
Ruimte voor heelheid

Reflectie op de vormgeving van een zorgconcept in mens en materie

Welke relatie is er te leggen tussen architectuur en geestelijke verzorging? Is het voor een geestelijk verzorger van belang om zich hierin te verdiepen? Richart Huijzer en Wim Smeets menen van wel. Zij onderzoeken vanuit concrete voorbeelden onderliggende verbanden.

Richart Huijzer en Wim Smeets

ETS MEER DAN EEN JAAR GELEDEN verscheen het boek *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martiniziekenhuis* (Holsappel, Jutte & Zock, 2010). De auteurs waren allen (in)direct betrokken bij de realisering van ruimte voor spiritualiteit in het kader van de nieuwbouw van het Groningse ziekenhuis. Aan ons is toen gevraagd om van een zekere afstand te reflecteren op de betekenis van dit project voor de geestelijke verzorging. In deze bijdrage presenteren wij een synthese van deze reflectie.

Eerst situeren we de nieuwbouw van het Martiniziekenhuis binnen de recente architectuur van zorginstellingen. Als voorbeeld van een architecturale vormgeving die duidelijk verbonden is met een bepaalde denominationele zorgvisie staan we even stil bij het joodse Sinaïcentrum in Amersfoort. Vervolgens staan we stil bij de twee centrale invalshoeken die leidend waren bij de nieuwbouw van het Martini-ziekenhuis: *helende omgeving* (*healing environment*) en *belevingsgericht*, dat wil zeggen betrokken op de mensen die in die omgeving verkeren. Tenslotte bekijken we het Groningse re-

sultaat vanuit het perspectief van de geestelijke verzorging. Daarmee willen we de eerdere bijdrage in dit tijdschrift van Holsappel e.a. in een breder kader plaatsen: waarom is het voor geestelijke verzorging van belang om na te denken over de relatie tussen hun werk en architectuur en wat zegt het Martiniziekenhuis-project voor de rol en plaats van geestelijke verzorging en voor de gehanteerde mensvisie?

Ontwikkelingen in de architectuur

Het 'College bouw zorginstellingen' initieerde in 2003 de internationale architectuurprijsvraag *Future Hospitals: competitive and healing*, die in 2005 leidde tot een publicatie (Boluijt en Hinkema 2005). Grote invloed is uitgegaan van het eind jaren negentig van de vorige eeuw door het UMCG geïnitieerde project *The Architecture of Hospitals*. Dat project had als doel 'de als zeer gesloten bekend staande ziekenhuiswereld te overtuigen van het immense belang van architectuur' (Schaap en Van Boxel 2007). De vanuit dit project opgerichte stuurgroep *Architecture in Health* publiceerde



Martiniziekenhuis Groningen

in 2007 het rapport *Bouwen aan de architectuur van de zorg*. Het rapport beschrijft elementen die aandacht verdienen bij het denken over en realiseren van zorgconcepten als leidraad bij de bouw van zorginstellingen. Als voorbeeld zijn onder meer enkele foto's van de nieuwbouw van het Groningse Martiniziekenhuis opgenomen.

De samenstellers van het boek *Bouwen aan de architectuur van de zorg* dagen opdrachtgevers uit een duidelijke visie te ontwerpen. Daarbij bespreken zij het concept van de *Healing Environment*. Dit concept wordt volgens de auteurs in Nederland vaak

teruggebracht tot kwantitatief meetbare elementen als lichtinval, frisse lucht, stilte, tuinen en natuur (Schaap en Van Boxel 2007, p. 146). Deze elementen zijn niet onbelangrijk. Een ondersteunende omgeving behelst echter meer en moet mogelijkheden bieden en ruimte creëren voor verschillende patiëntengroepen. Het gaat om de beleving van de patiënt en de relatie tussen patiënt, bezoeker en behandelaar en niet alleen om de esthetiek. Het Martiniziekenhuis heeft hiervoor bij uitstek oog gehad. Naast aandacht voor ruimte, stilte en licht heeft men in dit ziekenhuis getracht de onderliggende zorgvisie in de nieuwbouw tot uitdrukking te brengen (Holsappel, Jutte en Zock 2010, pp. 67-69). Daarmee wordt aangesloten bij de theorie van de omgevingspsycholoog Ulrich. Ulrich brak een lans voor een 'psychologisch ondersteunende omgeving' (*supportive design*), waarbij hij dacht aan het scheppen van 'mentale en sociale ruimte' (spirituele ruimte benoemt hij niet als op zichzelf staande notie) (Ulrich 1995). Vanuit de visie van Ulrich willen we het belang bepleiten van aandacht voor architectuur en materiële vormgeving door geestelijk verzorgers. Het *supportive design* van Ulrich is te verbinden met het begrip *ultieme omgeving* van de theoloog James Fowler. Met *ultieme omgeving* doelt Fowler op een omgeving die representeert wat mensen geloven en ten diepste voor waar en waardevol houden. De betekenis van het Latijnse woordje *ultimus*, waaraan Fowler het begrip *ultieme omgeving* ontleent, is *laatste* of *verst verwijderde*. Het Engelse woord *ultimate* betekent onder meer "hoogste", "beste". 'Ultieme omgeving' verwijst naar omvattende en samenvattende representaties van de uiteindelijke condities van onze existentie (cf. Mooren 2009). Voor geestelijk verzorgers is het van belang dat zij daarbij niet enkel in hun gespreksattitude uitdrukking geven aan de aandacht voor wat 'ultiem' is, maar ook zoveel als mogelijk zelf betrokken zijn bij de wijze waarop de materiële vormgeving van het ziekenhuis en van 'hun' ruimtes daarbinnen *supportive* is voor deze aandacht. Wat de architectuur uitdrukt kan de uitdrukking in gedrag en attitude van een individu of van een team in belangrijke mate versterken.

De architectuur van het Sinaïcentrum

Een gebouw drukt een zorgvisie uit. In dat licht is het interessant om bij wijze van voorbeeld een

architectuur te bekijken die vanuit een zeer specifieke levensbeschouwelijke zorgcultuur is ontstaan. Het Sinaïcentrum in Amstelveen is de enige Joodse instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland en zelfs in Europa. Tevens biedt men zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. De Raad van Bestuur van deze zorginstelling kon in 2008 in Amstelveen de activiteiten van het Sinaïcentrum onderbrengen in een nieuw gebouw (Van Beekum 2008, p. 9). In de vormgeving en in het materiaalgebruik is getracht uitdrukking te geven aan de identiteit. Gekozen is voor natuurlijke materialen, voor lichte houtsoorten en voor de zogenaamde *Jeruzalemssteen*: een gele, gemêleerde op zijn kant gemetselde steen. In de beide gebouwen van het centrum is een doorgaande zichtlijn gerealiseerd, die symbool staat voor de doorgaande levenslijn van het Joodse Volk. De kernbegrippen die het Sinaïcentrum hanteert zijn saamhorigheid, zorg voor elkaar en onderlinge verantwoordelijkheid, herkenbaarheid en persoonlijke benadering. Het gebouw aan de Laan van de Helende Meesters weerspiegelt deze waarden. Waterpartijen en een ommuring vormen een duidelijke omgrenzing van de sjabbatregels. 'Een dergelijke omheining geeft aan dat binnen deze grens datgene dat op sjabbat wordt gebruikt, ook mag worden meegedragen' (Van Beekum 2008, p. 15). Het handelen en samenleven in de geest van de gekozen zorgvisie krijgt in de architecturale vormgeving letterlijk een ondersteunend kader. Voor geestelijk verzorgers is het boeiend én belangrijk zich te verdiepen in de visie op mensen en op zorg die schuil gaat achter de plannen van architecten. Deze visie kan indifferent zijn ten aanzien van hun werk, in het slechtste geval een negatieve invloed hebben, maar kan – zoals het voorbeeld van het Sinaïcentrum laat zien – hun werk ook ondersteunen.

Een helende omgeving

De ontwerpers van het vernieuwde Martiniziekenhuis wilden een helende omgeving creëren. Nu wordt bij 'helen' in een ziekenhuiscontext meestal gedacht aan genezen, beter maken. Wordt in de gekozen vormgeving vooral dit *cure*-perspectief benadrukt, of is er ook ruimte voor helen in de zin van *care*, (ver)zorgen zonder het uitzicht op genezing? Een terrein waar dit *care*-perspectief bij uitstek zichtbaar wordt is dat van de palliatieve zorg.

In het IKO-boekje *Op zoek naar de relatie tussen palliatieve zorg en architectuur* (1998) wordt een gesprek weergegeven tussen Hetty Corstens, directeur van de stichting Kalorama en Max van Huut van het architectenbureau Alberts & Van Huut. Dit bureau is landelijk bekend vanwege een aantal bijzondere gebouwen, zoals het ING-gebouw in Amsterdam met zijn opvallende ronde vormen. Het bureau hanteert een 'organische' bouwfilosofie, wat wil zeggen dat men niet alleen functioneel wil zijn maar ook de geest wil verrijken. Ter verduidelijking: 'organische architectuur' is een stroming met als belangrijkste grondleggers en aanhangers Louis Sullivan, Antoni Gaudí, Rudolf Steiner, Frank Lloyd Wright, Alvar Aalto en Hundertwasser. Wat deze grondleggers verbindt is de gedachte dat de bouwkunst de mens centraal moet stellen. Van Huut geeft in het gesprek met Corstens aan dat hij

Ultieme omgeving verwijst naar onze existentie

bij het ontwerpen van een gebouw waar mensen hun laatste levensfase doorbrengen zou willen uitgaan van de wijze waarop men tegen palliatieve zorg aankijkt en hij stelt daarbij een aantal vragen zoals: 'Gaat het er vooral om of iemand wel of niet genezen kan worden? Is dat het criterium waarop iemand wordt binnen gelaten? Zien degenen die de zorg aanbieden ook de mogelijkheden van groei, van een proces doormaken dat tot iets meer leidt dan de dood?' (Corstens-Stieger van Van Huut 1998, p. 16) Volgens van Huut zijn de antwoorden op deze en dergelijke vragen bepalend voor de vormgeving van een gebouw, waarin aan mensen palliatieve zorg geboden wordt. Hij noemt als voorbeeld de weldadige werking van kleuren en vormen. 'In een ruimte met levende, warme kleuren wordt de patiënt rustig', is zijn stelling (Corstens-Stieger van Van Huut 1998, p. 18). Zo beschouwd lijkt de nieuwbouw van het Martiniziekenhuis te beantwoorden aan de eisen van een *care*-perspectief op 'helen'. Welk antwoord zouden de bouwers van het Martiniziekenhuis geven op de net geciteerde vraag van Van Huut?

Healing environment is een concept dat door velen graag in de mond genomen wordt, maar waarbij niet altijd duidelijk is wat men ermee bedoelt.

Soms wordt het versmald tot een aantal kwantitatieve begrippen, zoals we eerder hebben aangegeven. En dan is het weinig meer dan een mooi uithangbord. De gedachte die achter *healing environment* schuilgaat, kan ook botsen met een visie op zorg waarin het *evidence based*-denken versmald wordt tot natuurwetenschappelijke evidentie. Wat dat betreft moet erkend worden dat *healing environment* tot hertoe vooral een overtuiging is, die niet veel harde gegevens heeft ter onderbouwing. Dat moet wellicht ook niet, maar het is wel een zwak punt ten overstaan van beleidsmakers die vooral harde feiten willen zien. Daar komt nog bij dat de ziekenhuizen tegenwoordig onder grote financiële druk staan. Dat leidt ertoe dat mooie bouwplannen soms drastisch uitgekleeft worden (zo zijn ook niet alle plannen voor de nieuwbouw van het Martiniziekenhuis gerealiseerd); de vraag wordt dan gesteld waar een organisatie het meest in moet investeren, in mensen of in stenen. Kortom, het beleidsklimaat is niet altijd even gunstig voor het realiseren van het *healing environment*-concept.

Visie gedragen door mensen

Van Huut benadrukt dat architectuur nooit los van mensen kan worden gezien. 'Als het gaat om de sfeer die je wilt creëren, dan werkt architectuur samen met bejegening door artsen, door verzorgenden, door de organisatie van het werk. Met elkaar probeer je een persoon goed te begeleiden. En ik kan er dan als architect bijvoorbeeld voor zorgen dat het er allemaal niet te kil uitziet' (Corstens-Stieger van Van Huut 1998, pp. 22-23). Zo komen we bij de tweede invalshoek die leidend was bij de nieuwbouw van het Martini-ziekenhuis: betrokkenheid op de mensen die in die omgeving moeten verkeren (Holsappel, Jutte en Zock 2010, pp. 82-84). Deze betrokkenheid betekent dat mensen – zowel patiënten als medewerkers – niet langer gefragmenteerd worden benaderd maar in hun 'heelheid'. Heelheid is een begrip dat dichtbij het Hebreeuwse *shalom* komt, dat letterlijk *compleet zijn* betekent maar ook de notie van *gedijen* en *tot bloei komen* in zich draagt. Een zorginstelling die heelheid nastreeft en die dat streven tot uitdrukking wil brengen in een *healing environment* kan er niet omheen door de gehele organisatie heen aandacht te besteden aan de wijze waarop patiënten en medewerkers omgaan met hun le-

vensvragen. Deze diepere laag is meestal niet geheel afwezig, maar vaak wel bedolven onder een gefragmenteerde taakopvatting en omgeving. 'Although much of modern healthcare seems to have lost a sense of the sacred there is still something going on, but we seem to rarely speak of it. Each time we reach out in an act of compassion, with each expression of human caring, with each touch of kindness, the spirit of healthcare is illuminated' (Wright en Adams 2000, p. 28).

Op die manier kan de architectuur van de zorginstelling in ondersteunende zin optimaal meewerken aan menslievende zorg. Wright en Adams wijzen op het homeopathische hospitaal in Glasgow, waar geprobeerd is potentiële gebruikers actief te betrekken bij elke stap in het ontwerpproces 'to construct a hospital which is as much a part of the healing process as the people who work in it' (Wright en Adams 2000, p. 69). De keuze voor zachte kleuren, natuurlijke materialen en voor een optimale beleving van de omgeving sluit aan op de bouwwijze van de Griekse Aesculapische tempels in de oudheid, die de functie van tempel en hospitaal in zich verenigden 'These temple-hospitals where built in places of great beauty so that patients could enjoy views, they were near natural springs so that the water could be pure and in raised positions so that there could be cooling breezes' (Biley 1996).

Belevingsgerichte zorg houdt, kortom, in dat men zich richt op de gedachten en gevoelens van iemand over zichzelf en haar of zijn actuele situatie en omgeving. Dat impliceert dat men verder gaat dan een functionele benadering van ruimte, waarin men zich enkel richt op bouwtechnische en akoestische aspecten van een ruimte. De sfeer, kleuren en vormen van een ruimte doen iets met de beleving van mensen. Geestelijk verzorgers moeten zich hiervan bewust zijn en deze zaken meenemen in hun beleidscommunicatie met architecten en andere verantwoordelijken voor de materiële vormgeving van de zorginstelling.

De rol en plaats van de geestelijke verzorging

De dominante positie van de arts heeft in het ziekenhuis langzaam moeten wijken voor een patiëntgecentreerde benadering. In haar disser-

tatie over *Patient-centred communication* stelt Zandbelt: 'For a multitude of reasons, such as the general erosion of hierarchy set in the 60s, and the more recent advent of the Internet, the power balance between doctors and patients had been shifting in favour of the patient. Among other consequences, this has had tremendous impact on the way doctors and patients communicate' (Zandbelt 2006, p. 9). Deze toenemende aandacht voor de behoeften van de patiënt heeft het ook mogelijk gemaakt dat andere dan strikt medische zaken aandacht krijgen. Het domein van 'meten en wegen' echter, waarmee de doorsnee arts zich identificeert en dat centraal staat in de gezondheidszorg en daar een dominante plaats inneemt, verhoudt zich niet vanzelfsprekend tot andere domeinen zoals dat van spiritualiteit en zingeving'.

Architectuur staat nooit los van mensen

De beleidsvisie van het Martiniziekenhuis biedt ruimte aan zorg in de breedste zin van het woord. Het gaat om een totaalconcept waarin plaats is voor lichamelijke, psychische, sociale en spirituele zorg. De geestelijke dimensie van het bestaan is een van de dimensies binnen een holistische benadering van het mens-zijn. De verantwoordelijkheid voor de aandacht voor de spirituele dimensie in de zorg rust op al het personeel, van schoonmakers tot Raad van Bestuur en – zoals we in dit artikel betogen – bouwheren en -dames. In een holistische benadering van zorg kan aandacht voor zingeving en spiritualiteit ook zichtbaar gestalte krijgen in de architecturale vormgeving. Alleen dan kan een zorgconcept dat pretendeert aandacht te hebben voor de hele mens succesvol worden ingevoerd.

Voor geestelijk verzorgers is *helen* een van de grondfuncties van hun handelen, naast begeleiden, bijstaan en verzoenen. De aanwezigheid van geestelijk verzorger in de zorginstelling garandeert in eerste instantie dat cliënten voor hun vragen op het gebied van spiritualiteit en zingeving in relatie tot hun ziekte een adequate gesprekspartner vinden. In tweede instantie kunnen zij behulpzaam zijn bij de training van artsen en verpleegkundigen in het herkennen van en omgaan

met de spirituele vragen van de cliënt. In *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen* wordt eerst en vooral in beleidsmatige zin plaats gemaakt voor een Dienst Geestelijke Verzorging. De uitdaging voor geestelijk verzorgers is dat zij naast het benadrukken van de intrinsieke waarde van hun werk (levensbeschouwing als waarde in zichzelf) ook (beter) moeten laten zien wat de extrinsieke waarde van hun werk is, dat wil zeggen hoe de geestelijke verzorging zich verhoudt tot de andere disciplines in de zorg en wat de toegevoegde waarde is van de geestelijke verzorging aan de zorg als geheel. Zaken als menselijkheid in de zorg – aandacht, luisteren en bejegening – zijn elementen die niet alleen horen bij geestelijk verzorgers, maar bij iedere zorgverlener. Het is echter aan geestelijk verzorgers om deze elementen in te brengen in de discussie rondom kwaliteitszorg (cf. Holsappel, Jutte en Zock 2010, pp. 14-16, 67-69, 114-117).

Ruimte

Naast de beleidsmatige ruimte voor de spirituele dimensie van de zorg en de geestelijke verzorging is de letterlijke materiële ruimte voor deze dimensie en voor de discipline in het geding. Wordt in de architectuur zichtbaar dat er ruimte is voor de omgang met vragen van levensbeschouwelijke of godsdienstige aard? Als er ergens een ruimte in een ziekenhuis is die speciaal bedoeld is om een dergelijke ruimte te creëren voor niet-medische processen, is dat zeker een stiltecentrum of kapel. Hoe zit dat in de nieuwbouw van het Martiniziekenhuis? In het licht van Ulrichs pleidooi voor 'mentale en sociale ruimte' is het resultaat uitstekend te noemen. Eerst en vooral wordt het stiltecentrum gerealiseerd. Dat ligt dicht bij de oude hoofdingang en is dus architecturaal gezien een beetje excentrisch gelocaliseerd. Het stiltecentrum ademt dezelfde sfeer als het gehele ziekenhuis: er is licht, geborgenheid en stilte en er worden warme kleuren gebruikt. In het ontwerp zijn her en der in het ziekenhuis de zogenoemde 'bakens van bezinning' voorzien: ritueel-hoop, ontmoeting-verbondenheid, toevlucht-troost, bezinning-spiritualiteit, afscheid-gedenken. Inmiddels zijn twee van deze bakens gerealiseerd. Een derde baken zal geplaatst worden in een nieuw gebouw in de binnentuin, waarin men vier kenmerken van een *healing environment* tot uitdrukking wil

brengen: natuur, cultuur, zingeving en sport. Vanuit het perspectief van synergetisch beleid is het een zeer geslaagd resultaat van de samenwerking met de kunstcommissie. In die zin zijn de geestelijk verzorgers van het Martini-ziekenhuis zich ervan bewust geweest hoe belangrijk het is de aandacht die zij in hun werk voor mensen willen uitdrukken te relateren aan en te laten ondersteunen door de architecturale vormgeving van het nieuwe ziekenhuis. Alle architecturale elementen sluiten naadloos aan bij en onderbouwen de door Dienst Geestelijke Verzorging gekozen sleutelwoorden *oriëntatie*, *zingeving* en *ontmoeting*. Voor de ontmoeting van de patiënt of bezoeker met zichzelf, met anderen of met het Andere wordt ruimte gecreëerd.

Vóór en na alle specifieke dimensies van levensbeschouwing en spiritualiteit is er aandacht nodig voor de innerlijke ruimte, de plek waar de mens met zichzelf aan oriëntatie, zingeving en ontmoeting toekomt, zoals Leget (2003) dat omschrijft. In een stiltecentrum kan architecturaal uitgedrukt worden wat Piet van Middelaar (2005) het 'lege midden' noemt. Het lege midden is – zeker ook in de optiek van vormgeving – wellicht vooral ook een 'open midden' (cf. Van Neerbos, in Hijweege en Smeets 2010). Het is een plaats van ontmoeting tussen mensen en tussen mensen en wat hen overstijgt. Het is een plaats die open en uitnodigend is, een plaats van waaruit een beroep gedaan kan worden op verbeeldende en levensbeschouwelijke interpretatiekaders (Mooren 2009). De geestelijk verzorger is in de buurt van deze plekken beschikbaar met haar of zijn hermeneutische kennis en kunde om de meer 'latende' modus van de beginnende ervaring en emotie om te vormen tot een meer 'makende' modus wanneer daar op een later tijdstip een beroep op wordt gedaan. De architecturale ruimtes voor bezinning in zorginstellingen dienen voldoende open te zijn om een verbinding te leggen tussen het hier en nu in het leven van patiënten en hun zingevend 'geheim'.

Eerder hadden we het over de 'zwakke plekken' van het *healing environment*-concept: dat het vooral een overtuiging is zonder veel harde bewijzen en dat de directies momenteel weinig financiële ruimte hebben. Bij de nieuwbouw van ziekenhuizen staan specifieke ruimtes voor geestelijke ver-



Stiltecentrum van het Martiniziekenhuis Groningen

zorging onder druk. In dat verband is het goed de politieke actualiteit te volgen. De Tweede Kamer werkt aan een Beginselenwet voor de AWBZ (BAZ). Daarin wordt expliciet aan het management gevraagd om ruimtes ter beschikking te stellen, waaronder een ruimte voor vieringen en rituelen. Ook met het oog daarop is het goed als geestelijk verzorgers zich kennis (van het effect) van ruimten eigen maken.

Filosofie van de geneeskunde

We komen bij onze slotvraag: welke filosofie van de mens wordt in de architectuur van een zorginstelling zichtbaar? De materiële verschijningsvormen van een onderliggende mensvisie krijgen overigens pas betekenis en waarde als de professionals die er werken geraakt zijn door een combinatie van compassie, spiritualiteit, vakbekwaamheid en onderlinge zorg. Dat raakt aan het diepste niveau, aan de grondslagen van de filosofie van de geneeskunde. In de visie van een ziekenhuis worden patiënten hopelijk tegemoet getreden als mensen met begrijpelijke spanning en onzekerheid. Het ziekenhuis dient vertrouwen uit te stralen dat zij er 'in goede handen' zullen zijn. Dat roept iets op aan engagement tegenover patiënten: die handen zijn zowel technisch bekwaam

als ethisch, humaan goed. Van de afhankelijkheid van patiënten wordt door de professionals geen misbruik gemaakt. Het gaat om werkelijke openheid voor de patiënt en diens verhaal, om de moed om als professional eerst en vooral medemens te zijn. Het is aan de Raad van Bestuur van een zorginstelling om deze mensvisie te bevorderen door nascholing, onderlinge ontmoetingen en tijd voor reflectie, door het voorleven van medemenselijkheid en werkelijke aandacht voor elkaar als medewerkers en voor de patiënt, die kwetsbaar is en vol van levensvragen nu zijn leven op drift is geraakt door een onverwachte ziekte. Naar onze mening komt dit alles niet in mindering op technologische professionaliteit. Het gaat om zorgverleners die zich willen laten raken door het levensgeheim dat ons allen draagt en gaande houdt en dat vele culturen, godsdiensten en levensbeschouwingen gepoogd hebben te beschrijven. De dorst naar kennis van het hoogste niveau dient harmonisch samen te gaan met een diep en blijvend verlangen naar menslievendheid.

Drs. Richart Huijzer is theoloog en filosoof. Hij werkt als geestelijk verzorger/predikant in het UMC St Radboud bij de Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat en is tevens waarnemend hoofd en bedrijfsleider van deze dienst. Dr. Wim Smeets is geestelijk verzorger en pastoraal supervisor UMC St Radboud en universitair docent geestelijke verzorging Universiteit Utrecht.

Literatuur

- Beekum, R. van (2008). *De architectuur van het Sinai Centrum*, Sinai Centrum, Amstelveen.
- Beunke-Meeke, W., en Th.W. Rueter (2003). *Bouwen naar een levensideaal: eenvoudig, harmonieus en doelmatig*. Stichting Bonas, Rotterdam.
- Biley, F.C.F.C. (1996). 'Hospitals, healing environments', *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 2, 110-115.
- Blok, S. (2004). *Rethinking the WHO Definition of Health*. Working Paper Series, 14 (7).
- Boluijt, P., en M.J. Hinkema (red.) (2005). *Future Hospitals – competitive and healing*. College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Brie, S., J. Daggars, en D. Torevell (ed.) (2009). *Sacred Space: Interdisciplinary perspective within contemporary contexts*, Cambridge Scholars, Newcastle.
- Hijweege, N.M., en W. Smeets (2010). *Verandering van voorkomen. Het ambt van de geestelijk verzorger in discussie*, Universiteit Utrecht.
- Holsappel, J., M. Jutte en H. Zock (2010). *Ruimte voor geestelijke verzorging in het Martini Ziekenhuis Groningen*, KSGV, Tilburg.
- Corstens-Stieger, H.J.M., en M. van Huut (1998). *Op zoek naar de relatie tussen palliatieve zorg en architectuur*. IK/O, Integraal Kanker Centrum Oost, Nijmegen.
- Leeuwen, R. van (2003). *Towards Nursing Competencies in Spiritual Care*, Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Leget, C. (2003). *Ruimte om te sterven*, Lannoo, Tielt.
- Middelaar, P. van (2005). *Spiritualiteit en zorgverlening*, Lannoo, Tielt.
- Mooren, J.H.M. (2009). 'Identiteit en morele verbeelding', in: H. Alma en A. Smaling (red.), *Waarvoor je leeft. Studies naar humanistische bronnen van zin*, Humanistic University Press, Amsterdam.
- Nelson, J.B. (1976). *Rediscovering the Patient in Medical Care* Augsburg Publishing House, Minneapolis.
- Schaap, P.M., en E. van Boxel (red.) (2007). *AU! Bouwen aan de architectuur van de zorg* Stuurgroep Architecture in Health, Utrecht.
- Sheldrake, P. (2001). *Spaces for the Sacred: Place, Memory and Identity*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Smits, J.J.M., en J.N. Hinke (2003). *St. Lambertusbasiliek Hengelo. Rondleiding door geschiedenis, geloof en gebouw*, Stichting Drents-Overijsselse Kerken, Delden.
- Ulrich, R.S. (1995). 'Effects of Healthcare Interior Design', in: S.O. Marberry, *Innovations in Healthcare Design*, Van Nostrand Reinhold, New York.
- Vissers, K. (2010). 'Spiritualiteit en palliatieve zorg', in: C. den Draak en W. Smeets (red.), *Van kapucijn tot consulent spirituele zorg*, KSGV, Tilburg.
- Wright, S.G., en J.S. Adams (2000). *Sacred Space: Right relationship and spirituality in health care*, Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Zandbelt, L.C. (2006). *Patient-Centered Communication in Medical Specialist Consultation*, Proefschrift Universiteit van Amsterdam.