & Partners	2008							
Maggie's gartnavel - Glasgow								
by OMA	2007							

Experience	Mainly experienced by clients			Mainly experienced by staff			Other
Hospice	Spiritual activities	Going to the toilet, taking a shower	Eating and cooking	Full view of what is happening in the building	Working place	Storage	Special features that stands out
Xenia youth hospice - Leiden by Mulder Van Tussenbroek 2009 6 beds							
Hospice Djursland - Rønede by C.F. Møller Architect 2007 15 beds							
Marianahof hospice - Etten-Leur by Oomen Architecten 2012 9 beds							
St Columba's Hospice - Edinburgh by JDDK 1997 (2008 redeveloped) 30 beds 18 single, 4x 3-beds							
Maggie's centres	Spiritual activities	"Architectural risk" - Charles Jencks	Eating and cooking	Full view of what is happening in the building	Working place	Storage	Special features that stands out
Maggie's Centre - Edinburgh by Richard Murphy Architects 1994							
Maggie's West London Centre by Rogers Strik Harbour & Partners 2008							
Maggie's gartnavel - Glasgow by OMA 2007							

Dagelijkse rituelen in een gebouw voor palliatieve & terminale zorg

