

Afzondering tussen vier muren

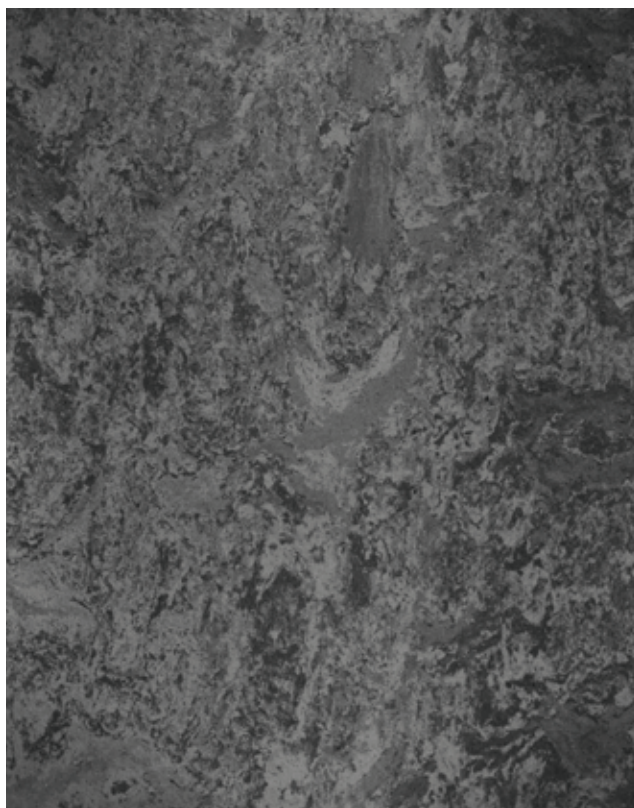
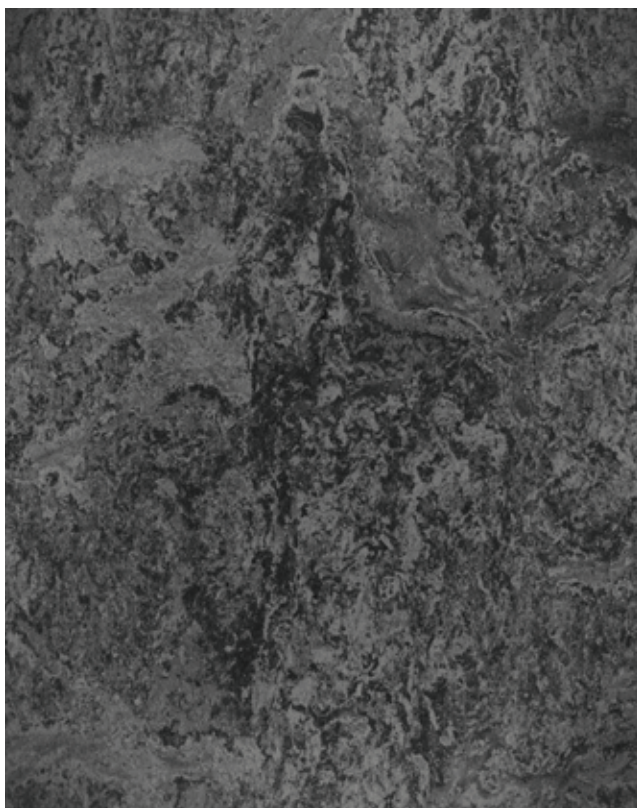
16

Na een kennismaking met de prikkelarme kamer (PAK) op de opname- en behandelafdeling Sint-Jan van het psychiatrisch ziekenhuis Sint Annendael Diest belanden we op de afzonderingskamer. De rooming-in op de PAK biedt een welkome uitweg op het gebruik van de afzonderingskamer, maar het kleine kamertje blijft voorlopig wat het is. Daar staan we dan ongemakkelijk te dringen met een vijftal – zorgdirecteur, hoofdgeneesheer, psycholoog, hoofdverpleger en ikzelf. Iemand stelt de vraag ‘wat te doen’ met deze ruimte. Het blijft stil. Niemand heeft een pasklaar antwoord.

De vormgeving van de afzonderingskamer in de opnameafdeling Sint-Jan is herkenbaar. De ruimte bestaat uit vier naakte wanden met een centraal opgestelde beddenbak, fixatiebanden in de aanslag. Het rozige linoleum loopt van de vloer over in de kale wanden. Het venster heeft een centraal aangestuurde blindering. De voorzieningen op de kamer beperken zich tot een ingebouwd toilet en een klok. Opvallende alarmknoppen bevinden zich op vloerniveau. Lichtpunt en camera zijn ingebouwd met een kast.

De afzonderingskamer staat niet op zich, maar vormt het eindpunt op de gang van de opnameafdeling. Een deur biedt toegang tot een klein sas, dat op zijn beurt toegang biedt tot twee naast elkaar gelegen afzonderingskamers. Het sas is opgevat als technische ruimte, met opbergkasten, badkamer en bedieningspanelen. Eenmaal de deur naar de gang dicht gaat, zit je in een afdeling binnen de afdeling, een miniatuurafdeling gestript van elke overtuiging.

In de gesprekken met personeel en patiënten blijkt een significant verschil in beleving rond de afzonderingskamer. In de woorden van artsen en personeel klinkt schaamte. De afzonderingskamer wringt met alles waar de opnameafdeling wil voor staan. Nabijheid van personeel, het vertragen van handelingen en herstel van zelfregie zijn de centrale begrippen. De rooming-in toont hoe ook het netwerk van een patiënt betrokken wordt in de behandeling. Al deze mooie waarden botsen op de vier muren van de afzonderingskamer en het virtuele oog van de camera.



Bij patiënten en ervaringsdeskundigen overheerst gelatenheid over de vormgeving van de afzonderingskamer. De factor dwang en drang komt nauwelijks ter sprake. Men lijkt zich eerder te excuseren. Over de vormgeving wordt gezegd – ik parafrazeer: *“ik sta er niet bij stil, ik kom voor andere dingen, ik neem het erbij, het is elders niet beter, ...”* De ruimtelijke setting blijkt bovendien een onbewust element in tijden van crisis. Iemand zegt: *“ik weet niet meer of er personeel aanwezig was in de afzonderingskamer, laat staan dat ik me herinner hoe de ruimte er uit zag.”*

De beperkte ruimtebeleving is problematisch voor zover het verblijf in de afzonderingskamer in retrospectief moeilijk te plaatsen is en zo aanleiding kan geven voor een tweede trauma. De beperkte ruimtebeleving bemoeilijkt evengoed de goede inschatting die personeel moet maken over de noden en verlangens van een patiënt in een crisissituatie. Een ervaringsdeskundige suggereert om na verblijf in de afzonderingskamer de gewenste behandeling te formuleren op papier, zodat het als een gebruiksaanwijzing kan dienen bij een volgende psychose.

De vraag blijft wat wel de mogelijkheden zijn om de architectuur van de afzonderingskamer aan te passen. In de werkgroep met artsen, directie, personeel én patiënten komen een tweetal aanknopingspunten naar voren.

In de eerste plaats is er het conflict tussen het generieke karakter van de afzonderingskamer en de individuele noden en verlangens van patiënten. Elke patiënt beleeft een crisisperiode op een heel eigen manier en dat vereist een individuele aanpak, ook in de afzonderingskamer. Zo brengt het uitzicht op groen rust bij de één en onrust bij de ander, sterk afhankelijk

van het ziektebeeld. De individualisering van de ruimte aan de hand van domotica en LED-verlichting, is een evidente oplossing. Wat te doen met de vier muren blijft een open vraag.

In de tweede plaats is er het conflict tussen de eendimensionale ruimte van de afzonderingskamer en het verloop van een behandeling. Frustraties betreffen niet zozeer het gebruik van de afzonderingskamer tijdens een crisis, maar wel het overgangsmoment waarop patiënten bewust worden van hun situatie. De ruimtelijke opstelling is zo dat ondersteuning door personeel noodzakelijk is. De uitdaging ligt in een variabele setting, waarbij personeel de controle eventueel overneemt tijdens een crisis, maar ook herstel van zelfregie mogelijk is.

In de ijver om het gebruik van de afzonderingskamer te reduceren, gaat alle ontwerpaandacht naar alternatieve voorzieningen, zoals prikkelarme kamers. In het beste geval blijft de afzonderingskamer leeg staan, zegt het beleidsteam. En toch moet het ontwerp ervan overwogen worden, dat beseft de werkgroep in Sint-Jan, zo niet dreigen patiënten bij een crisissituatie te gemakkelijk doorverwezen te worden naar elders. De eenvoud van de afzonderingskamer is omgekeerd evenredig met het complexe gebruik en minstens even complexe beleving ervan.

Gideon Boie

BAVO/Faculteit Architectuur KU Leuven

Artikel geschreven in de marge van ontwerpend onderzoek binnen PZ Sint-Annendael Diest.

Kurt Deruyter, Null, collectie Museum Dr. Guislain

