

De Hersteldagen 2015 had als thema: ‘herstellen doen we samen – stappend op stap’.

In het kader van het algemene thema stelden wij de volgende vragen:

- *kan het ontwerp van een herstelgerichte omgeving gebeuren in samenspraak met patiënten en familie – eerder dan een onderonsje tussen directie en architect?*
- *hoe kunnen we ervoor zorgen dat het ontwerpproces een stap-voor-stap proces is – eerder dan een presentatie van een afgewerkt product?*

In de Dansstudio van de Vooruit (Gent) werd deze discussie op tafel gelegd vanuit de visieontwikkeling die Gideon Boie en Fie Vandamme (BAVO) uitvoeren rond het psychiatrisch centrum van de toekomst in opdracht van PC Caritas Melle.

In de discussie participeerden Jan Steel (zorgdirecteur PC Caritas), Jan De Vylder (architecten aDVVT), Dr. Yolenthe Roelens (psychiater PC Caritas), een ex-patiënt (o.a. met verleden in afdeling Klimop van PC Caritas), een afdelingshoofd PVT en anderen.

Het gezelschap bracht heel wat scherpe opmerkingen en creatieve ideeën bij elkaar over het ontwerp van een herstelgerichte omgeving.

1. **Communiceer over bouwwerkzaamheden.** Patiënten weten niet waar het naar toe gaat met verbouwingen en het masterplan. Wellicht komen niet alle communicatiemiddelen tot bij de patiënt. Patiënten gaan vooral bij elkaar te rade, maar kunnen elkaar niet helpen. Niemand weet waar het naartoe gaat. > *Er is nood aan een uithangbord (zoals bij elke bouwwerf) en aanspreekpunt (voor woordje uitleg).*
2. **De buitenkant is niet van belang.** Het interieur van een afdeling (in casu Klimop) is hetgeen waar de patiënt dagelijks tegen aan loopt. *De koude en afstandelijke bakstenen muren komen naar je toe, een onaangename stoel geeft de genadeslag.* Het meubilair is lelijk en louter aangekocht met het oog op gemakkelijk onderhoud. De potsierlijke gevels van nieuwe ziekenhuizen zijn behalve een geldverkwisting in de eerste plaats een belediging van de patiënt. > *Houd de buitenkant sober en investeer in de binnenkant.*
3. **Een herstelgerichte omgeving begint bij persoonlijk wooncomfort.** Normalisatie van de zorg legt een grote nadruk op vermaatschappelijking, maar gaat nog te veel voorbij aan het persoonlijk wooncomfort. Geluid op de naburige kamer is vervelender dan een afgelegen locatie. Een afgelegen locatie is nuttig voor rust, privacy en vrijheid, maar betekent weinig als de patiënt wakker ligt van een snurkende buur. > *Herstellen is een individueel proces*
4. **Een norm is een benedengrens, geen bovengrens.** Zorgarchitectuur kampt met beperkte middelen én met normeringen. Budgettaire krapte is geen alibi voor slechte kwaliteit. Ook normering niet. > *De norm is een vertrekpunt in het ontwerp.*
5. **Bouw aan een gradiënt van zorg en veiligheid.** Vandaag worden ziekenhuizen onderworpen aan het maximale veiligheidsniveau – alles moet “suicideproof” zijn. Hiermee bepaalt de patiënt met de hoogste graad van zorgbehoefte het leefklimaat van alle andere patiënten. > *Een diversificatie van het aanbod is nodig.*

Tegelijk geldt dat de veiligheid de ruimte denkt vanuit een negatieve invloed op bewoners.  
> *Ook de omgekeerde beweging is denkbaar: een ruimte die de patiënt een positief gevoel geeft.*

6. **Een living is een living!** Oude meubels, geraniums dragen bij aan een vertrouwde, huiselijke omgeving. Gezelligheid tijdens het verblijf in een psychiatrisch centrum zal een patiënt niet binden. Een therapeutisch verblijf wordt ervaren als een 'gedeeltelijke vrijheidsberoving' waarin de patiënt 'onder curatele' staat. > *Een psychiatrisch centrum met een huiselijk karakter en ruimte voor bewegingsvrijheid zal de thuissituatie niet vervangen, maar maakt een verblijf wel aangenamer.*
7. **Mentale muren zijn sterker dan gewapend beton.** Zorgarchitectuur kampt met:
  - a. beperkte budgetten
  - b. normering
  - c. bestaande opvattingen
  - d. gebruik
8. **Aanvaarden dat dingen anders zijn.** De opvatting dat een kamer comfortabel mag zijn, is een nieuw denkmodel. Er is tijd nodig om rond nieuwe opvattingen ook nieuwe gewoonten te vormen. Tegelijk is de huiselijke kamer geen ideaaltype. We moeten *aanvaarden* dat sommige zaken in de psychiatrie altijd anders zal zijn. > *Een lege kamer mag vreemd lijken, maar wordt door sommige patiënten niet noodzakelijk als een probleem ervaren.*
9. **Architectuur en dienstverlening gaan hand in hand.** Goede zorgarchitectuur vraagt een zorgvuldig proces:
  - a. Eerst definitie zorgvraagstuk
  - b. Vormen van nieuwe ideeën en modellen in samenspraak met patiënten, familie, personeel en directie
  - c. Vertaling in een haalbare ambitie door de architect met feedbackloops
10. **Is de inspectie aanspreekbaar?** In een context waarin individuen leren om zich te verantwoorden, blijken normen en richtlijnen weinig aanspreekbaar. Het zorgt voor een absurde situatie: patiënten spreken volop mee, maar de norm is een dode letter die geen tegenspraak duldt.

### Ten slotte

Een geanimeerd gesprek werd vernauwd tot een tiental leermomenten. Ook werden specifieke voorbeelden vermeden om meer nadruk te leggen op het generieke karakter. De abstractie doet onvermijdelijk afbreuk aan de rijkdom van het gesprek. Het zal de lezer niettemin duidelijk zijn dat de stelregels gedragen worden vanuit concrete ervaringen opgedaan in het leven en werken binnen het psychiatrisch instituut.

(Aanvullingen of opmerkingen bij het verslag zijn welkom op [gideon@bavo.biz](mailto:gideon@bavo.biz) en [fi.vandamme@bavo.biz](mailto:fi.vandamme@bavo.biz))