

was in the hospital ... I didn't see anything positive ... the only focus was on me, to get me better again. This room is positive and will help me to be positive.' Some patients mentioned that the room would help them in the end of their hospitalization, but for the initial days in the hospital it would create too many stimuli. 'A patient is really away the first days ... light can be very disturbing in the beginning ... you want peace of mind the first days.' Another remark was that when you are in the hospital you don't have much control over the environment. It would be nice to get more control over the environment.

Conclusion and discussion

The hospital staff and former patient evaluation in the laboratory setting gave us an indication of the likely impact of the Adaptive Patient Room. Both user groups saw the possible positive effects of the ADRA system. Furthermore, this laboratory evaluation of the concepts was an important step that enabled to improve the shortcomings of the current concept before starting clinical trials. For example, both former patients and hospital staff expressed the need for personalization of the room.

An evaluation by actual patients requires a clinical study. Also, the laboratory setting is an approximation for the actual setting, but lacks aspects such as crowdedness and stress, which participating staff has to factor in from own experience. However, setting up the laboratory study proved very valuable, as it helped to identify expected effects and shortcomings in a much earlier research phase. It also enabled generating feedback from different departments from different institutions, that all expect similar added values of the ADRA concept. This allowed generalizing the findings to other institutions, which would not have been possible when moving directly into a clinical trial, which typically provides feedback from a single site only.

In addition, the laboratory evaluations helped to make hospitals enthusiastic to participate in a subsequent clinical trial because they could experience the concepts first hand and anticipate the added value.

We have to state that this was only a pilot study because of the low number of participants. With regard to future work, the adaptive patient room will be tested with patients in a hospital setting, after implementing the lessons learned.

Acknowledgment

We thank all patients, medical staff, researchers and designers that have contributed to defining and validating the issues, concepts, and solutions proposed in this work. Furthermore, we thank all who have contributed to improving this paper. Parts of this work have been published elsewhere (see references) and presented at conferences such as the 1st International Conference on Optimal Healing Environments (van Loenen, 2012).

References

- Bringslimark, T., Hartig, T., & Patil, G.G. (2009). The psychological benefits of indoor plants. *Journal of Environmental Psychology*, 29(4), 422-433.
- Daemen, E.M.L., Cuppen, R., Flinsenberg, I., Loenen, E. van, & Rajae-Joordens, R. (2011). Contextual Research for Healing Patient Rooms Design. In: *Proceedings of the First European Conference on Design4Health 2011*, Sheffield, 95-110.
- Daemen, E.M.L., Cuppen, R., Flinsenberg, I., Loenen, E. van, & Rajae-Joordens, R. (2013a). Adaptive Daily Rhythm Atmospheres for stroke patients: A staff evaluation. In: *Proc. Pervasive Health 2013*, Venice, 121-128.
- Daemen, E.M.L., Behere, S., Cuppen, R., Facey, J., Flinsenberg, I., van Loenen, E., & Rajae-Joordens, R. (2013b). Creating an adaptive healing room for neurology patients. *World Health Design Jan.2013*, 72-77.
- Flinsenberg, I., Cuppen, R., Loenen, E. van, & Daemen, E. (2011). Context-Aware System for Neurology Hospital Wards. *Lecture Notes on Computer Science*, 83, 366-373.
- Grinde, B., & Patil, G.G. (2009). Biophilia: does visual contact with nature impact on health and well-being? *International journal of environmental research and public health*, 6(9), 2332-43.
- Hafsteinsdóttir, T.B., & Grypdonck, M. (1997). Being a stroke patient: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 580-588.
- Loenen, E. van (2012). Towards smart healing environments. Presentation at the 1st Int. Conf. on Optimal Healing Environments, Rotterdam, 28-11-2012.
- Philips Research (2011). Adaptive Healing Room. <http://www.youtube.com/watch?v=iedIODuXes>. Retrieved 31-1-2014.
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A., Choudhary, R. (2004). The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century The Center for Health Design, 2004.
- Ulrich, R. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, 224(21), 420-421.
- Velarde, M.D., Fry, G., & Tveit, M. (2007). Health effects of viewing landscapes, *Urban Forestry & Urban Greening*, 6(4), 199-212.
- Wakamura, T., & Tokura, H. (2001). Influence of bright light during daytime on sleep parameters in hospitalized elderly patients. *Journal of physiological anthropology and applied human science*, 20(6), 345-51.
- Walch, J.M., Rabin, B.S., Day, R., Williams, J.N., Choi, K., & Kang, J.D. (2005). The effect of sunlight on postoperative analgesic medication use: *Psychosomatic medicine*, 67(1), 156-63.

Abstract

This article describes research into a new type of patient room, designed to be adaptable to the changing needs of patients during their hospital stay. We initially focus on stroke patients. The concept is being developed through a fully user centered design process, whereby patients and hospital staff are involved in all phases, from the early insight generation research up to the final clinical tests. To analyze as early as possible in the process if the concept will adequately address the needs identified in the insight phases, a fully functional prototype of this Adaptive Healing Room has been built in a laboratory setting, and evaluated with staff from different hospitals and with former stroke patients. The results of these evaluations are presented here. They show that the concept is very promising: staff as well as patients expect positive effects of virtually all features designed to support patients orientation and recovery. They also provide unexpected new insights, which will be used to further improve the concept.

Healing Environment in de praktijk

Onze omgeving, een gebouw en de inrichting van dat gebouw hebben veel invloed op onze beleving. Er is steeds meer aandacht voor die omgeving en voor de vraag hoe die omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van het herstel en welbevinden van de mens. Dit artikel licht toe, aan de hand van voorbeelden, hoe het concept Healing Environment kan worden vertaald naar een ontwerp van een eenpersoonskamer in een ziekenhuisomgeving vanuit het perspectief van de gebruiker.

E.R.C.M. Huisman¹ en H.S.M. Kort^{1,2}

Informatie over de auteurs

¹ Hogeschool Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg, Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, Lectoraat Vraaggestuurde Zorg.

² Technische Universiteit Eindhoven, Faculteit Bouwkunde, Unit Building Physics and Services.

Correspondentieadres

E.R.C.M. Huisman
Hogeschool Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg,
Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, Lectoraat
Vraaggestuurde Zorg
Bolognalaan 101
3584 CJ Utrecht
T +31 088 481 53 42
F +31 088 481 59 36
emelieke.huisman@hu.nl

Iedereen heeft wel eens een ziekenhuis bezocht. Misschien voor jezelf of om een bezoek te brengen aan een familielid dat in het ziekenhuis lag. Weet je nog welk gevoel jij had bij dit ziekenhuisbezoek?

Het verblijven in of het bezoeken van een ziekenhuis brengt vaak emoties met zich. Zowel positieve als negatieve emoties. Als je als patiënt het ziekenhuis binnenkomt, is vanaf dat moment al veel voor de patiënt gepland en geregeld. Het gevoel dat je geen regie meer hebt over je eigen lichaam of activiteiten die je wilt ondernemen kan vervelend zijn. Een ander voorbeeld is dat je een afspraak hebt in het ziekenhuis om een foto te laten maken, maar bij binnenkomst kun je niet de juiste afdeling vinden en kun je dit ook niet makkelijk vinden op de wegwijsborden bij de entree. Dit geeft je extra stress en je was toch al zo zenuwachtig voor het maken van die foto.

De twee voorbeelden illustreren wat een omgeving, gebouw of de inrichting van een gebouw voor invloed kunnen hebben op de beleving van de mens. Er is steeds meer aandacht voor die omgeving en de invloed hiervan en voor de vraag hoe de omgeving kan bijdragen aan het bevorderen van ons herstel en welbevinden.

Introductie

Ziekenhuizen hebben steeds meer aandacht voor de omgeving en wat de omgeving eventueel kan bijdragen aan het welbevinden van patiënten. Met de ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg en het steeds ouder worden van de bevolking wordt er steeds meer van ziekenhuizen gevraagd. Ziekenhuizen spelen hier op in door gebruik te maken van concepten als Healing Environment. Healing Environment kan worden gedefinieerd als: 'a place where the interaction between patient and staff produces positive health outcomes within the physical environment' (Huisman et al, 2012). Healing Environment is gebaseerd op Evi-

dence Based Design, dat gericht is op ontwerp oplossingen die zich in de praktijk al bewezen hebben. In Nederland is al een aantal ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen gebouwd volgens het principe van Healing Environment (Kort, 2012). Het nieuwe Meander Medisch Centrum (MMC) in Amersfoort is hier een voorbeeld van. Het MMC streeft ernaar dat het herstel van patiënten mede wordt bevorderd door het gebouw en dat de werknemers een prettig werkklimaat ervaren, waardoor dit bijdraagt aan de kwaliteit van zorg (Kort, 2012). Het MMC heeft in de nieuwbouw bijvoorbeeld aandacht besteed aan de route door het gebouw en heeft ervoor gekozen alleen eenpersoonskamers in het gebouw realiseren. De nieuwbouw van het MMC was als proeftuin onderdeel van het SIA RAAK project: 'Het ziekenhuis van de toekomst. Ontwerp van een Helende Ziekenhuisomgeving (HEZO)'. Zie ook www.researchinhealingenvironments.eu. Het concept Healing Environment vindt tevens toepassing in Nurse led clinics aan de University Hospital of Coventry en Warwick en het St Joseph Hospital in Tampa Bay area. Nurse led clinics kun je omschrijven als gespecialiseerde poliklinieken die worden geleid door gespecialiseerde verpleegkundigen (RN). In dit artikel gaan wij niet in op de organisatorische aspecten die spelen bij een healing environment, maar we concentreren ons op het ontwerp en inrichting van een eenpersoonskamer in een ziekenhuisomgeving vanuit het perspectief van de gebruiker en niet vanuit het perspectief van de ontwerper.

Ontwerp en inrichting van een eenpersoonskamer

Afbeelding 1 laat een plattegrond zien die is ingericht op basis van het Healing Environment en sluit aan op het principe van Evidence Based Design. De indeling en inrichting van de plattegrond van de eenpersoonskamers zijn benaderd vanuit de behoeften en wensen van de patiënten, familie en de zorgprofessionals. Het uitgangspunt van dit schetsontwerp is om te illustreren hoe de indeling en inrichting kan bijdragen aan het voorkomen van fouten, het vergroten van sociale en fysieke veiligheid, behoud van de eigen regie, privacy, comfort en ondersteuning door familie (Kort, 2012).

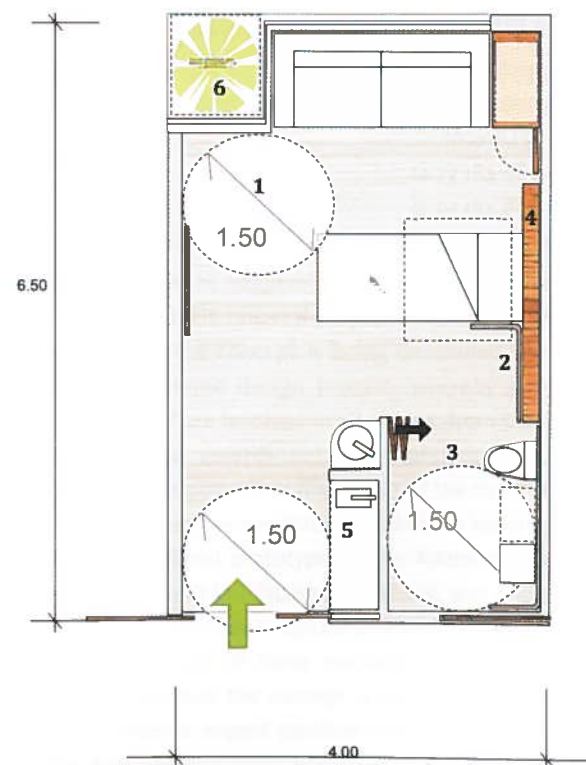
Zorg ervoor dat er voldoende ruimte is om draaicirkels te maken in een rolstoel of bij gebruik van een rollator. Houd ook rekening met het eenvoudig kunnen verplaatsen van het bed. Voldoende ruimte om te kunnen draaien kan bijdragen aan het vergroten van het comfort dat de patiënt ervaart, maar ook de mogelijkheid om zich zelfstandig te kunnen verplaatsen zonder dat hiervoor direct ondersteuning van een zorgprofessional of familie is gewenst.

De meeste ongelukken vinden plaats op weg naar of van de badkamer (Alcee, 2000; Brandis, 1999; Morgan et al, 1985; Wong et al, 1981). Door het plaatsen van een leuning aan de muur langs het bed richting de badkamer kan de patiënt

zichzelf ondersteunen bij het verplaatsen naar de badkamer. Hierdoor wordt de kans op vallen verkleind. Daarnaast kan het aanbrengen van een leuning ook bijdragen aan het vergroten van de eigen regie en de privacy van de patiënt. Het voorkomen en verspreiden van infecties is van groot belang in een ziekenhuisomgeving. Door elke eenpersoonskamer te voorzien van een eigen badkamer wordt de kans op het verspreiden van infecties verminderd. Ten tweede draagt een eigen badkamer bij aan het vergroten van de privacy van de patiënt. Voor de scheiding tussen de badkamer en kamer is gekozen voor een schuifdeur. De schuifdeur kan indien nodig helemaal open worden geschoven. Hierdoor ontstaat extra ruimte wanneer de patiënt hulp bij de verzorging nodig heeft. De extra ruimte zorgt ervoor dat de zorgprofessional de juiste ergonomische houding kan aannemen bij het verzorgen van de patiënt.

In de wand achter het bed is er voldoende opbergruimte voor de medische apparatuur gerealiseerd en deze kan hiermee uit het zicht worden geplaatst. De patiënt wordt door het uit het zicht plaatsen van de medische apparatuur niet direct geconfronteerd met het ziek zijn. Het wegnemen van het zicht op medische apparatuur kan bijdragen aan het comfort van de patiënt en het verloop van het genezingsproces van de patiënt (Ulrich, 1984).

Handenwassen en hygiëne is van belang bij het voorkomen en verspreiden van infecties. De meeste infecties worden overgedragen via handcontact (Joseph, 2006). Zorgprofessionals raken gedurende hun werkdag steeds verschillende



Afbeelding 1. Plattegrond eenpersoonskamer in een ziekenhuisomgeving (Huisman et al, 2012)

oppervlakten aan. Denk hierbij aan gordijnen rondom het bed, gordijnen bij het raam, het bed enzovoort. Daarnaast zijn zij voortdurend in aanraking met patiënten. Juist patiënten zijn vanwege ziekte of herstel van een operatie extra gevoelig voor het oplopen van een infectie. Door het realiseren van een eenpersoonskamer wordt er een natuurlijke barrière gecreëerd tussen de gang en de kamer. Hierdoor wordt de zorgprofessional automatisch getriggerd om zijn handen te wassen. In de plattegrond is bij binnenkomst van de kamer aan de linkerhand een wastafel geplaatst.

Ulrich (1984) geeft in zijn studie aan dat uitzicht op natuur kan bijdragen aan het bevorderen van het herstel van de patiënt. In de eenpersoonskamer is gekozen om over de gehele breedte van de kamer ramen te plaatsen. De ramen lopen door tot vlak op de grond. Hierdoor kan er ook vanuit het bed uit het raam worden gekeken. De tweede functie van het plaatsen van groot oppervlak van ramen is de toetreding van daglicht. Dit is van belang omdat licht nodig is om te kunnen zien, maar ook invloed heeft op de alertheid en het slaap- en waakritme van de mens.

Naast de indeling en inrichting van de eenpersoonskamer, zoals in de voorgaande punten toegelicht, kan het Healing Environment-concept ook worden ingezet bij het ontwikkelen en verbeteren van het meubilair in een eenpersoonskamer. Het bed kan gezien worden als belangrijk aspect in een ziekenhuisomgeving. Het ziekenhuisbed is zo ontworpen dat de patiënt zo veel mogelijk zelfstandig kan functioneren en daarmee de werkzaamheden voor de zorgprofessional kan verlichten. Het bed kan daarnaast ook worden gezien als hulpmiddel van de zorgprofessional en dat kan bijdragen aan de werkbeleving van de zorgprofessional. Werkbeleving kan worden gezien als onderdeel van het Healing Environment-concept en kan worden onderverdeeld in aspecten als functionaliteit, ondersteuning van techniek of hulpmiddelen en comfort (Huisman et al, 2012).

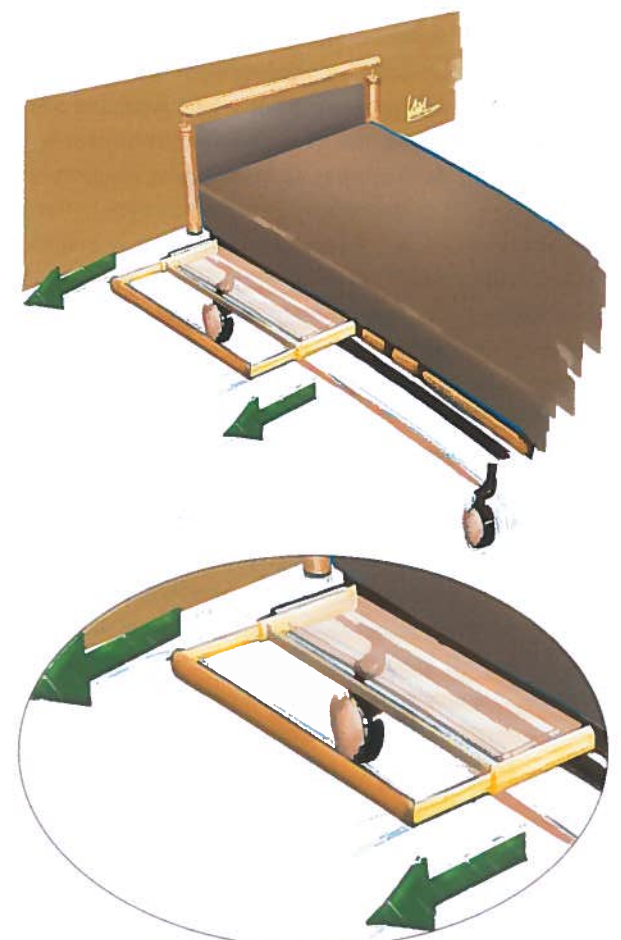
Het volgende voorbeeld gaat over het doorontwikkelen van de mogelijkheden van het bed.

Voorbeeld: de ruimte rond het bed

Een patiënt is niet in staat om het bed te verlaten en moeten worden gewassen aan het bed. Om de patiënt te kunnen wassen aan het bed heeft de zorgprofessional een teiltje nodig en eventuele andere extra hulpmiddelen. Echter, er is geen ruimte op het nachtkastje, want daar staan de persoonlijke spullen van de patiënt. Nu moet het teiltje naast het bed op de grond staan. Dit zorgt ervoor dat de zorgprofessional bij elke handeling opnieuw moet bukken. Dit zorgt voor een extra belasting voor de zorgprofessional. Zorgprofessionals voeren verschillende werkzaamheden uit rondom het bed. De verschillende werkzaamheden kunnen bestaan uit: het aanbrengen van een infuus, het meten van de bloeddruk, het wassen van de patiënt of het

verzorgen van wonden. De ruimte die de zorgprofessional heeft rondom het bed wordt vaak als krap ervaren. Dit werkt niet prettig omdat de zorgprofessional niet de juiste werkhouding kan aannemen of juist extra handelingen moet uitvoeren om ervoor te zorgen dat de taak kan worden uitgevoerd. Het probleem dat in het voorbeeld wordt geschetst is dat er rondom het bed onvoldoende ruimte beschikbaar is voor hulpmiddelen die de zorgprofessional gebruikt. Dit kan invloed hebben op de werkbeleving van de zorgprofessional.

Afbeelding 2 laat een concept zien waarbij het bed is aangepast aan de behoefte van de zorgprofessional waardoor het een bijdrage kan leveren aan werkdrukverlaging van de zorgprofessional. In het concept gaat het om de functionaliteit van de leuning. In het voorbeeld kan de leuning van het bed door de zorgprofessional ook als bijzettafel worden gebruikt door de leuning naar beneden te klappen en daar een blad overheen te schuiven. Zo kan de zorgprofessional het teiltje naast het bed kwijt zonder dat er andere objecten verplaatst moeten worden of extra handelingen moeten worden uitgevoerd. Dit draagt bij aan het vergroten van werkcomfort van de zorgprofessional en dit kan de kwaliteit van zorg vergroten.



Afbeelding 2. Het creëren van extra werkruimte voor de zorgprofessional met behulp van de leuning van het bed

Dit voorbeeld illustreert dat het bed als hulpmiddel kan worden gezien voor de zorgprofessional en daardoor meer functionaliteiten heeft dan alleen een ligfunctie voor de patiënt. Door in het ontwerpproces bewust te zijn en na te gaan wie het product of hulpmiddel gaat gebruiken kan het product beter worden afgestemd op de wensen en behoeften. Het afstemmen op de behoeften en wensen van de gebruiker in het ontwerp van het product is de gedachte achter het Healing Environment-concept.

Tot slot

De besproken voorbeelden illustreren hoe de gedachte achter Healing Environment vertaald kan worden naar een ontwerp van een eenpersoonskamer in een ziekenhuisomgeving. De voorbeelden zijn benaderd vanuit het perspectief van de gebruiker en niet vanuit het perspectief van de ontwerper. Het is daarom van belang dat bij het ontwerpen van een gebouw, een onderdeel van een gebouw of product, in kaart wordt gebracht wat de behoeften zijn van de gebruiker. Echter, er bestaat niet één waarheid voor het Healing Environment-concept. Evidence Based Design is een tool die helpt om gericht te kunnen ontwerpen om zo een Healing Environment te kunnen creëren.

In dit artikel is de focus gelegd op het ontwerp en de inrichting, maar ook de bouwfysische aspecten spelen een rol. Daarnaast behoort ook de omgeving waar het ziekenhuis staat te worden meegenomen in het geheel. Aspecten waar onder andere rekening mee gehouden kunnen worden zijn: uitstraling van de omgeving, bereikbaarheid, daglicht en kwaliteit van de buitenruimte. Bovendien wordt bij lang niet alle aspecten het hoogste evidentieniveau behaald (Huisman et al, 2012). Een groot deel van de aspecten binnen Healing Environment is gebaseerd op practice-based en niet op evidence-based.

Tot slot: ziekenhuizen, maar ook zorginstellingen, zijn zich steeds meer bewust van hoe het gebouw, een ontwerp en de inrichting een rol kunnen spelen om het herstel te bevorderen en/of kwaliteit van de zorg te vergroten. Wanneer het gaat om het realiseren van een Healing Environment is het van belang om niet alleen de focus te leggen op het gebouw of de inrichting van een gebouw, maar ook te kijken naar het zorgproces en de gebruiker van het gebouw. De interactie tussen het gebouw, de gebruiker en het zorgproces wordt een Healing Environment genoemd.

Acknowledgements

Met dank aan de Marco van Heemst, Marlies van den Hil, Tsun Wang en Wout Zwiep van Hogeschool Utrecht van de Faculteit Natuur en Techniek en de Faculteit Gezondheidszorg, die gewerkt hebben aan de vraag van een van de consortiumpartners binnen het HEZO-project. Ook dank aan Ernesto Morales van de Laval Universiteit te Canada. Het project genaamd 'Het ziekenhuis van de toekomst. Ontwerp van een Helende Ziekenhuisomgeving (HEZO)' is mede gefinancierd door SIA RAAK (registratienummer 2009-13-9H).

Referenties

- Alcee, D.A. (2000). The experience of a community hospital in quantifying and reducing patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(3), 43-5.
- Brandis, S. (1999). A collaborative occupational therapy and nursing approach to falls prevention in hospital inpatients. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 19(4), 215-21.
- Huisman, E.R.C.M., Morales, E., van Hoof, J., Kort, H.S.M. (2012). Healing Environment: A review of the impact of the physical environmental factors on users. *Building and Environment*, 58, 70-80, doi: 10.1016/j.buildenv.2012.06.016.
- Joseph, A. (2006). The impact of the environment on Infections in Healthcare Facilities. The Center for Health Design. *Issuepaper 1*, Concord, California, USA.
- Kort, H.S.M. (2012). *Bouwen voor zorg en gezondheid. Intreerede*. Technische Universiteit Eindhoven, Eindhoven, Nederland.
- Malschaert, R. (2011). *De mogelijke bijdrage van een ziekenhuislocatie aan healing environments*. Hogeschool Utrecht, Utrecht.
- Morgan, V.R., Mathison, J.H., Rice, J.C., Clemmer, D.I. (1985). Hospital falls: A persistent problem. *American Journal of Public Health*, 75(7), 775-7.
- Stappers, P.J., Sleeswijk Visser, F., & van der Lugt, R. (2007) Teaching contextmapping to industrial design students. Proceedings of the INCLUDE Conference, Londen, UK: Royal College of Arts. Geraadpleegd op 26 januari, 2011 van <http://studiolab.io.tudelft.nl/static/gems/contextmapping/IncludeStappers.pdf>.
- Ulrich, R.S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420-1.
- Wong, S., Glennie, K., Muise, M., Lambie, E., & Meagher, D. (1981). An exploration of environmental variables and patient falls. *Dimensions in Health Services*, 58(6), 9-11.

Uit de vereniging

Graag informeer ik jullie over de vorderingen inzake de integratie van verenigingen en stichting op het gebied van de ergonomie.

Ik heb in de afgelopen weken ruim dertig leden van NVvE gezien en gesproken. Dat was mede mogelijk in het kader van mijn aanstaande pensionering en het afscheidsrondje dat ik maak. Voor mij was dit een verdere verkenning van wat men verwacht, en een kans om iedereen te informeren. Ik ben erachter gekomen dat mijn opdracht als kwartiermaker een soort organisch proces vereist: het moet groeien door wat er gebeurt. Werken volgens een vooraf gestructureerd plan is niet mogelijk, daarvoor is nog te veel onzeker.

Op 13 januari hebben we de start van Commissie Koningsveld-II gehad. Hierin zitten: Hugo Bos, Kees Peereboom, Carin van den Bosch, Matthijs Netten, Huub Pennock en Hans Logtens. Daaromheen is een kring van sleutelfiguren, die ik al bezocht heb en waarvan een deel betrokken wordt in werksessies.

We hebben op 13 januari een startnotitie vastgesteld voor de werving van een strategie- en communicatiebureau, en drie bureaus geselecteerd voor offertes. Op 27 januari hebben de bureaus hun ideeën gepresenteerd; daarbij waren Huub, Matthijs en ik aanwezig. Unaniem hebben we gekozen voor bureau Emotion uit Apeldoorn. Criteria die we tevoren hadden opgesteld waren: participatie, creativiteit, aanpak en prijs. Op prijs ontliepen de offertes elkaar nauwelijks. Emotion heeft de opdracht gekregen, gebaseerd op hun voorstel in de eerste werksessie een stapje terug te doen en door hun sterk participatieve houding. Het stapje terug is essentieel, want we moeten het echt eens zijn over de basis: wat houdt het vakgebied in, welke ambities zijn er en zijn die realistisch? Emotion gaat ons vanuit hun vakgebied leiden in ons proces. Zij vatten samen wat we bereiken en komen met concrete voorstellen op grond van wat wij inbrengen.

In twee werksessies wordt een sterke SWOT gemaakt (analyse van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen),

en een zogenoemd Merkdokument opgesteld (met o.a. missie, visie, motto en merkwwaarden). Deze fase heeft mental brand. Naam en/of motto moeten ons vakgebied kernachtig en sterk kunnen overbrengen. Als iedereen die actief is in ons vakgebied dit overneemt en vaak communiceert, zal de branding van ons nieuwe profiel haast vanzelf plaatsvinden.

Daarna kan de 'visual brand' stapsgewijs vorm krijgen. Hierin wordt passie voor ergonomie/human factors uitgewerkt in beelden: logo, beeldmerk van de website.

Per werksessies nemen acht vertegenwoordigers van NVvE, ReN, SRe, StEO deel, de samenstelling verschilt per werksessie. Voor de PRS-prijs houd ik contact met het bestuur van de Stichting PRS.

Alle drie de bureaus die geoffereerd hebben, hebben ons aangeraden voorzichtig te zijn met het geheel loslaten van het begrip ergonomie.

De werksessies vinden plaats op 24 februari en 3 en 22 april (ten tijde van verschijnen van dit tijdschrift liggen er dus al twee sessies achter ons). In de tussentijd worden andere onderwerpen uitgewerkt zodra dat kan. Dat zijn dan: een visie op onderwijs, nieuwe statuten, de rol van het Tijdschrift, bestuursmodel en bestuursamenstelling.

Wat kunnen jullie doen? Ik zal jullie geïnformeerd houden over de vorderingen. Alle input is welkom. Uiteindelijk doen we in de ledenvergaderingen van 14 mei a.s. concrete voorstellen. We zullen in die bijeenkomsten alle aanwezigen door ons proces heen laten gaan, zodat ze de voorstellen kunnen plaatsen en begrijpen. Als de voorstellen worden aangenomen, verwachten we van alle leden dat ze de voorstellen zullen incorporeren in hun eigen professionele handelen. Alleen als we met velen dezelfde boodschap uiten, kan het ultieme doel 'een sterker imago van de ergonomie/human factors' worden bereikt.

Ernst A.P. Koningsveld, Eur.Erg.