

# “Een ziekenhuis is altijd een uitdaging: nooit eenvoudig, altijd complex”

## Mes in hoofd

Op het internet zijn beelden opgedoken van de 28-jarige Peruaanse taxibestuurder Clever Campus, bij zijn aankomst op de spoedafdeling van een lokaal ziekenhuis. Hij wandelde rustig de spoeddienst binnen, met een groot mes in zijn hoofd. Hij had het aan de stok (of is het 'het mes') gekregen met een passagier die een mes in zijn hoofd stak. Toegesnelde ambulanciers brachten de onfortuinlijke taxibestuurder, die steeds bij bewustzijn was, naar het ziekenhuis. Hij wilde niet op een bed worden binnengebracht en wandelde zelf naar de traumakamer. Na een spoedoperatie van vier uren belandde hij echter in een kritieke toestand.

## Geen honden als proefdieren

Onder druk van dierenactivisten is het *Morristown Medical Center* (New Jersey, VS) gestopt met het gebruik van honden als proefdieren om spoedartsen te trainen. In de Verenigde Staten gebruiken nog 18 ziekenhuizen proefdieren voor de opleiding van artsen. Het ziekenhuis in Morristown was het enige ziekenhuis waar nog ze honden als proefdieren hadden. Een woordvoerder van het ziekenhuis zei nog aan de pers dat de honden enkel als doel hadden om personeel nog beter te trainen voor spoedsituaties. Bijna alle Amerikaanse ziekenhuizen werken intussen enkel nog met hoogtechnologische simulatoren om hun artsen in opleiding de knepen van het vak te leren.

## Protocol voor schutter(s)

Nog in de Verenigde Staten heeft een vooraanstaand veiligheidsexpert een protocol en handboek geschreven waarin staat vermeld hoe het personeel van een ziekenhuis moet reageren als een schutter de gebouwen

De bewegwijzering in ziekenhuizen is met stip een van de moeilijkste uitdagingen die een bedrijf, gespecialiseerd in het tonen van de juiste route, als opdracht kan krijgen. Dat weet ook Johan Lambrechts, zaakvoerder van Signburo en specialist in de materie.

Désirée De Poot

“W at bewegwijzering in ziekenhuizen betreft, kan je een aantal grote lijnen volgen, maar elk ziekenhuis is specifiek. Er is geen enkele 'moule' die je kunt gebruiken, maar er zijn gelukkig wel een aantal basisprincipes. Zelfs in die principes verschilt een ziekenhuis van bijvoorbeeld een overheidsgebouw, een kantoor of zelfs een winkelcentrum. Qua moeilijkheidsgraad is dit een van de moeilijkste opdrachten die je kunt krijgen, maar net daarom is het ook zo bevredigend als je een goed werkend systeem op punt kunt stellen”, zegt Johan Lambrechts.

Waarom een ziekenhuis zo moeilijk is? “Eigenlijk door alles wat net een ziekenhuis zo specifiek maakt. Je hebt, eerst en vooral, vier groepen mensen die er hun weg zoeken: de zieke, de bezoeker, de werknemer en de leverancier. En voor de twee eerste groepen is zulk een bezoek vaak erg stresserend, ze zijn met andere dingen bezig... dus moet je ze ook anders aanpakken. De weg van punt A naar punt B tonen, is niet moeilijk. Meer uitdagend is het als je de weg van punt B naar punt C of punt Z moet uittekenen. Daar strandt veel bewegwijzering en zie je dat men letterlijk voor de gemakkelijkste weg kiest: ga van B terug naar A en vertrek dan naar C. Komt daar bovenop dat vele ziekenhuizen alsmar groter worden. Vroeger was het gemakkelijk: je had één blok met x aantal verdiepingen. Nu loopt alles als een blokkendoos door elkaar. Er zijn een aantal systemen die je kunt gebruiken – de meest courante zijn kleurencodes, straten en routes – maar hoe complexer het gebouw, hoe beperkter de mogelijkheden zijn. Bij een bijzonder complex gebouw is er eigenlijk maar één systeem dat degelijk werkt: dat met routes.”

## Tips and tricks

Doe de ogen dicht en probeer een onbekende duidelijk te maken hoe hij naar jouw eigen huis moet rijden. Bij dit soort 'wayfinding' gebruik je richtingen, maar vooral ook 'landmarks'. Je beschrijft de weg via herkenningstekens: een tankstation rechts, een brugje, een stoplicht, een overweg en een zeer opvallend huis... “De manier waarop mensen hun weg zoeken, vinden en onthouden hangt af van factoren zoals de fysieke mogelijkheden, de culturele achtergrond, maar ook ruimtelijk inzicht. Ziekenhuizen kunnen de patiënt daarbij helpen met 'landmarks'. Ze onderschatten immers hoe belangrijk die voor patiënten zijn”, verduidelijkt Johan Lambrechts. “Zorg daar dus voor. Dat kan vanalles zijn: een kunstwerk, een print op de muur... Als de patiënt zo'n

'landmark' herkent, voelt hij zich veel zekerder: hij weet dat hij letterlijk op de juiste weg is. Het is een systeem dat nu toch wel al helemaal ingeburgerd is in rust- en verzorgingstehuizen maar ziekenhuizen komen nog achter.”

Ziekenhuizen werken wel al – veel meer dan vroeger – met kleur. Verdiepingen worden in een ander kleurtje gestoken, deuren contrasteren. “Maar ook daar wil ik toch ook een aantal tips meegeven om verwarring te vermijden”, stelt Johan. “Verbind een kleur met een locatie, niet met een activiteit. Schilder bijvoorbeeld alle wachtzalen in het groen, maar vermijd om een bepaalde afdeling met een kleur te verbinden want we zien hoe snel activiteiten soms veranderen. Beperk ook het aantal kleuren. Het ligt het meest voor de hand dat je één kleur gebruikt voor de 'routes' (consultaties en diensten...), één voor de patiëntenkamers en één voor al de rest.”

Sommige ziekenhuizen werken nu al met digitale systemen, zelfs met gps-systemen die via de smartphone van de patiënt kunnen geactiveerd worden. “In digitale systemen heb je veel variaties. Je hebt de digitale bordjes aan de consultatieruimtes van de artsen bijvoorbeeld, maar je kunt ook digitale borden in heel het ziekenhuis installeren. Zelf ben ik daar niet zo'n voorstander van: het kostenplaatje is

## Zeg nooit straat tegen route...

Een systeem met straten en een met routes is totaal anders. “Een stratensysteem werkt alleen bij een relatief klein ziekenhuis met 'korte' gangen. Een straat bestaat immers uit verschillende bestemmingen. Dat kunnen wachtzalen zijn, consultatieruimtes, secretariaten... Bij een route kun je letterlijk van grote eenheden naar kleine eenheden gaan. Daar zijn de variaties haast onbeperkt en – vooral – de patiënt/bezoeker kan ze heel eenvoudig volgen. Bijkomend voordeel is ook dat je met een routesysteem tegemoet komt aan mensen die moeite hebben met lezen of anderstalig zijn. Instinker: een routesysteem in cijfers mag geen indicatie geven over een verdieping. Route 70 betekent niet dat je naar de zevende verdieping moet. Bij een kamernummer is dat wel handig: kamer 713 bevindt zich op de zevende verdieping.

Het kleurensysteem is erg populair, maar heeft zijn beperkingen. Sommige ziekenhuizen gaan tot 12 kleuren, maar dat is al ver over het maximum. Om comfortabel te onderscheiden, zijn een viertal kleuren aan te raden. Anders wordt het voor de bezoeker/patiënt te verwarrend en krijgt hij moeite met het onderscheid tussen de kleuren. Tegelijkertijd zou het erg kortzichtig zijn als we ervan uitgaan dat het enige doeltreffende systeem het routesysteem zou zijn. Dat is niet zo. Er is nooit één zaligmakende manier om een weg aan te duiden, zeker niet in ziekenhuizen.



## Braille of geen braille

Als het aan Europa ligt, moet elke bewegwijzing in de toekomst ook in braille meegegeven worden. En of u het nu wil of niet, maar het ligt aan Europa en dus ziet het er naar uit dat die verplichting van braille er ook aan komt. "Zeker voor openbare gebouwen zal die verplichting er door komen", weet Johan Lambrechts. "Dus kun je er beter nu al rekening mee houden anders heb je straks extra kosten."

enorm en al te vaak zijn zo'n digitale borden totaal overbodig en werken ze zelfs verwarring in de hand. Een goed criterium om af te toetsen of een digitaal bord interessant is, is de vraag hoe vaak de informatie op dat bord zal wijzigen omdat bijvoorbeeld consultatieruimten van plaats wisselen of artsen nu eens hier en dan weer eens daar werken. Vaste afdelingen hebben geen digitaal bord nodig. Bij locaties die een keer per jaar wisselen, kun je ze overwegen. Bij bestemmingen die wekelijks of dagelijks wisselen is het wel een zeer goede optie."

Waar Johan Lambrechts wel voorstander van is, zijn routeplanners die je digitaal kunt opvragen. "Daarbij krijg je in de inkomhal van het ziekenhuis een touchscreen waarop je een arts of een dienst kunt invullen en je meteen de route krijgt die je moet volgen. Het grote voordeel daarvan is dat je kunt inspelen op de terminologie die de patiënt gebruikt. Nu zie je al te vaak een pijltje met 'cardiologie' of 'nefrologie'... Met een digitaal bord kan achter een bepaalde route verschillende benamingen schuilen. De patiënt tikt 'hartziekten' of 'nierziekten' in en krijgt de juiste route aangewezen.

De nieuwste hype op dit moment is een app waarbij je de QR-code inscaneert in de smartphone waarop je een kaartje met een routebeschrijving krijgt. Het is een

innovatief idee dat bijvoorbeeld al in het Notre-Dame de Grâce in Gosselies wordt toegepast. "Er bestaan goede mobiele toepassingen, maar ze moeten heel eenvoudig zijn in gebruik en ze moeten de patiënt figuurlijk bij het handje nemen. Een systeem met plattegronden werkt niet, want mensen hebben het over het algemeen gezien al heel moeilijk met het lezen van plannen, laat staan in een stresserende omgeving als een ziekenhuis. Als je deze tool gaat verbinden met een systeem van iBeacons (kleine zendertjes die langs de route geplaatst worden en die via de app die de patiënt in zijn smartphone heeft geïnstalleerd een visueel beeld kunnen geven van waar hij zich bevindt en wat hij nu verder moet doen) en 'landmarks' zit er zeker toekomst in. Maar het is ook een systeem waarmee je de huidige generatie oudere patiënten geen plezier doet."

Een van de belangrijkste voorwaarden opdat een nieuwe bewegwijzing zou

werken, is echter de medewerking van het personeel. "Als een arts hardnekkig aan de patiënt blijft zeggen dat hij naar Blok B moet voor zijn onderzoek in plaats van route 70, dan is een systeem gedoemd om te mislukken. De patiënt vindt zijn Blok B niet meer terug en weet niet dat hij route 70 moet volgen..."

## Samen routes uittekenen

Wie dacht dat een routesysteem ontwikkelen gemakkelijk is, heeft het fout. "In een ideale wereld wordt er al aan bewegwijzing gewerkt als het gebouw nog moet getekend worden. Zo kun je, samen met de bouwheer en de architect, bijvoorbeeld bij de verlichting rekening houden met de bewegwijzing. Zeker als je ook digitaal wil werken is het voor de bekabeling alleen maar voordeliger als de bewegwijzing al in de plannen wordt opgenomen. Idem voor de schilderwerken. Je kunt bewegwijzing en aanduiding heel mooi en esthetisch maken, en dat kun je het best als er al van bij het begin afspraken worden gemaakt.

Wie echt werk wil maken van een goede bewegwijzing, moet daar tijd en energie in steken. "Ervaring helpt je al een heel eind op weg, maar – zoals ik al zei – elk ziekenhuis heeft zijn eigen specificiteit en moet apart behandeld worden. Je kunt enkel een goede bewegwijzing bekomen als je de werking van het ziekenhuis heel goed begrijpt. Wie zit waar en wie doet wat op die plaats? Hoe verplaatsen de mensen zich in het ziekenhuis? Welke gangen mogen ze gebruiken, welke niet? Hoe frequent worden bepaalde routes gebruikt? Hoe variabel zijn diensten of consultatieruimtes... Dat alles moet eerst in kaart worden gebracht en daarna op het plan uitgetekend. Daarna kijken we naar de huisstijl van het ziekenhuis. Het is esthetisch veel mooier als de bewegwijzing de huisstijl ook volgt. Het logo is ook vaak een goede indicatie..."



© foto's: SigniBaro



binnentreedt. Lisa Terry moest voor inspiratie voor haar boek niet verder kijken dan de dagdagelijkse realiteit in de VS, waar het ene schietincident nog meer slachtoffers dan het vorige maakt. De richtlijnen zijn niet alleen bedoeld om het veiligheidspersoneel beter voor te bereiden, maar ook hoe personeelsleden zichzelf, patiënten en bezoekers kunnen beschermen.

## Van crematieplaats naar ziekenhuis (en terug)

De crematie van de 78-jarige Indiase Parulbala Bhattarcharya in Muchipara verliep in behoorlijk nogal wat chaos. De vrouw stierf een natuurlijke dood en een plaatselijke huisarts leverde het overlijdenscertificaat af. Eenmaal de vrouw op de brandstapel lag, voelden enkele familieleden de 'bewegende handen' van de overleden vrouw. Een ambulance werd erbij geroepen om de vrouw naar het ziekenhuis te brengen. Daar aangekomen kon een spoedarts niets anders dan opnieuw bevestigen dat de vrouw inderdaad al was overleden. Een uurtje later vond voorsnog haar crematie plaats.

## Patiënt weigert ontslag uit ziekenhuis

De koppige weigering van een patiënt om het ziekenhuis te verlaten, haalde onlangs de Britse pers. De 50-jarige Paul Donohue mocht op een zaterdagmiddag naar huis gaan, maar hij wilde niet. Reden? Een vervolgafpraak zou minstens zes tot acht weken duren en dat was voor hem te lang. Hij sukkelde al vier maanden met hevige pijn in de schaamstreek en een antibioticabehandeling haalde weinig of niets uit. Het was zijn vierde opname in vier maanden tijd en hij was het dus meer dan beu. Dankzij de aandacht in de pers besloten de behandelende artsen hem niet te ontslaan en bijkomende tests uit te voeren om te kijken welke therapie nu wel zou kunnen aanslaan.