

Aandacht en ruimte voor sociale interactie bij klinische patiënten in een patiëntgerichte ziekenhuisomgeving; theorie én praktijk.

ir. Leentje Volker, Center for People and Buildings, TU Delft

dr. Ronald Hamel, Universiteit van Amsterdam

drs. I. van Liempd, Onderzoeks- en adviesbureau AKTA

Ziekenhuizen bestaan in de huidige vorm al sinds het begin van de 19^e eeuw. Kenmerkend voor ziekenhuizen is dat het grootschalige gebouwen zijn met een institutioneel karakter (Mens & Tjihuis, 1999). Patiënten worden tot op heden nauwelijks betrokken bij de ontwikkeling van ziekenhuisgebouwen. In de laatste jaren zien we dat mensen mondiger worden, en daarmee meer eisen gaan stellen aan kwaliteit van zorg. Ook ziektenkostenverzekeraars nemen die mondige patiënt steeds serieuzer en daarmee wordt de patiëntvriendelijkheid van het ziekenhuis steeds belangrijker. Patiëntvriendelijkheid hangt onder andere samen met de ruimtelijke faciliteiten die het ziekenhuis aan patiënten biedt. Het kan daarom geen kwaad om vanuit het patiëntenperspectief naar het ontwerp van een ziekenhuis te kijken (Carpman e.a., 1986). Afstemming van het ontwerp en inrichting van het ziekenhuis kunnen het welbevinden van de patiënt verhogen en kunnen daarmee een positief effect hebben op het genezingsproces (Bell, Greene, Fisher & Baum, 1996). Dit is zowel voor de patiënt als voor het ziekenhuis bevorderlijk.

Een recent onderzoek in het kader van het nieuwbouwtraject van Mesos Medisch Centrum te Utrecht gaat dieper in op de behoeften en wensen van klinische patiënten met betrekking tot sociale interactie¹ (Volker, 2002). Daaruit blijkt onder andere dat de huidige recreatiemogelijkheden (zoals het dagverblijf) in theorie niet altijd voldoen aan de wensen van de patiënt maar dat er in de praktijk betere ontwerp oplossingen mogelijk zijn die niet eens veel extra geld en ruimte hoeven te kosten. De resultaten van het onderzoek hebben geleid tot ontwerp richtlijnen voor een patiëntgericht ontwerp van het nieuwe Mesos Medisch Centrum.

Theorie: Het onderzoek in 3 delen

De achterliggende gedachte bij het hier beschreven onderzoek naar een meer patiëntgerichte ziekenhuisomgeving, is dat patiënten tijdens een klinische opname behoefte hebben aan verschillende vormen van sociale interactie maar daarvoor vaak geen geschikte faciliteit kunnen vinden. Daarnaast is er tijdens een stressvolle ziekenhuisopname behoefte aan tijd voor zichzelf en rust. Het bed en de ruimte er omheen zijn daarom voor de patiënt erg belangrijk, maar deze beperkte omgeving is niet altijd toereikend voor het vervullen van genoemde behoeften. Het behouden van autonomie, zelfredzaamheid, privacy en keuzevrijheid zijn belangrijke thema's voor de patiënt in het ziekenhuis (Hoekstra en van Liempd, 2001). Het niet kunnen vervullen van een behoefte kan op den duur tot stress leiden. Juist in het kader van de genezing is het van belang dat het aantal factoren dat stress kan veroorzaken verminderd wordt en het aantal factoren dat stress reduceert verhoogd. Door een

¹ Dit onderzoek is tot stand gekomen door een samenwerking van de Technische Universiteit Eindhoven, Mesos Medisch Centrum in Utrecht en AKTA onderzoeks- en adviesbureau voor ruimtegebruik. Het onderzoek is een afstudeerproject en inhoudelijk begeleid door dr. ir. Yvonne Slangen - de Kort van de TU/e, dr. Ronald Hamel van de UvA en drs. Ine van Liempd van AKTA.

omgeving aan te bieden die voldoende en passende mogelijkheden biedt om sociale interactie te laten plaats vinden, treedt er een verlaging op van het stressniveau. Dit heeft een positief effect op het welbevinden en het genezingsproces.

In de hedendaagse praktijk is een onaantrekkelijk en institutioneel ingericht dagverblijf vaak de enige aanwezige voorziening buiten de kamer. Voor patiënten die in bed liggen kan de televisie ook een uitstekend medium zijn om iemand een aantal dagen bezig te houden. Toch is het goed om er even bij stil te staan dat de gemiddelde opnameduur nog steeds acht dagen is (Prismant, 2001) en dat deze in de komende jaren niet ontzettend zal dalen door onder andere de vergrijzing en toenemende complexiteit van de ingrepen. De *gemiddelde* opnameduur komt voort uit een optelsom van kortdurende opnames van een of enkele dagen en langdurige opnames van een aantal weken. Deze opnames verschillen nogal van karakter en de patiënten zullen daarom uiteenlopende behoeften aan sociale interactie hebben tijdens hun verblijf in het ziekenhuis.

Het onderzoek naar sociale interactie in de ziekenhuisomgeving bestaat uit drie delen. Allereerst is onderzocht door middel van interviews aan welke sociale activiteiten en ruimten klinische patiënten behoefte hebben. Daarna werd op drie verschillende locaties gekeken door middel van observaties hoe de patiënten gebruik maken van de huidige ziekenhuisomgeving. Tenslotte zijn de behoeften vergeleken met het huidige gebruik waardoor een conclusie kon worden geformuleerd. Deze resultaten hebben geleid tot het opstellen van ontwerprichtlijnen voor de nieuwbouw van het Mesos Medisch Centrum.

Opzet en resultaten deel 1

In het eerste deel is gebruik gemaakt van een sorteertaak met activiteitenkaartjes en foto's van plekken om de activiteit uit te voeren. Aan 50 patiënten (30 vrouwen en 20 mannen) van verschillende afdelingen van het ziekenhuis werd gevraagd om per activiteit aan te geven hoe belangrijk deze voor hen was en waar zij die activiteit het liefste zouden willen uitvoeren. De activiteiten varieerden van 'je even terugtrekken' en 'intiem samenzijn met naasten' tot 'een rondje lopen' of 'een praatje maken'. Activiteiten varieerden wat betreft de ermee geassocieerde mate van sociale interactie. De plekken op de foto's varieerden van een spreekkamer en een huiskamer tot half gesloten nissen, een centrale hal en een binnentuin (zie Figuur 1). De patiënten konden het belang dat zij aan de activiteiten hechtten, aangeven op een schaal van 1 tot en met 5 waarbij 1 'niet belangrijk' en 5 'zeer belangrijk' betekent. In Tabel 1 staan de gemiddelden aangegeven van het belang van de belangrijkste activiteiten. De standaarddeviatie geeft aan hoeveel spreiding er in de antwoorden zit; hoe hoger de standaarddeviatie, hoe meer spreiding in het belang. 'Informatie uitwisselen met de behandelaar' en 'contact met de verpleging' zijn zonder twijfel de belangrijkste activiteiten maar al snel daarna volgen 'samenzijn met naasten en bezoek', 'contact met de natuur' en 'een rondje lopen'.

Tabel 1 De belangrijkste activiteiten met standaarddeviaties en meest genoemde plekken

Activiteit	Gemiddelde belang	Standaarddeviatie	Meest genoemde plekken
1. Informatie uitwisselen met behandelaar	4.68	0.55	Bed, spreekkamer
2. Contact met verpleging	4.66	0.72	Bed
3. Intiem samenzijn met naasten	4.24	1.13	Bed, nissen, huiskamer
4. Samenzijn met bezoek	4.11	1.01	Restaurant
5. Contact met de natuur	4.06	1.15	Binnentuin, zitje buiten
6. Een rondje lopen	3.98	1.16	Binnentuin
7. Maaltijd nuttigen	3.78	0.98	Huiskamer, bed, restaurant
8. Normaal telefoongesprek	3.76	1.36	Bed, nissen



Figuur 1 Nissen en binnentuin, twee van de aangeboden keuzemogelijkheden om activiteiten uit te voeren

Opzet en resultaten deel 2

Vervolgens is in het tweede deel van de studie in drie bestaande ziekenhuizen in de buurt van Utrecht, te weten het Academische ziekenhuis Utrecht (Locatie 1), Antonius ziekenhuis Nieuwegein (Locatie 2), Mesos Medisch Centrum, locatie Oudenrijn (Locatie 3), onderzocht in hoeverre patiënten de beschikking hebben over faciliteiten voor sociale interactie en of zij hier gebruik van maken. Deze ziekenhuizen worden hier aangeduid als Locatie 1, 2 en 3. Zowel het karakter, de ontwerpen als de voorzieningen van deze ziekenhuizen verschillen sterk van elkaar en dit maakt hen uitstekend geschikt voor een vergelijkend onderzoek. Gedurende één dag in de week, één dag in het weekend en één avond werden in de drie ziekenhuizen de activiteiten van de patiënten geobserveerd. Hiervoor zijn alle locaties geselecteerd waar patiënten kunnen verblijven; van de patiëntenkamer en het dagverblijf tot de hal en het internetcafé. Van al deze locaties zijn de kenmerken (openbaarheid, toegankelijkheid, functionaliteit en sfeer) geïnventariseerd. Voor de locaties op de afdelingen werd in de drie ziekenhuizen een vergelijkbare patiëntencategorie geselecteerd: cardiologiepatiënten. Dit heeft geleid tot interessante observatiegegevens.

De meest opvallende resultaten zijn:

- Er vindt meer sociale interactie plaats in de 4-persoonskamers dan in de 1- en 2-persoonskamers. Door het karakter van een 4-persoonskamer (groot, makkelijk toegankelijk, meerdere patiënten aanwezig en een tafel in het midden, zie figuur 2) fungeert de kamer als een soort ontmoetingspunt waardoor patiënten weten dat er altijd wel iemand aanwezig is voor een praatje en vaker even binnen lopen. Door de ligging van het sanitair in de 1-, en 2-persoonskamers (er ontstaat een klein gangetje) komen deze zeer gesloten over. Hierdoor ontstaat een soort privé-domein dat minder snel betreden zal worden.
- Zowel op Locatie 1 als op Locatie 2 bevindt zich een dagverblijf op de afdeling. Hoewel beide dagverblijven van andere aard zijn (wat betreft toegankelijkheid, inrichting en sfeer) worden beide dagverblijven slechts zeer sporadisch gebruikt. Het zitje op de gang van Locatie 1 dat 20 meter verderop ligt (zie Figuur 3) wordt wel zeer veel gebruikt, ook meer dan de zitjes op de overige locaties. Het grootste verschil van dit zitje ten opzichte van de andere twee, is de grote toegankelijkheid in combinatie met veel ramen, veel verkeersdrukte en sfeervol meubilair. Het zitje is dusdanig vormgegeven dat er een soort nis met sociopetale² opstelling ontstaat. Er is voldoende te zien maar wel vanuit een beschermde positie. Deze combinatie maakt de plek zeer aantrekkelijk voor patiënten voor een praatje onderling.
- De algemene televisies in de dagverblijven, het zitje en de overige recreatieve voorzieningen worden nauwelijks gebruikt (Figuur 4) en zorgen voor meer overlast dan plezier. Doordat mensen een eigen televisie hebben waarbij zij zelf kunnen bepalen waarop zij afstemmen, wordt de algemene televisie alleen gebruikt bij gezamenlijke activiteiten zoals voetbal of een film kijken. Activiteiten die heel goed centraal georganiseerd zouden kunnen worden.
- Ruimten die bedoeld zijn voor multifunctioneel gebruik, dus zowel voor personeel, patiënten als bezoek (Figuur 4), worden niet gebruikt. De ruimten met de meest specifieke functies worden het meest gebruikt. Het zou kunnen zijn dat patiënten niet weten hoe zij zich moeten gedragen in ruimtes waarvan de functie onduidelijk of meervoudig is en gebruikt men deze ruimten daarom ook maar niet.



Figuur 2 Patiëntenkamer met open karakter op Locatie 1



Figuur 3 Populair zitje op de gang op Locatie 1

² Een sociopetale opstelling houdt in dat de stoelen in een zitje naar elkaar toegekeerd zijn.



Figuur 4 Multifunctioneel dagverblijf op Locatie 2

- Sfeer heeft, vooral bij de restauratieve en recreatieruimten, veel invloed op het gebruik. Het restaurant van Locatie 3 scoort slecht op sfeer en wordt ook weinig gebruikt. Het restaurant van Locatie 2 en Locatie 1 zijn beide sfeervolle ruimten en worden veel gebruikt (Figuur 5). De invloed van sfeer is ook te zien aan de recreatieruimten op Locatie 2 (Figuur 6). Hier zijn twee vrijwel identieke recreatieruimten gebouwd waarbij de ene is gelegen aan een raam met een terras, terwijl de andere inpandig is. De recreatieruimte met terras wordt het meest gebruikt door patiënten. Door het daglicht en het uitzicht op het terras is dit kennelijk een meer aantrekkelijke ruimte om te gaan zitten.



Figuur 5 Restauratieve voorziening op Locatie 3 resp. Locatie 1



Figuur 6 Vrijwel identieke recreatieruimten met en zonder daglichtvoorzieningen op locatie 2

Deel 3 en conclusie van het onderzoek

In de derde fase van het onderzoek zijn de observaties vergeleken met de wensen en behoeften die uit de eerste fase naar voren kwamen. Daaruit bleek dat lang niet alle behoeften in de huidige ziekenhuisomgeving te vervullen zijn.

- Wat in de huidige situatie ontbreekt is een mogelijkheid om zich terug te trekken buiten de patiëntenkamer en een mogelijkheid om met een kleine groep mensen intieme gesprekken te voeren. De patiënt geeft aan voor deze activiteiten behoefte te hebben aan een rustige en sfeervolle plek in de buurt van de kamer, die in sommige gevallen afgesloten moet kunnen worden.
- Contact met de natuur is één van de belangrijkste gewenste activiteiten voor de patiënt. Natuur zorgt voor afleiding en verlichting, behoeften die mensen juist hebben als er veel te verwerken is. Naar buiten kijken is in de huidige ziekenhuisomgeving vaak de enige manier om in contact te komen met de natuur. ‘Een rondje lopen’ wordt bij de behoeften en wensen van de patiënt vaak in verband gebracht met de tuin. Een rondje lopen kan zorgen voor afleiding, is een wijze om in contact te komen met anderen en kan de behandeling bevorderen door beweging. Opvallend is dat patiënten aangeven veel behoefte te hebben aan een rondje lopen, maar dat we dit tijdens de observaties slechts een enkele keer zagen gebeuren. Het grote verschil tussen de observaties in de praktijk en de wensen uit het eerste deel van het onderzoek zou veroorzaakt kunnen worden door grote drukte op de gangen, de onbekendheid met de omgeving of onvoldoende mogelijkheden om onderweg te rusten. De mogelijkheid om rond te lopen, in de tuin of op de afdeling, zou afgaande op de inventarisatie van activiteiten in het eerste deel van het onderzoek, in de ziekenhuisomgeving dan ook aanwezig moeten zijn
- Patiënten wensen in de buurt van de afdeling een zitgelegenheid om met elkaar te praten. Deze gelegenheid moet zeer toegankelijk en functioneel zijn met een aantrekkelijke sfeer. Tijdens de observaties zagen we op Locatie 1 een daarvoor geschikte plek die dan ook veel gebruikt werd. Het betrof een zitje op de gang dat langs een drukke verkeersroute ligt, toegankelijk is en veel daglicht heeft maar ook een beschermd karakter heeft met een sociopetale opstelling van het meubilair. De bestaande dagverblijven voldoen kennelijk niet aan de behoefte.
- Patiënten geven tevens aan zowel op de kamer als in een sfeervolle nabijgelegen ruimte de maaltijd te willen nuttigen. Hoewel de meeste onderzochte restaurants aan deze voorwaarden voldoen, maken de patiënten hier zonder bezoek niet vaak gebruik van. Waarschijnlijk zijn deze gelegenheden te openbaar en /of te ver van het bed af.
- Bezoek (zowel intiem als ‘gewoon’) is erg belangrijk voor de patiënt en moet op de kamer ontvangen kunnen worden. Dit geldt echter niet voor iedere situatie, bijvoorbeeld als er kinderen of veel mensen tegelijk op bezoek komen of de patiënt er even ‘uit’ wil, waardoor er ook ruimten buiten de patiëntenkamer moeten worden ingericht voor bezoek. Deze ruimten dienen sfeervol en makkelijk toegankelijk te zijn. Een restauratieve voorziening is hierbij gewenst omdat bezoek vaak samengaat met een drankje.
- Voor een deel van de patiënten is een vorm van recreatie erg belangrijk. Dit geldt vooral voor de patiënten die regelmatig terugkomen of al langere tijd in het ziekenhuis liggen. Sommige patiënten hebben behoefte aan een recreatieruimte met biljart, flipperkast of sjoelbak. Andere patiënten zouden graag af en toe naar een concert, voorstelling of film gaan. Deze voorzieningen hoeven niet in de buurt van de afdeling aangeboden te worden maar moeten wel gemakkelijk voor iedereen te bereiken zijn. Voor activiteiten die slechts voor een deel van de populatie belangrijk zijn, zoals ‘roken’, ‘bidden of mediteren’ en ‘bezoek van jonge kinderen’, hebben patiënten behoefte aan speciaal aangepaste ruimten. Een tuin zou in veel gevallen ook voor deze activiteiten zeer geschikt zijn.

In het algemeen geldt dus dat in een patiëntgerichte ziekenhuisomgeving op elk moment (dus ook op de drukste tijden) voldoende en verschillende mogelijkheden aanwezig moeten zijn. Dit kan door een verscheidenheid aan ruimten aan te bieden. Uit ons onderzoek blijkt ook dat van alle ruimten de functie heel duidelijk moet zijn, omdat mensen ruimten anders niet gebruiken. Ook moeten de ruimten ten minste een bepaalde sfeer hebben die past bij de functie van de ruimte. Een recreatieve functie vraagt om een sfeervolle ruimte, terwijl een activiteit die betrekking heeft op de behandeling om een neutrale en intieme sfeer vraagt. Ruimten met een onaantrekkelijke sfeer nodigen niet uit en worden daarom weinig gebruikt. Omgevingskenmerken zoals functionaliteit en sfeer hebben invloed op het oordeel over de geschiktheid van de ruimte. Als een ruimte functioneel ingericht is en de juiste sfeer heeft voor het uitvoeren van een sociale activiteit, zal de patiënt daar dankbaar gebruik van maken. En dat is de bedoeling van een goed gebouw: ruimtes aanbieden die gebruikt worden. Wanneer klinische patiënten hun behoeften aan sociale interactie naar alle tevredenheid kunnen vervullen, zal dit een positief effect hebben op hun welbevinden en kan dit hun opnameduur verminderen. Een wederzijds voordeel: voor de patiënt en het ziekenhuis.

Van theorie naar praktijk; ontwerprichtlijnen voor de nieuwbouw van Mesos Medisch Centrum

De resultaten van dit onderzoek hebben geleid tot de ontwikkeling van de volgende ontwerprichtlijnen voor het ontwerp van een klinische afdeling voor Mesos Medisch Centrum in Leidsche Rijn. De ontwerprichtlijnen zijn gericht op meer keuzemogelijkheden voor sociale interactie, passend bij de behoeften van de patiënt op dat moment. Een mogelijkheid kan, maar hoeft zeker niet een aparte ruimte te betekenen. De functie van de ruimte moet wel helder uitgedragen worden. In het Programma van Eisen van juli wordt uitgegaan van units van 21 bedden en afdelingen van 84 bedden.

Op de *patiëntenkamers* hebben de aanbevelingen betrekking op:

- Uitzicht naar buiten op de natuur
- Privacy bij het bed
- Voldoende ruimte rond om het bed
- Mogelijkheid tot het zitten aan een hoge tafel

Op *unit-niveau* (21 bedden) moeten worden gecreëerd:

- Een contactpunt of andere mogelijkheid tot sociale stimulatie vanuit de kleinere kamers
- Een mogelijkheid voor privacy of terugtrekken
- Een mogelijkheid om te rusten onderweg
- Daglichttoetreding
- Een spreekkamer

Op de *afdeling* (84 bedden) is behoefte aan:

- Een rustige plek voor intieme gesprekken
- Een mogelijkheid om je terug te trekken of even ergens anders aan te denken
- Ruime mogelijkheden voor een ontspannen gesprek
- Direct contact met ‘groene’ natuur
- Een mogelijkheid om rond te lopen
- De mogelijkheid tot het nemen van een drankje en een kleine versnapering

Mogelijkheden op *algemeen niveau* voor klinische patiënten:

- Mogelijkheden voor recreatieve activiteiten zoals beweging, biljart of flipperkast
- De mogelijkheid tot het volgen van voorstellingen, concerten of films
- Internetgelegenheid

Enkel het realiseren van deze eisen zal niet meteen leiden tot het in goede banen leiden van sociale interactie. Van groot belang is dat de mogelijkheden bij de patiënten bekend moeten zijn en de behandelaars en verpleging een actieve rol spelen door het gebruik van deze ruimten te stimuleren. Aandacht voor inrichting, onderhoud en schoonmaak zorgt voor een goede eerste indruk van de ruimte, hetgeen het gebruik bevordert. Het fysieke klimaat moet als prettig ervaren worden en moet mogelijkheden tot individuele regelbaarheid hebben. Ten slotte, een regelmatige evaluatie kan vaak kleine knelpunten oplossen die het gebruik negatief beïnvloeden.

De ontwerprichtlijnen voortkomend uit dit onderzoek lijken slechts kleine interventies in het complexe geheel van het ziekenhuis. De veranderingen die ermee teweeg worden gebracht, kunnen echter grote betekenis hebben voor de patiënt. Ze dragen eraan bij dat het ziekenhuis een plek wordt waar patiënten zich meer op hun gemak kunnen voelen. Patiënten kunnen kiezen waar ze gaan zitten en dat is grote stap in de richting van een patiëntgerichte ziekenhuisomgeving!

Literatuur

Bell, P.A., Greene, T.C., Fisher, D. & Baum, A. (1996). *Environmental psychology*. Forth Worth: Harcourt Brace College Publishers.

Carpman, J.R., Grant, M.A., Simmons, D.A. (1986). *Design that cares, planning health facilities for patients and visitors*. Chicago: American Hospital Publishing, Inc.

Hoekstra, E. & van Liempd, I. (2001). *Ruimte voor patiënten. Bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief*. Amsterdam: STAGG.

Mens, Noor & Tjihuis, Annet, red. Cor Wagenaar (1999). *De architectuur van het ziekenhuis: transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland*. Rotterdam: Nai Uitgevers.

Prismant (2001). *Gebruik ziekenhuisvoorzieningen 2001*. Utrecht.

Volker, L. (2002). *Patiëntgerichte ziekenhuisomgevingen; het reguleren van sociale interactie voor klinische patiënten*. Afstudeerrapport TU Eindhoven, Eindhoven.

Korte beschrijving geobserveerde ziekenhuizen

Locatie 1 Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC)

Het UMC bestaat uit 3 locaties, te weten het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU), het Wilhelmina kindziekenhuis (WKZ) en de Medische faculteit Utrecht. Het AZU is het oudste academische ziekenhuis van Nederland en bestaat al sinds 1817. In totaal heeft het UMC ruim 1000 bedden en zijn zo'n 5000 arbeidsplaatsen waarvan de helft voor parttimers wordt ingevuld. Het gebouw waarin het UMC gesitueerd is, is begin jaren '90 gebouwd volgens het 'rode kruis'-principe en staat op de Uithof.

De standaardverpleegafdeling bestaat uit vier 4-persoonskamers, zes 2-persoonskamers en vier 1-persoonskamers. De afdeling is opgebouwd volgens de U-structuur. Per vleugel zijn er twee afdelingen waartussen een dagverblijf ligt. Bij de ingang van vleugel is een zitje. Verder beschikt het ziekenhuis over twee verschillende soorten restaurants, een stiltecentrum, een internetcafé, een cadeauwinkel en een bloemenwinkel.

Locatie 2 Antonius Ziekenhuis Nieuwegein (AZN)

Het Antonius Ziekenhuis Nieuwegein is een algemeen ziekenhuis maar bekend in Nederland door de topklinische zorg op het gebied van hart-, vaat- en longziekten. Het St. Antonius Ziekenhuis werd in 1910 gesticht in Utrecht en verhuisde in 1983 naar Nieuwegein. Het huidige gebouw is gebouwd in 1983 en heeft een kram-structuur. Het ziekenhuis beschikt over 584 bedden en er werken ongeveer 2400 mensen.

Een standaardverpleegafdeling bestaat uit zes 4-persoonskamers, vier 2-persoonskamers en vier 1-persoonskamers. Op de afdelingen zijn verschillende zitgelegenheden gemaakt. Op de 2e verdieping bevindt zich een klein restaurant en bij ingang is er een bloemen annex cadeauwinkel en een koffieshop.

Locatie 3 Mesos Medisch Centrum

Mesos Medisch Centrum is een algemeen ziekenhuis in Utrecht en bestaat uit de ziekenhuizen Mesos Oudenrijn en Mesos Overvecht en het Mesos Diabetes Centrum Bilthoven. Mesos Medisch Centrum beschikt over 529 ziekenhuisbedden. In Mesos zijn ongeveer 1500 medewerkers werkzaam, waarvan 100 medisch specialisten en 500 verpleegkundigen. Het zorgconcept zoals dat door Mesos is gedefinieerd moet aan vier centrale waarden voldoen: voortreffelijk, vooruitstrevend, vlot en vriendelijk. Er is toestemming om een nieuw ziekenhuis te bouwen op de Vinex-locatie Leidsche Rijn. Hier is plaats voor 330 ziekenhuisbedden en 40 zotel-bedden. De nieuwbouw moet in 2007 gerealiseerd zijn.

In de huidige situatie vinden alle poliklinische behandelingen plaats op Mesos Overvecht. Op de locatie Mesos Oudenrijn vinden alle klinische opnames plaats. Mesos Oudenrijn is gebouwd in 1969 volgens het breedvoetprincipe. De standaardverpleegafdeling bestaat uit vier 4-persoonskamers, een 2-persoonskamer en vier 1-persoonskamers. De kamers zijn gesitueerd aan een centrale gang. Op elk gebouwniveau ligt een andere afdeling. Op de gang is een zitgelegenheid voor de patiënten. Verder is er een restaurant aanwezig waar ook cadeautjes en versnaperingen verkocht worden.

Auteursgegevens:

Mevrouw Ir. L. Volker
Center for People and Buildings (CfPB)
TU Delft
Berlageweg 1
2628 CR Delft
tel: 015 – 278 88 33
E-mail: L.Volker@bk.tudelft.nl

Mevrouw Ir. L. Volker (1978)
Leentje Volker is in 2002 met veel genoegen afgestudeerd aan de Technische Universiteit Eindhoven in de richting Omgevingstechnologie (Opleiding Techniek en Maatschappij). Het onderzoek naar patiëntgerichte ziekenhuisomgevingen is verricht in het kader van een afstudeeronderzoek. Op het gebied van huisvestingsvraagstukken voor ouderen heeft zij onder meer onderzoek verricht aan de University of Wisconsin, Milwaukee. Thans is zij werkzaam bij het Center for People and Buildings te Delft als onderzoeker naar innovatieve kantooromgevingen en ontwikkelt hiervoor een evaluatieinstrument.

De heer Dr. Ronald Hamel
Universiteit van Amsterdam
Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen
Afdeling Psychologie
Roetersstraat 15, 1018 WB AMSTERDAM
Telefoon: 020-525.6854/6840 Fax: 020-639.1656
E-mail: rhamel@fmg.uva.nl

Dr. R. Hamel (1947)
Ronald Hamel is universitair docent bij de afdeling Psychologie van de faculteit Maatschappij- en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. Zijn interesses liggen op het gebied van de cognitieve psychologie - denken en probleemoplossen - en de omgevingspsychologie. Zijn proefschrift is een studie van het ontwerpproces bij architecten, en is getiteld: Over het denken van de architect; Een cognitief psychologische beschrijving van het ontwerpproces bij architecten. Amsterdam, 1990.

Mevrouw Drs. I. van Liempd
AKTA, onderzoeks- en adviesbureau voor ruimtegebruik
Postbus 13297
3507 LG Utrecht
tel. 030 271 0558
e-mail: inewanliempd@akta.nl

Drs. I. van Liempd
Ine van Liempd is partner bij AKTA, onderzoeks- en adviesbureau voor ruimtegebruik te Utrecht. AKTA is gespecialiseerd in de wisselwerking tussen gebouwde omgeving en gedrag van mensen: de omgevingspsychologie. Vanuit die achtergrond houdt het bureau zich bezig met het afstemmen van gebouwen op hun gebruikers.
Ine van Liempd adviseert en ondersteunt (gezondheids)zorg- en welzijnsorganisaties in het realiseren van accommodaties die passen bij de behoeften van specifieke gebruikersgroepen.

Zij verricht tevens onderzoek op dit terrein. Ze is co-auteur van de STAGG-publicatie 'Ruimte voor patiënten. Bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief.'