AU!
ISBN 978-90-811772-1-4
9 789081 177214 >
BOUWEN AAN
DE ARCHITECTUUR
VAN DE ZORG

07

INHOUD

VOORWOORD - pag.6

DEEL 1

SLAGROOM OP DE SUIKERTAART ~ Peter Michiel Schaap
De (gesloten) wereld van de zorgarchitectuur - pag. 10

Oogziekenhuis Rotterdam - pag. 20
Maaslandziekenhuis - pag. 22

NIEUWE VERBANDEN ~ Bram Esser en Peter Michiel Schaap
Over de heroriëntatie van zorginstellingen op stad en regio - pag. 26

Viedome - pag. 34

SOFTWARE VOOR DE ZORGMACHINE ~ Bram Esser en Peter Michiel Schaap
De (problematische) verhouding tussen zorgconcept en vastgoed - pag. 36

Deventer Ziekenhuis - pag. 42
Parnassia - pag. 44

HOLLANDS ZORGLANDSCHAP ~ Wim te Brake
Veertig jaar bouwen aan de zorg - pag. 50

DEEL 2

ELKE VIERKANTE METER VERDIENEN ~ Marinus Verweij
Majeure wijzigingen in de financiering van zorggebouwen - pag. 108

RIJKERE PERSPECTIEVEN OP UW ZORGGEBOUW ~ Robbert Huijsman
Het pand als bedrijfsinstrument in het serviceconcept van de maatschappelijk zorgondernemer - pag. 118

HEALTHVALLEYS, ZORGPARKEN EN CAMPUSSEN ~ Janny Rodermond
Omslag van institutionele naar consumentgerichte architectuur - pag. 124

OPDRACHTGEVERSCHAP IN DE ZORG ~ Herma de Wijn
De noodzaak van visie en vastberadenheid - pag. 134

IS METEN WETEN? ~ Brigitte Louise Hansen
Notities over Evidence Based Design vanuit ontwerpperspectief - pag. 142

SPECIAL

RANDSTAD HEALTH CLUB ~ ZUS / Elma van Boxel en Kristian Koreman
Een nieuwperspectief op 'gezonde' stedenbouw - pag. 152

Over de auteurs - pag. 164
Colofon - pag. 166

VOORWOORD

De aandacht voor zorg en architectuur is de laatste jaren enorm gestegen. Het bewustzijn is gegroeid dat zorggebouwen aanzienlijk meer kunnen dan alleen het 'wegzetten' van een functie. Niet alleen omdat ze het als collectieve voorziening simpelweg verdienen om fatsoenlijk te worden vormgegeven, maar ook omdat goed vormgegeven zorggebouwen wel eens een positief effect zouden kunnen hebben op bedrijfsprocessen, op exploitatie, op de algehele uitstraling van de zorg en niet in de laatste plaats op het genezingsproces van de patiënt. De Technische Universiteit Delft pakte de thematiek op, het Stimuleringsfonds voor Architectuur deed twee open oproepen aan ontwerpers en architecten, de Gezondheidsraad en de Raad voor Gezondheidszorg Onderzoek namen 'de architectuur van de zorg' op in hun werkprogramma's en het College bouw zorginstellingen initieerde de internationale architectuurprijsvraag *Future hospitals: competitive and healing*.

Wie er precies verantwoordelijk is voor deze gestegen belangstelling is moeilijk te zeggen, maar zeker is wel dat de gerezen aandacht voor architectuur te maken heeft met de grote veranderingen binnen de zorgwereld. Zo is de dwingende regelgeving verdwenen, evenals de invloed van een aantal grote advies- en architectenbureaus, en neemt de concurrentie toe. Bovendien is er de invloed van het ruim negen jaar geleden door het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) geïnitieerde project *The Architecture of Hospitals*, dat in de veranderende zorgwereld een goede voedingsbodem vond voor een ander geluid. Met talloze workshops, publicaties, studies, congressen en seminars stelde het project zich (succesvol) tot doel de als zeer gesloten bekend staande ziekenhuiswereld te overtuigen van het immense belang van architectuur. Daarnaast dienden architecten het ziekenhuis weer te gaan beschouwen als een interessante architectonische uitdaging.

Als afsluiting was het UMCG in april 2005 met een groot slotcongres, eveneens *The Architecture of Hospitals* getiteld, drie dagen lang hét centrum voor alles en iedereen die zich internationaal bezighield met zorg en architectuur. De impact van het congres was groot, maar gelijktijdig was er ook het besef dat voor een daadwerkelijke omwenteling in het denken over architectuur en zorggebouwen blijvende aandacht noodzakelijk was. Want al is de aandacht daar, het belang van architectuur in de gezondheidszorg wordt nog niet ten volle onderkend.

Opdat het gerezen enthousiasme niet zou vervliegen, sloegen een aantal belanghebbende partijen daarom de handen ineen met de oprichting van de Stuurgroep *Architecture in Health*. De stuurgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van het College bouw zorginstellingen, het Stimuleringsfonds voor Architectuur, de STAGG, het Atelier Rijksbouwmeester en het UMCG, stelde zich tot doel de aangewakkerde interesse rond zorg en architectuur verder te bevorderen en de landelijke discussie te stimuleren over thema's als *Evidence Based Design*, zorgmodellen, technologie, stedelijke inpassing en opdrachtgeverschap. Bovendien zette het initiatief in op het ontwikkelen, ontsluiten en toepasbaar maken van allerhande kennis die een impuls kan zijn voor vernieuwingen in de bouw van gezondheidszorgvoorzieningen. Besloten werd daarbij om niet alleen naar het ziekenhuis, maar nadrukkelijk zorgbreed te kijken: naast de *cure*- dus ook naar de *care*sectoren die binnen de zorg een substantieel onderdeel uitmaken van het totaal aan zorgvoorzieningen in Nederland. Daarbij diende *Architecture in Health* ook nadrukkelijk een gezamenlijk platform te worden voor architecten, wetenschappers en zorg- en overheidsorganisaties, dit vanuit de overtuiging dat het samenbrengen van wetenschap, beleid en praktijk mogelijkheden schept om samen tot vernieuwende oplossingsrichtingen te komen.

In de periode november 2005 – juni 2006 werden vervolgens zeven sessies georganiseerd rond de thema's zorgconcepten, technologie, opdrachtgeverschap, *Evidence Based Design* en architectuur en stedelijke inpassing. De bijeenkomsten vonden plaats in het oude Deventer Ziekenhuis (Zorgconcepten in *cure*, 22 november 2005), Woonzorgcentrum Ter Reede te Vlissingen (Zorgconcepten in *care*, 01 februari 2006), het oude Maaslandziekenhuis te Sittard (Technologieconcepten in *cure*, 21

februari 2006), VieDome proefwoning, Waalre (Technologieconcepten in *care*, 30 maart 2006), Parnassia Den Haag, (Gezondheidszorg en stedelijke inpassing, 12 april 2006), Sanatorium Zonnestraal, Hilversum (Bouwmeesterschap, 31 mei 2006) en het Rotterdamse Oogziekenhuis (*Evidence Based Design*, 21 juni 2006).

Nu, bijna een jaar na de laatste sessie, ligt er naar aanleiding van de zeven bijeenkomsten een boek. Toch moet deze publicatie niet beschouwd worden als een verslag of eindrapport. Als de sessies één ding aantoonden, dan was het wel dat er naast talloze kansen en mogelijkheden sprake is van even zoveel dilemma's en problemen. Tussen droom en werkelijkheid gaapt dus nog een groot gat, dat vraagt om voortdurende aandacht, innovatie, ontwikkeling van ideeën en concepten en overdracht van kennis tussen wetenschap, zorg en architectuur. Juist daarom is ervoor gekozen geen traditioneel rapport te maken, maar een uitdagend en agendastellend boek; een collectie van kritische essays die zich richten op bestuurders, architecten, politici en opdrachtgevers in de zorg. Aan de hand van belanghebbende thema's als de bruikbaarheid van zorgconcepten, financieringsstrategieën, vastgoedstrategie en de zin en onzin van *Evidence Based Design* wil het de wereld van *cure* en *care* verder openbreken en verfrissen met nieuwe ideeën en inzichten. Het wil het belang aantonen van goed opdrachtgeverschap. Het wil aandacht vragen voor de collectieve betekenis van zorggebouwen en zodoende een steen in de vijver zijn van zowel de architectuur als de zorgsector. Zo willen we de lezer dwingen tot nadenken en tot concrete actie. Want alleen dan kunnen de kansen en mogelijkheden die zorg en architectuur elkaar bieden, worden verzilverd.

DEEL 1

Wat zijn de centrale thema's waar de zorg de komende jaren mee te maken krijgt? Wat betekent het denken vanuit zorgconcepten voor een gebouw? Welke impact heeft technologie? Hoe staat het met de stedenbouwkundige inpassing van zorggebouwen? Welke kansen biedt *Evidence Based Design*? En wat impliceert goed opdrachtgeverschap?

Aan de hand van dergelijke vragen en vanuit het perspectief van architectuur, ontwerp en gebouw werden tussen november 2005 en juni 2006, op initiatief van de Stuurgroep *Architecture in Health* (AIH), zeven bijeenkomsten georganiseerd. Deze waren bedoeld om te achterhalen waar de kansen en mogelijkheden, maar zeker ook de dilemma's van de zorgsector liggen. De bijeenkomsten vonden achtereenvolgens plaats in het Deventer Ziekenhuis, Woonzorgcentrum Ter Reede in Vlissingen, het Maaslandziekenhuis te Sittard, de VieDome proefwoning in Waalre, de Parnassiavestiging aan de Monsterseweg in Den Haag, Sanatorium Zonnestraal in Hilversum en het Rotterdams Oogziekenhuis; stuk voor stuk instellingen of gebouwen waar de thematiek van bouw en ontwerp op een bijzondere manier tot uiting komt.

Dit eerste deel van het boek geeft aan de hand van een drietal essays inzicht in de uitkomsten van de sessies. Gelardeerd met (geanonimiseerde) uitspraken van deelnemers aan de bijeenkomsten agenderen ze de kansen en dilemma's van de zorgsector. Deel één bevat daarnaast een aantal projectbeschrijvingen die, in relatie tot de inhoud van de essays, nadere informatie verstrekken aangaande vijf van de door *Architecture in Health* bezochte locaties.

Peter Michiel Schaap

SLAGROOM OP DE SUIKERTAART

De (gesloten) wereld van de zorgarchitectuur

Hoewel er de laatste jaren sprake lijkt van een positieve beweging, oogt de wereld van de zorg voor menigeen nog altijd als een gesloten bastion. Zeker over het ziekenhuis mocht jarenlang niets worden gezegd door personen van buiten de zorgsector. Dat zou een te specialistisch gebouw zijn om door buitenstaanders te worden beoordeeld, laat staan ontworpen. Zij die in al hun naïviteit toch voet aan de grond probeerden te krijgen in de zorgwereld, kregen in negen van de tien gevallen nul op het rekest. Wat dachten ze wel! Net zoals in de scholenbouw en in de volkshuisvesting was het ontwerp van een ziekenhuis voorbehouden aan een selecte groep architecten die zich dankzij jarenlange ervaring in de sector voldoende hadden gekwalificeerd voor deze moeilijke opgave. Specialistenwerk dus.
Natuurlijk schuilt er ook wel enige waarheid in die kwalificatie. Niemand zal ontkennen dat ziekenhuizen complexe gebouwen zijn waarin onnoemelijk veel processen samenkomen, elk met een eigen dynamiek. Bovendien hebben ze te maken met de al voortschrijdende ontwikkelingen op medisch en technologisch vlak. Daardoor is het risico groot dat ieder nieuw ziekenhuis op het moment van oplevering alweer is verouderd omdat technologieën, zorgconcepten en behandelmethoden inmiddels alweer tien stappen verder zijn. Flexibiliteit is dus te allen tijde geboden.
Maar maakt dit alles een ziekenhuis automatisch complexer dan een groot internationaal vliegveld, een treinstation of een multifunctioneel cultureel centrum? Nee, niet per definitie. En als een ziekenhuis al complexer is, dan gaat dat slechts op voor circa dertig procent van de bouwmassa. Want wie goed naar een ziekenhuis kijkt, komt al snel tot de conclusie dat grote delen juist verre van specifiek zijn. Denk bijvoorbeeld aan alle kantoren, gangenstelsels, keukens, wachtkamers en ontvangstruimten. Ze zijn in niets specifieker dan vergelijkbare ruimten elders. Iedere goede architect zou dus, bijgestaan door specialistische kennis, in staat moeten worden geacht een goed ziekenhuis te ontwerpen.
Vanwaar dan die geslotenheid? Waarom trekt de ziekenhuiswereld zich terug achter de veronderstelde complexiteit van haar gebouwen en laat zij slechts sporadisch nieuw bloed toe? Enerzijds is er de kwestie tijd. Want hoe langer een sector vasthoudt aan het idee-fixe van bijzonderheid, hoe meer zij erin gaat geloven, de gelederen sluit en wars wordt van engagement en meningen van buiten. Anderzijds is het ziekenhuis op een ander vlak wél extreem complex; niet zozeer het gebouw, maar wel alles dat en iedereen die zich daaromheen beweegt. De gespecialiseerde ziekenhuisontwerpers incluis. Wat dat betreft is het ziekenhuis een optelsom van talloze heilige huisjes, ofwel, in de woorden van Cor Wagenaar, architectuurhistoricus en redacteur van het boek *The Architecture of Hospitals:* "Het ziekenhuis is een uitdrukking van de macht van het medisch-technologisch complex, van de belangen van de medische stand, de financiële belangen van verzekeraars en de producenten van medische apparatuur, de politieke belangen en de bureaucratische netwerken van ambtenaren en managers." De eigenlijke complexiteit zit dus niet in het gebouw, maar in alle belangen in en rond dat gebouw.

Binnen dit krachtenspel heeft de architectuur weinig tot niets in te brengen, zeker wanneer het gaat om architectuur met

een grote A. Los van een aantal positieve uitzonderingen waaronder het UMCG in Groningen, het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam en het eveneens Rotterdamse Oogziekenhuis, wordt architectuur binnen veel instellingen, zowel binnen de *cure* als de *care*, weggezet als emotie of esthetische slagroom op de taart. Ook bestaat het idee dat architectuur per definitie duur is. Bovendien wordt het gebouw veelal niet als een primair probleem gezien. Bestuurders zijn meer bezig met het optimaliseren van bedrijfsprocessen. Ze beschouwen architectuur daarbij als iets extra's en zeker niet als een discipline die van waarde kan zijn voor het faciliteren van die bedrijfsprocessen. Uitspraken als: "Voor de aard van ons werk hoef je helemaal niet zo'n mooi huis te hebben", "Als we dan gaan rekenen komen we uit bij wat we altijd al maken: een betonnen gebouw met gemetselde buitenkant" en "Je moet ook zorgen dat het niet te duur wordt, dat mensen niet denken dat ze voor het gebouw moeten betalen" zijn in de zorgwereld dan ook eerder regel dan uitzondering. Daardoor stoppen we al jaren de modernste medische technologie en zorgprogramma's in gebouwen die we allang kennen. Zelfs gebouwen die door moeten gaan voor vernieuwend, zoals het nieuwe Maaslandziekenhuis in Sittard, het Martiniziekenhuis in Groningen of het Deventer Ziekenhuis zijn, hoe mooi en bijzonder ook, in wezen traditioneel van opzet. Ze grijpen terug op bestaande concepten of zijn een optelsom van nieuwe inzichten, oude ideeën en hippe veronderstellingen. Zo valt bij vrijwel iedere nieuwbouwoperatie tegenwoordig wel de uit de Verenigde Staten overgewaaide term *Evidence Based Design*, en dat terwijl vrijwel niemand precies weet wat het nou precies impliceert, laat staan dat het al duidelijk is of - en zo ja tot op welke hoogte - een ontwerp überhaupt *evidence based* kan zijn en zodoende bij kan dragen aan het genezingsproces van een patiënt. Ook tekenend voor het gebrek aan vernieuwing is dat in Nederland bij vrijwel alle nieuwbouwoperaties nog steeds wordt gewerkt met de klassieke scheiding tussen exploitatie en investering. Waar gebouwen een theoretische levenscyclus van 40 - 50 jaar hebben gaat de technologie, zoals eerder gezegd, veel korter mee. Gevolg daarvan is dat ziekenhuizen na 20 - 25 jaar voor een *mid life* renovatie staan die over het algemeen ongelofelijk veel geld kost en bijna niets oplevert. Vaak is het resultaat dan ook suboptimaal. Maar waarom bouwen we dan niet gewoon ziekenhuizen met een levenscyclus van 25 jaar of gaan we veel intelligenter om met een gebouw, zodat we na 25 jaar niet hoeven te kijken naar de levensduur van het geheel maar slechts naar die specifieke elementen welke sterk aan veroudering onderhevig zijn?

Dat de weg naar meer innovatieve gebouwen niet wordt ingeslagen, ligt natuurlijk direct in het verlengde van de manier waarop de zorgsector werkt en aankijkt tegen haar gebouwen. Want wie architectuur ziet als een luxegoed en dingen het liefst blijft doen zoals hij of zij dat gewend is, zal nooit tot het besef komen dat juist de architectuur een belangrijke bijdrage kan leveren aan een goed gebouw. Het is een fenomeen waar de architectuur ook buiten de zorg regelmatig mee te maken krijgt. Het zure is dat de architectuur - soms onbedoeld - meewerkt aan het bestendigen van dit beeld. Loop maar eens door een met architectenmonografieën gevulde boekenkast of bezoek een architectuurtentoonstelling en wat direct opvalt is de enorme, haast hedonistische nadruk op het beeld: de architect als de nieuwe popster en zijn of haar architectuur als haute couture.

"Wie architectuur ziet als een luxegoed zal nooit tot het besef komen dat juist architectuur een belangrijke bijdrage kan leveren aan een goed gebouw."

Helaas wordt door die enge opvatting van wat architectuur is (en kan) - al dan niet bestendigd door de architectuur zelf - voorbijgegaan aan het wezen van de architectuur, namelijk dat van ruimtemaker en intelligente vertaler van een programma in een zo goed mogelijk functionerend gebouw. En dat is jammer. Er is namelijk wel degelijk genoeg grond om met meer ontwerpende aandacht naar ziekenhuizen en andere zorginstellingen te kijken. Allereerst omdat gezondheidszorgvoorzieningen in Nederland nog altijd voor een belangrijk deel een collectief karakter dragen en het zodoende simpelweg verdienen om met zorg vormgegeven te worden. Daarbij hebben zorginstellingen als grote institutionele partijen en notoire veelbouwers een verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van de gebouwde omgeving. Daar komt nog eens bij dat architectuur een wezenlijke bijdrage kan leveren aan een goed functionerend gebouw; een bijdrage die veel verder gaat dan alleen een mooi geveltje. Dan gaat het dus niet om het uitzoeken van een paar hectare vloerbedekking of een leuk kleurtje voor op de wand maar om de logica van een gebouw, de gebruikswaarde, de beleving en representatie, de kwaliteit van de zorginstelling als werkplek en, niet onbelangrijk, de manier waarop het gebouw zich verhoudt tot de omgeving. Wat doet het gebouw met de bezoeker? Wat doet het voor de medewerkers? Ben je als zorginstelling uitnodigend en gastvrij? Wat

Studie naar de typologie van Nederlandse ziekenhuizen.
Bron: Berlage Institute, Research Studio Building Hospitals - Hospital Buildings (2005)

voor signaal zend je uit als organisatie? En vooral, of we nu wel of niet geloven in *Healing Environments* en *Evidence Based Design:* wat doet een gebouw met de patiënt? Voelt een patiënt zich op z'n gemak? Kan hij of zij makkelijk zijn weg vinden? En heeft een patient bij een lange opnametijd, bijvoorbeeld als gevolg van een hart- of levertransplantatie, de mogelijkheid om even te vergeten gehospitaliseerd te zijn? Om de kosten hoeven we het allemaal niet te laten. Allereerst omdat deze doorgaans een fractie bedragen van de totale exploitatie, zeker wanneer de (ge)bouwkosten worden afgezet tegen de personeelslasten. Daarnaast is het een misvatting dat architectuur duur is, en mocht dat al zo zijn dan is goede architectuur zeker niet duurder dan slechte. Tot slot is het zeer wel denkbaar dat een goed ontworpen gebouw zich op een of andere manier terugverdient; in de exploitatie, als marketinginstrument of in de manier waarop het gebouw zich vormt naar, dan wel de ruimte geeft aan de primaire functie van het ziekenhuis, namelijk het verlenen van zorg en het genezen van patiënten. Zeker in dat laatste geval is het van belang de juiste architect te kiezen en deze vervolgens zo vroeg mogelijk te betrekken bij het bouw- en ontwerpproces, misschien zelfs voordat het definitieve programma van eisen wordt geformuleerd. Zet de architect kortom niet helemaal achteraan zodat deze alleen nog maar een beetje vorm kan maken maar gebruik zijn of haar expertise als ruimtemaker gedurende het hele proces.

"Als we gaan rekenen komen we uit bij wat we altijd al maken: een betonnen gebouw met gemetselde buitenkant"

Veel opdrachtgevers in de zorg zal dit waarschijnlijk vreemd in de oren klinken, maar in veel andere sectoren waaronder de infrastructuur en de woningbouw leidt dit tot goede resultaten. Zorg voor een goede wisselwerking tussen architect en opdrachtgever. Laat een architect meedenken over structuren en concepten. Laat hem of haar in alle openheid meedenken over het ziekenhuis als werkplek, over aspecten van *patient safety*, de exploitatie of zelfs de levenscyclus van een gebouw. Laat een architect zich met behulp van de juiste expertise verdiepen in de wijze waarop patiëntengroepen in zowel de *cure* als *care* het best gehuisvest kunnen worden. Laat een architect verschillende varianten en alternatieven in beeld brengen. Een beeld of tekening communiceert immers een stuk beter richting toekomstige gebruikers dan schema's. Een dergelijke procesmatige betrokkenheid kan heilige huisjes doen smelten als sneeuw voor de zon, het kan een ontwerpproces stroomlijnen en ambitie plus enthousiasme naar boven brengen.

Toch worden dergelijke stappen tot op heden niet of nauwelijks gezet. Het is de vicieuze cirkel van zorg en architectuur. Niet-*incrowd* architecten vinden de zorgsector oninteressant of schrikken terug voor de geslotenheid, en opdrachtgevers in de zorg vinden architectuur oninteressant of miskennen de mogelijkheden. De enige manier om hieraan te ontsnappen is door onderling eindelijk te erkennen dat er grote kansen liggen; kansen die simpelweg in de praktijk verzilverd *moeten* worden. Daar is misschien durf voor nodig maar bovenal vraagt het om een mentaliteitsverandering, want anders zal een opmerkelijk, bijzonder of innovatief zorggebouw een zeldzaamheid blijven.
Maar als er een moment is waarop we het zouden moeten doen, dan is het nu wel. Zowel de *cure* als de *care* staan aan de vooravond van een enorme bouw- en herstructureringsopgave. Dankzij projecten als *The Architecture of Hospitals* en de door het College bouw zorginstellingen geïnitieerde architectuur prijsvraag *Future Hospitals* staan architectuur en zorg weer volop in de belangstelling. Het eens zo gesloten zorgbastion vertoont de eerste scheuren en het bewustzijn groeit dat zorggebouwen aanzienlijk meer kunnen en misschien ook moeten dan alleen het 'wegzetten' van een functie. De dwingende regelgeving is weg, evenals de invloed van een aantal grote adviesbureaus. Ook is het monopolie doorbroken van een aantal grote zorggespecialiseerde architectenbureaus die tot voor kort ruim 90 procent van de markt in handen hadden. Er ontstaat langzaam ruimte voor nieuwkomers en voor nieuwe ideeën en inzichten. Maar voordat er echt geoogst kan worden moet er nog veel gebeuren. De deuren van de zorgsector zullen nog verder geopend moeten worden; architecten dienen de zorg weer te gaan beschouwen als een interessante opgave, maar bovenal zal binnen de zorg veel opener aangekeken moeten worden tegen het eigen opdrachtgeverschap en tegen dat wat architectuur meer kan zijn dan slagroom op de suikertaart. Misschien dat ziekenhuizen, en in het kielzog al die andere zorginstellingen, dan uit kunnen groeien tot representatieve, openbare gebouwen; gebouwen waar het prettig is om in te werken en die patiënten zoveel mogelijk op hun gemak stellen.+

Historisch overzicht van de ontwikkeling van het ziekenhuisgebouw van 600 BC tot heden.
Bron: Berlage Institute, Research Studio Building Hospitals - Hospital Buildings (2005)

1200
1300
1400
1500
1600
1700
1800
1900
guest house
nature hospitals
social institutions
public hospitals
urban hospitals
civil hospital
hospital administration
pavilions
Hôtel Dieu
asylum
elderly
donor hospitals
Ventilation and Typewriters
discovery of the circulation of the blood
microscope
measuring blood pr
first cataract
operation for anal fistula
Buidling types develop.
ingenious bloodletting device
First public dissection of a human body in Christendom
Mondino de' Luzzi
Tuberculosis
Black Death
Syphilis
Bubonic Plagu
smallpox
hompathy
accine
Industrial Revolution
USA Independence War
French Revolution
X-rays
Revolutions
the stethoscope
Yellow fever
Smallpox vaccine
Cholera
the first gastroscopy
Stop cholera epidemic
anaesthesia
the ophthalmoscope
pharmaceutical industry
First hypodermic syringe
invents antisepsis
aseptic techniques
Electrocardiograph
Epidemic diseases
Rabies vaccine
Koch discovers
TB bacillus
Malaria - quinine and mosquitoes
Plague vaccine
Influenza
TB still a major cau

arch center
sanatoriums
high rise block hospitals
specialist hospitals
H type
K type
L type
T type
patients
muffin type
cake type
mega hospitals
unit
universal design
block plan
hospital machine
cookbox
hospitals
2000
Indeterminacy and Furniture Systems
electron microscope
iron lungs
TV
PET scanner
ultrasound on pregnant women
constructs first working laser
joint replacement surgery
CT scanner
Computer
MRI scan
keyhole surgery
Dolly the sheep cloned
day-case surgery
plastic surgery
Digital Era
Media
Information Technology
WWW
Iraq War
Tuberculosis (BCG) vaccine
Diphtheria vaccine
Tetanus vaccine
Yellow Fever vaccine
Measles vacne
Hepatitis B vaccine
Smallpox - eradication
Ebola
AIDS
Montagnier describes HIV virus
SARS
of death

Gevelbeeld Oogziekenhuis Rotterdam, naar ontwerp van A. Van der Steur, de voormalig stadsarchitect van Rotterdam (1939)

Interieur Dagcentrum Oogziekenhuis Rotterdam

Atrium Oogziekenhuis Rotterdam

OOGZIEKENHUIS ROTTERDAM

Het Oogziekenhuis in Rotterdam is een goed voorbeeld van hoe door optimalisatie van een bestaand gebouw een ziekenhuis toch behouden kan blijven voor de binnenstad. Voor de renovatie en reorganisatie werden hier vierduizend operaties uitgevoerd, was de polikliniek apart gehuisvest en beschikte het ziekenhuis over 120 bedden. Door de sterke toename van de dagverpleging werd het in de loop van de jaren negentig van de vorige eeuw mogelijk om alle activiteiten weer binnen één gebouw onder te brengen. Door zich te concentreren op de *core business* is het Oogziekenhuis uitgegroeid tot een gestroomlijnd specialistisch ziekenhuis dat drie keer zoveel operaties uitvoert en patiënten veelal dezelfde dag nog naar huis laat gaan.
De cijfers op het gebied van behandeling en operaties zijn vergelijkbaar met de cijfers van een middelgroot ziekenhuis. De basis van de hele operatie werd gevormd door een sfeervol oud stadsziekenhuis aan de Schiedamse Vest.
Dit pand, dat in 1948 als oogziekenhuis werd gebouwd naar ontwerp van architect A. van der Steur, is tussen 2001 en 2005 door Architectengroep Duintjer en Bureau Van der Wijst Interieurarchitecten volledig gerenoveerd. Binnen de hedendaagse situatie en eisen die aan een ziekenhuis worden gesteld, is bij de renovatie geprobeerd om zo veel mogelijk originele details van het oude ontwerp te bewaren of in een andere vorm terug te laten komen. Nadat bezoekers achtereenvolgens de portiersloge, het restaurant en de inschrijfbalie passeren, leidt een royale wenteltrap in de vorm van een lonkend oog ze naar het met glas overkapte binnenhof van de polikliniek op de eerste verdieping.
Dit overdekte plein met een kleine koffiecorner vormt het hart van alle wachtruimten in het gebouw. Op alle lagen biedt het binnenhof een goede oriëntatie voor de grote groep (slechtziende) patiënten, bezoekers en medewerkers. De binnenruimtes zijn zo vormgegeven en gestructureerd dat patiënten zich vooral visueel op hun gemak voelen: velen die het Oogziekenhuis betreden, zijn immers bang om blind te worden. In het gebouw is natuursteen en hout toegepast om een gevoel van traditie te bewerkstelligen. Daarnaast is veel met kleuren en natuurlijk licht gewerkt. Een belangrijke inspiratiebron daarbij was de wijze waarop musea hun collectie tonen. Vanuit de overtuiging dat bezoekers tijdens het verblijf in het ziekenhuis afgeleid moeten worden, speelt daarnaast kunst een belangrijke rol. Naast een omvangrijke kunstcollectie, mede samengesteld door kunsthistoricus Ineke van Ginneke, zijn op diverse plekken beeldspelletjes en spreuken aangebracht. Het oog, zichtbaarheid en kijken zijn daarbij wederkerende thema's.

Plattegrond van het Kennis & Expertisecentrum, onderdeel van het nieuwe Maaslandziekenhuis te Sittard

MAASLANDZIEKENHUIS

Het nieuwe Maaslandziekenhuis is relatief klein en overzichtelijk gesitueerd in het parkachtige landschap tussen Sittard en Geleen. Een nauwe samenwerking tussen de Raad van Bestuur, architectenbureau Bonnema en het organisatieadviesbureau Veldhoen + Company resulteerde in een ziekenhuisconcept waarbij standaardisatie moet leiden tot een klantvriendelijker beleid. Tachtig procent van de patiënten gaat immers eenzelfde weg door het ziekenhuis. Op basis van de diverse zorgprogramma's die het ziekenhuis biedt, wordt zoveel mogelijk geautomatiseerd met behulp van communicatie en ICT zodat medewerkers meer tijd hebben voor andere, niet te mechaniseren processen. Iedere vervangende arts kan dankzij de techniek met één druk op de knop zien op welk punt in het zorgprogramma de patiënt zich bevindt. Verder kan de patiënt thuis al informatie over de behandelingen downloaden en via internet een afspraak maken. Het nieuwe Maasland Ziekenhuis wil door een goed georganiseerd onderscheid tussen *front office* en *backoffice* het contactmoment tussen zorgconsument en arts persoonlijk en efficiënt tegelijk maken. Het ontwerp van Bonnema Architecten voorziet in een kruisvormige opzet en is volledig ingericht om de verschillende stromen in het ziekenhuis (patiënten, bezoekers, logistiek, professionals) van elkaar te scheiden. Een lineaire zorgstraat herbergt verschillende commerciële functies waaronder een zorghotel, een paramedisch centrum en een herstelafdeling. Activiteitengebieden voor bijvoorbeeld individuele revalidatieoefeningen en het ontvangen van bezoek zijn ondergebracht in het atrium boven de zorgstraat. Aan weerszijden van de straat bevinden zich de centra voor screening en diagnostiek, kennis en expertise, spreekuren, behandelingen en verpleging. In het souterain zijn alle logistieke functies ondergebracht. De zorgstraat is te beschouwen als een overdekt 'openbaar' gebied en biedt voor de toekomst mogelijkheden tot uitbreiding, maar ook tot 'inbreiding', zonder concessies te hoeven doen aan de onderlinge relaties die er zijn tussen de functionele centra. Alle afdelingen krijgen een eigen karakter en uitstraling, bijvoorbeeld door de constructieve opzet, de gevelbewerking, materialisatie en de interne afwerking. De centra voor diagnostiek, kennis en spreekuren liggen op de begane grond en eerste verdieping. De verpleegafdelingen daarboven hebben allemaal eenpersoonskamers die zijn gegroepeerd rond collectieve 'huiskamers'. Grote schuifdeuren tussen de gemeenschappelijke ruimtes en de verpleegkamers maken het de patiënt mogelijk contact te leggen met andere gebruikers.

Maquette van het nieuwe Maasland Ziekenhuis te Sittard door Bonnema Architecten

speelkamer

balie

Bram Esser en Peter Michiel Schaap

NIEUWE VERBANDEN

Over de heroriëntatie van zorginstellingen op stad en regio

Zorggebouwen hebben een imagoprobleem. Niet alleen omdat een bezoek aan een ziekenhuis of verzorgingstehuis onvermijdelijk met lichamelijke of geestelijke problemen te maken heeft, maar ook omdat veel van de gebouwen waarin zorginstellingen zijn gehuisvest die niet te benijden toestand eerder bevestigen dan relativeren. Het is een beeld van zorginstellingen dat grotendeels in de jaren tachtig van de vorige eeuw is ontstaan op het moment dat vanuit de rijksoverheid de concentratie van ziekenhuiszorg werd gestimuleerd; eerst met maatregelen voor de vergunning tot nieuwbouw, later met de zogenoemde fusiebonus. Voor de overheid was een verlaging van de ligduur, en daarmee van het aantal benodigde bedden per 1000 inwoners, een belangrijke overweging om concentratie te stimuleren. Daarnaast speelden ook kwaliteitsoverwegingen een rol en hoopte men door concentratie de continuïteit van de zorg te waarborgen. Veel kleine (verzuilde) ziekenhuizen werden namelijk te klein om nog op een hoog niveau zorg te kunnen verlenen. Voor de instellingen zelf bood concentratie ook een uitweg. Het zorgde voor meer 'massa' in de onderhandelingen met zorgverzekeraars, er werd een bredere financiële basis gecreëerd en dankzij de concentratie kon ook beter worden voldaan aan de toenemende kwaliteitseisen die aan de zorg werden gesteld.

Achteraf kan worden vastgesteld dat de kleine, verzuilde ziekenhuizen waarschijnlijk beter in de samenleving geworteld waren dan de grote, onpersoonlijke en van de stad afgekeerde medische complexen die ervoor in de plaats kwamen. Het is dan ook niet voor niets dat de laatste jaren steeds kritischer wordt gekeken naar de resultaten van de (inmiddels afgeschafte) fusiebonus. Concentratie beperkt bijvoorbeeld de keuzemogelijkheden van cliënt en verzekeraar. En dat is zeker in een overgang van aanbodsturing naar vraagsturing en marktwerking weinig positief.

Bovendien groeit langzaam het bewustzijn dat de zorg, die vanuit argumenten van hygiëne, bereikbaarheid, isolatie en geld nooit een volwaardig onderdeel van het stedelijke programma is geweest, juist wél een belangrijke bijdrage kan leveren aan het stedelijke programma. Dat bleek ook tijdens een van de AIH-sessies waarin werd betoogd: "De gezondheidszorg, zowel de *cure* als de *care*, is in potentie een belangrijk programmaonderdeel in stad en wijk die heel erg dicht bij het dagelijks leven staat. Stedelijke bestuurders beseffen zich dat vaak nog onvoldoende. Toch moeten we die kans benutten en zorg veel sterker vermengen met de stad. Daar liggen nieuwe mogelijkheden."

Ruimtelijk bewustzijn in de *cure*

In Nederland hebben we ons weinig nostalgisch getoond ten aanzien van de kleine stedelijke ziekenhuizen die niet langer aan de norm voldeden. Vanuit puur medisch oogpunt waren er immers weinig voordelen te bedenken voor het behoud van die oude panden. Maar de zorg kent meer dimensies dan alleen de medische of praktische: zorg raakt aan het diepste wezen van de samenleving. Die collectieve of zelfs culturele dimensie zou ook in de gebouwen tot uitdrukking kunnen komen. In andere Europese landen zoals Frankrijk en Duitsland speelt de cultureel-maatschappelijke dimensie van de zorg een veel grotere rol. In Parijs worden bijvoorbeeld kleine klinieken, verspreid door de hele stad, eindeloos opgelapt en gerenoveerd omdat het om historische grond gaat waar de gezondheidszorg al eeuwen is geworteld. Een ander mooi voorbeeld is het Berlin Buch ziekenhuis dat al in de Oost-Duitse tijd bekend stond als een van de beste ziekenhuizen van Duitsland. Die reputatie was sterk verbonden met de plek en juist daarom werd er voor gekozen daar te blijven,

Hotelkamer in Château St. Gerlach te Houthem: revalideren in een vijfsterrenhotel in het Limburgse Heuvelland
Bron: Helende Hellingen / Hotel Château St. Gerlach

al waren alle oude gebouwen volledig afgeschreven. Nu staat er in het bos en temidden van monumentale oude zorgpaviljoens een prachtig nieuw ziekenhuis.

In Nederland leidt het bijna archetypische beeld van het ziekenhuis als onpersoonlijke kolos tot een groeiend gevoel van onbehagen, zowel in de samenleving als in de zorgsector zelf. Vanuit dit onbehagen en vanwege het streven naar efficiëntere en laagdrempelige zorgvoorzieningen zien we onder invloed van marktwerking langzamerhand een gevarieerder aanbod ontstaan. Zorginstellingen denken tegenwoordig anders na over bedrijfsvoering, gebouw, omgeving en locatie. Concentratie, deconcentratie, integreren of niet integreren, terug naar de stad of juist op een anoniem bedrijventerrein aan de ringweg; het gebeurt allemaal, waarbij het versterken van de eigen marktpositie een belangrijke leidraad is. Iedere zorginstelling maakt daarbij haar eigen afwegingen.

Exemplarisch voor de strategische afwegingen die ziekenhuizen steeds vaker maken is het TweeSteden ziekenhuis, dat in 1997 ontstond uit een fusie tussen het Mariaziekenhuis in Tilburg en het St. Nicolaas Ziekenhuis in Waalwijk. Terwijl in de jaren tachtig van de vorige eeuw een dergelijke fusie ongetwijfeld een nieuwe kolos ergens tussen Waalwijk en Tilburg had opgeleverd, bleven bij deze fusie beide locaties gehandhaafd en werd het 'takenpakket' verdeeld. Tilburg kreeg de acute zorg en Waalwijk spitste zich toe op planbare ingrepen. De bestaande bouw kreeg daarmee een on-Nederlands tweede leven. Beide ziekenhuizen bleven programmatisch behouden voor de stad en ondertussen werd ook markttechnisch een slag geslagen, want door de fusie en de bijzondere keuzes die daarin werden gemaakt heeft het TweeSteden ziekenhuis haar marktpositie enorm weten te versterken.

Het is de verwachting dat ontwikkelingen als in Tilburg en Waalwijk de komende jaren een enorme vlucht gaan nemen. Waar tachtig procent van alle behandelingen niet acuut maar planbaar is, is het zeer wel denkbaar dat het aloude grote ziekenhuis, als een cumulatie van functies en voorzieningen, als het ware 'explodeert' en in de vorm van *outpatient clinics* uitwaaiert over stad en regio. Natuurlijk zal daarnaast ruimte blijven voor een aantal grote, *high-tech* ziekenhuizen die zich toeleggen op acute zorg en specialistische aandoeningen, maar van de ruim honderd ziekenhuizen die Nederland telt, zal zeker de helft uiteenvallen in kleine, acute klinieken en *dedicated* voorzieningen waar op hoog niveau planbare standaardbehandelingen worden uitgevoerd. Dan gaat het bijvoorbeeld over gespecialiseerde diabetescentra, revalidatiecentra en klinieken voor plastische chirurgie of hart- en heupoperaties.

Ook hiervan zijn de eerste voorbeelden al te geven. Zo realiseerde het Hofpoortziekenhuis in Woerden onlangs een aparte voorziening waar aan de lopende band en op een hoog kwaliteitsniveau heupoperaties worden uitgevoerd. In deze *dedicated* kliniek passeren per jaar 1000 tot 2000 patiënten. Dat daarbij ook de revalidatie als een belangrijk punt wordt gezien blijkt uit een ander voorbeeld, het Limburgse initiatief Helende Hellingen. Daarin wordt zorg niet langer aangeboden in de vorm van een puur medisch pakket, maar gaat deze bijna op een vakantie lijken. Na een (planbare) operatie in het Maaslandziekenhuis te Sittard heeft de patiënt de keus om, midden in het glooiende Limburgse heuvelland, te revalideren in het exclusieve Château St. Gerlach of in driesterrenhotel Berghoeve. Het toont aan dat zorginstellingen als versterking van hun marktpositie ook zoeken naar plekken waar het prettig revalideren is en zich dus terdege bewust zijn van locatie en vestiging.

"Langzaam groeit het bewustzijn dat de zorg een belangrijke bijdrage kan leveren aan het stedelijke programma."

Maar naast marktwerking hebben ook ICT en *outsourcing* grote invloed op de manier waarop zorginstellingen nadenken over de manier waarop zorg wordt geleverd en hoe dit zich representeert in een gebouw en een locatie. Steeds vaker worden activiteiten die niet direct behoren tot de *core business* uitgeplaatst of in sommige gevallen zelfs volledig uitbesteed aan (medische) onderaannemers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de sterilisatie van medische apparatuur, het bereiden van voedsel, P&O-afdelingen en de financiële administratie.

Overigens wordt dit uitplaatsen van onderdelen lang niet altijd als wenselijk gezien. Bij het Universitair Medisch Centrum in Groningen werd er bijvoorbeeld heel bewust voor gekozen om diverse onderdelen, waaronder de afdeling P&O en de financiële administratie, die als gevolg van grootschalige verbouwingen jarenlang op een andere locatie gehuisvest waren, weer binnenboord te halen: "De mensen daar wisten niet meer waarvoor ze werkten. Ze zijn opnieuw het ziekenhuis ingebracht en zodoende geconfronteerd met de primaire processen. Op dat

Het Timoféeff Ressovsky Haus, een laboratorium voor genoomonderzoek, onderdeel van de Campus Berlin-Buch waar naast een ziekenhuis tal van andere (bio)medische instellingen en gezondheidsvoorzieningen gehuisvest zijn

moment wisten ze weer waarvoor ze het allemaal deden." Deze opmerking kan als kanttekening dienen bij een veel algemener proces van opsplitsen en uitbesteden. Want wat voor (economische) voordelen opsplitsen en uitbesteden ook bieden, het risico bestaat dat een zorginstelling in zoveel kleine stukjes uiteenvalt dat niemand ook nog maar enig benul heeft van het totaal.

ICT is in dat opzicht een stuk minder risicovol. Informatietechnologie biedt bijvoorbeeld de mogelijkheid om informatie altijd en overal aanwezig en oproepbaar te laten zijn. Dit maakt zorginstellingen onafhankelijker in hun locatiekeuze en gebouwconcept. Een ziekenhuis in Illinois (VS) stuurt bijvoorbeeld al jaren zijn MRI- en CT-scans naar India. Daar worden ze bekeken, geanalyseerd, verwerkt en met een rapportje erachter per kerende post teruggestuurd. Een prettige bijkomstigheid is het tijdsverschil tussen de Verenigde Staten en India: alle scans die aan het eind van de dag worden verstuurd liggen de volgende ochtend geanalyseerd en wel op het bureau van de betreffende arts.

Naast deze ontwikkeling, die zich beperkt tot nullen en enen die op hoge snelheid door glasvezelkabels onder de oceaan vliegen en zodoende bijna onzichtbaar is, kan ICT ook een duidelijk ruimtelijk effect sorteren. Door in de nieuwbouw van het eerder genoemde Maaslandziekenhuis bijvoorbeeld alle noodzakelijke informatie voor de artsen overal en te allen tijde beschikbaar te stellen - dankzij ICT toepassingen - kunnen ruimtes veel flexibeler worden ingericht: "Met minimale inzet kan het domein op vrijdagmiddag geschikt worden gemaakt voor neurologie en psychiatrie en op maandag voor orthopedie." Zo kan op het grensgebied tussen de verschillende poliklinieken geschoven worden: met een simpele ingreep kunnen op de cardio-afdeling longonderzoek en behandelingen worden uitgevoerd. Dit heeft op de schaal van het gehele ziekenhuis ruim 30 procent ruimtewinst opgeleverd. Het nieuwe Maaslandziekenhuis laat daarmee zien dat ziekenhuizen in totaliteit vele malen kleiner kunnen worden. De kolossale

Nieuwbouw van het Hermann von Helmholtz Haus, laboratorium voor dierproeven op het terrein van de Campus Berlin-Buch

footprint die ziekenhuizen tot op heden verhinderde om zich bijvoorbeeld weer in de stad te vestigen, wordt op deze wijze teruggebracht tot acceptabele afmetingen. Saillant detail is alleen dat het Maaslandziekenhuis ondanks deze mogelijkheid niet koos voor de binnenstad van Sittard maar voor een locatie aan de stadsrand....

Ruimte en locatie in de *care*

De thema's locatiekeuze en maatschappelijke integratie - of juist het gebrek daaraan - heeft in de *care*sector altijd een vanzelfsprekende rol gespeeld, dit vanwege de sterke verwevenheid met de behandelmethodiek en de heersende opvattingen daarover. Dit verklaart ook de golfbewegingen en de diversiteit in locatiebeleid in de *care*. Zo is in de psychiatrie en in de gehandicaptenzorg tegenwoordig weer een duidelijke verschuiving zichtbaar naar integratie. Na een periode van isolatie en afzondering worden opvang- en behandelcentra tegenwoordig weer in de stad gebouwd om patiënten voeling te laten houden met de primaire processen in de samenleving, waar sommigen in het ideale geval ook weer naar terugkeren.

"In Nederland leidt het bijna archetypische beeld van het ziekenhuis als onpersoonlijke kolos tot een groeiend gevoel van onbehagen."

Een bijzonder voorbeeld van de vermaatschappelijking van de zorg is de zogenaamde 'omgekeerde integratie' waarbij woningbouw gepleegd wordt op het terrein van een zorginstelling. Dat dit kan leiden tot nieuwe interessante coalities blijkt wel uit de samenwerking tussen woningcorporatie Vestia en psycho-medisch centrum Parnassia. Op een van de terreinen van Parnassia - een parkachtige omgeving aan de Monsterseweg in Den Haag die voorheen uitsluitend bestemd was voor de geestelijke gezondheidszorg - verrijzen tegenwoordig ook woningen die behalve voor patiënten ook voor 'gewone' inwoners van Den Haag bestemd zijn. Voor beide partijen biedt het voordelen. Voor Vestia is sprake van een *triple A* locatie: 500 meter van het strand, de stad in de buurt en midden in het groen – hetgeen ook blijkt uit de verkoopcijfers. En ook voor Parnassia werkt het goed: "Dankzij de menging met 'gewone' Hagenaars pakken patiënten veel meer zaken op dan normaal. Het versterkt het gevoel van welbevinden en van autonomie."

In het verlengde van de (omgekeerde) integratie van zorgvoorzieningen is ook sprake van een beweging naar opsplitsen en verkleinen naar de menselijke maat, al verschillen per cliënt en per patiëntengroep wel de opvattingen over de ideale omvang. Desondanks heerst het idee dat kleinschaligheid de herkenbaarheid vergroot en ervoor zorgt dat patiënten zich sneller thuis voelen. Bovendien kan in een kleinschalige zorgfaciliteit makkelijker rekening worden gehouden met individuele wensen. Uit de praktijk blijkt dat kleinschaligheid en huiselijke routine in de ouderenzorg zelfs een positief effect hebben op het medicijngebruik en de incontinentieratio van de cliënten. Maar er zijn ook knelpunten, waaronder de personele bezetting. Een mogelijke oplossing ligt hier op het vlak van domotica: de verweving van de woning met telematica en techniek. Telematicatoepassingen kunnen er bijvoorbeeld voor zorgen dat ouderen, chronisch zieken en gehandicapten langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Vooral de toepassing van netwerktechnologie, een draadloze verbinding met de zorgverlener, biedt mogelijkheden. Een belangrijk deel van de communicatie komt dan tot stand via *screen to screen* conversaties. Maar ook het op afstand observeren of zelfs diagnosticeren van een patiënt is mogelijk. Bijkomend voordeel van deze 'lichtgewicht' netwerkapparatuur is dat woningen niet langer ingrijpend aangepast hoeven te worden en dus locatieonafhankelijker worden. De zorginstelling krijgt zo de kans om meer aandacht te schenken aan de architectuur en uitstraling van de woning of kleinschalige zorgvoorziening.

Door te kiezen voor kleinschaligheid en betrokkenheid bij de samenleving komt wel een andere kwestie in beeld. Want hoever laat je die samenleving toe en tot hoever laat de samenleving de zorg toe? Waar integratie erop is gericht om patiënten en cliënten voeling te laten houden met de samenleving, leidt het integreren van bepaalde zorgtypen vaak ook tot problemen. Zo stuit het plaatsen van forensische psychiatrie en verslavingsfuncties in de stad vrijwel altijd op forse weerstand, al leert de ervaring ook dat veel van deze weerstand binnen een jaar als sneeuw voor de zon verdwijnt. Een ander onderwerp is de herkenbaarheid of juist de onzichtbaarheid van zorgvoorzieningen: "Neem een opvanghuis voor geestelijk gehandicapten in een VINEX wijk. Dat gebeurt veelal in gewone woningen. Maar proberen we zo niet het tegenovergestelde te doen door deze mensen zo eigenlijk onzichtbaar te maken?"

Hotelkamer in Château St. Gerlach te Houthem: revalideren in een vijfsterrenhotel in het Limburgse Heuvelland.
Bron: Helende Hellingen / Hotel Château St. Gerlach

Voor sommige patiënten en zorgbehoeftigen is het voorstelbaar dat anonimiteit prettig is: van (ex-)psychiatrische patiënten, (ex-)verslaafden tot licht verstandelijk gehandicapten. Van andere groepen kan terecht de vraag gesteld worden waarom niet gewoon getoond wordt dat het om een bijzondere doelgroep gaat. Want is het in sommige gevallen niet ook wenselijk dat de maatschappij kennis neemt van het bestaan ervan? Het wikken en wegen met dergelijke problematiek geeft in ieder geval aan dat in de *care* het besef speelt dat de grenzen tussen zorg en maatschappij vloeibaar zijn, dat deze noodzakelijkerwijs in elkaar overlopen en zodoende ook een eigen ruimtelijke uitwerking kunnen krijgen. +

RE URBANIZING

HOSPITALS' CANCEROUS GROWTH HAS BEEN EXCLUDED FROM THE URBAN CONTEXT

CAUSE: INTERNAL MARKET BASED GROWTH

NEW YORK PRESBITERIAN LOS ANGELES ROTTERDAM ERASMUS HOSPITAL n AZG HOSPITAL GRONINGEN

EFFECT: ARCHITECTURE SPRAWL, WALL EFFECT & INTERIOR RECREATION OF THE CITY

HOSPITALS ARE COMPLICATED, BUT NO LONGER COMPLEX. TOWARDS A PLANNED SIMPLIFICATION : REURBANIZE

Studie naar de terugkeer van het ziekenhuis in de stad.

Bron: Berlage Institute, Research Studio Building Hospitals - Hospital Buildings (2005)

WHAT THE HOSPITAL DESPERATELY NEEDS IS ARCHITECTURAL SIMPLIFICATION COUPLED WITH A PROCESS OF HOSPITAL GROWTH WHICH IS COEXISTENT WITH THE CITY.

PROGRAM SIMPLIFICATION

URBAN STRATEGY : HOSPITAL GROWTH WHICH IS COEXISTENT WITH THE URBAN CONDITION

3 QUALITIES ORIENTATION
NEIGBOURING BY PROGRAM EXTENSIONS

Communicatieschema VieDome

VIEDOME

Domotica, een samentrekking van 'domus' en 'telematica', staat voor elektronische communicatie tussen allerlei elektrische toepassingen in de woning en woonomgeving ten behoeve van bewoners en dienstverleners. In een domotica-woning worden communicatie, ontspanning en andere huiselijke bezigheden door talrijke elektrische apparaten en netwerken gemakkelijker gemaakt. Voor de zorgsector biedt dit tal van nieuwe mogelijkheden. Een recente ontwikkeling op dit vlak is het VieDome woon- en zorgconcept dat ouderen in staat stelt om (langer) zelfstandig thuis te blijven wonen. Dit is niet alleen economisch aantrekkelijk: ook kan zo ingespeeld worden op de groeiende behoefte naar meer zelfstandigheid bij ouderen en gehandicapten. VieDome is een totaalconcept voor beveiliging, veiligheid, informatie-voorziening, communicatie, comfort en zorg. Het concept is op zich basis toepasbaar in elke woning en elke situatie. Persoonlijke communicatie via breedbandtechnologie gecombineerd met vergaande zorgfuncties in de eigen leefomgeving resulteren zodoende in een virtueel verzorgings- en verpleeghuis. In de zomer van 2003 werden in Aalst-Waalre de eerste acht VieDome-woningen opgeleverd en aangesloten op het virtuele zorgnetwerk van thuiszorgorganisatie ZuidZorg. Alle acht woningen kunnen dankzij elektronica, breedband en ICT-techniek vanuit de zorgcentrale van ZuidZorg op afstand worden bediend. Dat gaat van het afsluiten van de woning en het aan- en uitzetten van licht tot zogenaamde (in)activiteitsmeting. Verder is het mogelijk om vitale functies van bewoners op afstand te meten en te bewaken. Deze *Telemedicine*-functie stelt de zorgverlener zelfs in staat om bewoners virtueel te begeleiden en diagnosticeren. Via een *screen to screen service* kunnen bewoners vervolgens te allen tijde contact opnemen met de zorgcentrale. Dezelfde *screen to screen* dienst kan door de zorginstelling worden gebruikt om de bewoner een goede morgen en goede avond toe te wensen en daarmee tegelijk te controleren of alles nog goed gaat. Ieder verzoek om later nog even langs te komen wordt in de computer ingevoerd. Bovendien is het via dit systeem voor bewoners mogelijk om met elkaar te communiceren. ZuidZorg levert naast de 'virtuele' zorg ook 'gewone' zorg aan huis, gepland en ongepland.

VieDome in gebruik: direct contact tussen cliënt en zorgcentrale via beeld en geluid

Bram Esser en Peter Michiel Schaap

SOFTWARE VOOR DE ZORGMACHINE

De (problematische) verhouding tussen zorgconcept en vastgoed

De bouwpraktijk in de zorgsector is jarenlang gedomineerd door het technisch functionalisme. Althans, zo heet het. Als we functionalisme begrijpen vanuit de stelling dat in één blik duidelijk moet zijn wat de functie van het gebouw is, of waar het object voor dient, dan is het inderdaad gelukt. Bijna iedereen herkent een gesloten in zichzelf gekeerde grijze blokkendoos als een ziekenhuis. Maar of het beroemde adagium *form follows function* van functionalist Louis Sullivan (1856-1924) ook echt van toepassing is op deze zorgmachines, valt te bezien. Functionaliteit zou immers moeten betekenen dat het ziekenhuis de ideale omstandigheden biedt voor een ontmoeting tussen arts en patiënt, voor genezing en voor het zo optimaal mogelijk bieden van zorg. Toch is deze kwestie pas de laatste jaren echt serieus op de agenda gekomen. Onder invloed van de toenemende transparantie van de zorg en veranderende verhoudingen tussen zorginstellingen, overheid en zorgverzekeraars gaat het tegenwoordig steeds vaker om vragen als: hoe kunnen we de verschillende bezoekersstromen op een ordelijke wijze door het ziekenhuis loodsen en - in het geval van ouderen en psychiatrische patiënten - hoe zelfstandig kunnen mensen binnen het zorggebouw hun weg vinden?

Ziekenhuizen zijn lange tijd gebouwd vanuit een gewoonte en vanuit een vooringenomen idee over hoe dergelijke instituten eruit behoren te zien. Bovendien was de inzet altijd groei en expansie. De individuele zorgconsument dreigde vermorzeld te raken tussen de vele belangen en 'heilige huisjes' die de zorg, en zeker het ziekenhuis, rijk is: van de medische stand en de ziekenhuisbestuurders tot financiële belangen en de belangen van politiek en verzekeraars. En dat terwijl eigenlijk een betrekkelijk machteloze doelgroep, namelijk de patiënt/zorgcliënt, de basis zou moeten zijn voor de ontwerpopgave."Het wordt tijd dat de eerste Alzheimerarchitect opstaat" riep iemand tijdens één van de AIH bijeenkomsten."Want wat die mensen voelen, kunnen wij met ons hoofd niet eens begrijpen." We zouden dit kunnen beschouwen als een oproep aan alle ontwerpers in de zorg

> *"Ziekenhuizen zijn lange tijd gebouwd vanuit een gewoonte en vanuit een vooringenomen idee over hoe dergelijke instituten eruit behoren te zien."*

om de vooringenomenheid letterlijk overboord te gooien en opnieuw te beginnen: vergeet het ziekenhuis en de zorginstelling zoals we die kenden en maak een nieuwe start. Evenzeer is het te begrijpen als een oproep tot 'empatisch ontwerpen'. Dat betekent dat een architect die bijvoorbeeld

Science Fiction of niet: de patient als postpakket door het ziekenhuis

RI-man: Japanse zorgrobot ontwikkeld door BMC Riken

voor de opgave staat een verpleeghuis voor dementerende ouderen te ontwerpen, zich eerst zal moeten verdiepen in die doelgroep. Het is immers evident – of dat zou het moeten zijn - dat specifieke groepen gedrag vertonen dat om een specifiek vormgegeven ruimte vraagt. Wat kan een Alzheimerpatiënt wel en wat niet? Wat maakt hem of haar angstig? Hoe beïnvloedt de ruimte het gedrag? Bij de beantwoording van dergelijke vragen ontstaat waardevol materiaal voor een ontwerper: "Dementerende ouderen lopen bijvoorbeeld vaak naar hoeken. Activiteiten moet je dus organiseren in die hoeken."

Waar in de praktijk nog nauwelijks wordt gewerkt met een dergelijke benaderingswijze ontstaat binnen het onderwijs gelukkig steeds meer aandacht voor een meer empatische aanpak - hetgeen hoop biedt voor de toekomst. Zo liet architect Bas Molenaar van EGM Architecten studenten van de TU Eindhoven een gebouw voor blinden ontwerpen. In Groningen werd tijdens het congres *The Architecture of Hospitals* een workshop georganiseerd waarbij studenten de kans kregen 24 uur lang te ervaren hoe het is om patiënt te zijn. Vervolgens kregen zij de opdracht om vanuit die ervaring tot een nieuw (interieur)plan voor het ziekenhuis te komen. Tijdens de presentatie van de resultaten op de slotdag van het congres wekten de ontwerpen grote verwondering. Vrijwel niemand van de experts in de zaal had zichzelf ooit op een dergelijke wijze verplaatst in de belevingswereld van de patiënt.

Toezicht houd je op dieren

De laatste jaren is er in de *cure* en de *care* steeds meer aandacht voor het belang van het zorgconcept, de kwaliteit van zorgverlening en de kosten van de zorg. Veel van die aandacht gaat uit naar puur logistieke aspecten: hoe leid je verschillende patiëntenstromen door het ziekenhuis, hoe organiseer je de zorg zo efficiënt mogelijk, wat kan het best waar en wat niet? Daarnaast bieden ICT en moderne robotica een bijna onontgonnen wereld aan mogelijkheden. Alarmsystemen, bewegingsdetectie, diagnostiek op afstand, het *screen to screen* consult: het is allemaal te realiseren. Wel rijst daarbij de vraag hoe ver je hierin kan gaan.
Er zijn talloze voorbeelden van hoe techniek meer vrijheden oplevert. In het nieuwe Maaslandziekenhuis zorgen slimme ICT-toepassingen bijvoorbeeld voor flexibel ruimtegebruik en (daardoor) voor ruimtewinst. In de *care* stelt domotica zorgcliënten in staat om langer zelfstandig te wonen. Maar raken we met de technologisering - van toezichtcamera's, buzzers en e-mailconsulten tot intelligente enkelbanden - niet te ver af van waar het in eerste instantie ook om gaat: aandacht voor de patiënt? En als een zorgconcept tevens standaardisatie en het zo efficiënt mogelijk organiseren van logistieke processen impliceert, is het risico dan niet groot dat dit ten koste gaat van de 'zachte', intermenselijke kant van de zorg? Want hoe geldbesparend en handig standaardisatie en ICT ook mogen zijn, geen patiënt wordt gelukkig van het gevoel als een anoniem postpakketje door de zorgmachine te worden geloodsd. Bovendien: "Toezicht houd je op dieren en niet op demente ouderen. In de *care* moet je ook op 85-jarige leeftijd zonder 'wakend oog' ondeugend kunnen zijn. Goede zorg is dus wat anders dan kwalitatief adequate zorg." In ieder zorgmodel zou kortom een optimale interactie tussen hulpverleners en patiënten/cliënten voorop moeten staan.

A DAY IN HOSPITAL

08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 01 02 03 04 05 06 07

SCHEDULE OF HOSPITAL

FLEXIBLE ACTIVITY

MOVEMENT

EVALUATION OF PRIVACY FACTORS

SOLUTION

Efficient Circulation

Even if reception should be one, it is efficient creating a new circulation in which enables patient to be seen by others in waiting area again.

Entrance and exit should be divided in order to prevent showing seriously damaged patients for both patients and others. It could also protect the privacy of patients.

existing emergency routine

new emergency routine

Shopping wall pavilion

Smooth shopping ciculation make patients enjoy normal shopping

Layout in shop should have one liner rout in a process of shopping

Existing universal designed vending machine (Japan)

System of vending machine could work.

Tester Delivery

Floor Table

Interactive ceiling

Public or private__it is up to you

In patients room, there are not enough private spaces for patients, and they need to keep their privacy even when staying in 4-patients-room.

The idea is offering flexible facilities to differentiate public and private spaces on different levels in the way giving patients choices.

Information-exchange network

The information boards around staircases indicate people need information-exchange spaces which is not taken into consideration now. Possible solution: rethinking the borderland between public and private. (Elevator lobby e.g.) a network of information input could be created so in each border all the healthy and sick people can share the information.

Thatís not smoker but statue

Messenger bed

patients always ask roommates to help instead of calling nurses, so the idea is giving patients choices to declare his/her 'states' in the way they keep their privacy.

ROOF GARDEN

Some patients need more public space only for them with daycare units in nature. City inside hospital sometimes can cause disturbance to patients from public value of the city itself. Therefore roof garden, only patients can accessible, is a choice of a limited public space.

Private box

Who is available?

Patients need to see who is available for talking with certain equipments like a screen then they can talk and play game with other patients available where over their patient rooms are.

Patients can talk, even play game with others by using online messengerdespite in private space.

This timeline is besed on the experiene of one of our participants.
According to this time line, some factor was found, which is not necessarily problem.
Inevitably, hospital is social area. Patients hardly obtain their privacy. Even their publicness is different from usual.

We tried to make these privacy and publicness improved more by proporsing some concepts.

CLAUSTROHOLIC!
PRIVATE

AGORAHOLIC!
PRIVATE

THE PERCEPTION OF PRIVATE SPACE

If we tried to think about iprivacyi in the perspective of patients in the hospital, we could figure out that there are also double-sided situations for identifying private spaces.

In the hospital, even in one personís mental condition, there are always controvertial feelings with peolple or spaces coexisting. In other words, the two of feelings of agreement and complaint about doctors are always coexisting, and the two ofprerference of small private space for one person and of large space for theircommunication in the name of their own privacy are always coexisting as well if they are allowed to choose their own freedom.

In that sense, we tried to identify these controversial perception of iprivacyi.

Produced by Particibants of First academic year at Berlarge Institute:

Chan ho .Y
Minoru .A
Shizue .K
Xiang qun .Y
Yoon kyung .B

berlage institute
postgraduate laboratory of architecture

Eerste rit van de Staartaxi van het Rotterdamse Oogziekenhuis, geinspireerd op de Schipholtaxi. Bron: Oogziekenhuis Rotterdam

Sofware – hardware

Als we ziekenhuizen mogen beschouwen als de *hardware* van de *cure*sector, dan is het zorgconcept de *software* die de boel draaiend moet houden. Maar waar bij computers een *software upgrade* eenvoudig uit te voeren is, kan dit zeker bij ziekenhuizen tot grote aanpassingsproblemen leiden, zeker wanneer de strategie niet goed is doordacht en het ontbreekt aan een duidelijke visie met een relatief lange houdbaarheidsdatum. Zijn die er wel, dan kan nieuwbouw een katalysator kan zijn om veranderingen in de *software* op gang te brengen. Zijn die er niet of onvoldoende, dan is de kans groot dat iedere verandering stuit op weerwil van het medisch personeel. Want waar het ziekenhuis beschouwd kan worden als een optelsom van 'heilige huisjes', is bij veel instellingen sprake van een wankel machtsevenwicht tussen de medische staf en de Raad van Bestuur. Veel maatschappen, gewend om over hun eigen koninkrijkje te regeren, staan argwanend tegenover een bestuur dat besluit de organisatiestructuur om te gooien. Niemand wil zijn sinds jaar en dag opgebouwde privileges weer inleveren.

In Nederland bestaat daarom de 'goede gewoonte' het ziekenhuis in samenspraak met het personeel (lees: de specialisten en verpleegkundigen) te ontwerpen. Vaak worden er uitgebreide denktanksessies, workshops en 'droomgroepen' georganiseerd. Dat is allemaal belangrijk en prijzenswaardig, maar moet wel strak worden georkestreerd om tot een goed resultaat te komen. Voor je het weet wordt het een schaakspel en verandert het gebouw wederom in een representatie van het wankele machtsevenwicht. Een deelnemer aan de AIH sessies hierover: "Specialisten vragen standaard meer vierkante meters voor hun werkruimte want dan weten ze zeker dat ze na de onderhandelingen ongeveer overhouden wat ze nu al hebben." Maar ook een andere quote geeft duidelijk aan waar het misgaat: "We hebben zoveel discussie bij nieuwbouw omdat we het steeds binnenshuis blijven verbinden aan andere zaken. Waar we nu mee zitten zijn allerlei ingewikkelde relatiepatronen, heilige huisjes, zorgconcepten en afspraken die ook nog eens op de bouw afgestemd moeten worden. Dat werkt vertragend en niet positief op het proces en het gebouw. Daarom zou het

gebouw centraal moeten staan en niet een organisatiewisseling." Dat laatste zou inderdaad zeer wenselijk zijn, maar is slechts ten dele uitvoerbaar. Nieuwbouw vereist ten slotte altijd draagvlak binnen de organisatie, zeker wanneer deze bestaat uit zoveel afdelingen, sectoren, maatschappen, visies en inzichten. Bovendien vinden veranderingen in de ziekenhuiswereld altijd plaats op verschillende lagen en kan een nieuw gebouw bijna niet los gezien worden van een organisatiewisseling of koerswijziging. Nieuwbouw markeert altijd op een bepaalde wijze een breekpunt met het verleden.

"Geen patiënt wordt gelukkig van het gevoel als een anoniem postpakketje door de zorgmachine te worden geloodsd."

Staaroperatie live te volgen vanuit een van de wachtkamers van het Rotterdamse Oogziekenhuis. Bron: Oogziekenhuis Rotterdam

Naast de personele aanpassingsproblemen bestaat er in de medische wereld geen één op één relatie tussen de *soft*- en de *hardware*. Zo heeft het zorgconcept (de *software*) gemiddeld genomen een levensloop van vijf jaar, terwijl een gebouw (de *hardware*) minstens veertig jaar mee moet. De goede verstaander concludeert hieruit meteen dat het geen verstandig idee is om een nieuw ziekenhuis (geheel) te enten op een zorgconcept. Gebeurt dat wel, dan kan daarmee na vijf jaar niet alleen de *software* maar automatisch ook de *hardware* worden afgeschreven. Daar komt bij dat niet één zorgconcept leidend of zaligmakend is en het dus moeilijk is een eenduidige uitspraak te doen over de relatie tussen ontwerp en zorgconcept. Een optimaal zorggebouw is dan ook zeker geen gebouwd zorgconcept. Het moet groei en krimp kunnen faciliteren en diverse zorgmodellen kunnen doorstaan zonder dat de kwaliteit van het gebouw en de kwaliteit van de dienstverlening daaronder lijden.
Het is dan ook begrijpelijk dat er onder de noemers *Healing Environment* en *Evidence Based Design* naarstig wordt gezocht naar een aantal vaste waarden die altijd toepasbaar zijn op zorggebouwen. Nastrevenswaardig, maar het zoeken naar empirisch bewijsmateriaal voor 'gezonde architectuur' kan ook resulteren in een blindstaren op wetenschappelijke bewijslast voor iets wat iedereen al weet (of zou moeten weten), namelijk dat een goed gebouw voortvloeit uit een goed geformuleerd programma van eisen en een goede ruimtelijke vertaling van dat programma. Daarbij vloeit een goed gebouw met bijpassende logistiek ook voort uit gezond verstand. Looplijnen voor personeel en patiënten mogen bijvoorbeeld niet te lang zijn en de goederen moeten op een efficiënte manier op de juiste plaats worden afgeleverd. Wat dat betreft valt er nog veel te leren van andere sectoren en bedrijfstakken buiten de zorg. Zo liet het Rotterdamse Oogziekenhuis zich wat betreft de bevoorrading inspireren door *de just in time* leveringen van de Albert Heijn, werd de Schipholtaxi omgebouwd tot staartaxi en was het reserveringsysteem van de KLM een inspiratie om te komen tot een efficiënter systeem voor het reserveren van bedden. Daarnaast is er het voorbeeld van *lean thinking*, een uit Japan overgewaaid managementconcept dat autofabrikant Toyota in staat stelde om met dezelfde middelen twee keer zoveel auto's te produceren tegen een hoger kwaliteitsniveau dan concurrenten in de Verenigde Staten en Europa. *Lean thinking* gaat er vanuit dat het productieproces zodanig wordt ingericht dat alle vormen van verspilling worden geëlimineerd. Dan gaat het bijvoorbeeld om wachttijden, reistijden, voorraden, onnodige processtappen, fouten en ook kosten voor productcoördinatie; allemaal zaken die wel relevant maar niet specifiek zorggerelateerd zijn. *Just in time*, de Schipholtaxi en *lean thinking* laten zien dat bewust op zoek gaan naar inspiratiebronnen van buiten de zorg en ziekenhuissector kan leiden tot interessante nieuwe ideeën en een kwalitatieve aanscherping van de zorglogistiek. Dat kan niet alleen leiden tot kostenbesparingen maar ook, voor de cliënt/patiënt, tot een verhoging van de kwaliteit van zorgverlening.+

Plattegrond eerste etage van het nieuwe Deventer Ziekenhuis.
Bron: De Jong Gortemaker Algra Architecten en Ingenieurs

DEVENTER ZIEKENHUIS

De opzet van het nieuwe Deventer Ziekenhuis, ontworpen door De Jong Gortemaker en Algra architecten en ingenieurs, ontleent haar structuur aan het matrixmodel zoals dat ook wordt toegepast bij luchthavens. Een begrijpelijke keuze, want net als de luchtreiziger wil de patiënt of zorgconsument het ziekenhuis het liefst zo snel mogelijk weer verlaten. Het matrixmodel garandeert een optimale flexibiliteit. Daarbij is een strikte scheiding aangebracht tussen de verschillende vormen van verblijf, onderzoek en behandeling. Vier groepen zijn te onderscheiden, die ook direct van invloed zijn op de plattegrond van het ziekenhuis: acute zorg, urgente zorg, electieve zorg en chronische zorg. De hoofdingang geeft toegang tot een flexibel opgezette polikliniek waarin vrij gemakkelijk wanden en andere elementen kunnen worden toegevoegd of weggehaald, zodat in een handomdraai grote open ruimtes in kleinere gesloten spreekkamers kunnen worden omgezet en andersom. In het achterliggende bouwdeel is de planbare en acute zorg ondergebracht. Dit uit zwarte steen opgetrokken 'ruggebouw' heeft drie uitwaaieringen die zich als vingers in het landschap uitspreiden. Zo wordt de relatie gelegd met het omringende landschap. Aan de andere kant lijkt het ruggebouw het lagere poliklinische deel te omarmen. De functies van beide bouwdelen komen tot uitdrukking in de materiaalkeuze. Het onderzoekende en aftastende poliklinische deel, waarin vooral communicatie een rol speelt, is bekleed met hout. Het ruggebouw, waar de zwaardere ingrepen plaatsvinden, is uitgevoerd in donkere baksteen en krijgt daardoor een hardere uitstraling. Links en rechts van polikliniek en ruggebouw bevinden zich vervolgens de psychiatrie (oost) en een bouwdeel voor het RISO: het Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (west). Binnenin, op de begane grond, verloopt de overgang tussen de polikliniek en de meer aan zware apparatuur gebonden behandelkamers in het ruggebouw vrijwel opgemerkt. Op de bovenste etage van het langgerekte bouwwerk bevinden zich de laboratoria en de ziekenhuisapotheek. Daaronder volgt een laag met verpleegafdelingen met plaats voor 240 bedden. De verdieping daaronder is bestemd voor de afdeling Vrouw en Kind en voor de dagbehandeling. Deze laag sluit aan bij het Centrum van Kennis en Kunde, met werkruimtes voor specialisten, managers en overige leden van de ziekenhuisstaf.

Maquette van het nieuwe Deventer Ziekenhuis door De Jong Gortemaker Algra Architecten en Ingenieurs.
Foto: Rik Klein Gotink

Entree van het nieuwe Deventer Ziekenhuis.
Foto: Rik Klein Gotink

Woningbouw op het terrein van het Psycho-medisch centrum Parnassia aan de Monsterseweg in Den Haag. Ontwerp: ARPROS Architecten

PARNASSIA

Psycho-medisch centrum Parnassia, halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw ontstaan uit een fusie van acht zorginstellingen waaronder het psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal, streeft sinds jaar en dag naar anti-hospitalisering van de zorg door haar zorgfuncties zoveel mogelijk binnen de context van de 'normale' woonomgeving te realiseren. Binnen dit kader zocht het toenmalige Bloemendaal jaren geleden al naar woningbouwlocaties in of nabij Den Haag bestemd voor haar cliënten. Het betrof hier veelal uitbehandelde patiënten die goed in staat waren zelfstandig te wonen, mits in de directe nabijheid van de zorginstelling. Omdat die locaties niet te vinden waren besloot Bloemendaal tot het omgekeerde: normale woningen en stedelijke voorzieningen voor zowel patiënten als gewone Hagenaars, alleen dan op eigen terrein. In 1993 startte het Gemeentelijk Woningbedrijf, nu de Vestia Groep, in opdracht van Bloemendaal met de bouw van de eerste serie personeels- en cliëntenwoningen op het parkachtige terrein van Bloemendaal aan de Monsterseweg in Den Haag. In de jaren daarop zijn op het lommerrijke terrein aan de Monsterseweg in totaal bijna driehonderd woningen gerealiseerd, van personeelswoningen, rehabilitatiewoningen en WAT-woningen (Wonen *Apart Together*) tot gewone woningen voor niet-patiënten.

Daarnaast werden verschillende voorzieningen gerealiseerd waaronder een verslavingscluster, verblijfspaviljoens, behandelunits, behandelpunten, steunpunten en een kinderdagverblijf. Met het oog op het gewenste behoud van de monumentale groene omgeving is als onderligger voor alle bouwactiviteiten een structuurvisie ontwikkeld.

Op het terrein aan de Monsterseweg staan nu zowel koop- als huurwoningen. Hierdoor is stukje bij beetje een gemengde woonwijk ontstaan, bestemd voor cliënten, personeel van de instelling en particulieren. Deze omgekeerde integratie op het terrein van Parnassia werkt goed: "Patiënten pakken op deze manier veel meer zaken op dan normaal. Ook het gevoel van autonomie en het idee dat je tussen normale Hagenaars woont, werkt enorm positief." Ook voor de andere bewoners blijkt de aanpak succesvol, gezien de verkoop van de woningen op het terrein. Dat het succes niet onopgemerkt is gebleven, blijkt uit het feit dat de 'omgekeerde integratie' navolging vindt. Zo worden momenteel in Katwijk en in Noordwijkerhout woonzorgwijken gerealiseerd. Enig verschil is dat deze niet geleidelijk ontstaan, maar in een keer zijn ontworpen.

Het terrein van het Psycho-medisch centrum Parnassia aan de Monsterseweg in Den Haag.
Foto: Wim te Brake

behandel
kamer

bed

Wim te Brake

HOLLANDS ZORGLAND-SCHAP

Veertig jaar bouwen aan de zorg

Erasmus MC, Rotterdam

RUIJK

Slotervaartziekenhuis, Amsterdam

SLOTERVAARTZIEKENHUIS

Slotervaartziekenhuis, Amsterdam

slotervaart ziekenhuis

Willem Arntz Hoeve, Den Dolder

Willem Arntz Hoave, Den Oever

St. Jozef, Deventer

Nieuwbouw Deventer Ziekhuis, Deventer

nter Ziekenhuis
RISO

Diaconnessenhuis, Meppel

Diaconnessenhuis, Meppel

Diaconnessenhuis, Meppel

senhuis Meppel
P
VOLVO
NL
LG-86-KB

Diaconnessenhuis, Meppel

Verpleeghuis Hooge Burch, Zwammerdam

Verpleeghuis Hooge Burch, Zwammerdam

K

Verpleeghuis Hooge Burch, Zwammerdam

Verpleeghuis Hooge Burch, Zwammerdam

Verpleeghuis Hooge Burch, Zwammerdam

's Heeren Loo, Ermelo

Het Zonnehuis, Amstelveen

Sociale huehuis, Amstelveen

Het Zonnehuis, Amstelveen

PARKEREN ALLEEN
VOOR BEZOEKERS
MET SCHRIFTELIJKE
ONTHEFFING!
PAS OP!
WEGSLEEPREGELING
VERBODEN
EGANG VOOR
NBEVOEGDEN
ART.461 W.v. STR.
ZONNETTIS

Nieuwbouw Martiniziekenhuis, Groningen

Nieuwbouw Martiniziekenhuis, Groningen

Nieuwbouw Martiniziekenhuis, Groningen

Nieuwbouw Maaslandziekenhuis, Sittard

Nieuwbouw Marechausseekwartier, Sittard

Nieuwbouw Maaslandziekenhuis, Sittard

DEEL 2

Welke gevolgen heeft de gewijzigde financiering van zorggebouwen op de praktijk? Kan vastgoed een bedrijfsinstrument zijn? Wat is de impact van consumentgericht denken op de zorg? Hoe ziet goed opdrachtgeverschap eruit? Kan *Evidence Based Design* vanuit het perspectief van de ontwerper van betekenis zijn? En welke rol kan zorg spelen in het publieke domein?

Dit tweede deel van het boek bevat vijf kritische en agendastellende essays die de in deel 1 geïntroduceerde thema's een stap verder brengen. Ze reiken de wereld van *cure* en *care* nieuwe ideeën en inzichten aan. Bovendien vragen de essays aandacht voor de publieke betekenis van zorggebouwen en tonen ze het belang aan van goed opdrachtgeverschap en een doordachte architectenkeuze.

Ter Reede

wachtkamer

12
11
10
9

gang

Marinus Verweij

ELKE VIERKANTE METER VERDIENEN

Majeure wijzigingen in de financiering van zorggebouwen

De vorige minister van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Hans Hoogervorst, koos in 2005 voor een ingrijpende wijziging van de financiering van zorggebouwen. De minister kondigde aan deze operatie in 2008 te starten en in 2012 te willen hebben voltooid. In zijn brief aan de Tweede Kamer noemde hij verschillende verwante onderwerpen die nog op uitwerking wachten, zoals hoe om te gaan met de liberalisering van de vervreemding van zorgvastgoed en de uitkering van winst aan aandeelhouders; beide gevoelige politieke onderwerpen vanwege de vrees dat 'collectieve middelen' mogelijk weglekken naar de private sector.

De aankomende wijziging van financiering betekent dat instellingen in de zorg veel meer verantwoordelijkheid moeten gaan nemen voor hun investeringen. Dit kan als de kosten voor het vastgoed onderdeel gaan vormen van de productprijzen op basis van *output pricing*. De kosten van het gebouw worden nu nog risicoloos aan het instellingsbudget toegevoegd mits de instelling in het bezit is van een vergunning. Straks gaan instellingen risico lopen op hun investeringen. Elke vierkante meter moet worden verdiend.

Deze stelselwijziging geldt zowel voor de ziekenhuizen als voor de *care*sector en zal grote gevolgen hebben voor de wijze waarop instellingen met hun vastgoed omgaan. Met recht mag dit de grootste systeemwijziging in de financiering van zorggebouwen sinds de Tweede Wereldoorlog worden genoemd. Het gaat in Nederland om een enorme vastgoedportefeuille die een waarde vertegenwoordigt van tientallen miljarden euro's. Zelfs in internationaal perspectief gaat het om een unieke operatie.
Vanuit een bredere context bezien kan het huidige vergunningensysteem in de zorg gezien worden als een uitloper van de wederopbouw. Andere sectoren, waaronder het onderwijs en de volkshuisvesting, zijn de zorg voorgegaan in een afbouw van de bemoeienis van de overheid met gebouwen en een overdracht van die verantwoordelijkheid aan de instellingen.

Vastgoed op de strategische agenda

Met de nieuwe financiering worden de risico's voor de zorginstelling veel groter. Deze risico's hebben niet alleen met vastgoed te maken. Zo kunnen veranderingen in de medische

HET EIGENDOM VAN GEBOUWEN IN DE ZORG ~ Instellingen die gebouwen in eigendom hebben, zijn daarvan juridisch beschouwd eigenaar. Discussie bestaat thans over de vraag wie zeggenschap heeft over de opbrengsten als gevolg van vervreemding van onroerend goed dat met collectieve middelen is bekostigd. Berust deze zeggenschap volledig bij de instellingen, met bijvoorbeeld een beroep op het eigendomsrecht zoals vastgelegd in het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), of is het de overheid toegestaan de bestemming van de opbrengst te bepalen? Het laatste woord is hierover nog niet gezegd!

technologie, problemen op de arbeidsmarkt of onvoldoende consistent overheidsbeleid risico's vormen voor een instelling die verdisconteerd dienen te worden in de vastgoedstrategie. Flexibiliteit en aanpasbaarheid zijn daarbij sleutelwoorden: veranderingen in de zorg en groei of krimp van productie moeten soepel opgevangen kunnen worden.
Het moge duidelijk zijn dat deze ingrijpende veranderingen nieuwe competenties vragen van het instellingsmanagement. Vastgoed in de zorg kent voor de instelling op dit moment weinig risico's. De *countervailing power* was jarenlang de vergunningverlener in de vorm van het College bouw zorginstellingen. Vastgoed zal nu voor het instellingsmanagement een strategisch onderwerp worden. Het zorggebouw wordt immers een productiemiddel. Op strategisch niveau zal zodoende een visie nodig zijn voor de wijze waarop de instelling om wil gaan met haar vastgoed. Vormen het gebouw en de architectuur een duidelijke uiting van de identiteit van de instelling? Ziet men het gebouw als een marketinginstrument? Wil men dat een *Healing Environment* bijdraagt aan het zorgproces? Of kiest men voor een meer functionele aanpak?
Vastgoedinvesteringen hebben een zeer lange looptijd met mogelijk ingrijpende gevolgen voor de dienstverlening en het kostenniveau van een instelling. Bouw is de uitkomst - als het goed is - van besluitvorming over de inrichting van zorgprocessen. Echter, wanneer een gebouw er eenmaal staat, bepaalt het voor lange tijd (mede) de wijze waarop zorg wordt verleend. De commerciële sector waarschuwt de zorgsector dan ook dat vastgoed zich niet leent voor hobbyisme. Het is een vak apart. De vraag voor de instellingen is dan ook hoe zij zich deze professionaliteit eigen gaan maken.
De voorgenomen veranderingen zullen ook de interne verhoudingen veranderen. Vooral in de ziekenhuizen zal de relatie tussen de medisch specialist en het management wijzigen. Er zal druk komen op dure vierkante meters en op het gebruik van die meters tijdens *prime time*. Mogelijk zijn er ook vierkante meters die niet goed 'verhuurbaar' zijn. Op vrijdagmiddag misschien?

Dat er momenteel een overschot is aan vierkante meters in ziekenhuizen, is - zeker voor ingewijden - duidelijk. Daarbij is sprake van een bescheiden benutting in het aantal uren per dag van heel dure voorzieningen, zoals de operatiekamers. Een recent onderzoek wees uit dat op basis van een 7x24 uurmeting het gebruik van operatiekamers gemiddeld nog geen 20 procent bedraagt. Een droevige zaak, maar tegelijkertijd een gouden kans voor productieverhoging door bedrijfstijdverlenging. Verder zullen kapitaalverschaffers zich anders gaan opstellen. Tot nu toe bood zorgvastgoed een aanzienlijke veiligheid aan kapitaalverschaffers, die uiteindelijk gewoon hun uitgeleende geld terug willen zien. In de toekomst worden de risico's veel groter en zal het aantrekken van leningen zonder een gedegen businessplan lastig worden, iets waar de zorg nog weinig ervaring mee heeft. De eisen ten aanzien van solvabiliteit zullen ook langzaam verder worden opgeschroefd tot mogelijk een niveau van rond de 25 procent, zoals dat in de commerciële sector gebruikelijk is. Daar zitten de zorginstellingen nog ver vandaan. Ook zullen andere financieringsmodaliteiten moeten worden gevonden, omdat men in het nieuwe systeem tijdens de levenscyclus van een gebouw theoretisch een periode 'tekortkomt' op de kapitaallastenvergoeding en dus een periode 'overhoudt'. In veel Europese landen ziet men een vergelijkbare discussie.

DE VREES VOOR BACK-LOG MAINTENANCE ~ In Australië wordt al lange tijd gewerkt met output pricing. Toch heeft men het daar niet aangedurfd om de kapitaallasten op te nemen in de bekostiging vanwege de vrees voor achterstallig onderhoud. In Nederland zullen de eventuele nadelen van het nieuwe systeem pas op termijn zichtbaar worden. Prijscompetitie of andere financiële prioriteiten kunnen de instelling straks in de verleiding brengen om vastgoedinvesteringen uit te stellen. Hierdoor zal de kwaliteit van het vastgoed langzaam achteruit gaan. Of dit ook echt gaat gebeuren? De tijd zal het leren. Uit het recente monitoringonderzoek van het Bouwcollege blijkt dat de Nederlandse ziekenhuizen er, aan de vooravond van de verandering, goed voor staan.

De kosten voor gezondheidszorg nemen overal toe en vooral de ministers van Financiën maken zich zorgen over de duurzaamheid van de Europese zorgstelsels. Tegelijkertijd dringt steeds breder het besef door dat gezondheidszorg niet louter als een kostenpost mag worden gezien. Met een ouder wordende beroepsbevolking is het van groot belang dat deze gezond is en blijft, om zo bij te kunnen dragen aan de economische ontwikkeling.
Ten aanzien van die zorgstelsels zijn er onderlinge verschillen. Het model van de *National Health Service* vinden we onder meer in het Verenigd Koninkrijk en in de Scandinavi-

INTEGRATED CAPITAL AND
REVENUE PROFILING
WORK PROCESS
SYSTEMISATION
ADAPTABLE
DESIGN STRATEGIES

sche landen. Kenmerkend is dat hier ook investeringen in zorggebouwen worden bekostigd uit de rijksbegroting. Omdat er altijd druk staat op de beschikbare middelen zien we dat in veel van deze landen geëxperimenteerd wordt met *public private partnerships*, in Nederland ook bekend onder de afkorting PPS: Publiek-Private Samenwerking. Duitsland, Nederland, België, Oostenrijk en veel Oost-Europese landen kennen juist een sociaal zorgverzekeringsstelsel. Vastgoedinvesteringen zijn in dit stelsel verschillend geregeld. Nederland kent bijvoorbeeld een sluitend vergunningensysteem, terwijl in andere landen investeringen deels uit overheidsbegrotingen worden bekostigd.

"Ook uit andere literatuur blijkt dat architectuur er echt toe doet om kosten, en dan vooral exploitatiekosten, te verlagen."

Publiek-private samenwerking

Het meest uitgesproken voorbeeld van Publiek-Private Samenwerking (PPS) is het beleid van de regering Blair in Engeland, die in korte tijd 100 nieuwe ziekenhuizen wilde neerzetten en daartoe koos voor de weg van het *private financing initiative* (PFI). In dit model bouwt en onderhoudt een private partij het ziekenhuis tijdens een contractperiode van veelal 25 jaar. Het primaire proces van de zorgverlening blijft in handen van de instelling. Na aanvankelijke euforie over deze aanpak komt thans steeds meer kritiek naar voren. Het model blijkt duur en inflexibel te zijn. De PFI-methode bleek vooral een *top down* benadering te zijn met veel invloed van *the treasury*. Er is onvoldoende gekeken naar hoe deze investeringen passen in een toekomstige zorgstrategie. Ook architecten klagen steen en been omdat ze gedwongen worden tegen lage tarieven standaardoplossingen te bieden. De buitenkant ziet er vaak gelikt uit, maar in de PFI-ziekenhuizen vinden we heel traditionele functionele gebouwen die doen denken aan de jaren zeventig van de vorige eeuw. Overigens was het plan Blair bedoeld als een inhaalslag na jaren van investeringsarmoede tijdens de periode Thatcher. Thatcher wilde privatisering stimuleren door de *National Health Service* (NHS), de Britse overheidsinstelling voor gezondheidszorg, uit te kleden. Wat betreft de architectuur heeft ook deze privatiseringstijd weinig nieuws gebracht: de dominante positie van de risicomijdende banken heeft geresulteerd in heel sobere gebouwen. In Duitsland kent men een aantal geheel private aanbieders die binnen de context van het publieke zorgsysteem functioneren. Een voorbeeld is de Rhön Klinikum groep, een beursgenoteerde onderneming die noodlijdende Duitse ziekenhuizen opkoopt en deze vervolgens met een strak eigen beleid exploiteert binnen het sociale verzekeringsstelsel. Ze kopen als het ware een ziekenhuis met een concessie, en zijn dan verplicht het volledige pakket aan ziekenhuiszorg te leveren. Dit maakt de casus interessant voor Nederland omdat in veel andere landen private aanbieders zich vooral concentreren op de eenvoudig planbare zorg. De Rhön Klinikum groep heeft ook een duidelijke koppeling weten te leggen tussen het gebouw en het primaire zorgproces. De zorg is door *care pathways* in hoge mate geprotocolleerd, en dit wordt gekoppeld aan een daarop toegesneden gebouwconcept. Kort gezegd: elke meter die een verpleegkundige onnodig loopt kost geld. Ook uit andere literatuur blijkt dat architectuur er echt toe doet om kosten, en dan vooral exploitatiekosten, te verlagen. In de praktijk betekent dit dat deze aanbieders compacte ziekenhuizen bouwen met veel aandacht voor functionele relaties. Zo zijn er geen afdelingen naar medisch specialismen, maar slechts afdelingen naar zorgintensiteit: *intensive, high en medium care*. De patiënt verhuist soepel van de ene naar de andere afdeling naarmate het genezingsproces vordert. In vergelijking met andere sectoren loopt de zorg achter op het gebied van logistieke processen. Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Duits onderzoek wijst wel uit dat gebouwtypologieën grote invloed kunnen hebben op de efficiëntie van het primaire proces.

HET ONTMYTHOLOGISEREN VAN HET ZIEKENHUISGEBOUW ~ Waarom bouwen we grote monolithische ziekenhuizen? Gedurende de afgelopen 25 jaar heeft er een concentratie van zorgverlening plaatsgevonden met als gevolg gebouwen waarin alle functies zijn ondergebracht. Zorginstellingen zijn ook symbolen van maatschappelijke en culturele waarden. Toch kan het heel zinvol zijn het ziekenhuisgebouw te ontleden om te ontdekken dat grote delen ervan niet echt zorgspecifiek zijn. Meer dan de helft van het oppervlak van een gemiddeld ziekenhuis wordt ingenomen door functies die veel gelijkenis vertonen met kantoren en hotels. Het Bouwcollege heeft daarom de schillenmethode ontwikkeld, waarmee een ziekenhuis wordt verdeeld in vier onderdelen: de *hot floor*, hotelachtige voorzieningen, kantoorvoorzieningen en een fabrieksmatige schil.

1. De *hot floor:* kapitaalintensieve voorzieningen zoals operatiekamers, IC's en beeldvormende diagnostiek. Kenmerkend zijn de relatief dure vierkante meters en het specifieke karakter van deze voorzieningen. Logistiek onderzoek heeft uitgewezen dat procesoptimalisatie tot substantiële benuttingwinst kan leiden, in combinatie met bedrijfstijdverlenging.

2. Hotelachtige voorzieningen*: low care* verpleging die veel gelijkenis vertoont met een hotelvoorziening. De kosten per vierkante meter zijn lager dan de *hot floor* en in vastgoedtermen zijn de voorzieningen minder specifiek. Het is immers niet ondenkbaar om een hotel naast het ziekenhuis te bouwen en tevens als verpleegafdeling te gebruiken.

3. Kantoorvoorzieningen: alle staf- en kantooraccommodatie inclusief veel poliklinische voorzieningen. Ook voor poliklinische voorzieningen geldt dat aanzienlijke procesoptimalisatie haalbaar is. De verwachting is dat de druk op de poliklinische capaciteit nog aanzienlijk zal toenemen. De vraag doet zich wel voor of deze capaciteit in het ziekenhuis gerealiseerd dient te worden. Waarom niet dichter tegen de eerste lijn aan? Dit vastgoed hoeft veel minder zorgspecifiek te zijn, waardoor huur en verhuur mogelijk wordt.

4. Fabrieksmatige schil: kapitaalintensieve functies zoals laboratoria en keukens, die echter geen deel uitmaken van het primaire proces. Deze lenen zich ook voor *outsourcing*.

Core Hospital concept van Venhoeven CS

Het denken in schillen is ook toepasbaar in andere sectoren in de zorg. De toekomst zal ongetwijfeld enerzijds een normalisatie in bouwkundige zin en anderzijds een functionele differentiatie van zorgvastgoed bevorderen. Normalisatie van de bouw betekent vaak lagere investeringen: een kantoor is immers veel goedkoper dan een *hot floor*. Normalisatie kan echter ook leiden tot een hogere marktwaarde van het vastgoed, waardoor het gemakkelijker afstootbaar is of geschikt kan worden gemaakt voor andere toepassingen. Een uitdagende poging om een nieuw concept uit te werken is het winnende *Core Hospital* uit de prijsvraag *Future Hospitals: Competitive and Healing*. Hiervoor werd geanalyseerd welke functies absoluut in het kernziekenhuis moeten worden ondergebracht. De conclusie was dat het slechts om ruim 50 procent van het traditionele ruimteoppervlak van een ziekenhuis gaat. Het ziekenhuis krijgt een soort netwerkstructuur. Door een kleiner ruimtebeslag kan een ziekenhuis ook weer gemakkelijker in het hart van Europese steden worden gebouwd.

VASTGOED IN EEN APARTE RECHTSPERSOON? ~ Het bruist momenteel in zorgland: vastgoed is een *hot topic*. Dat geldt ook voor de vraag of het slimmer is om het vastgoed in een aparte rechtspersoon onder te brengen. Immers, dat schoont de balans van het vastgoed waardoor het eigen vermogen (relatief) toeneemt, en het biedt de mogelijkheid tot een meer gerichte professionele benadering. In andere sectoren komen we deze aanpak ook tegen: bij hogescholen en bijvoorbeeld Schiphol. Los van de techniek is de cruciale vraag: wie zit er aan het stuurwiel? Heeft de zorginstelling nog volledige zeggenschap over haar vastgoed?

Denken vanuit de levenscyclus

De nieuwe financiering betekent denken vanuit de exploitatie. Dit heeft tot gevolg dat het bij investeringsbeslissingen niet zozeer meer gaat om het initiële investeringsbedrag maar om de totale kosten van het gebouw gedurende de levenscyclus: de *life cycle costs*. Een hogere initiële investering kan in sommige gevallen gedurende de levenscyclus vele malen worden terugverdiend met lagere exploitatiekosten. Het Bouwcollege heeft samen met het Noorse Multiconsult een instrument ontwikkeld om de *life cycle costs* van verschillende investeringsscenario's voor zorggebouwen door te rekenen. Een ander belangrijk punt daarbij is dat we gewend zijn geraakt om te denken vanuit afschrijving. Zorggebouwen worden nu in 40 tot 50 jaar afgeschreven. Courant vastgoed behoudt echter zijn waarde: wie heeft er bijvoorbeeld op zijn woning afgeschreven sinds de Tweede Wereldoorlog? Investeerders, zoals pensioenfondsen, kijken scherp naar de restwaarde, die voor een niet onbelangrijk deel wordt bepaald door de locatie. Dit biedt zorginstellingen ook nieuwe kansen. Om de kansen te kunnen grijpen die de veranderende financiering biedt, zijn drie punten van groot belang. Allereerst, wanneer vastgoed deel wordt van de instellingsstrategie, hoort het ook thuis op de agenda van de Raad van Bestuur. Dit betekent automatisch dat professionalisering van het vastgoedbeleid en van opdrachtgeverschap een noodzaak is. De risico's komen veel meer dan vroeger bij de instelling zelf te liggen. Vervolgens betekent vastgoedstrategie ook dat een heldere visie ontwikkeld dient te worden op gebouw, architectuur en de relatie tot de identiteit van de instelling. Wil de instelling het gebouw gebruiken als marketinginstrument, of vormt het een belangrijk onderdeel van het zorgproces: de *Healing Environment*? Ook een sobere functionele strategie, waarin kostenoptimalisatie voorop staat, is een mogelijke keuze. Tot slot zal het nieuwe beleid ongetwijfeld leiden tot normalisatie van zorggebouwen. Dat gebouwen een blijvende marktwaarde hebben en gemakkelijk afstootbaar zijn, zal steeds belangrijker worden. Aanpasbaarheid, flexibiliteit en goede groeikrimpmogelijkheden passen bij een dynamische zorgsector.+

slaapzaal

Robbert Huijsman

RIJKERE PERSPECTIEVEN OP UW ZORGGEBOUW

Het pand als bedrijfsinstrument in het serviceconcept van de maatschappelijk zorgondernemer

De bedrijfsvoering van gebouwen in de zorg komt in een heel nieuw perspectief te staan door de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de afschaffing van de bouwregulering op zorggebouwen. Veel zorgaanbieders zien deze fundamentele omslag als een technische omzettingsoperatie en beseffen nog onvoldoende welke nieuwe kansen en risico's op hen afkomen. Zorgondernemers staan voor de uitdaging een integrale visie op hun vastgoed te ontwikkelen. Dit nieuwe bedrijfsinstrument moet in al zijn mogelijkheden en consequenties worden doordacht en vervolgens worden gedekt met de externe prijsstelling van de zorg- en dienstverlening. Het gebouw wordt een productiemiddel op strategisch, tactisch en operationeel niveau en daarmee een van de normale componenten van de totale bedrijfsvoering. Het moet bovendien in staat zijn een gevarieerd palet aan zorgbehoeften en klantwensen te dekken; van kleinschalige woonzorgvoorzieningen voor ouderen en gehandicapten tot grootschalige *high-tech* faciliteiten.
In deze bijdrage wordt het zorggebouw bezien vanuit verschillende perspectieven, startend bij een meer klassiek perspectief op het gebouw als te onderhouden kapitaal, maar vervolgens wordt het perspectief verbreed naar het gebouw als strategisch productiemiddel in de primaire zorgprocessen en de secundaire organisatieprocessen en tenslotte een nog weidser perspectief waarin het zorggebouw uitgroeit tot een marketinginstrument voor zorgondernemers. Bestuurders van zorgorganisaties moeten zich nadrukkelijker bezig houden met de strategische kanten van vastgoedbesluiten, in alle fasen vanaf planvorming tot aan de volledige doorvertaling naar een gezonde bedrijfsvoering. Het zorggebouw wordt opbrengstengenerator en kritisch interventie-instrument in zorgorganisaties.

Perspectief 1:
ZORGGEBOUW ALS KAPITAALGOED

Vaak wordt het gebouw nog vooral gezien als een kostenpost, niet als een bron van opbrengsten en inkomsten op de korte en lange termijn. Het klassieke denken over zorggebouwen is simpel. De exploitatiekosten van zorggebouwen bestaan uit de kosten van de dagelijkse instandhouding en de kapitaalslasten (rente en afschrijving). Beide moeten worden beteugeld, zeker op de korte termijn, want veel verder strekt de tijdshorizon van bestuurders en toezichthouders in de zorg vaak nog niet. Echter, de dynamisering van de markt maakt het van groot belang na te denken over de levenscyclus van het gebouw, de (verlenging van de) economische restwaarde en de mogelijke herbestemming naar andere doelen. Duurzaamheid, flexibel bouwen en herontwikkeling zijn hier de actuele thema's. Wat nu een zorggebouw is, kan later een kantoor, school, bedrijfspand of woonlocatie zijn.
Veelal is men zich al wel scherp bewust van de exploitatiegevolgen van het gebouw zelf, die men probeert te beïnvloeden via de nieuwste inzichten in onderhoud, klimaatbeheersing, energiehuishouding en installatietechniek. Op het gebied van vastgoedoplossingen kan de zorgsector echter veel leren van het bedrijfsleven, waar hogere kapitaalslasten zijn gerechtvaardigd als deze leiden tot een daling van de exploitatiekosten. Neem als voorbeeld de toepassing van klimaatbeheersing. Deze investering is in kantoorgebouwen al lang geen onderwerp van discussie meer, omdat bewezen is dat de arbeidsproductiviteit toeneemt.
De techniek staat niet stil. Het is de vraag of de zorgaanbieders wel voldoende zijn toegerust om deze innovatie bij te houden en adequaat te incorporeren in hun vastgoedbeleid. Expertise is weliswaar in te huren (adviesbureaus varen daar wel bij), maar de zorgsector staat voor de meer principiële vraag of ze deze competenties zelf doorontwikkelt of het totale bouw- en onderhoudsbeleid uitbesteedt aan vastgoedprofessionals. De zorgsector gaat een hele nieuwe fase in met nieuwe partners van buiten de zorg, in allerlei PPS-constructies, allianties met woningbouwcorporaties, vastgoedbeheerders en projectontwikkelaars. Flexibiliteit en ruime mogelijkheden tot herbestemming maken een gebouw tot een aantrekkelijke *asset* op de balans en een hefboom voor financiers, zodat uw positie op langere termijn is veiliggesteld.

Perspectief 2:
ZORGGEBOUWEN ALS INTERVENTIE IN PRIMAIRE ZORGPROCESSEN

Het gebouw als instrument voor interventies in het zorgverleningsmodel staat nog in de kinderschoenen. Het zorggebouw kan een veel grotere rol spelen als instrument in de sturing, effectiviteit en exploitatie van de directe primaire zorgprocessen. Hier komen we bij thema's als *Healing Environment en Evidence Based Design*. De medische technologie in diagnostiek en behandeling is al langer een erkend productiemiddel, dat de behandelmogelijkheden doet toenemen en de invasieve belasting op patiënten doet afnemen. Waar vroeger een grote operatie met langdurige opname nodig was, bijvoorbeeld bij een knieoperatie of problemen in het vatenstelsel, volstaat nu een kijkoperatie in een poliklinische setting.
Op vergelijkbare wijze wordt thans ook het gebouw een productiemiddel en een cruciale bron van innovatie in primaire zorgprocessen. Een slim gebouw met een doordacht in- en exterieur bevordert het herstel van patiënten en de satisfactie van medewerkers en daarmee de effectiviteit en efficiency van primaire zorgprocessen. De econoom ziet de exploitatie verbeteren en maakt nieuwe afwegingen tussen de investeringskosten in het gebouw en de daarmee samenhangende exploitatieopbrengsten in de primaire zorg. Het concept *Healing Environment* overstijgt in ruime mate de traditionele aandacht voor de decoratieve en esthetische waarde van een zorggebouw. Hoewel de onderzoeksinspanningen en de publicatiestroom gestaag toenemen, is het bestaande onderzoek naar *Healing Environments* vaak nog onvoldoende *evidence based* en bovendien sterk geënt op de Amerikaanse situatie. Er is in Nederland meer en beter onderzoek nodig naar cruciale vragen: welke interventies in het gebouw, de infrastructuur en het interieur moeten we precies plegen om het herstel van patiënten en de kwaliteit van leven van onze zorgcliënten te bevorderen, zowel in de curatieve als in de langdurige zorg?
Een mooi voorbeeld is de discussie over eenbedskamers in ziekenhuizen. Ter inspiratie kan het zoge-

naamde Pebble Project dienen, waarin inmiddels meer dan 20 ziekenhuizen in de Verenigde Staten participeren in onderzoek naar de effecten van *Healing Environments*. Op grond daarvan is een *Business Case for Better Buildings* geconstrueerd waarin de kosten van verschillende investeringen in bijvoorbeeld eenbedskamers, interieur van kamers, sanitaire voorzieningen en werkplekken, klimaat- en geluidsbeheersing en grotere ramen in muren en daken voor daglicht, worden afgezet tegen de opbrengsten van minder valincidenten, minder wondinfecties en complicaties, verminderde medicatie en patiëntentransport, korter ziekenhuisverblijf en lager ziekteverzuim en verloop onder personeel. Met spectaculaire uitkomsten: de inverdientijd voor ziekenhuisbrede investeringen in *Healing Environment* bedraagt nog geen twee jaar, zeker als de marketingeffecten op marktaandeel in de directe patiëntenzorg én op schaarse professionals op de arbeidsmarkt worden meegerekend!
Nederlands onderzoek naar de effecten, kosten en baten van eenbedskamers zal bepalend zijn voor de verdere ontwikkeling binnen ziekenhuizen, want inmiddels staan meerdere bouwprojecten op stapel of op het punt van opleveren zonder de noodzakelijke bewijsvoering. Maar de verwachtingen zijn hoog, zo bleek uit onderzoek van Van Geest (2005) bij verschillende ziekenhuizen. Een bestuurder van een van deze ziekenhuizen verwoordde dat als volgt: "Het is puur economie, elke andere oplossing dan eenbedskamers is idioot." Hij is er van overtuigd dat eenbedskamers de nieuwe norm in ziekenhuizen worden en acht het niet uitgesloten dat ziekenhuizen die dat concept niet volgen maar volgens oude concepten meerbedskamers bouwen of renoveren, binnen 15 jaar hun faillissement moeten aanvragen op grond van het gebouw. De traditionele verzorgings- en verpleeghuissector is daarbij een waarschuwend voorbeeld, want daar treedt nu al leegstand op omdat de huisvesting niet meer voldoet. Echter, ook deze moderne inzichten moeten niet worden verabsoluteerd, want het is onwaarschijnlijk dat alle patiëntgroepen evenveel baat bij en behoefte aan eenbedskamers hebben. Met name oudere en chronische patiënten hebben vaak nog een voorkeur voor meerbedskamers, vanwege de mogelijkheden van aanspraak, lotgenotencontact en gevoel van veiligheid. Er zijn aanwijzingen (onder meer uit de oncologie) dat een goede sociale omgeving bevorderend kan uitwerken op het herstelproces. In deze veelheid van mogelijke positieve en negatieve effecten van *Healing Environments* is juist een strikt rationeel-economisch perspectief zeer wenselijk, teneinde de uitkomsten te meten, te wegen en zoveel mogelijk te waarderen in geld. Daarbij moet ook zorgvuldig rekening worden gehouden met de verschillende tijdshorizonnen voor de verschillende kosten en opbrengsten, zowel aan de kant van de patiënten als aan die van de medewerkers, via methodieken als netto contante waarde met de juiste discontovoeten. Hiermee zou ook inzicht verkregen worden in de optimale mix van één- en vierbedskamers (iedere tussenvorm van twee- of driebedskamers is inmiddels onwenselijk gebleken). Ik zie uit naar de falsificatie van de hypothese dat er veel meer te doen is met zorggebouwen als bron van interventies op patiënten, medewerkers, bezoekers en omgeving. Wie durft het eerste gebouw neer te zetten, dat alle huidige kennis incorporeert en een levend laboratorium wordt voor *Evidence Based Design* en *Healing Environments* in Nederland?

Perspectief 3:
KLEINSCHALIGHEID IN ZORGGEBOUWEN

Met name in de nieuwe trend van kleinschalige woonzorgvoorzieningen voor dementerenden en gehandicapten verwacht ik nog veel meer impact van binnen- en buitenarchitectuur, teneinde op professioneel niveau het concept van alledaagse huiselijkheid te combineren met de nieuwe normen voor verantwoorde zorg en de nieuwste inzichten uit *Human Resource Management* toegepast op werkvormen als groepsbegeleiding.
Kleinschaligheid als tegenreactie op instituutsdenken en fusiegolven mag zich verheugen in een groeiende belangstelling en heeft nu zelfs het Coalitieakkoord van het vierde Kabinet Balkenende gehaald. De gehandicaptenzorg kent het fenomeen van kleinschaligheid al veel langer (denk aan gezinsvervangende huizen, genormaliseerd wonen e.d.), maar de ouderenzorg is nog terughoudend.
De trends zijn ook niet eenduidig. Enerzijds leidt een samenloop van verschillende maatschappelijke, economische en beleidsmatige ontwikkelingen er toe dat de zorgvraag in verzorgings- en verpleeghuizen steeds zwaarder en complexer wordt, maar anderzijds wordt er gestreefd naar een zo groot mogelijke

zelfredzaamheid en privacy. Tegen dit achtergronddecor ontwikkelen zich verschillende varianten van kleinschaligheid voor dementerende ouderen. Elk project deelt dezelfde uitgangsvisie: de zorg wordt geboden in een huiselijke en herkenbare omgeving, de bewoners vormen met elkaar een gewoon huishouden en kunnen zelf hun dagelijks leven inrichten. Maar er zijn vele soorten projecten, variërend van *stand alone* huizen in de wijk, via geclusterd wonen in de wijk, tot nieuwe wooncentra op het terrein van of dicht bij een zorginstelling (bijvoorbeeld Ter Reede in Vlissingen) en gerenoveerde verpleeghuizen waar per verdieping als het ware een straat met groepswoningen is nagebouwd (bijvoorbeeld in De Hofstee te Rotterdam). Verschillende onderzoeken lijken aan te tonen dat ouderen en hulpverleners zich wel voelen in deze kleinschaligheid, maar onderzoek naar de kostenstructuur van kleinschalige zorgvoorzieningen voor dementerenden verloopt vooralsnog onbevredigend door gebrekkige en onvergelijkbare boekhoudsystemen. Gezant Kennedie had dit onthutsende euvel al eerder vastgesteld. Een gezonde bedrijfsvoering van kleinschaligheid is dus niet gegarandeerd. Het is twijfelachtig of al te idealistische varianten van één of slechts een paar huizen in de wijk een toekomstbestendige bedrijfsvoering kennen, zeker als zij geen onderdeel uitmaken van een groter verband, met voldoende waarborgen voor 24 uurscontinuïteit en kwaliteit van zorg. In deze superkleinschalige varianten speelt de architectuur ook nauwelijks een rol.
Voor een vastgoedbeheerder (vanuit het eerste perspectief) is het uiterst aantrekkelijk om kleinschalige woonzorgvoorzieningen op grote schaal te exploiteren en daarbij ook de breekpunten als avond- en nachtdiensten en facilitaire ondersteuning meer op regionale dan op lokale schaal aan te pakken en te faciliteren. Hierin zijn satellietmodellen van een groep kleinschalige voorzieningen rondom een regionaal expertise- en faciliteitencentrum met goede (ICT-)verbindingen en het onderscheiden van front- en *backoffice*-functies cruciaal. Groot denken in kleinschaligheid is cruciaal om op concernniveau exploitatiegericht te bouwen, gezond te exploiteren en verder te innoveren.
In geclusterd wonen met groepswoningen langs een corridor, al dan niet gestapeld in een woongebouw, liggen veel meer uitdagingen voor de (interieur)architect. Hoe trek je het concept van huiselijkheid door naar de woon-leefkeuken waar personeel en bewoners samen de maaltijd bereiden? Hoe voorkom je dat in de gang met afzonderlijke slaapkamers toch een instituutsklimaat overheerst? Hoe richt je de plattegrond zo in, dat de eisen van de Inspectie over 24 uurstoezicht en andere normen voor verantwoorde zorg zijn geborgd? Faciliteiten als een centrale keuken, linnen- en wasvoorzieningen en therapieruimten zijn in kleinschaligheid taboe, maar hoe richt je de groepswoning dan zo in dat de benodigde activiteiten daar zo gewoon mogelijk plaatsvinden? De architect kan hier bij uitstek zijn creativiteit inbrengen om de schijnbaar onverenigbare visies op kleinschalige huiselijkheid te verbinden met de professionele standaarden en de normen voor verantwoorde zorg en tegelijkertijd ook bij te dragen aan een gezonde bedrijfsvoering. De *business case* voor verstandige varianten van kleinschaligheid kan dan eindelijk worden geschreven en geïmplementeerd. Voor maatschappelijk ondernemers in de zorgmarkt is dat de enige manier om succesvol te kunnen opereren op een gereguleerde markt met toenemende druk op kosteneffectieve zorgprestaties en adequate verantwoording. Juist in de kleinschalige zorg voor dementerenden ligt een gigantisch groeipotentieel, waarvoor ook een grote maatschappelijke belangstelling bestaat vanwege de toenemende vergrijzing.

Perspectief 4:
ZORGGEBOUWEN ALS INTERVENTIE IN ORGANISATIEPROCESSEN

Het gebouw is nog vrijwel niet ontdekt als *Human Resource Management* (HRM)-instrument.
De zorg- en dienstverlening is een *people business*, waar personeelskosten de grootste post in de exploitatie vormen. Hoe kunnen we de arbeidsproductiviteit en satisfactie van onze medewerkers bevorderen door slimme gebouwen als een van de instrumenten in het *Human Resource Management?* Het planontwerp, de logistieke routes en de inrichting beginnen steeds meer de creativiteit te prikkelen. Denk aan het ergonomisch ontwerp van werkplekken, en operatiekamers, maar ook aan de inpassing van fitnessruimten voor medewerkers en patiënten. Hoe werkt de akoestiek, belichting en beluchting van de werksituatie uit op de stressbestendigheid, productiviteit en arbeidssatisfactie van medewerkers? Nog verder gaat de gedachte dat het hele gebouw ook ondersteunend moet zijn op de strategische

(arbeids)visie van de zorgondernemer. Als multidisciplinaire teams de belangrijkste werkvorm zijn, hoe speelt de inrichting van werkplekken, overleg- en ontmoetingsruimten daar dan precies op in?
Als hygiëne cruciaal is voor de effectiviteit van de operatie en nazorg, hoe voorziet dan de plattegrond van verpleegafdeling in stimulering van adequaat professioneel handelen, zoals handen wassen bij start nieuw patiëntcontact, bij afhandeling van medicatie- en ander afval, bij sanitaire voorzieningen e.d.?
Als kleinschalige zorgverlening het hoofdmodel is, met een groepsleider per groep bewoners/cliënten, waar plaatst u dan de plekken voor administratie, werkoverleg en pauzes? Of heeft u die gewoon niet meer, omdat een groepsleider altijd binnen de groepswoning acteert? Kan deze dan nog ergens roken of een collega ontmoeten is de vraag, want professioneel contact wordt ook als belangrijk ervaren. En hoe gaat u dan om met het toezicht op de woning en de bewoners? De Inspectie heeft daarover scherpe normen. En hoe speelt u bij dit alles met de ICT-component, bij toezicht en bewaking, bij de ondersteuning van werkprocessen, in domotica-varianten die arbeidsontlastend uitwerken, in *multi channel* interactieve communicatiesystemen naar cliënten, collegae en facilitair ondersteuners? Is alles al wireless in uw zorgpanden, of heeft u nog last van de aloude kooi van Faraday en ligt de bekabeling voor eeuwig vast in uw gefreesde kabelgoten in betonnen muren, vloeren en die ook zo lelijke plafondsystemen? Zo bezien is het zorggebouw een belangrijke bron van interventies op het arbeidsklimaat en de totale personeelsexploitatie. Een praktisch voorbeeld: in het nieuwe Maaslandziekenhuis te Sittard zullen de hogere kapitaalslasten terugverdiend worden door lagere exploitatiekosten, bijvoorbeeld door 15 procent lagere personeelsinzet, met name door efficiëntere werkmethoden en vergaande automatisering van ondersteunende processen.
Maar het perspectief biedt nog meer vergezichten: hoe bevordert het zorggebouw zoveel mogelijk de normale menselijk zelfredzaamheid en interactie? Nodigen het gebouw en de inrichting uit tot sociaal contact, tot wederzijdse ondersteuning tussen cliënten zelf en met hun mantelzorgers? Zijn er mogelijkheden tot *rooming-in*, meekoken en -eten van bezoekers, dienstbetoon en nabuurschap in de organisatie of zelfs ondernemerschap van derden in uw zorgboulevard, zoals een wasserette voor ook de personeelskleding, een kinderopvang voor ook het personeel, terwijl de zorgcliënten wellicht te gast komen in de groepen kinderen? Of bent u al verder dan deze klassieke voorbeelden? Verhuurt u ruimten aan de huisarts, apotheker, bibliotheek, bank, arbeidsbureau, de kleine zelfstandige, het buurthuis, de tandarts, en ga zo maar door? Denk die opties dan ook nog een paar stappen verder door als kritische succesfactor in uw totale HRM-beleid, als sturingsinstrument op uw arbeidsrendement en medewerkersatisfactie, als aantrekkelijke lokker in wervingscampagnes en als creatieve bron voor tertiaire arbeidsvoorwaarden op de krappe arbeidsmarkt, want dáár voltrekt zich de echte concurrentieslag. Druk de resultaten dan uit in economische parameters als moeilijk vervulbare vacatures, wervingskosten, *turn over* en ziekteverzuim in het personeelsbestand, additionele omzet aan andere gebruikersgroepen en hoe die resultaten worden beïnvloed met elke geïnvesteerde euro waar dan ook in het totale zorggebouw. De volgende perspectiefverbreding naar marketing is dan relatief eenvoudig.

Perspectief 5:
ZORGGEBOUWEN ALS MARKETINGTOOL

Het (zorg)gebouw is als icoon in de omgeving en context een pracht van een marketinginstrument voor zorgondernemers. Als architectonisch gebaar in een wijdere omgeving is met exterieur en interieur een geweldige bijdrage te leveren aan het nieuwe ondernemerschap in de zorg. Het gebouw kan van grote waarde zijn in de marketingstrategie van zorgondernemers en het werven of nog liever binden van klantgroepen. Eerder poneerde ik het credo groot denken in kleinschaligheid, maar vanuit marketingoogpunt is deze strategie nog verder uit te bouwen in herkenbare franchiseformules waarin de kleinschalige voorzieningen een herkenbare icoon in de lokale gemeenschap vormen, ook door de architectuur en de stedelijke inpassing als kloppend hart in de wijk en een levendige ontmoetingsplaats voor allerlei doelgroepen. Steeds in een herkenbare sfeer, als een krachtig merk voor het serviceconcept. Inmiddels spelen een aantal formules zoals Corona hierop in, maar het gebouw zelf is daarin nog geen systematische hoeksteen in het totale merkenbeleid. Hier is nog mooi leentjebuur te spelen in de *retail* en hotellerie, met voor iedereen herkenbare formules als Starbucks, Marks & Spencer, Marriott of McDo-

nald's. Steeds weer is de architectuur en het interieur ondersteunend aan het totale concept, waarvoor niet alleen consumenten bewust kiezen, maar ook werknemers (daar wil je bij horen, of niet). Al eerder pleitte gezant Kennedie (2005) voor het afkijken van hotelconcepten in het moderniseren van de zorgvisie en serviceverlening in de verpleeghuizen. De stelling hier is dat zo'n servicemodel niet alleen intern bindt en rendeert, maar ook extern marketingrendement oplevert in grotere wervings- en bindingskracht bij cliënten, werknemers, leveranciers en financiers.

Reflectie:

DILEMMA'S OMZETTEN NAAR RIJKERE PERSPECTIEVEN

Uw gebouw als strategisch en tactisch instrument in uw totale zorg- en dienstverleningsconcept! Had u dat zo al eens bezien toen u op een reguliere werkdag door de deuropening stapte om voor weer minstens acht uur in dat interventiesysteem te verkeren? Velen zeggen te worstelen met het dilemma tussen personeelslasten en de exploitatielasten van het gebouw. Als u tot hier mijn betoog hebt gevolgd, dan acht u dit inmiddels een schijndilemma en weet u al veel meer wederzijds bevorderende in plaats van tegenwerkende verbanden tussen personeel en gebouw te leggen. Maar dan komt het echte dilemma: kunt u uw visie ook echt realiseren, krijgt u alle *stakeholders* mee, durft u het financieringsrisico als ondernemer te dragen, omdat u de netto contante waarden van alle investeringen en opbrengsten nu scherp voor ogen heeft in een overtuigende *business case* voor uw slimme gebouw? Concepten als *Healing Environments* doorstaan inmiddels uw aanvankelijke scepsis, maar gaan pas echt renderen als u de psychologische, sociale, materiële en financiële barrières weet te beslechten door ze te vervangen door rijkere perspectieven op uw zorggebouw. Deze omslag in uw strategische *mindset* komt uw serviceconcept ten goede, verbetert de exploitatie en kosten/batenverhoudingen in uw totale bedrijfsvoering aanzienlijk, maakt u tot een aantrekkelijke ondernemer op deelmarkten van cliënten, arbeid, grondstoffen en kapitaal en verhoogt uw positie in de regionale en landelijke netwerken van *stakeholders*. Je hoeft geen economie gestudeerd te hebben, om de economische waarde van deze *business case* nu zelf te kunnen opzetten en verzilveren.+

Literatuur

J. van Geest, Thesis Master Health Care Management Erasmus Universiteit (Rotterdam 2005).

H.W.R. Kennedie e.a., Waarde, waardering, waardigheid. Hospitality care en de toekomst van de Nederlandse Verpleeghuiszorg (Den Haag, 2005).

Janny Rodermond

HEALTH VALLEYS, ZORGPARKEN EN CAMPUSSEN

Omslag van institutionele naar consumentgerichte architectuur

Helende Hellingen: het Zuid-Limburgse heuvelland getransformeerd tot Health Valley.
Bron: Urban Unlimited / rapport Heerlijkheid Heuvelland (2005)

Nu de rijksoverheid uiteindelijk ook het centrale regime over het bouwen van voorzieningen voor de zorg loslaat, staan talloze opdrachtgevende partijen klaar om zich een positie te verwerven in dit omvangrijke vastgoeddomein. Deze terreinverovering gaat gepaard met het uitvinden van nieuwe programmacombinaties die een optimaal rendement uit het vastgoed moeten halen. Hierdoor zal in de nabije toekomst de zorg veel meer zijn verweven met het dagelijks leven, omdat ze opgenomen is in andere voorzieningen. Een groot deel van de huisvesting voor de zorg verliest het bekende neutrale, institutionele karakter door de inbreng van consumentgerichte marktpartijen. De mogelijkheden van deze verschuivingen voor het vergroten van de differentiatie in de architectuur en voor het ontwikkelen van nieuwe hybride privaatpublieke ruimten zijn echter nog nauwelijks verkend.

Dagelijks haalt de zorg de voorpagina's van de dagbladen, omdat de sector groeit, reorganiseert, privatiseert, innoveert en internationaliseert. De tot voor kort zo gesloten bolwerken breken open en vanuit allerlei richtingen betreden nieuwsgierige partners dit veelzijdige werkterrein, dat de komende decennia een sterke drager van de dienstverlenende economie zal zijn. Zo nemen de op groei en fuseren gerichte woningbouwcorporaties, die zelf in het laatste decennium gretig de omslag hebben gemaakt naar de commerciële markt, de huisvesting van en zorg voor ouderen er graag bij. Maar ook provincies, lokale overheden, ontwikkelaars en durfkapitalisten ontdekken de economische potenties van de zorg. De provincie Limburg bijvoorbeeld gaat samen met zorginstellingen, bedrijfsleven en universiteiten het aanlokkelijke Zuidlimburgse heuvelland transformeren tot een *Health Valley*. Deze ambitie, Helende Hellingen gedoopt, is levensvatbaar. De nieuwe onderneming CyGenics vestigt haar hoofdkantoor in Limburg en zal van daaruit wereldwijd arrangementen aanbieden in de medisch-toeristische sector. Het spreekt vanzelf dat daar een wervende architectuur bij hoort. De provincie ziet hier mogelijkheden voor de vrij komende kloosters, kastelen en vakwerkboerderijen. Deze vormen een prachtige ambiance voor *wellness*arrangementen, eventueel in combinatie met een behandeling in een van de geavanceerde ziekenhuizen. Zo ontstaat een win-winsituatie: het kostbare cultureel erfgoed is gered en Zuid-Limburg kan zich profileren als innovatieve economische regio.

De dynamiek in de zorgsector overschrijdt de landsgrenzen. Met de opkomst van het zorgtoerisme ontstaat een internationale markt. De provincie Limburg zoekt nu al samenwerking met de ziekenhuizen in Aken en Luik. Maar voor wie verder wil kijken zijn er ook mogelijkheden buiten Europa. Voor een vakantie annex ooglaserbehandeling kan men terecht in Egypte. En wanneer de verzekering de ingreep wil vergoeden kan men voor een hartoperatie een reis ondernemen naar een gespecialiseerd ziekenhuis in Bangalore, dat medisch gezien uitstekend bekend staat. Onlangs is na lang onderhandelen het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam verkocht. De nieuwe eigenaar, die niet afkomstig is uit de medische sector, heeft ook eigendom aan de Turkse kust en droomt ervan de mogelijkheden van beide vastgoedcomplexen te combineren bij het aanbieden van specifiek op de Turkse Nederlanders gerichte zorgarrangementen. Kortom: zorg smelt samen met toerisme, met monumentenzorg, met bedrijventerreinen, onderwijsinstellingen, sportscholen en winkelcentra.

"Zorg smelt samen met toerisme, monumentenzorg, bedrijventerreinen, onderwijsinstellingen, sportscholen en winkelcentra"

In de wereld van ontwikkelaars is het creatief opererende TCN Property Projects, dat een speciale afdeling opgezet heeft voor de zorgsector, al ver in het verkennen van innovatieve concepten. In Heerlen, Zwolle en Utrecht werkt TCN Cares aan zorgparken: clusters van zorgvoorzieningen die als katalysator fungeren om andere functies aan te trekken. Er ontstaan nieuwe allianties, waarin al dan niet gefuseerde ziekenhuizen, verzekeraars, zorginstellingen, gemeenten en zorggerelateerde bedrijven betrokken zijn. De combinatie van functies is locatiespecifiek. In twee steden omvat het gezondheidspark een transformatie van een verstedelijkt gebied, georganiseerd rondom bestaande zorgvoorzieningen. In Zwolle is daarbij ook een bestaand ROC-complex opgenomen. Maar op bedrijventerrein De Wetering-Zuid, dat deel uitmaakt van de Vinex-locatie Leidsche Rijn, is een geheel *Health Park* in ontwikkeling met ruimte voor *care* en *cure*, *wellness* en zorggerelateerde leveranciers. Als het aan TCN Cares ligt zal in al deze projecten het specifieke, institutionele karakter van de zorgarchitectuur verdwijnen. Er bestaat bij TCN een voorkeur voor architecten die bewezen hebben met een diversiteit aan stijlen 'consumentgerichte architectuur' te kunnen ontwikkelen. In de praktijk valt de keuze dan niet op architecten die een lange traditie hebben in het bedienen van de zorgsector.

Chateau St. Gerlach te Houthem: revalideren in een vijfsterrenhotel in het Limburgse Heuvelland.
Bron: Helende Hellingen / Hotel Château St. Gerlach

Ook ontwikkelaar Multi Vastgoed bouwt aan twee grote stedelijke projecten waarin zorg opgenomen is. Het gezondheidspark in Dordrecht omvat een uitbreiding van het Albert Schweitzer Ziekenhuis en nieuwe sportvoorzieningen voor de hele regio. Daarnaast komen er woningen, kantoren, winkels, commerciële gezondheidsfuncties, een politiebureau, kantoren en parkeergelegenheid. Dit nieuwe stadsdeel moet in 2008 gereed zijn. In het voorjaar van 2007 tekende Multi Vastgoed ook een contract met het Zaans Medisch Centrum voor de ontwikkeling van een zorgboulevard die een scala aan zorgvoorzieningen omvat, maar ook winkels, een grote supermarkt en parkeerfaciliteiten. Multi Vastgoed heeft zich in Nederland vooral geprofileerd als ontwikkelaar van binnenstedelijke projecten. Een van de bekendste voorbeelden is het Beursplein in Rotterdam, in de volksmond 'De Koopgoot'.

Een dergelijke 'consumentgerichte architectuur' levert niet automatisch een hoge kwaliteit op. De nu voor de zorg gehanteerde marketingtermen, zoals Healthvalleys zorgcampussen en zorgparken geven vooralsnog vooral de ambitie weer om de zorgsector te innoveren. In de plannen zijn deze typologieën, die verwijzen naar tradities in de stedenbouw, nauwelijks te herkennen. De terminologie suggereert stedelijkheid, maar in de praktijk is men vooral op zoek naar flexibele stedenbouwkundige plannen, die gedurende het besluitvormingsproces nog allerlei functies kunnen opnemen. Het is haast onvermijdelijk dat de exploitatiemogelijkheden van het te realiseren vastgoed richtinggevend zijn voor deze stedenbouwkundige modellen. Daarom blijft het noodzakelijk dat de lokale overheden de regie voeren om te voorkomen dat er nieuwe enclaves ontstaan die weinig bijdragen aan het functioneren van de stad.

Wie heeft de regie over publieke kwaliteit?

Zorggebouwen maken steeds meer deel uit van de 'gewone' vastgoedmarkt. Sterker nog: de kapitaalkrachtige zorgsector kan fungeren als een aantrekkelijke katalysator voor stedelijke vernieuwing. Opmerkelijk is dat ontwikkelaars, corporaties en beleggers voorop lopen. Gemeentelijke stedelijke diensten, stedenbouwkundigen en architecten onderschatten vooralsnog de potenties die de liberalisering van de zorg biedt. Een van de uitzonderingen is de recente studie, geïnitieerd door AIR (Architectuur Instituut Rotterdam) naar het functioneren van de publieke

Studie van TCN Property Projects naar Senior Living Communities: huisvesting voor senioren in een actieve, comfortabele en veilige omgeving. Hier gesitueerd in Bergambacht. Bron: TCN Property Projects

Health Park Utrecht: studie van TCN Property Projects naar het clusteren van zorgvoorzieningen. die vervolgens als katalysator fungeren voor andere functies. Bron: TCN Property Projects

Studie geinitieerd door AIR Rotterdam naar collectieve ruimten en de transformatie van het Erasmus MC.

Bron: Decode Space / Studio Popcorn / ZUS: Zones Urbaines Sensibles

stedelijke ruimtes. Hierin zijn de mogelijkheden verkend om de uitbreiding en transformatie van het Erasmus Medisch Centrum te benutten voor het toevoegen van hoogwaardige collectieve ruimten aan de stad. De studie vertrekt vanuit het standpunt dat niet langer de overheid als enige partij waakt over de omvang, kwaliteit en toegankelijkheid van collectieve en publieke ruimten. Bij het Erasmus Medisch Centrum is bij voorbeeld de vraag welke alliantie van partijen denkbaar is, die een gemeenschappelijk belang heeft bij een beter ingericht en te beheren stadsdeel Hoboken. Daaruit komt een verrassende coalitie naar voren, die behalve het ziekenhuis ook drie musea en onderwijsinstellingen omvat. De vorm van de publieke ruimte volgt niet meer het programma, aldus de studie van AIR, maar toont vooral de economische en politieke krachten in een gebied. Daarom is het in kaart brengen en regisseren van deze krachten – door de gemeente - van essentieel belang voor het goed functioneren van de stad.

"Consumentgerichte architectuur levert niet automatisch een hoge kwaliteit op"

Nu de zorgsector op grote schaal transformeert zouden gemeenten dan ook veel alerter moeten zijn op de kansen die dit biedt. Zij kunnen proactief handelen, door een intelligent en actief vastgoedbeleid te voeren, waarin alle onderwijs-, zorg- en sociaal-culturele voorzieningen zijn opgenomen. Dat maakt de regierol van lokale overheden veel sterker, biedt de mogelijkheid om op intelligente wijze functies te combineren en voorkomt leegstand en tekorten aan locaties. Dit impliceert niet dat gemeenten al het vastgoed in eigendom moeten hebben, maar wel dat ze inzicht hebben in de huisvesting van (gedeeltelijk) met publiek geld betaalde diensten en voorzieningen. Liberalisering genereert immers niet automatisch een prettig evenwicht tussen vraag en aanbod, zoals de woningmarkt ons heeft geleerd. Gemeenten zullen zelf de gevolgen ervaren van een falend, qua aanbod onvolledig vastgoedbeleid in de zorgsector. Zij zijn immers verantwoordelijk voor de uitvoering van de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) en zullen oplossingen moeten zoeken voor degenen die door de werking van de markt uitgesloten zijn van onderwijs, werk en zorg. In de nieuwe allianties die nu ontstaan is het de eerste verantwoordelijkheid van gemeenten om de publieke toegankelijkheid van zorg te garanderen. Vervolgens is zeker de vraag naar de architectuur van de collectief gebruikte ruimten aan de orde. Naarmate de privatisering toeneemt, groeit immers de noodzaak om 'het publieke' een gezicht te geven in de samenleving.

Evenals de inrichting van de publieke ruimte is de architectuur van voorzieningen in sterke mate afhankelijk van de condities waaronder gebouwen tot stand komen. De locatie, en breder nog, de stedelijke of landschappelijke context is de drager van elk vastgoedproject. Deze bepaalt immers niet alleen de kansen op verweving met andere functies, maar ook de mogelijkheden voor oriëntatie op de buitenruimten en de positionering ten opzichte van verschillende vormen van infrastructuur. De nieuwe partijen die de vastgoedsector van de zorg betreden zullen andere keuzes maken dan de traditionele, puur aanbodgerichte zorginstellingen. Het zijn immers de consumenten die de stapeling van functies rendabel moeten maken. Daarvoor is het aantrekken van zoveel mogelijk publiek essentieel. Voor architecten is het ontwerpen van meer complexe gebouwen, waarin het optimaliseren van de logistiek en het twee- of driedubbel benutten van vloeroppervlak noodzakelijk is, een uitdagende methodische opgave. In de jaren negentig van de vorige eeuw verschenen de eerste studies waarin het verloop van het ruimtegebruik gedurende de dag in beeld werd gebracht. Dergelijke analyses zijn bruikbare instrumenten om het ruimtegebruik van zorggebouwen efficiënter te organiseren. De uitkomsten zullen ingrijpende consequenties hebben voor de indeling en inrichting van gebouwen. Deze volgen niet langer vanzelfsprekend de werkwijze van de artsen en specialisten.

Clusters van voorzieningen zijn voor architecten aantrekkelijk omdat ze in principe meer mogelijkheden bieden om een herkenbaar publieksvriendelijk gebouw te ontwerpen. Publiek is niet identiek aan consumenten. Bij een publiek gebouw is de toegankelijkheid voor iedereen essentieel. Deze staat echter op gespannen voet met het handhaven van de veiligheid in de zorgverlening. Bovendien zal een meer consumentgerichte architectuur zich vooral spiegelen aan de meer trendy thema-architectuur van winkelcentra en recreatieve voorzieningen. Om de discussie over de architectuur van toekomstige ziekenhuizen te voeden is aan het Berlage Instituut studie verricht naar de mogelijkheden om ziekenhuizen op te nemen in grootschalige gebouwencomplexen, zoals luchthavens, winkelcentra of cruiseboten. Dergelijk onderzoek naar de mogelijkheden van functiecombinaties was vooral in de jaren negentig van de vorige eeuw populair onder architecten. Een invloedrijk voorbeeld is de studie die OMA heeft gemaakt van de wijze waarop het fenomeen *shopping* zich in de loop van de vorige eeuw genesteld heeft in de wandelgangen en oksels van allerlei andere gebouwtypologieën. Luchthavens bijvoorbeeld verkrijgen de meeste inkomsten uit hun winkelcentrum.

Het winkelen heeft ondertussen ook de zorgsector geïnfiltreerd. Dit komt tot uitdrukking in de zorgboulevard; een - vaak nog weinig geraffineerde - poging om een winkelcentrum te kruisen met een ziekenhuis.

"De zorgsector is te lang beschouwd als het exclusieve domein van een kleine groep architecten."

Wanneer het aanbieden van zorg zich verspreidt over de stad is ook de vergelijking met de betekenis van voedsel voor het stedelijke leven inspirerend. De Rotterdamse architect Maurice Nio onderzocht hoe de mogelijkheden om voedsel te produceren, voor te bereiden en te consumeren in de steden de condities creëren voor een publiek leven. Het geloof in een heterogene cultuur veronderstelt volgens hem automatisch het vertrouwen op een 'daadwerkelijke' uitwisseling, want als iedereen thuis blijft, is ieder soort beschaving kansloos en bloedeloos. Zonder publiek domein is er volgens Nio geen sprake van uitwisseling en dus ook niet van vitaliteit en verandering. Maar ook het omgekeerde is waar: zonder daadwerkelijke uitwisseling bestaat er geen publiek domein. De-institutionalisering van de zorgsector kan de wrijving die er nu bestaat tussen een heterogene samenleving en een aanbodgerichte zorg verminderen.

Alledaagsheid en normalisering

Nu de liberalisering van de zorg niet meer terug te draaien is, lijkt een aangename huisvesting van de zorg een van de concurrentievoorwaarden te zijn. Om dit te onderbouwen vergelijkt men de zorgsector vaak met het hoger onderwijs. In die sector is de kwaliteit van de huisvesting inderdaad een belangrijke marketingfactor. De Universiteit van Utrecht heeft in de afgelopen vijftien jaar een complete architectuurtentoonstelling op ware grootte gerealiseerd. Consequent is daarbij gedurende al die jaren hetzelfde masterplan gehanteerd. De essentie van dit plan is dat naarmate er meer gebouwen bij komen de publieke ruimte beter gestalte en invulling krijgt. Er is echter een groot verschil tussen zorg en hoger onderwijs. In tegenstelling tot het hoger onderwijs is zorg, net zoals het wonen, sterk verweven met het dagelijkse leven. Wonen is een basisbehoefte. Zorg is dat, voor een groeiend aandeel van de bevolking, eveneens. Daarom is het niet zo verwonderlijk dat men vanuit de zorgsector momenteel inzet op 'normalisering'. Men probeert de zorg zoveel mogelijk aan te bieden in de eigen woonomgeving. Of om binnen 'de instellingen' de zorgomgeving huiselijker van karakter te maken. Normalisering of vermaatschappelijking is weliswaar gericht op het welzijn van de patiënt of bewoner, maar laat zich in de praktijk zelden vertalen in wervende architectuur. De combinatie van wonen en zorg gaat gepaard met een opeenstapeling van regelgeving die weinig ruimte laat voor de beleving van architectuur. Veel recent opgeleverde woonzorgcomplexen en verzorgingstehuizen voldoen aan de nieuwste voorschriften, maar toch bieden ze een schrale leefomgeving. Het zijn veelal producten van een georganiseerde middelmatigheid. Een te ver doorgeschoten regelgeving, die bedoeld is om het grootste deel van de woningvoorraad levensloopbestendig te maken, kan gemakkelijk ontsporen in een hospitalisering van grote delen van de woningbouwvoorraad. Normalisering is een problematisch begrip in een samenleving die zich kenmerkt door culturele diversiteit en individualisering.

Segregatie voorkomen

Nu nieuwe opdrachtgevende partijen de zorgmarkt betreden en clusters van functies ontstaan is het de vraag of de zorg zich wel kan handhaven in de opeenstapeling van belangen. In ieder geval is het essentieel om vooraf het programma van eisen zo goed mogelijk te omschrijven. Dat lijkt een open deur, maar juist vanwege de dynamiek in de zorgsector is het vermogen om het functioneren van toekomstige gebouwen te beschrijven helemaal niet zo vanzelfsprekend. Opvattingen over de zorg gaan minder lang mee dan de voorbereidingstijd van een gemiddeld gebouw. Zorgconcepten zijn vergeleken bij vastgoedstrategieën bovendien moeilijk hard te maken. Daarom is er een sterke neiging om te kiezen voor 'flexibele' en 'neutrale' gebouwen. Dat hoeft niet erg te zijn, want er zijn voorbeelden bekend van neutrale gebouwen die uitstekend in staat zijn om in de loop der tijd allerlei wisselende functies in zich op te nemen. Het mooiste Nederlandse voorbeeld is het door architect Maaskant ontworpen Groothandelsgebouw in Rotterdam: een stad in de stad. Het probleem is echter dat 'neutraal' en 'flexibel' bijna altijd eufemismen zijn voor 'schraal', 'minimaal' en 'uitgekleed'. Dergelijke gebouwen zijn juist niet duurzaam, omdat ze overmaat aan ruimte en voldoende kwaliteit in de uitvoering missen, waardoor ze uiteindelijk toch niet in staat zijn in de loop der tijd verschillende functies in zich op te nemen. Goedkoop is dan duurkoop.

Het is onvermijdelijk dat de samenwerking tussen zorgprofessionals en commerciële vastgoedpartijen een grote differentiatie in kwaliteit zal opleveren. Daarin zal de zorgsector zich niet onderscheiden van andere vastgoedsectoren.

WEEKDAYS ———— 平日
WEEKENDS — — — 休日

プログラムの構成
ASSEMBLAGE OF PROGRAMS

Schema uit Rem Koolhaas' S,M,L,XL geeft inzicht in de relatie tussen ruimte, tijd en gebruiksintensiteit. Het schema toont dat ruimtes veel intensiever gebruikt kunnen worden, hetgeen relevant is vanuit het oogpunt van vastgoedexploitatie.
Bron: OMA / Office for Metropolitan Architecture

Bladzijde uit Maurice Nio's Eat This! Het Kookpunt van publiek domein.
Bron: Nio Architecten / 1001 Publishers

De grootste problemen zullen ontstaan bij de huisvesting van de zorgbehoeftigen die niet of nauwelijks consumeren en ook geen activiteiten genereren die financieel interessant zijn voor marktpartijen. Degenen die geen bijdrage (meer) leveren aan de maatschappij. Dat is geen gering probleem, omdat het aantal ouderen dat een deel van het leven aangewezen is op verblijf in een verpleeghuis nog sterk zal toenemen. De huidige bezuinigingen op de bouw en het onderhoud van verpleeg- en verzorgingstehuizen zijn niet erg hoopgevend. Overigens bedreigt het gevaar van marginalisering ook anderen. Regelmatig zijn de tekorten in de huisvesting van specifieke groepen in het nieuws. Vaak betreft dit uiterst kwetsbare mensen, die al moeite hebben om de weg naar de zorgverlening te vinden, maar waarvoor de samenleving wel verantwoordelijk blijft. Privatisering van de zorgsector genereert meer differentiatie in het vastgoed, qua typologie, situering, architectonische uitwerking en kwaliteit. Voorkomen moet worden dat deze differentiatie een segregatie genereert waarbij de zwakste groepen geen toegang meer hebben tot behoorlijk gehuisveste zorg.

Kennisinstituut zorg en ontwerp

Zodra de zorgsector steeds meer overeenkomsten gaat vertonen met de overige vastgoedsectoren zal de discussie over de zorgarchitectuur verdwijnen. In feite is dit proces al gaande. Zo is de thematiek van de 'identiteit' van een zorginstelling zeker niet exclusief voor de zorgsector. Ook woningbouwcorporaties, bedrijven en buurtcomité's maken zich druk over de 'eigen identiteit'. Het is een trendy onderwerp, dat veelal een uitdrukking krijgt in een themaparkachtige architectuur. Juist vanwege het modieuze karakter zal identiteit binnenkort nauwelijks nog onderwerp van gesprek zijn. Gezien de hernieuwde aandacht voor milieuvraagstukken is het heel goed mogelijk dat ecologie en technologische innovatie de komende jaren het architectuurdebat gaan beheersen.

Door de verbreding van het opdrachtgeverschap zal het aantal architectenbureaus dat betrokken raakt bij de zorgsector toenemen. Dat stimuleert concurrentie en innovatie. Een belangrijke voorwaarde is dat de juiste ontwerpkennis en -vaardigheid op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet. Dat wil zeggen: vroeg in de besluitvormingsprocessen. Het is bovendien essentieel dat zorgprofessionals niet alleen betrokken zijn bij de keuze van het architectenbureau, maar zich ook de mogelijkheid toe-eigenen om rechtstreeks met de architect te communiceren over het functioneren van het gebouw. Tot deze professionals behoren uiteraard vooral ook de mensen op de werkvloer en niet alleen directies en specialisten.

De laatste tijd is juist bij complexe projecten een nieuwe vorm van aanbesteden in opkomst. Daarbij sluit een opdrachtgevende partij (of een coalitie) een langjarig contract met een andere partij die niet alleen verantwoordelijkheid neemt voor het ontwerp, maar ook voor de bouw, de financiering, de exploitatie en het onderhoud van een gebouwencomplex. Het zorgconcept, maar ook het ontwerp zijn in dergelijke besluitvormingsprocessen ondergeschikte factoren. De deelnemende partijen zullen zich immers vooral richten op het onderhoud en de exploitatie van de gebouwen, omdat hierin voor een lange periode de grootste geldstromen omgaan. Om toch sterk te staan in dergelijke onderhandelingen kunnen zorgprofessionals en ontwerpers de handen ineen slaan om op basis van inhoudelijke argumenten hun specifieke belangen te behartigen. Daarbij zouden ze ondersteuning moeten kunnen vragen bij een volledig onafhankelijk kennisinstituut. Zorg en ontwerp vormen de 'softe' sectoren gezien vanuit de vastgoedsector, maar zijn essentieel voor het welzijn van patiënten en bewoners. Daarom is het nuttig om kennis te verzamelen en uit te wisselen, experimenten te genereren en te monitoren en om internationale kennisuitwisseling te organiseren.

De Nederlandse architectuur staat bekend vanwege haar vermogen om nieuwe concepten te genereren. Aangezien de spraakmakende bureaus uit de jaren negentig van de vorige eeuw de zorgsector nog niet hebben ontdekt als een enorm uitdagend werkterrein, zal de innovatie vermoedelijk komen van een nieuwe generatie architecten. Het verkennen van het aanbod vanuit de architectuursector door middel van ideeënprijsvragen is een goed instrument om talent aan te boren. Architecten die zich interesseren voor de zorg, zullen zich profileren met nieuwe ideeën en een aansprekende architectuur. Het winnende ontwerp van de prijsvraag *The Future of Hospitals* is hiervan een goed voorbeeld. Het vernieuwende ontwerp van Venhoeven CS doet recht aan het publieke karakter van de zorg, is tegelijk consumentgericht en efficiënt georganiseerd. Gezien het buitengewoon interessante en dynamische karakter van de zorg is het onbegrijpelijk dat ze zo weinig aandacht krijgt binnen de ontwerpopleidingen. Wellicht is de zorgsector te lang beschouwd als het exclusieve domein van een kleine groep architecten. Daar is echter geen enkele reden voor. Het ontwerpen van ruimten waarin mensen zorg kunnen verlenen en ontvangen is een uitstekende oefening voor studenten. In de terminologie van de markt is zorg onderdeel van *wellness*, van menselijk welbevinden en van welzijn. De opgave om daar ruimtes voor te kunnen ontwikkelen, raakt de kern van de architectuur.+

Herma de Wijn

OPDRACHT-GEVERSCHAP IN DE ZORG

De noodzaak van visie en vastberadenheid

In ieders herinnering zijn ziekenhuizen en zorginstellingen herkenbare gebouwen op specifieke plekken in een stad of dorp. Veel oudere ziekenhuizen waren altijd goed zichtbaar en zorginstellingen kenden verschillende gradaties in omvang en zichtbaarheid. Achteraf bezien stonden deze gebouwen op een natuurlijker wijze centraal in de maatschappij dan de door concentratie en met fusiebonussen gerealiseerde megacomplexen uit de nieuwe generatie. Het bouwen voor de gezondheidszorg heeft zeker de laatste decennia geleid tot gecompliceerde processen in een in zichzelf gekeerde wereld. Voor de programma's van eisen en de inrichting van de processen bij grote bouwopgaven doen de opdrachtgevers daarbij al snel een beroep op de ervaring binnen de eigen sector. Dat is een veilige koers, die tot herhaling en vervlakking leidt en daardoor niet uitdaagt tot innovaties in de zorgarchitectuur. Daarnaast drijft de al groeiende omvang van de programma's de nieuwe gebouwen de stad uit. De vraag dient zich aan of het ontwerpen van een ziekenhuis zo specifiek is dat het zich onderscheidt van andere complexe gebouwen en zich dientengevolge kan onttrekken aan de maatschappelijke ontwikkelingen. Wat zijn de drijfveren van de opdrachtgever van ziekenhuizen en zorginstellingen en hoe worden het concept, de locatie, ambitie, de architectuur en de wijze van aanbesteden eigenlijk bepaald?

De opdrachtgever

De geschiedenis van de architectuur wordt bepaald door opdrachtgevers. Particuliere opdrachtgevers hebben Nederland door de eeuwen heen gemaakt. Goede en bevlogen opdrachtgevers zorgen met de architecten die zij kiezen voor inspirerende gebouwen. Opdrachtgevers regisseren daarmee het aanzien van Nederland. Maar bestaat er een ideale opdrachtsituatie? Welke organisatie van het proces van totstandkoming van architectuur biedt de meeste kans op een goed resultaat? Is er een recept? Helaas is het antwoord op al die vragen 'nee'. Daarvoor zijn de praktische factoren in het ontwerp- en bouwproces te ongewis en de zachte factoren te persoonsgebonden. Toch is alom bekend dat drie factoren voor de opdrachtgever het succes van een bouwinitiatief bepalen: de locatie, de architectenkeuze en het beschikbare budget. Daarnaast is gemeenschappelijke bezieling van belang.

Van een opdrachtgever wordt visie, vastberadenheid en bezieling verwacht. Een goede opdrachtgever is gedreven, veeleisend, inspirerend, moet bereid zijn met anderen samen te werken, bepaalt de voorwaarden om het beoogde doel te bereiken, heeft affiniteit met architectuur en stedenbouw, kijkt naar het geheel van een project, weet wat hij wil bereiken, is in staat de opdracht helder te formuleren, zorgt

voor draagvlak, heeft conceptueel en probleemoplossend vermogen, durft te anticiperen en risico's te nemen, denkt na over de langere termijn, geeft de architect de vrije hand binnen het kader van onderlinge afspraken, maar geeft ook kritisch tegenspel, kan harde beslissingen nemen, is volhardend en kan omgaan met macht, organiseert een helder proces met een duidelijke strategie, is zichtbaar in het hele proces en aanspreekbaar op concept en inhoud. De creatieve, deskundige en bezielende wijze waarop een opdrachtgever in wisselwerking met de ontwerper optimale omstandigheden creëert tijdens het ontwerp- en bouwproces is de sleutel tot het succes van een project. Verder kent een project een optimale start wanneer de opdrachtgever in een vroeg stadium, voorafgaand aan de procedure voor de architectenkeuze, een helder ambitiedocument heeft opgesteld.

Aard van de opgave

Hoe het ziekenhuis functioneert, de bedrijfscultuur en - uiteraard - de aan het gebouw te stellen eisen worden voornamelijk door de specialisten bepaald. Dat leidt tot twee valkuilen die in bijna elk planproces opdoemen: de afwezigheid van de patiënt of bewoner in het denken over het gebouw en de praktische onmogelijkheid een gebouw te ontwerpen naar de specifieke uiteenlopende wensen van specialisten. Daarnaast houden ontwikkelingen op zowel maatschappelijk als technisch gebied geen gelijke tred met de programma's van eisen van grote nieuwe projecten. Gebouwen in de zorg moeten de ontwikkelingen in techniek en apparatuur volgen. Het aantal bezoekers en werknemers dat dagelijks naar ziekenhuizen gaat is groot, evenals de invloed ervan op de omgeving. De bouw van ziekenhuizen en zorginstellingen is om die reden een belangrijke en uitdagende opgave, die met 4 procent per jaar een substantieel onderdeel vormt van de totale Nederlandse bouwproductie. Toch zijn de complexiteit en logistiek in de gezondheidszorg vergelijkbaar met andere grote opgaven als stations, vliegvelden of winkelcentra.

De rijksoverheid hecht in haar architectuurbeleid veel waarde aan goed en voorbeeldig opdrachtgeverschap. Dat is in 2005 in het Actieprogramma Ruimte en Cultuur benadrukt. Met de jaarlijkse rijksprijs De Gouden Piramide brengt het rijk het effect van gedreven opdrachtgeverschap onder de aandacht. Het rijk speelt een belangrijke rol bij het signaleren van maatschappelijk relevante thema's en ontwikkelingen in relatie tot ontwerp- en bouwopgaven en het daarop initiëren van onderzoek, *pilotstudy's* en voorbeeldprojecten. Binnen het advies over het rijksarchitectuurbeleid na 2008, A2008+ getiteld, pleit het College van Rijksadviseurs, waar de Rijksbouwmeester zitting in heeft, ook voor specifieke (ontwerpende) aandacht voor bouwopgaven van algemeen belang waaronder die in de zorgsector.

Omdat de problematiek bij de ziekenhuizen en zorginstellingen niet wezenlijk verschilt van die bij opdrachtgevers in andere sectoren, is het interessant de discussie te verbreden en te kijken naar (en te leren van) die opdrachtgevers; opdrachtgevers die vaak met dezelfde maatschappelijke, technische en ook bedrijfseconomische ontwikkelingen te maken hebben. Hoe reageren zij op de nieuwe kaders en tendensen?

Hoe gaan zij om met de complexe programma's, de noodzakelijke technologie en de maatschappelijke context en welke verrijking brengt de inbreng van deskundigen van buiten? Het is vervolgens zaak om de noodzakelijke nieuwe visie en ambitie in samenspraak met de eigen spelers en met andere sectoren te ontwikkelen. Binnen dit kader kan de aanpak die werd gevolgd bij de nieuwe regionale opleidingscentra (ROC's) een inspiratie zijn. Hier werd een nieuwe visie ontwikkeld op werk en onderwijs die tevens resulteerde in een nieuwe vorm van gebiedsontwikkeling. Interessant zijn verder de uitkomsten van het rapport *Het kan écht: betere zorg voor minder geld* dat in opdracht van Hans Hoogervorst, de voormalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werd opgesteld door postbedrijf TPG, het huidige TNT. Nadrukkelijk vanuit een perspectief van buiten de zorg wordt in het rapport een analyse gegeven van potentiële logistieke verbeteringen op het gebied van patiënten, goederen en 'farma' die kunnen leiden tot kwaliteitsverbetering en kostenbesparing.

Invulling van het opdrachtgeverschap

Als gevolg van de gewijzigde financiering van ziekenhuizen en zorginstellingen manifesteerde zich het afgelopen jaar steeds sterker een maatschappelijk vraagstuk over de plaats, invulling, omvang en organisatie van deze gebouwen. Het gaat bij de realisatie van een ziekenhuis of zorginstelling niet meer puur om de vormgeving van een programma. Instellingen zullen in de toekomst een prijs- en volumerisico lopen omdat zorgproducten en investeringen met elkaar samenhangen. Instellingen moeten als maatschappelijke ondernemingen gaan opereren en strategisch invulling geven aan hun huisvestings- en vastgoedbeleid. Het nieuwe systeem van doorberekenen van vastgoed in de kostprijs kan leiden tot fixatie op budget en rendement en daarmee tot vervlakking en verlies van identiteit. Kwaliteit is echter niet per definitie duur. Voor elk budget zijn zowel goede als slechte projecten te realiseren. Veronachtzaming van de belevingswaarde en de toekomstwaarde is uiteindelijk nadelig voor de gebruikswaarde. Het leidt tot eenvormigheid enerzijds en tot wegwerparchitectuur c.q. wegwerpstedenbouw anderzijds. Daardoor gaat een potentiële bijdrage van de zorg aan het

Woonzorgcentrum Ter Reede Vlissingen. Ontwerp: EGM architecten.
Bron: EGM architecten

publieke domein verloren. Wanneer de economische factor te eng wordt toegepast, bestaat het risico dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met toekomstige ontwikkelingsmogelijkheden. Economisch rendement moet in evenwicht zijn met sociaal en cultureel rendement. Een herijking van het totstandkomingsproces, de positie, het concept en de architectuur van ziekenhuizen en zorginstellingen is nu aan de orde, en daarmee de rol van het vastgoed. Iedere opdrachtgever wordt hiermee geconfronteerd en zal zich op een nieuwe uitdaging moeten voorbereiden.

Door de herschikking van de publieke sector nemen de private opdrachten voor ziekenhuizen en zorginstellingen toe; opdrachten die eigenlijk publiek van aard zijn. Inherent daaraan gaat het vaak om eenmalige opdrachtgevers. Omdat de projecten een lange looptijd kennen en de spelers elkaar binnen die termijn vaak afwisselen – kijk bijvoorbeeld naar de gemiddelde overloop binnen een Raad van Bestuur van een grote zorginstelling - dreigt het gevaar dat het voltooien van een project belangrijker wordt dan het realiseren van het beoogde doel. Bovendien moet worden voorkomen dat het gebouw het resultaat is van compromissen en zodoende zonder een eenduidige visie tot stand komt. De opdrachtgever moet zich dan ook realiseren dat 'opdrachtgeven' een vak is. Hij dient een generalist te zijn die maatschappelijke, financiële en commerciële mogelijkheden integreert en daarvoor adviezen inwint van deskundigen. Hij geeft alle partijen in het proces vanaf het begin een rol om zo fricties

tijdens en bij de afronding van het proces te voorkomen. Maar twee eigenschappen kan hij niet uitbesteden: visie en vasthoudendheid.

Opgave en ambitie

Hoe ziet het ziekenhuis van de toekomst er uit? Wat is de huidige problematiek en hoe kunnen op een nieuwe wijze doel en middel worden gedefinieerd en opgelost? De patiënt of bewoner staat centraal, maar er werken ook heel veel mensen in de zorg. Ook voor hen is een goed gebouw onontbeerlijk. Welke functies vergen een centrale, en welke een decentrale situering? Welke vergen specialisatie en/of allianties met andere functies? Wat is de rol en de invloed van de huidige marktwerking en verzekeraars? Hoe zorgen we in de toekomst voor het toenemend aantal ouderen? Waar en hoe zouden wij oud willen worden? Wat is een goede locatie en wat zijn de potenties ervan? De antwoorden op deze vragen bepalen het programma van eisen en het ambitiedocument.
Bij de opdrachtgever ligt de taak om nieuwe opvattingen op het gebied van ziekenhuizen en zorginstellingen in de stedenbouw en in het ontwerp te integreren. Om dit te bereiken is het de kunst om vroeg in het proces in een onderlinge wisselwerking zowel onderzoek- als ontwerpkracht te mobiliseren. Potenties biedt ook het overleg met gemeenten opdat allianties op het gebied van het stedelijk programma tot stand gebracht kunnen worden, bijvoorbeeld bij de herstructurering in en van naoorlogse wijken. De tijdige inbreng van ontwerpcreativiteit zorgt voor een reflectie op de opgave en biedt de mogelijkheid om verschillende scenario's en oplossingen in beeld te brengen; om de discussie over een nieuw concept of typologie aan te zwengelen en om zo tot een adequaat resultaat te komen.

Bij ziekenhuizen gaat het om een integrale ontwerpopgave, een samenspel tussen ontwerper en opdrachtgever en een voortdurende dialoog waarin de optimale ruimtelijke weerslag van 'zorgidealen' centraal staat. Een project krijgt een heldere start als de opdrachtgever voorafgaand aan de procedure voor de architectenkeuze heeft geformuleerd welke ambitie hij heeft voor het project. In een ambitiedocument spreekt hij zich uit over aspecten als de locatie,

Nieuwbouw VieCurie, Venlo ontwerp: a/d Amstel Architecten
Foto: Wim te Brake

het specifieke effect van het gebouw of programma op de omgeving, de uitstraling en eventuele herkenbaarheid van het gebouw, de positionering ten opzichte van het openbare gebied, specifieke inrichting van buitenruimten en binnenruimten, bepaalde wenselijke typologie, eventuele toepassing van innoverende materialen en technieken, eventuele wenselijke inrichtingsconcepten, respect voor eventuele monumentale- of landschappelijke waarden en integratie van beeldende kunst et cetera. Uit de ambitie volgt wat de vraag is, welke procedure geschikt is en hoe selectie van adviseurs en besluitvorming plaatsvinden. De ambitie wordt waargemaakt door de juiste deskundigen (stedenbouwers, architecten, etc.) in te schakelen, die de volledige complexiteit van de (ontwerp)opgave doorgronden en die de bestuurders in staat stellen om besluiten te nemen op basis van plannen. Het gaat kortom om het samenstellen van het juiste team. Daarbij is architectuur meer dan een functioneel plan en een aardige gevel. In het ontwerp krijgen alle gevraagde functies een betekenisvolle plek. Het voorkomt eenzijdige- en standaardoplossingen. Goede architectuur werkt, en welbevinden draagt bij aan genezing.

"Goede en bevlogen opdrachtgevers zorgen met de architecten die zij kiezen voor inspirerende gebouwen."

Is Europese aanbesteding aan de orde, dan is de niet-openbare procedure het meest geschikt voor een keuze op basis van kwaliteit. Deze bestaat uit twee fases. De selectiefase richt zich op de geschiktheid en kwaliteit van de architecten; in de gunningsfase komt de kwaliteit van de aanbieding (visie op de opgave) aan de orde. Een goede kwalitatieve beoordeling kan niet slechts worden gebaseerd op de omvang van een bureau, de omvang van projecten, jaarrekeningen, jaarverslagen of ervaring. Essentieel is dat bij de architectenkeuze de visie van de architect doorslaggevend is en niet zijn of haar ervaring. Het gaat uiteindelijk immers om de vertaling van een programma van eisen in een gebouw. En daarvoor zijn de conceptuele, creatieve, probleemoplossende en innoverende vermogens van een architect veruit het belangrijkst.

Nieuwe aanbestedingsvormen

Het rijk wil nieuwe en verschillende methoden van aanbesteden stimuleren waarbij marktpartijen worden uitgenodigd om een grotere verantwoordelijkheid voor een gebouw op zich te nemen. Dat komt neer op een vroege betrokkenheid van de markt, opdat hun kennis en efficiëntie effectief bij de planvorming kunnen worden betrokken. Het vergroot de kans dat nieuwe ideeën ontstaan en dat door ketenintegratie financiële voordelen en een kortere doorlooptijd worden bereikt. In nieuwe aanbestedingsvormen kunnen ontwerp en bouw (D&B: *Design* en *Build*), of ontwerp, bouw en onderhoud (DB&M: *Design, Build* en *Maintain*) door één partij worden uitgevoerd.
Van belang is om de te kiezen methode afhankelijk te stellen van een specifiek project. Projecten die ingewikkeld zijn - waarbij onzekere factoren meespelen, nieuwe technieken aan de orde zijn - of die heel omvangrijk zijn, dienen niet in nieuwe samenwerkingsverbanden te worden gerealiseerd. Risicomijdend gedrag leidt dan vaak tot onbeheersbare prijsvorming. De ervaring is dat de belangrijkste beslissingen in een bouwproces aan het begin worden genomen, in de fase van het programma van eisen, het voorlopig ontwerp en het definitief ontwerp, wanneer nog relatief weinig informatie ter beschikking is. Juist in die stadia speelt de aanbesteding en wordt het contract gesloten. Daarna neemt de beïnvloedbaarheid af, terwijl de informatie toeneemt. Naarmate het proces vordert, pakken wijzigingen juist duurder uit. In die fase is het contract een feit en zijn wijzigingen slechts tegen hoge kosten door te voeren.

De keuze voor een nieuwe aanbestedingsvorm vergt een zorgvuldige voorbereiding. Hoe werken partijen samen? Hoe worden risico's verdeeld? Wat is de vraag waarop een inschrijver zich moet richten? Wat zijn de selectie- en gunningscriteria? Hoe is een deskundige beoordelingscommissie samengesteld? Wanneer het ontwerp wordt uitbesteed, is het vervolgens essentieel om binnen een nieuwe werkwijze na te denken over kwaliteitsborging. Hoe kan de kwaliteit van de inpassing in de omgeving en de kwaliteit van de architectuur gedurende het hele proces worden geborgd? Bij uitbesteding zijn er minder mogelijkheden voor de opdrachtgever om via het ontwerp op kwaliteit te sturen, omdat de markt het ontwerp maakt. De kwaliteit zal moeten worden geborgd door middel van een ambitiedocument en outputspecificaties, en dient zodoende (vooraf) veel explicieter vastgelegd te worden dan voorheen. Concrete resultaten zijn er nog niet in Nederland; de Rijksgebouwendienst (RGD) en Defensie hebben enkele projecten op basis van DBMFO (*Design, Build, Maintain, Finance and Operate*) gestart. (RGD): Ministerie van Financiën Den Haag en IBG/ Belastingdienst Groningen; Defensie: Kromhoutkazerne Utrecht) Vooralsnog vergen deze projecten een enorme inzet van tijd en geld, zowel voor opdrachtgever als voor partijen die op het project inschrijven.
Het toekomstig project wordt beschreven in outputspecifica-

Maquette nieuwbouw Erasmus MC Rotterdam naar ontwerp van EGM architecten.
Bron: EGM architecten / Erasmus MC

ties, modelmatig, om in staat te zijn de aanbiedingen van marktpartijen te beoordelen. Bij de technische kwaliteit is dat goed mogelijk. Bij de functionele kwaliteit en bruto-netto verhoudingen is het lastig. Deze hangt ook samen met de structuur van een gebouw en de positionering van functies. Denkbaar is dat een ongunstiger bruto-netto verhouding, hoewel duurder, een veel helderder en aangenamer gebouw oplevert. Over de kwaliteit van architectuur en interieur is nog minder vast te leggen. Referentiebeelden zijn behulpzaam, maar het specifieke eenmalige ontwerp van een project is tevoren niet te benoemen. Bekend is dat de inbreng van uitvoerende partijen in de ontwerpfase slechts zin heeft als de uitvoeringstechniek ook heel bepalend is voor het ontwerp. Praten over een functioneel programma van eisen heeft geen relatie met de uitvoering. Het is dus van belang om alleen partijen te laten samenwerken die samen tot een beter resultaat kunnen komen.

Architectuurbeleid

Net zoals theaters, universiteiten en rechtbanken vervullen ziekenhuizen en zorginstellingen een publieke taak die architectonische kwaliteit vergt. Het is tijd om de architectuur van het ziekenhuis af te stemmen op het openbare karakter en op het perspectief van de patiënt. Een herijking van het tot nu toe gebruikte instrumentarium, dat deels stamt uit een tijdvak waarin alles in het teken van de aanbodregulering stond, is nu actueel. De relatie tussen opdrachtgevers, architecten en het College bouw zorginstellingen is gebaat bij een meer stimulerend en faciliterend beleid. Opdrachtgevers in de gezondheidszorg zullen de komende tijd worden uitgedaagd om fundamentele en ook noodzakelijke vernieuwingen tot stand te brengen. Het ligt daarom voor de hand om het Ministerie van VWS uit te nodigen om aan te sluiten bij het interdepartementale architectuurbeleid na 2008, als laatste van de bouwende departementen. De Rijksbouwmeester kan een bijdrage leveren aan het toerusten van het Bouwcollege op zijn taken binnen een nieuwe context. Het Bouwcollege en de Rijksbouwmeester kunnen gezamenlijk bevorderen dat de architectuur van de zorg een vanzelfsprekend aandachtsgebied wordt van het rijksarchitectuurbeleid en van onze maatschappij. Stimuleren van ontwerpende disciplines en inspireren van opdrachtgevers vormen daarvan de pijlers.+

Birgitte Louise Hansen

IS METEN WETEN?

Notities over Evidence Based Design vanuit ontwerpperspectief

Binnen de gezondheidszorg wordt in toenemende mate gesproken over de invloed van de omgeving op het genezingsproces. Dit vraagt om een herdefinitie van de rol die architectuur binnen de medische omgeving kan spelen; een rol die gaandeweg is gemarginaliseerd door de ontwikkeling van de moderne medische wetenschap. Die laatste ging het altijd vooral om de utiliteit van een gebouw; architectuur als gereedschap in dienst van geneeskunde, ontworpen door een kleine specialistische groep van architecten die hier affiniteit mee heeft. Dat er momenteel een omwenteling plaatsvindt in deze zienswijze, heeft te maken met de reorganisatie van de zorg, maar ook met een internationale verschuiving in de perceptie van ziekte en het bijbehorende proces van herstel. Het gaat tegenwoordig niet alleen meer om het repareren van (een onderdeel van) het menselijk lichaam, maar ook om de verhouding tussen de mens en zijn omgeving. Daarbij wordt de vraag gesteld hoe, waarom en op welke manier die omgeving van invloed kan zijn op het genezingsproces; iets dat overigens moeilijk eenduidig te definiëren is in een heterogene samenleving.
Over de relatie tussen zorg en architectuur zijn de laatste jaren diverse projecten geïnitieerd; van internationale architectuurprijsvragen (*Future Hospitals* en *Healthcare 2025*) en congressen (*The Architecture of Hospitals*) tot publicaties (*Zorgboulevards*, *The Architecture of Hospitals*). We zouden daardoor haast vergeten dat interesse in de gezondheidszorg vanuit de architectuurdiscipline geen nieuw fenomeen is in Nederland. Al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw worden op dit vlak onderzoeksprojecten geïnitieerd, bijvoorbeeld vanuit het College bouw zorginstellingen en de STAGG. Wel zijn pas in de jaren negentig van de vorige eeuw - geïnspireerd door voorbeelden uit de Verenigde Staten - begrippen als *Evidence Based Design* en *Healing Environments* geïntroduceerd, onder andere in verband met de nieuwbouw van het Universitair Medisch Centrum in Groningen in de jaren negentig van de vorige eeuw en de oprichting van Stichting Welbevinden Interieur Zorginstellingen (ZWIZ) in 2001.
Maar wat is *Evidence Based Design* en wat is een *Healing Environment*? Zijn het ontwerpbenaderingen, (quasi) wetenschappelijke methodes of lege containerbegrippen die gevuld kunnen worden met alles wat met welzijn te maken heeft? Dit artikel is een poging om vanuit een ontwerpperspectief het begrip *Evidence Based Design* te plaatsen. Wat is de zin en wat is de onzin van *Evidence Based Design* en een hiermee in verband gebracht begrip als *Healing Environment*?

Evidence Based Design als metafoor

Evidence Based Design is geënt op *Evidence Based Medicine*, een onderzoeksmethode uit de medische wetenschap die het best omschreven kan worden als "het consciëntieus, expliciet en oordeelkundig gebruik van het best beschikbare bewijs bij het maken van keuzes voor de behandeling van individuele patiënten."[1] Dat *Evidence Based Design* associatief wordt verbonden met *Evidence Based Medicine* is niet toevallig. Door de druk om zowel medisch als financieel effectiever te handelen, heeft resultaatgericht onderzoek volgens Roger S. Ulrich, de meest geciteerde wetenschapper op het gebied van

Evidence Based Design, een steeds grotere invloed binnen het zorgstelsel, die ook doorwerkt in de beslissingen over ontwerp en budget van faciliteiten.[2] Een ontwerper in de gezondheidszorg in de Verenigde Staten dient daarom niet alleen een 'mooi' ontwerp te maken: het dient ook een positief effect te hebben op het genezingsproces van de patiënt en daardoor kosten te besparen. De ontwerper moet kunnen bewijzen dat zijn ontwerp 'werkt' – vooral tegenover artsen en ziekenhuisbestuurders. Doordat *Evidence Based Design* verbonden is met *Evidence Based Medicine,* krijgt *Evidence Based Design* een vertrouwde uitstraling voor professionals uit de medische wereld. De naam *Evidence Based Design* werkt als een metafoor die niet politiek neutraal is, maar juist wordt gebruikt in een ideologisch gevecht om opdrachtgevers in ontwerpkwaliteiten te doen geloven en ervan te overtuigen dat het zin heeft om in een 'goed' ontworpen omgeving te investeren.

De reden dat de medische wereld in de Verenigde Staten *hard facts* nodig heeft om overtuigd te worden, heeft deels te maken met de Amerikaanse 'claimcultuur' waarbinnen iedereen zich tegen ongeveer alles kan en moet verzekeren. Daarnaast heeft het van doen met de behandelcultuur in de medische sector zelf. Medisch journalist Lynn Payer verklaart dit in haar boek *Medicine & Culture* vanuit het Amerikaanse karakter, ontstaan bij de kolonisatie van Noord-Amerika: "Het ogenschijnlijk onbegrensde land bevorderde een houding dat alles mogelijk was als de natuurlijke omgeving maar overwonnen kon worden. Ziekte kon ook overwonnen worden, maar alleen door een agressieve diagnose en een even agressieve behandeling."[3] Volgens Lynn Payer doen Amerikaanse artsen meer diagnostische tests, opereren ze meer en schrijven ze meer medicijnen voor dan artsen in bijvoorbeeld Frankrijk, Engeland en Duitsland. In een cultuur als deze is er geen ruimte voor twijfel. Twijfel betekent zwakte, en zwakte kun je niet vertrouwen. Ook een ontwerper of onderzoeker moet dus zeker zijn van zijn zaak.

Waar *Evidence Based Design* in Amerika als een positieve metafoor kan werken in de wereld van ontwerpers die werkzaam zijn voor de zorgsector, roept het bij veel Nederlandse ontwerpers juist twijfel en negatieve associaties op. Gevolg is dat velen zich niet wensen te verbinden met de term *Evidence Based Design*. Mogelijk is de (Amerikaanse) zelfverzekerdheid die uit *Evidence Based Design* spreekt een culturele drempel voor ontwerpers in Nederland. Bovendien kan de koppeling tussen ontwerp en wetenschappelijke bewijsvoering bij Nederlandse ontwerpers negatieve herinneringen oproepen aan het functionalistische gedachtegoed, waarbij een goed ontwerp enkel en alleen gebaseerd mocht zijn op beredenering en feitelijke kennis zoals beschreven in Peter Neuferts boek *Architect's Data*. Maar wat

EVIDENCE BASED DESIGN IN NEDERLAND

Harry Abels, partner IAA Architecten

IAA Architecten werkt in principe wel met *Evidence Based Design*, maar niet alleen met literatuurstudie. De ervaring van de gebruikers zoals medici en mensen uit het facilitaire bedrijf ziet IAA ook als evidence (bewijs). "Architecten zijn geen wetenschappers. Ze kunnen niet alleen op basis van literatuurstudies gaan ontwerpen", aldus partner Harry Abels. Een ontwerper moet volgens hem vooral goed kunnen luisteren - naar de gebruiker - en kijken - naar de cultuur van de maatschappij, van de lokale omgeving en van de ziekenhuisorganisatie - en daarna zijn eigen conclusies trekken. Deze kwalitatieve data, 'opgeslagen in architecten', kan leiden tot hypotheses die een ontwerp beïnvloeden en bepalen. De theorie kan hierbij helpen, maar dat geldt niet voor alle situaties. Volgens Harry Abels is de benadering van IAA Architecten pragmatisch. Omdat ieder ziekenhuis zijn eigen protocol heeft, is zijn ervaring dat je als architect het beste met de betrokkenen kunt gaan praten over de manier waarop ze het daar doen. Bepaalde aspecten van kwantitatief onderzoek zijn nuttig, zoals microbiologisch onderzoek, maar het mooiste dat je kunt maken is een 'gebouw in eigen cultuur'.

Plattegrond Vrouw en Kind Centrum, Medisch Spectrum Twente

Als voorbeeld van een *Evidence Based Design* noemt Harry Abels het ontwerp van IAA voor een Vrouw en Kind Centrum waarin poli's van Gynaecologie en Kindergeneeskunde zijn opgenomen, voor Medisch Spectrum Twente in Enschede. Hierin zijn kwantitatieve onderzoeksresultaten uit de literatuur in combinatie met kwalitatieve wensen van de gebruikers toegepast om werkprocessen te optimaliseren, infectiegevaar te verlagen, besmettingen te voorkomen en het welzijn en het herstel van de patiënt

te bevorderen. Harry Abels legt uit hoe IAA zich hier heeft verdiept in het verschil tussen de beleving en reactie van een ziek kind en van een volwassen vrouw en dit heeft gekoppeld aan de werkprocessen van het personeel. Volgens microbiologen is het bijvoorbeeld het beste om een sluis met twee deuren tussen kamers en gang te hebben. Maar volgens de artsen voelen kinderen zich niet goed achter gesloten deuren en is dat niet bevorderlijk voor hun herstel. "Een ziek kind ligt liever niet alleen op een kamer, terwijl een volwassen vrouw misschien juist wel een aparte kamer wil hebben". Op basis van dergelijke praktijkervaring zijn de wanden tussen de kamers voor de kinderen en de gang inclusief alle deuren van glas, zodat er visueel contact is tussen de kinderen in hun kamer en het verplegend personeel achter de balie.

de exacte verklaring ook is, zeker is dat weinig ontwerpers in Nederland beweren dat ze 'aan *Evidence Based Design* doen'. De vraag is vervolgens of dat verstandig is, of dat ontwerpers, zich afkerend van de associaties die aan *Evidence Based Design* kleven, kansen laten liggen.

Evidence Based Design als methode

Evidence Based Design staat bekend als de welbewuste poging om ontwerpbeslissingen te baseren op het best beschikbare bewijs uit onderzoek. Maar wat betekent *Evidence Based Design* in de praktijk en hoe ga je daar als ontwerper of opdrachtgever mee om? Om wat voor onderzoeksbewijs gaat het? Wat moet er worden bewezen en met welke middelen? Zijn er niet al genoeg regels in de zorg: van bouwmaatstaven en brandveiligheidseisen tot hygiënevoorschriften? Kunnen we niet gewoon een mooi gebouw maken en het daarbij houden? Dergelijke vragen en overwegingen worden regelmatig gesteld in relatie tot *Evidence Based Design* en komen grotendeels voort uit de moeizame duiding van het begrip.
Uit frustratie over de manier waarop met het begrip *Evidence Based Design* wordt omgegaan, besloot architect Kirk Hamilton niet langer te speculeren over wat *Evidence Based Design* is - en wat het niet is – maar na te gaan wat EBD ontwerpers, of zij die zich daar voor uitgeven, nu eigenlijk doen.[4] Dit heeft geleid tot een model dat vier verschillende niveaus van betrokkenheid onderscheidt. Het model geeft ook inzicht in de methoden waarop onderzoek door ontwerpers wordt gebruikt ten behoeve van opdrachtgevers:

Niveau 1: Deze ontwerpers doen hun best om hun ontwerp op onderzoek te baseren, ze zijn op de hoogte van relevante onderzoeksresultaten op hun gebied, interpreteren bewijs in relatie tot het project waarmee ze bezig zijn en beoordelen wat het beste ontwerp is voor deze specifieke situatie.

Niveau 2: Gebaseerd op literatuurstudie komen deze ontwerpers tot een hypothese over het te verwachten resultaat van hun ontwerpinterventie en meten vervolgens het resultaat. Dit niveau van werken maakt het ontwerp minder subjectief en vereist aandacht voor nieuwe manieren van ontwerpen.

Niveau 3: Naast de vereisten van niveau 1 en 2 maken deze ontwerpers een verslag van hun onderzoeksresultaten openbaar door bijvoorbeeld hun teksten uit te geven in populaire media of door als spreker op te treden tijdens congressen.
Ze genieten vaak een aanvullende opleiding om de resultaten van hun onderzoek zorgvuldiger te kunnen documenteren.

Niveau 4: Deze ontwerpers publiceren - eventueel samen met wetenschappers uit andere disciplines - in vaktijdschriften, onderworpen aan het kritisch oordeel van gekwalificeerde collega's terwijl ze ook ontwerpen en bouwen. Ze werken zowel praktisch als theoretisch en proberen zo de kennis en bewijsvoering die er bestaat op een bepaald gebied te bevorderen.

Ten slotte definieert Hamilton ook een Niveau 0. Deze ontwerpers, hoewel ze het misschien goed bedoelen, gebruiken vaak geïsoleerde opmerkingen uit een artikel of een congrespresentatie, interpreteren dat op een manier die bij hun ontwerp past, en beweren vervolgens dat het ontwerp *evidence based* is.

Ondanks zijn aanstekelijke praktijkgerichtheid roept de analyse van Hamilton ook vragen op. Want over wat voor onderzoek praat hij? Waar haal je als ontwerper je bewijs vandaan; uit welke disciplines? En op wiens zienswijze is dat bewijs gebaseerd? Gaat het om informatie die uit de architectuurdiscipline zelf komt of van disciplines gerelateerd aan de architectuur? Of gaat het om informatie uit bijvoorbeeld de (medische) wetenschap? En wat betekent het voor de ontwerpdiscipline wanneer een methode uit een andere discipline - zoals de medische wetenschap - binnen de eigen discipline wordt toegepast?
Hamilton gaat in zijn analyse niet op deze vragen in, maar benadrukt de vrijheid om de methode op een creatieve manier in te vullen. Bovendien bepleit hij dat niet alle beslissingen in een ontwerpproces *evidence based* hoeven te zijn.[5] *Evidence Based Design* is volgens Kirk Hamilton dan ook geen *cookbook architecture*. Volgens Hamilton staat de wereld van *Evidence Based Design* dicht bij de echte wereld van het wetenschappelijk onderzoek, gekenmerkt door zijn

onophoudelijke zoektocht naar het verifieerbare. EBD is dan ook niet statisch en leent zich dus niet gemakkelijk voor het formuleren van vaste voorschriften.[6]
Opmerkelijk genoeg wordt de term *Evidence Based Design* wel vaak gebruikt alsof het iets specifieks is; een vaste verzameling regels die je in kaart kunt brengen of een checklist voor ontwerpers om mee te kunnen ontwerpen. In plaats van *Evidence Based Design* te zien als de naam van een benadering wordt het gebruikt als een synoniem voor de onderzoeksresultaten van, bijvoorbeeld, Roger S. Ulrich. Deze manier van ontwerpen valt onder wat Kirk Hamilton niveau o noemt. Voor een serieuze EBD ontwerper gaat het er volgens Kirk Hamilton niet om *short cuts* te maken of om een architectuurrecept te verzinnen dat je vervolgens eindeloos van gebouw tot gebouw kunt repeteren. Het gaat er om *Evidence Based Design* te zien en te gebruiken als een dynamisch model dat je als ontwerper inhoudelijk kunt invullen, waarbij het resultaat van het proces niet noodzakelijk het gebouw of het ontwerp is, maar de beoordeling en evaluatie ervan.
In relatie tot de term *evidence* is het verder belangrijk een onderscheid te maken tussen twee manieren van bewijsvoering, namelijk het kwantitatieve en kwalitatieve bewijs, waarbij kwantitatieve bewijsvoering gebaseerd is op statistiek en kwalitatieve bewijsvoering op beleving. Generaliserend gesteld gaat kwantitatief onderzoek om harde feiten en kwalitatief onderzoek om zachte waarden. Omdat zachte waarden veelal als subjectief worden gezien, wordt binnen de medische wetenschap ter discussie gesteld of deze onderzoeksvorm wel wetenschappelijk is.[7] Ook bij hen die *Evidence Based Design* praktiseren, bestaat deze houding, en dat terwijl de zachte waarde van de beleving juist belangrijk is voor het ontwerp. Deze subjectiviteit betekent echter niet dat je als ontwerper geen onderzoek kan doen op dit vlak, in tegendeel zelfs. Wel moet je zorgvuldig de methode en bewijsvoering kiezen, opdat de onderzoeksmethode uiteindelijk niet het onderwerp gaat bepalen. Kwantitatief onderzoek, bijvoorbeeld vanuit de architectuur, leidt namelijk snel tot een gefragmenteerde discussie over harde feiten in plaats van een discussie over het ruimtelijk geheel. Deze fragmentatie vertoont gelijkenis met de ontleding van het lichaam in losse onderdelen in het 'mechanische mensbeeld'; de metafoor waarop de westerse medische wereld is gebaseerd. In haar boek *Medicine as Culture* schrijft socioloog Deborah Lupton hierover: "De metafoor leidt tot een scheiding van lichaam en geest, een hogere waardering van medische technieken die zich richten op het lokaliseren van een bepaald probleem in een deel van het lichaam en behandeling van dit deel alleen, en een lagere waardering van genezende verbanden gebaseerd op spiritualiteit, persoonlijk contact, intimiteit en vertrouwen."[8]
Patient Safety is een voorbeeld van een kwantitatief onder-

EVIDENCE BASED DESIGN IN NEDERLAND

Bas Molenaar, partner EGM Architecten

EGM Architecten werkt niet met *Evidence Based Design* volgens de definities van Kirk Hamilton en Roger S. Ulrich, aldus Bas Molenaar. EGM hanteert een meer 'opportunistische' aanpak: afhankelijk van het project kijkt het bureau welke thema's centraal staan in de opgave en of er kansen zijn voor onderzoek. Er is dan ook geen autonome onderzoeksafdeling bij EGM. Bij het begin van een project wordt in samenwerking met alle betrokken partijen gekeken wat er op dat gebied is geschreven en gedaan. Veel informatie komt uit congressen en internationale onderzoeksnetwerken. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van databases met informatie uit de Verenigde Staten en Europa. Samen met de opdrachtgever wordt bepaald welke factoren een rol spelen. Zijn er bijvoorbeeld specialistische vragen die beantwoord moeten worden; vragen waarover nog geen informatie bestaat? Als er in zo'n geval echt wetenschappelijk onderzoek moet worden gedaan, wordt dit uitbesteed aan andere partijen - een universitaire instelling bijvoorbeeld. Wat in het algemeen niet gebeurt, is de verzameling en publicatie van informatie en onderzoek. Molenaar: "Er is geen algemeen bruikbaar format, niet bij EGM, niet in Nederland en ook niet op universitair niveau."

Pilotproject ideale eenbedskamer, Erasmus MC Rotterdam

Een voorbeeld van *Evidence Based Design* waaraan EGM meewerkt is een pilotproject geinitieerd door het Erasmus MC in Rotterdam, waarin een *mock-up* (proefopstelling) van de 'ideale eenbedskamer' wordt getest met betrekking tot inrichting (materiaalgebruik, kastruimte, meubilair), afmetingen (plafondhoogte, deurbreedte, *lay-out*), hygiëne, veiligheid, verlichting, ergonomie en comfort. Tegelijkertijd wordt op een speciaal voor dit doel verbouwde en ingerichte beddenafdeling door iBMG (Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg),
↳

onderdeel van het Erasmus MC, onderzoek gedaan naar de consequenties van eenbedkamers voor de organisatie en bedrijfsvoering, de infectie(preventie) en de patiënttevredenheid. Aannames zijn dat eenbedskamers niet alleen meer privacy bieden voor de patiënt, maar ook een betere nachtrust, een verkorte ligduur en een kleinere kans op ziekenhuisinfecties. Een project zoals dit wordt volgens Bas Molenaar bediscussieerd met wetenschappers uit het internationale netwerk van EGM, die aan vergelijkbare onderzoeksprojecten werken in de Vrenigde Staten, Noorwegen en Engeland. Het eerste concept, bestaande uit een verblijfsruimte en een sanitaire unit, is in samenwerking tussen de architect en een werkgroep met toekomstige gebruikers tot stand gekomen. De *mock-up* is een schaalmodel op ware grootte van de ideale verpleegkamer, die mag worden bezichtigd en uitgeprobeerd. Rondom de zomer van 2007 worden de onderzoeksresultaten gepubliceerd, onder andere op de website van het Erasmus MC.

zoeksgebied dat zich onder meer bezig houdt met het controleren en voorkomen van luchtgedragen infecties en het reduceren van contactinfecties, bijvoorbeeld door de toepassing van eenpersoonskamers met schone lucht en de zorgvuldige plaatsing van sanitair.[9] *Patient Safety* gaat over de ziekenhuisomgeving en de verbetering van het genezingsproces van de patiënt. Als consequentie van de kwantitatieve benadering leidt het vooral tot uitspraken over microbiologische en organisatorische aspecten; aspecten die slechts een klein deel uitmaken van de overwegingen die een rol spelen bij het architectonisch ontwerp. De intentie achter *Patient Safety* is om een beter gebouw te maken - beter voor de gezondheid van de patiënt voor zover dit in meetbare data te vertalen is. Door de kwantitatieve benadering verschuift de focus van de patiënt en zijn beleving naar hoe je kunt voorkomen dat deze persoon niet verder ziek wordt op het moment dat hij of zij in het ziekenhuis ligt. Op zich een belangrijk doel, maar ook een weerspiegeling van een samenleving waar het steeds meer om veiligheid gaat en waar patiënten garanties willen. Geen ziekenhuis wil immers onnodige risico's nemen met als gevolg dat de aandacht voor de ontworpen omgeving wordt toegespitst op negatieve aspecten - zoals het voorkomen van ongelukken en besmettingen - ten koste van de positieve aspecten. Het streven om een goed gebouw te maken, kan zodoende leiden tot regels die eerder benauwend dan opbeurend zijn voor mensen.

Evidence Based Design en de omgeving

Van oorsprong was *Evidence Based Design* verbonden met de omgevingspsychologie. De link tussen beide is Roger S. Ulrich, opgeleid als omgevingspsycholoog. Ulrich is niet alleen de 'vader' van *Evidence Based Design*. In bepaalde kringen is hij vooral bekend van zijn *Supportive Design* theorie, gebaseerd op de stelling dat ontwerp meer zou moeten doen dan het produceren van gezondheidsfaciliteiten die voldoen in termen van effectiviteit, marketing, prijs en wet- en regelgeving. Een ander uiterst belangrijk doel voor ontwerpers zou de bevordering van welzijn moeten zijn, bijvoorbeeld door fysieke omgevingen te maken die 'psychologisch ondersteunend' zijn.[10] Uit hetzelfde hout is ook *Evidence Based Design* gesneden. Het zoeken naar bewijs had in eerste instantie namelijk tot doel het belang van *Supportive Designs* te onderbouwen.

Omdat stress een slechte invloed heeft op het genezingsproces en ook ongezond is voor zowel bezoeker, personeel als patiënt, is het volgens Ulrich belangrijk een ziekenhuisomgeving te creëren die stressreducerend is voor iedereen. Deze moet voldoen aan: gevoel van controle met betrekking tot de fysieke en sociale omgeving, sociale ondersteuning en toegang tot positieve afleiding in de fysieke omgeving.[11] Ulrich houdt met zijn *Supportive Design* theorie een pleidooi richting ontwerpers om 'ondersteunende omgevingen' te maken; omgevingen die een positief effect kunnen hebben op het genezingsproces van de patiënt. Dit is niet hetzelfde als een *Healing Environment* zoals datin Nederland vaak op een kwantitatieve manier wordt gedefinieerd in termen van daglicht, frisse lucht, stilte, tuinen en natuur.[12] Een ondersteunende omgeving gaat niet alleen om de fysieke ruimte, maar net zozeer om de mentale en sociale ruimte. Een ondersteunende omgeving moet mogelijkheden bieden en creëren voor verschillende patiëntengroepen; voor verschillende mensen met verschillende behoeften. Het gaat om de begeleiding, behandeling en beleving van de patiënt en de relatie patiënt - bezoeker - behandelaar en niet alleen om de esthetiek.

Traditioneel gezien was de *Healing Environment* meer gebaseerd op praktische ervaring en filosofische overwegingen dan op wetenschappelijk bewijs.[13] Door de kwantitatieve introductie van de *Healing Environment* in Nederland wordt de benadering rationeel geïnstrumentaliseerd alsof het *Evidence Based Design* is. Dat *Healing Environments* in Nederland *evidence based* moeten zijn en niet worden gepresenteerd als een zorgfilosofie, heeft waarschijnlijk te maken met pragmatiek: werkt het, dan is het goed. Daarnaast lijkt er een cultureel voorbehoud te zijn dat in bijvoorbeeld Scandinavië of de Verenigde Staten ontbreekt. Zo verricht men in Zweden[14] en in de Verenigde Staten[15] vanuit de landschapsarchitectuur in *Healing Gardens* wetenschappelijk onderzoek, waarin observaties en overwegingen uit de zogenaamde *Healing Garden School* worden gecombineerd met theorieën uit *Supportive Design* en onderzoeksresul-

taten uit *Evidence Based Design*.
Wat *Supportive Design* en *Healing Environments* gemeenschappelijk hebben, is de idee dat de mens verbonden is met zijn omgeving, en *the concept of healing* (genezing). Dit sluit aan op de ontwikkeling van het moderne ziektebeeld van pathogeen, gericht op ziekteverwekkers van biologisch oorsprong, naar salutogeen, ofwel 'de oorsprong van gezondheid' zoals dat onder meer is beschreven door architect Alan Dilani. De toenemende interesse voor *Evidence Based Design* binnen de gezondheidssector kan niet los gezien worden van deze ontwikkeling. Volgens Dilani is het moderne beeld van ziekte niet langer slechts pathogeen, maar is ziekte veelzijdiger en zodoende het gevolg van een veelheid aan oorzaken of onderdelen die niet per definitie pathogeen hoeven te zijn. De salutogene zienswijze, die zich richt op processen die de gezondheid bevorderen, heeft een steeds prominentere plaats gekregen in de overwegingen over wat zorg is en in de totstandkoming van nieuwe zorgfaciliteiten. In dit nieuwe paradigma staat de patiënt centraal.[16]
Interessant in het salutogene perspectief is de verschuiving van de discussie over ziekte naar de discussie over gezondheid. Want wat is gezond? Hoe ziekte, pijn, lichamelijke degeneratie en dood worden beleefd, is heel persoonlijk en heeft ook te maken met de cultuur waarin de persoon is geboren en opgevoed. Ziek zijn, ziekte beleven, zieken behandelen gaat niet alleen om het fysieke (biologische) lichaam maar ook om het sociaal-culturele lichaam. Studies van medische behandelingen binnen verschillende culturen laten dan ook zien dat de medische (objectieve) wereld onder invloed staat van andere percepties dan de puur wetenschappelijke. Sterker nog, de behandeling weerspiegelt vaak de cultuur waarin de behandeling plaatsvindt.[17] Arts Kerr L. White, voormalig directeur van Health Sciences Rockefeller Foundation schrijft hierover in het voorwoord van het boek *Medicine & Culture* het volgende: "Internationale vergelijkingen die de nadruk leggen op waarden, onderliggende paradigma's en resultaten van zorg bieden wellicht meer inzicht in de optimale manieren om gezondheid te verbeteren en ziekte te verminderen dan traditionele vergelijkingen die zich beperken tot het meten van faciliteiten, mankracht, gebruik en kosten."[18] Dit is iets om over na te denken in een tijd, waarin kwantitatief onderzoek de voorkeur heeft boven kwalitatief onderzoek; waarin harde feiten meer tellen dan zachte waarden. Als niet ieder mens hetzelfde is - afhankelijk van mentale kracht, sociale bagage, financiële draagkracht en culturele achtergrond - wordt het ontwerpen van de gezondheidssector een complexe opgave die niet alleen met kwantitatieve onderzoeksmethoden op te lossen is. Een interdisciplinaire manier van werken zou een oplossing kunnen bieden voor deze problematiek door kwalitatief architectuuronderzoek te combineren met onderzoek uit verschillende

EVIDENCE BASED DESIGN IN NEDERLAND

Don Murphy, partner VMX Architects

VMX werkt volgens Don Murphy niet met *Evidence Based Design*. Toch blijkt uit het gesprek over het werk van VMX in de zorgsector dat het bureau op een intuïtieve en creatieve manier de eerste drie stappen van de EBD-methode volgt, zoals gedefinieerd door Kirk Hamilton: eerst onderzoek doen, daarna een hypothese formuleren waaruit het ontwerp wordt gegenereerd om uiteindelijk het gerealiseerde project (het gebouw) te evalueren met als doel het resultaat openbaar te maken. Alleen zijn deze stappen niet gebaseerd op wetenschappelijk (kwantitatief) bewijs.

Ontwerp VMX Willem Arnts Huis, Utrecht

Don Murphy houdt niet van het woord theorie. Bij VMX wordt kennis verzameld om nieuwe concepten te ontwikkelen. VMX stelt vragen en maakt analytische studies van gebouwtypologieën, architectuurhistorische en sociaal-culturele ontwikkelingen, literatuur, film en kunstprojecten, persoonlijke ervaringen en gesprekken met het personeel. Het gaat erom uit alle mogelijke bronnen relevante informatie te verzamelen, om 'creativiteit en gekte' en om 'empathie voor de patiënten' - niet om regels volgen of maken. Als voorbeeld noemt Murphy het ontwerp dat VMX in opdracht van de Stichting Altrecht maakte voor het Willem Arnts Huis in Utrecht: een nieuwbouwproject voor een psychiatrische inrichting die opgeleverd wordt in 2007. Het idee was om het psychiatrische ziekenhuis te de-stigmatiseren door het abnormale te normaliseren. Het ging erom architectonische antwoorden te vinden op psychologische problemen zoals je opgesloten voelen in je kamer of gevangen zijn in een gebouw. Het ontwerp is te beschouwen als serie strategieën die gezamenlijk de kwaliteit van de leefomgeving van de patienten verhogen.

Een van deze strategieën ging om de perceptie van het gebouw van binnenuit en van buitenaf, opdat het gebouw

niet zou worden ervaren als een gesloten blok. Door de openbare programmaonderdelen beneden in het gebouw te plaatsen en de gesloten afdelingen boven, wordt het gebouw een onderdeel van het stedelijk interieur. Voor iedere patiëntenafdeling is er verder een buitenruimte op het dak. En: bij een dak hoort een hek. Het hek is er in de eerste plaats niet om de patiënten op te sluiten, maar om er voor te zorgen dat ze niet van het dak vallen. Aan de hand van gesprekken met patiënten en personeel gaat VMX dit jaar (kwalitatief) onderzoeken of de strategieën echt werken, dit in samenwerking met een psychiater.

andere disciplines zoals b.v. cultuurfilosofie, sociologie, antropologie en psychologie. Dit zou de toekomst van *Evidence Based Design* kunnen zijn.

Epiloog

Evidence Based Design heeft voor ontwerpers potentie als ontwerpbenadering en als onderzoeksmethode; een methode die uitnodigt om te luisteren en om te leren. Het vraagt om een *bottom up* ontwerpvisie. Ontwerpers moeten zelf het lef hebben om zich *Evidence Based Design* eigen te maken, om het in te vullen, om het te definiëren en het niet over te laten aan anderen. Om af te komen van de onduidelijkheid die rond het begrip hangt, is het misschien zelfs verstandig een andere naam voor *Evidence Based Design* te verzinnen, een naam die beter past bij de Europese of zelfs de Nederlandse context. Daarbij is het goed te bedenken dat ontwerpen geen natuurwetenschappelijke discipline is, maar wel gebaseerd moet zijn op analytisch, kritisch en zelfstandig denken. Evaluatie van het eigen ontwerp zou een natuurlijk onderdeel van de praktijk moeten zijn. Om verder te kunnen komen met de ontwikkeling van de zorg en met onze maatschappij als verzorgingsstaat zijn visies nodig. Deze visies zullen waarschijnlijk niet uit kwantitatief onderzoek komen maar veeleer uit kwalitatieve maatschappelijke infiltratie, interactie en participatie opdat een zorgvuldig onderbouwd ontwerp kan ontstaan.
De eerste twee niveaus van de methode van Kirk Hamilton gaan over het verzamelen en ontwikkelen van gedachtegoed in een multidisciplinaire setting, het realiseren van het ontwerp en het evalueren daarvan. De laatste twee niveaus betreffen de transparantie en validiteit van het werk. Maar waar moeten we in Nederland naartoe om te discussiëren en te publiceren? Het ontbreekt momenteel aan een centrale kennisontwikkeling, ook op universitair niveau. En 'projectdrukte' is het antwoord dat je krijgt wanneer ontwerpers wordt gevraagd waarom ze geen tijd hebben om onderzoek te doen. De verantwoordelijkheid ligt ook op het niveau van de samenleving en de politiek. Er is onvoldoende - financiële - ruimte om kritisch na te denken en om gemeenschappelijk gedachtegoed te ontwikkelen. Het gaat hier niet alleen om het vinden van oplossingen voor de zorgsector, maar om een andere manier van denken. Met de toenemende vergrijzing zal de opgave niet alleen bestaan uit de behandeling van zieken; net zo belangrijk is de vraag hoe de bevolking zo lang mogelijk gezond blijft. Het salutogene perspectief reikt verder dan de zorgsector alleen en betreft de hele leefomgeving. Ziekte behandelen is belangrijk, maar voorkomen is beter. Onderzoek hiernaar is van groot maatschappelijk belang en *Evidence Based Design* kan daar, mits goed uitgevoerd, een wezenlijke bijdrage aan leveren.+

1 Sackett, David L. et al., *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*, BMJ 1996; 312: 71-72 (13 January).
2 Marcus, Clare Cooper and Marni Barnes, *Healing Gardens, Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, Wiley, New York, 1999, *Chapter 2: Ulrich, Roger S., Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research*, pagina 31.
3 Payer, Lynn, *Medicine & Culture : Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*, Henry Holt and Company, New York, 1988, Chapter: 'United States: The Virus in the Machine', pagina 127.
4 Hamilton, Kirk, FAIA, FACHA, *Definition of Evidence Based Design*, Healthcare Design Magazine, www.healthcaredesignmagazine.com, nov 2003.
5 Hamilton, Kirk, FAIA, FACHA, *Definition of Evidence Based Design*, Healthcare Design Magazine, www.healthcaredesignmagazine.com, nov 2003.
6 Hamilton, Kirk, FAIA, FACHA, *Definition of Evidence Based Design*, Healthcare Design Magazine, www.healthcaredesignmagazine.com, nov 2003.
7 Interview met Lars Jørgen Hansen, GP, PhD, The Research Unit for General Practice in Copenhagen, DK over de methodiek achter 'Evidence Based Medicine'
8 Lupton, Deborah, *Medicine as Culture : Illness, Disease and the Body in Western Societies*, Sage Publications, London, 1994, Chapter 3: Representations of Medicine, Illness and Disease in Elite and Popular Culture, pagina 59-60.
9 Wagenaar, Cor, *The Architecture of Hospitals*, Nai Publishers, NL, 2006, Chapter 5: Ulrich, Roger S., Evidence Based Healthcare Design, pagina 281-289
10 Marberry, *Sara O., Innovations in Healthcare Design*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1995, Chapter 4: Design Impact, Ulrich, Roger S., Effects of Healthcare Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research, pagina 88-104.
11 Marberry, Sara O., *Innovations in Healthcare Design*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1995, Chapter 4: Design Impact, Ulrich, Roger S., Effects of healthcare Interior design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research, pagina 88-104.
12 Berg van den, Agnes E., *Health Impacts of Healing Environments; A Review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*, Van Eck & Oosterink, Dodewaard, 2005, Chapter 4: The Review, pagina 18-19
13 Berg van den, Agnes E., *Health Impacts of Healing Environments; A Review of evidence for benefits of nature, daylight, fresh air, and quiet in healthcare settings*, Van Eck & Oosterink, Dodewaard, 2005, Chapter 3: Evidence-based Design, pag 13
14 Grahn, Patrick, *What makes a Garden a Healing Garden*, Journal of Therapeutic Horticulture, AHTA, Volume XIII, 2002 – Patrick Grahn is professor in landscape architecture, Institution of Landscape Planning, Health and Recreation, SLU, S
15 Marcus, Clare Cooper and Marni Barnes, *Healing Gardens, Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, Wiley, New York, 1999 – Clare Cooper Marcus is professor Emerita, Departments of Architecture and Landscape Architecture, University of California, Berkley, USA
16 Dilani, Alan, *Psychosocially supportive design – Scandinavian health care design*, World Hospital Health Service, 2001; 37 (1) – Abstract: www.pubmed.gov.
17 Marcus, Clare Cooper and Marni Barnes, *Healing Gardens, Therapeutic Benefits and Design Recommendations*, Wiley, New York, 1999, Chapter 1: Introduction: Historical and Cultural Perspective on Healing Gardens, part; Cultural differences in the practice of medicine, pagina 17 – 22
18 Payer, Lynn, Medicine & Culture: Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France, *Henry Holt and Company, New York, 1988, Foreword, pagina 10.*

SPECIAL

Zorg heeft nooit een expliciete collectieve uitstraling gekend. Voor de verschillende sectoren van de zorg is dit vanuit de geschiedenis te verklaren: van besmettingsgevaar tot het 'wegstoppen' van psychiatrische patiënten in het groen. Tegenwoordig wordt er gelukkig heel anders aangekeken tegen zorgvoorzieningen. Waarom zouden we ze niet beschouwen als volwaardige onderdelen van het (stedelijk) programma? Op grond van deze insteek onderzochten Elma van Boxel en Kristian Koreman van ZUS (*Zones Urbaines Sensibles*), winnaars van de Maaskantprijs voor jonge architecten 2007, de mogelijkheden van een Randstad *Health Club* in het Groene Hart.

RANDSTAD HEALTH CLUB

Een nieuw perspectief op 'gezonde' stedenbouw

Dotter het Hart

Sinds de jaren zestig van de vorige eeuw wordt er gesproken over de Randstad en haar vermeende 'Groene Hart'. De vier Grote Steden Rotterdam, Den Haag, Amsterdam en Utrecht (G4) zouden als Deltametropool gaan functioneren met een leegte als haar centrale stadspark. Vele plannen, ideeën en visies zijn de revue gepasseerd. Het merendeel lijkt gebaseerd op het dogma van het 'open houden van het landschap'. De verwarring over wat nu de cultuurhistorische waarde is van dit landschap is echter zeer groot. Een bescheiden terugblik op de geschiedenis van dit gebied biedt enig inzicht.
Na de grote kolonisatie en ontginning van het gebied tijdens de Middeleeuwen is het lange tijd in gebruik geweest als akkerland. Door de grote hoeveelheden water die aan de bodem onttrokken werden begon het land langzaam in te klinken en binnen een eeuw ontstond er een moerassig grasland dat niet meer geschikt was voor enige vorm van akkerbouw. In die tijd is de bodem zes tot acht meter gedaald en daarmee tot ver onder de zeespiegel komen te liggen. Middels een uitgebreid systeem van sluizen en molens was het droog te houden en kon het gebruikt worden als weiland. Op de hoger gelegen delen ontstonden grote steden met specifieke industrie, die een grote behoefte hadden aan brandstof. Dit werd de volgende kolonisatieslag die het Groene Hart te verduren kreeg. De turfwinning heeft grote delen van het landschap getransformeerd tot langwerpig verkavelde vlaktes met grote oppervlakten water. Deze mix van drassige graslanden en open veengebieden bepalen het landschap van het Groene Hart.

De natuurkrachten laten zich niet aflatend gelden in de vorm van water. Vanuit de atmosfeer, de rivieren en de zee, maar ook vanuit de aardbodem staat het Nederlandse landschap onder een steeds groter wordende druk. Met name de zoute kwel - resultaat van een stijgende zeespiegel en een dalend grondwaterpeil - zorgt ervoor dat binnen afzienbare tijd de huidige vormen van agrarisch bedrijf onmogelijk zullen zijn geworden.

> *"Het Hart is op zich gezond, maar de omliggende organen lijken er niet van te profiteren."*

Hoe kunnen we nieuw leven inblazen in het Groene Hart? De centrale leegte wordt omschreven als een nationaal landschap voor de zes miljoen inwoners van de Randstad, en is bedoeld om te recreëren en te ontsnappen aan de stedelijke drukte. Het Hart is op zich gezond, maar de omliggende organen lijken er niet van te profiteren. De stedelijke druk wordt vooral afgevloeid in andere landschappen zoals het strand, de Wadden en de Veluwe. Het Hart is niet of nauwelijks toegankelijk. Dat komt voornamelijk door de weinig vloeiende verbinding van dit landschap met zijn stedelijke omgeving. De steden van de G4 richten zich in het bijzonder op zichzelf en laten de randen als achterkanten dichtslibben. Het aanleggen van enkele fietspaden met een groenstrook lijkt dan ook niet voldoende. De onbetwijfelde schoonheid en unieke uitgestrektheid van het polderlandschap vormen voor randstedeling kennelijk niet genoeg

MIDDEN-NEDERLAND

De beschreven ontwikkelingen van het Groene Hart, de bespiegelingen over de rol van een ziekenhuis en de indrukwekkende ervaring van San Creu i San Pau hebben als een wonderlijke cocktail tot het gedachte-experiment van het Randstad Health Center (RHC) geleid. De RHC combineert de onvermijdelijke schaalvergroting, de verruiming van het begrip 'gezondheid' en noodzaak om het Groene Hart te dotteren.

Overzicht locaties Randstad Health Clubs

aanleiding om het Hart te koesteren. Een goede dotterbehandeling* zou de schamele relatie van de Randstad en het Groene Hart kunnen verbeteren.

*Dotteren is genoemd naar zijn uitvinder, de Amerikaanse hartspecialist Charles T. Dotter. Bij een dotterprocedure wordt een vernauwing van de slagader met behulp van een ballonnetje opgerekt. Als de vernauwing van de slagader klachten geeft komt men in aanmerking voor een behandeling. Een vernauwing in de slagader is het gevolg van aderverkalking.

Een dotterbehandeling in de context van het Groene Hart zou betekenen dat er een duurzame en grootschalige relatie wordt gelegd met de omliggende steden. Door het koppelen van programma aan de leegte wordt zij ervaarbaar. Wij stellen voor een serie Randstad *Health Centers* in het Groene Hart te implementeren, die de uitmuntende kwaliteiten van dit landschap verbinden aan de noodzaak van een *healthy environment* voor de medische centra. Mensen die ziek zijn van de congestie kunnen hier uitwaaien en in de verte staren.

Ziek, gast, onderzoek, *healthy, fit, research... well*

Op de vraag wat nu precies een ziekenhuis is, zijn vele mogelijke antwoorden. Het idee van het ziekenhuis en de daarbij behorende idee van gezondheid is sterk aan transformatie onderhevig. Oorspronkelijk gaven de kloosters veel tijd aan ziekenzorg, als een van de vormen van liefdadigheid. Dit is vandaag de dag nog af te lezen aan de voor- en achtervoegsels als 'Sint', 'Lieve Vrouwe' en 'gasthuis'. Aan het einde van de Middeleeuwen vond er institutionalisering plaats, waardoor er publieke gasthuizen werden gebouwd in de stedelijke omgeving. Tijdens de Verlichting werden ziekenhuizen naast zorginstellingen ook oorden van kennis. Universiteiten ontstonden en vroege vormen van de farmaceutische industrie verbonden zich aan de instelling. Door deze kennisproductie werd er meer bekend over de verspreiding van virussen en kwam men op het idee om kennis van immuunsystemen ook op de gebouwde omgeving te projecteren. In deze periode transformeerde het ziekenhuis van een enkele ruimte tot een stelsel van paviljoens, bij voorkeur in een groene omgeving. Dit model heeft het volgehouden tot begin vorige eeuw. De elektronische lift was een directe aanleiding om de pittoreske opzet te verlaten ten gunste van schaalvergroting en hoogbouw. Dankzij de technologie was ook de natuurlijke buffer tussen ruimtes (economisch gezien) overbodig geworden en konden er steeds meer functies naast en op elkaar geplaatst worden. Eind vorige eeuw heeft dit proces van verdichting zich steeds extremer doorgezet, zodat we tegenwoordig in de stedelijk omgeving algehele 'ziekensteden' aantreffen.
Programmatisch gezien gaan ziekenhuizen, door verregaande specialisatie en de enorme productie van kennis, steeds verder op in een amalgaam van universiteiten, bloedbanken en diverse instituten, verenigd onder de noemer 'Medisch Centrum'. Gezondheid is daarmee tegelijkertijd specifieker en algemener geworden. Enerzijds zijn er gespecialiseerde ziekenhuizen voor brandwonden, anderzijds omvatten dergelijke complexen ook fysiotherapie, fitness en andere vormen van *health*. Opgeteld bij de in onze westerse maatschappij overheersende gezondheidsdrang betekent dit ongetwijfeld een groei van totalitaire gasthuizen. Er lijkt tevens een duurzaamheidprincipe te gelden dat ten doel heeft de mens in alle facetten bij te staan met kennis en kunde over lichaam en geest en pijn en dood ondergeschikt te maken. Naast de essentiële vormen van zorg ontstaan er zodoende ook secundaire en tertiaire vormen van zorg, zoals revalidatie, plastische chirurgie, lenscorrectie en meditatie. Daarmee worden ziekenhuizen in plaats van oorden van zorgcomplexen van *wellness*, oftewel 'welzijnscomplexen': algehele knooppunten in onze maatschappij waar men terecht kan voor iedere vorm van lichamelijke en geestelijke hulp, steun of stimulatie.

> *"In het kloostertijdperk was het niet meer dan een zaal in een gebouw temidden van andere functies."*

Het ligt voor de hand dat als we deze trend doortrekken er binnen afzienbare tijd nog meer programma onder de noemer *wellness* zal vallen. Alternatieve geneeswijzen, bewegingsinstituten, voedingscentra, saunacomplexen, yogaclubs en zelfs natuureducatie. De grote groei zal ontstaan door allerlei programma ter voorkoming van ziekte en ter stimulering van een gezond leven. De landelijke ANBW zet fietsroutes uit, het Becel Instituut en de Hartstichting openen een Groot Hart Centrum en biologische boeren sluiten zich aan met een biologisch-dynamisch kennisinstituut. Ook de politiek zal zich beter gaan verdiepen in gezondheid, aangezien het één van de grootste kostenposten is. Minister Ronald Plasterk opent zelfs zijn eigen opleidingscentrum voor politieke genetica. Er zal een geïntegreerd conglomeraat ontstaan van gezondheidgerelateerd programma waar voor elk moment in het *wellness*-traject en op elk niveau de nodige voorzieningen aanwezig zijn.

Paviljoens als stad

Door de beschreven ontwikkeling van kloosters via paviljoens tot medische centra is ook de ruimtelijke verschijning van de gezondheidszorg sterk veranderd. Het mag duidelijk zijn dat één van de sterkste drijvende krachten achter de ontwikkeling van ziekenhuizen de schaalvergroting is. In het kloostertijdperk was het niet meer dan een zaal in een gebouw temidden van andere functies. De latere paviljoens waren weliswaar ruim opgezet (en ver weggestopt) in het groen, toch betrof het ook hier kleine eenheden van een humaan formaat. Door het inzicht dat lichamelijk zieken en geestelijk hulpbehoevenden ook potentieel productieve burgers zijn, werden ziekenhuizen in toenemende mate gezien als wezenlijk onderdeel van de maatschappij en verdienden zij daarom ook een centrale plek in de stad. Bekende voorbeelden hiervan zijn het Hôtel-Dieu in Parijs en Ospedale Maggiore in Milaan. Stevige stedelijke blokken die zich in de richting van de stad als publiek domein gedragen en aan de achterkant een groene oase herbergen, bedoeld voor de revalidatie van patiënten. Je zou kunnen stellen dat deze vorm van ziekenhuizen zich nog naadloos in het stedelijk weefsel voegen, maar dat er sinds die tijd steeds meer sprake is geweest van 'ontvlechting'. Ziekenhuizen gedragen zich als steden op zichzelf, zonder in hun verschijningsvorm rekenschap te geven van hun publieke karakter en betekenis voor de stedelijke omgeving. Dit is duidelijk te zien bij de Medical Campus van Texas en, dichterbij huis, in het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (EMC).

In de evolutie der ziekenhuizen is sprake van een constante spagaat tussen de noodzakelijke concentratie enerzijds en de gewenste spreiding anderzijds. Momenteel zien we dat extreem terug in de campuscomplexen versus de privéklinieken. Toch heeft de geschiedenis een paar interessante mengvormen voortgebracht die de perfecte balans lijken te hebben gevonden. Een van de belangrijkste is daarvan het Santa Creu i San Pau in Barcelona. Alle reden voor een excursie.

Santa Creu i San Pau~ Wandelend vanuit het strikte Cerdà-grid staan we plots aan het eind van de Avinguda de Gaudí voor een L-vormig gebouw met een majestueuze trappartij. Aan weerszijden zien we hellingbanen die blijkbaar een onderwereld ontsluiten. Boven aan de trap komen we terecht in een passage die een doorzicht geeft naar een wijdse binnentuin. In de galerij bevindt zich aan de rechterzijde een ruimte waar patiënten klaarblijkelijk wachten op hun beurt. Enigszins voyeuristisch werpen we onze blik over de rijen mensen, zittend op houten stoelen. We lopen verder het terrein op. Een groep scholieren hangt rondom de fontein, twee oude dames babbelen op een bank en er lopen enkele toeristen. Het heeft de aanblik van een plein aan een boulevard, zoals er wel meer zijn in Barcelona, maar niets is minder waar. Rechts zien we ziekenbroeders al rokend bij hun gele ziekenwagens, in afwachting van een oproep. Verder op het binnenterrein zien we opeens ook groepjes doktoren lopen in witte jassen en af en toe komen we iemand tegen in badjas.

Het zijn duidelijk tekenen van een zorgomgeving, maar tegelijkertijd is dit ook een contemplatieve ruimte in de stad. Tussen de gebouwen staan bomen en planten, waar een gemiddeld arboretum bij zou verbleken. Overal staan bakken met geurende tijm en lavendel, die een haast hallucinerende uitwerking hebben. Ook al horen we constant de sirenes loeien, komen we slechts in het randgebied auto's tegen. De ruim twintig gebouwen met elk een andere specialiteit tegen, van cardiologie tot dermatologie, hebben een duidelijk leesbare opbouw. Ze zijn te groot om nog een paviljoen te mogen heten. Aan de hoofdontsluiting bevindt zich een ingang met lift en trappenhuis. Daarnaast zijn langs lange gangen de kamers gelegen met uitzicht op de tuinen. Door de herhaling van dit principe is het eenvoudig te oriënteren zonder de bekende wirwar aan bewegwijzering. Tot zover is het geheel nog een romantische verzameling gebouwen temidden van een horti-culturele oase, waarbij de vraag opdoemt hoe een dergelijk ziekenhuis in deze tijden kan overleven.

Het is niet iets van de laatste decennia, want reeds in 1901, als gevolg van een fusie van zes ziekenhuizen, werd er nagedacht over een te bouwen 'megacomplex' aan de rand van Barcelona. Het oorspronkelijke ziekenhuis van het Heilige Kruis kocht destijds 145.470 m² grond op (negen Cerdà-

Ll. Domènech i Montaner.
Hospital de San Pablo. Barcelona, 1902-1910.

Orgineel ontwerp Santa Creu i San Pau

Boven en onderwereld verbonden. Foto: Kristian Koreman

blokken) om de uitbreiding te realiseren. Architect Domènech i Montaner kreeg de taak toebedeeld om de verschillende instituten te verenigen tot een gezamenlijk complex. Niet alleen ruimtelijk, maar ook financieel moest het aantrekkelijk zijn om nobele heren te verleiden om in het complex te investeren.
Met name in die tijd speelde het dilemma tussen de 'paviljoens in het groen' en het 'stedelijk blok'. Er kwamen veel klachten uit Frankrijk over de paviljoenopzet, omdat ze een functioneel een ramp waren. Lastig om uit te breiden en het was onmogelijk gemeenschappelijke functies te combineren. De geniale greep die toen is gedaan, combineert op vanzelfsprekende wijze het 'mono-block' en het 'poli-block'. De infrastructurele en overlappende organen van het complex zijn geconcentreerd in de ondergrond, de specialistische en gevoelige onderdelen zijn daarbovenop gestapeld. Op deze manier was de complexiteit van de vraag vertaald in een zeer helder concept, dat compromisloos twee uitersten verenigde. Daarbij kwam dat er direct een financiële constructie was ontworpen, aangezien er op een gezamenlijke basis (de publieke ruimte) verschillende investeerders hun eigen paviljoen konden ontwikkelen. Tot op de dag van vandaag zijn zij nog steeds de naamgevers van de paviljoens.
In feite worden er drie slagen gemaakt: er wordt een basislaag van faciliteiten en *services* aangelegd waarin de strikt organisatorische zaken zich afspelen.Dit is efficiënt en kostenbesparend. Daarnaast wordt de diversiteit aan medische specialisaties vormgegeven als afzonderlijke en goed leesbare 'paviljoens'. Zo was zeker in die tijd ook het gevaar van infectie gereduceerd. En de laatste en misschien wel belangrijkste slag is dat er op het dek van de basislaag een publieke ruimte is ontstaan die zich moeiteloos in het stedelijk weefsel voegt. Hier is dusdanig veel kwaliteit gerealiseerd in de vorm van tuinen en verblijfsplekken dat het voor zowel patiënten als toeristen een waar kuuroord is. In tegenstelling tot vele andere ziekenhuizen lijkt hier het humane karakter te zijn verkozen boven het louter functionalistische. Er is een omgeving gecreëerd die meer is dan een ziekenhuis.

Randstad *Health Club*

Een ziekenhuis kan blijkbaar meer zijn dan een ziekenhuis. Het is een plek waar mensen (noodgedwongen) samenkomen, wachten, zitten, liggen, uitrusten en beter worden. Toch wordt deze potentie als publiek domein nog schromelijk onderschat. Een ziekenhuis wordt veelal opgevat als een technische opgave om 'botsingen te voorkomen' en 'bewegingen te beheersen'. Toch zouden veel mensen, of ze er nu zijn als patiënt of als één van de vele bezoekers, gebaat zijn bij ruimte van ongecontroleerde bewegingen, plekken waar toevallige ontmoetingen plaatsvinden of mogelijkheden om even het idee te hebben uit de ziekenhuisomgeving weg te zijn. Misschien is dat in de huidige dichtheid van steden ook teveel gevraagd en moet het idee van de paviljoens in het groen weer nieuw leven ingeblazen worden. Misschien zijn de huidige steden per definitie geen *healthy environment* meer en moeten we ons beroepen op het maagdelijke landschap. De beschreven ontwikkelingen van het Groene Hart, de bespiegelingen over de rol van een ziekenhuis en de indrukwekkende ervaring van Santa Creu i San Pau hebben als een wonderlijke cocktail tot het gedachte-experiment van het Randstad *Health Center* (RHC) geleid. De RHC combineert de onvermijdelijke schaalvergroting, de verruiming van het begrip 'gezondheid' en noodzaak om het Groene Hart te dotteren.

Bij hoge uitzondering zijn er zes RHC's in het Groene Hart geprojecteerd. Dit is geen precedent, maar doelgerichte, duurzame overheidsinterventie, waarbinnen private partijen voor de invulling mogen zorgen. Precies op de knooppunten waar de trein en de snelweg samenkomen, liggen de ruim opgezette complexen, omringd door het grootse landschap. Afgeleidt van de Santa Creu-typologie bestaat ieder complex uit een publiek platform, waaronder de afwikkeling plaatsvindt van het verkeer en de primaire zorgprocessen. Als verticale uitstulpingen vinden we de diverse afdelingen en instituten. Zoals reeds genoemd zullen deze uiteenlopen van cardiologische *research* laboratoria, via plastische revalidatiecentra tot aan het biologisch instituut en de VVV-Randstad. Randvoorwaarde is echter dat het programma past in de algehele bevordering van de gezondheid, waarbij de noodzaak voor 'lucht, licht en ruimte' groot is.
De randen van het complex hebben aan alle zijden grote trappartijen en ramps die het mogelijk maken om tijdens het verblijf in het ziekenhuis of vanuit het treinstation het landschap te betreden. Naast de vele routes om te wandelen zijn er ook voldoende plekken om van de stilte en het uitzicht te genieten. De absolute behoefte aan deze ontspanning en de grenzeloze aanwezigheid ervan in het Groene Hart is een uitgelezen combinatie. Het Hart heeft deze impuls nodig, voordat het alsnog via 'rood voor groen' wordt opgeslokt door pietluttige, private verlangens. En ziekenhuizen verdienen het om weer een grote publieke rol te spelen in het stedelijke landschap.+

Situatie RHC buiten de nieuwe stadsrand van Gouda

26
110
111
112
113
113,5
452
451
450
449
448
447
446
445
444
49
Broekvelden
Carpe diem
De Horizon
Polder
Sluipwijk
Ravensberg
Reeuwijksche
Reeuwijk
's-Gravenkoop
Polder
's-Gravenbroek
Sluipwijk
Oukoop
Oukoop
Negen Vierteel
Elfhoeven
Plassen
Platteweg
Gemeente Reeuwijk
Vrijhoef
Gouw e. Hout
Polder
GOUDA
Gouwsluis
Stein
Stein
Haastrecht
Polder
Beneden-
Haastrecht
Gemeente Vlist
Het Beijersche
Polder
Goudseweg
Laag-
Bilwijk

Vogelvluchtperspectief van het complex gelegen midden in het landschap op een verkeersknoop waar openbaar vervoer en autoweg samenkomen.
Team: Elma van Boxel, Kristian Koreman, Ljubo Georgiev, Afer Pastor, Chantana Reemst en Adam Scales

De RHC combineert de onvermijdelijke schaalvergroting, de verruiming van het begrip 'gezondheid' en noodzaak om het Groene Hart te dotteren.

Een dotterbehandeling in de context van het Groene Hart zou betekenen dat er een duurzame en grootschalige relatie wordt gelegd met de omliggende steden. Door de koppeling van programma aan de leegte, kunnen mensen die ziek zijn van de congestie hier uitwaaien en in de verte staren.

***Impressie** van de confrontatie van het RHC en het Hart*

OVER DE AUTEURS

Bram Esser studeerde filosofie aan de Rijksuniversiteit Groningen, werkte korte tijd als researcher bij de VPRO-televisie en is tegenwoordig schrijver/publicist met een voorliefde voor stad, architectuur en stedelijk leven. Hij was betrokken bij de publicaties als FARB: *Moderne Architectuur in Groningen*, *Stad in Conflict* en de binnenkort te verschijnen *graphic novel The Society Club*. Bram Esser werkt(e) op projectbasis o.a. voor Platform GRAS, Stroom Den Haag en het Architectuurcentrum Hoorn. Tevens ontwikkelde hij met architectenbureau Onix een visionair ontwerp voor de Drents Groninger Veenkoloniën.

Birgitte Louise Hansen studeerde in 1994 af als architect in Kopenhagen, Denemarken. Sinds 1997 woont ze in Rotterdam, van waaruit zij werkt aan ontwerp- en onderzoeksprojecten in binnen- en buitenland. Haar werk kenmerkt zich door een interdisciplinaire aanpak waarbij ze verbanden zoekt tussen o.a. kunst, cultuur, multimedia, architectuur en gezondheidszorg. Birgitte Louise Hansen doceert sinds 1995, geeft lezingen en begeleidt workshops aan diverse architectuur-, multimedia- en kunstopleidingen in Denemarken. Sinds 2001 is ze verbonden aan de Technische Universiteit Delft, Faculteit Bouwkunde (afdeling Architectuur, leerstoel Interieur), waar ze op dit moment als projectcoördinator een ontwerp- en onderzoeksatelier begeleidt waarin de gezondheidszorg centraal staat.

Robbert Huijsman trad na een lange academische carrière op 1 mei 2007 aan als de nieuwe directeur van het organisatieadviesbureau Zorg Consult Nederland te Bilthoven. Daarnaast is hij voor een dag in de week aangesteld als hoogleraar integraal zorgmanagement aan het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Tot april 2007 was Huijsman tevens voorzitter van de Stichting Architecten Onderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG). Hij is ook lid van de landelijke Stuurgroep Zorg voor Beter, dat impulsen geeft aan het kwaliteits- en innovatiebeleid in de AWBZ-zorg.

Janny Rodermond is stadssocioloog met specialisaties ruimtelijke economie en fysische planologie. In 1979 studeerde zij af op de maatschappelijke achtergronden van de opvattingen in de Nederlandse architectuur en stedenbouw in de 20ste eeuw. Ze is werkzaam als criticus en publicist en maakte vanaf 1979 deel uit van de redactie van *de Architect,* vaktijdschrift voor architectuur. Van 1996 tot 2002 bekleedde ze hier de functie van hoofdredacteur. Sinds 2002 is Janny Rodermond directeur van het Stimuleringsfonds voor Architectuur.

Peter Michiel Schaap studeerde Architectuur- en Stedenbouwgeschiedenis en Kunst en Kunstbeleid aan de Rijksuniversiteit Groningen. Voor drie dagen in de week is hij

werkzaam als projectleider/coördinator van Platform GRAS, het architectuurcentrum van de stad Groningen. Daarnaast werkt(e) hij op projectbasis o.a. voor het Atelier Rijksbouwmeester, de Architekten Cie., de gemeente Groningen en het congres *The Architecture of Hospitals*. Hij was als redacteur en auteur berokken bij publicaties als *De Intense Stad*, *Sprekend of vanzelfsprekend?* en *Stad in Conflict*. Sinds 2005 is hij tevens redacteur van het vaktijdschrift *S&RO*, een uitgave van het NIROV.

Marinus Verweij, arts, was van 1984 tot 1992 als tropenarts en medisch directeur werkzaam bij verschillende ziekenhuizen in zuidelijk Afrika. Na terugkeer in Nederland was hij als senior stafmedewerker werkzaam bij het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Van 1996 tot 2000 was hij algemeen directeur van ZOA Vluchtelingenzorg, een organisatie die wereldwijd humanitaire hulp verleent. In 2000 trad hij toe tot de directie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Sinds 1 april 2006 is hij bestuurslid van het College bouw zorginstellingen. Hij heeft thans de ziekenhuizen en de geestelijk gezondheidszorg in zijn portefeuille. Marinus Verweij is tevens voorzitter van het EU Health Property Network en is voorzitter van de Stuurgroep *Architecture in Health*.

Herma de Wijn studeerde bouwkunde met als specialisatie restauratie aan de Technische Universiteit Delft. Tussen 1975 en 1990 werkte zij als stedenbouwkundig ontwerper bij Bureau Zandvoort en was zij lid van de welstandscommissies van Rotterdam en Capelle aan den IJssel. Van 1990 tot 1 april 2007 was zij werkzaam als Algemeen Adviseur bij het Atelier Rijksbouwmeester. Vanuit dit werk heeft zij veel ervaring opgebouwd met de planvorming op het niveau van gebouw en (grote) stad, Europese aanbestedingen, advisering over ambitie, visie, kansen en potenties, en de invulling van het opdrachtgeverschap. Vanaf 2005 is Herma de Wijn tevens voorzitter van de welstandscommissie Voorschoten en Wassenaar en plaatsvervangend lid van de commissie in Amstelveen.

ZUS (*Zones Urbaines Sensibles*) is in 2001 opgericht door Elma van Boxel en Kristian Koreman te Rotterdam. ZUS oriënteert zich op uiteenlopende schaalniveaus, van mode tot stedenbouw. In dit breed gedefinieerde veld verricht het bureau onderzoek en ontwerpt bij voorkeur aan complexe opgaven. Deze bewuste keuze is gemaakt om een continu creatief spanningsveld te creëren, zodat binnen elke opgave de uitersten kunnen worden verkend. In 2007 ontving ZUS de prestigieuze Maaskantprijs voor jonge architecten.+

COLOFON

Dit boek verscheen op initiatief van het Stimuleringsfonds voor Architectuur, het College bouw zorginstellingen en het Atelier Rijksbouwmeester naar aanleiding van een zevental *Invitational Conferences*, opgezet door de Stuurgroep *Architecture in Health*: Innovatieplatform voor zorg en architectuur. Binnen de Stuurgroep participeren het Stimuleringsfonds voor Architectuur (www.archfonds.nl), het Atelier Rijksbouwmeester (www.rijksbouwmeester.nl), het Universitair Medisch Centrum Groningen (www.umcg.nl), het College bouw zorginstellingen (www.bouwcollege.nl) en de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (www.stagg.nl).

Redactie: Peter Michiel Schaap, Janny Rodermond, Marinus Verweij, Frans Jaspers, Herma de Wijn, Bram Esser, Joram Nauta
Auteurs: Elma van Boxel & Kristian Koreman, Marinus Verweij, Janny Rodermond, Robbert Huijsman, Birgitte Louise Hansen, Herma de Wijn, Bram Esser, Peter Michiel Schaap
Foto-essay: Wim te Brake
Correctie: Gabriël de Graauw
Beeldredactie: Bram Esser, Peter Michiel Schaap
Grafische vormgeving: De Jongens Ronner
Druk en lithografie: Het Grafisch Huis, Groningen
Bindwerk: Boekbinderij Witlox, Groningen
Distributie: Platform GRAS, Groningen

STUURGROEP *ARCHITECTURE IN HEALTH*:
Hans Beekhoven (vice-voorzitter STAGG / Wiegerinck Architecten), Robbert Huijsman (voorzitter STAGG / Erasmus Universiteit Rotterdam), Frans Jaspers (Raad van Bestuur UMCG / initiatiefnemer *The Architecture of Hospitals*), Bas Molenaar Technische Universiteit Eindhoven / EGM Architecten), Janny Rodermond (directeur Stimuleringsfonds voor architectuur), Marinus Verweij (bestuurslid College bouw zorginstellingen), Herma de Wijnr (Atelier Rijksbouwmeester)
Ondersteuning stuurgroep: Biba Troost-Filipovic, Paul Boluijt, Joram Nauta (College bouw zorginstellingen)
Verslaglegging sessies: Peter Michiel Schaap, Bregit Jansen (Bureau AReA), Bram Esser.

INLEIDERS *INVITATIONAL CONFERENCES ARCHITECTURE IN HEALTH:*
Sessie I: Zorgconcepten in *cure* *(22 november 2005, Deventer Ziekenhuis):* dhr. A. Huismans (algemeen directeur Deventer Ziekenhuis) dhr. M. Breedijk (directeur nieuwbouw Deventer Ziekenhuis), dhr. P. Boluijt (College bouw zorginstellingen), dhr. W.J.M. Schellekens (oud-directeur CBO).
Sessie II: Zorgconcepten in *care* *(01 februari 2006, Verzorgingstehuis Ter Reede, Vlissingen):* mw. B. Troost-Filipovic (College bouw zorginstellingen), dhr. R. Huijsman (voorzitter STAGG / Erasmus Universiteit Rotterdam), dhr. F. Prins (EGM Architecten), dhr. J. de Graaf (directeur Verzorgingshuis Ter Reede).
Sessie III: Technologieconcepten in *cure* *(21 februari 2006, Maaslandziekenhuis, Sittard):* mw. H. van Laarhoven (Directeur Bouw, Bedrijfsvoering en Projecten Maasland Ziekenhuis Sittard), dhr. P. Boluijt (College bouw zorginstellingen), dhr. B. Molenaar (Technische Universiteit Eindhoven / EGM Architecten).
Sessie IV: Technologieconcepten in *care* *(30 maart 2006, Viedome proefwoning, Waalre):* dhr. T. van de Looy (Zuidzorg / Viedome), dhr. G. van Glabbeek (Zuidzorg / Viedome), Ir. H. Erdtsieck (College bouw zorginstellingen), mw. B. Troost-Filipovic (College bouw zorginstellingen).
Sessie V: Gezondheidszorg en stedelijke inpassing *(12 april 2006, Parnassia, Den Haag):* dhr. F. Verschoor (Voorzitter Raad van Bestuur Parnassia Groep), dhr. T. Venhoeven (architect, Venhoeven CS), dhr. P. Boluijt (College bouw zorginstellingen).
Sessie VI: Bouwmeesterschap *(31 mei, Sanatorium Zonnestraal, Hilversum):* dhr. B. van Reeth (AWG architecten), dhr. M. Hoefijzers (Voorzitter College van Bestuur

Da Vinci College Dordrecht), dhr. L. Touwen (Voorzitter Raad van Bestuur Reinier de Graaf Groep), mw. S. Bentinck (directeur Projectorganisatie Nieuwbouw en Renovatie Universiteit van Amsterdam / UvA).
Sessie VII: *Evidence Based Design* *(21 juni 2006, Oogziekenhuis, Rotterdam):* dhr. K. Sol (financieel directeur Oogziekenhuis Rotterdam), dhr. N.L. Nijs (TU Delft, afdeling Bouwkunde, Vakgebied Bouwfysica BK), dhr. W. Lenz (directeur SKOR), dhr. A.T.H. Pruyn (Universiteit Twente, Afdeling Marketingcommunicatie en Consumenten-psychologie).

DEELNEMERS *INVITATIONAL CONFERENCES ARCHITECTURE IN HEALTH:*
Sessie I: Zorgconcepten in *cure* *(22 november 2005, Deventer Ziekenhuis):* dhr. J. Beekhoven, dhr. P. Boluijt, dhr. H.M. Brink, dhr. J.K. Hoepel, dhr. Fr.C.A. Jaspers; dhr. J.P.R.G. Kleijne, dhr. J. Matser, dhr. B. Molenaar, dhr. B. Burg de Rave, dhr. A. Huismans, mw. J. Rodermond, dhr. J.H. Schaaf, dhr. W.J.M. Schellekens, dhr. G.A.M. Thiadens, dhr. A.L.J.M. Prüst, mw. B. Troost-Filipovic, dhr. M. Verweij, dhr. J.J.M. Vijverberg, mw. H. de Wijn.
Sessie II: Zorgconcepten in *care* *(01 februari 2006, Verzorgingstehuis Ter Reede, Vlissingen):* dhr. H.M. Becker, dhr. J.A.I. Bey, dhr. S. Bless, dhr. J. Booij, dhr. A.P.J. Höppener, dhr. R.H.H. Klarenbeek, dhr. J. Koopman, dhr. H. Kossmann, dhr. A.P. van de Kreeke, dhr. H. Manschot, mw. A. Van de Meer, mw. J.E.A.M. Nooren, mw. M. van Tellingen, dhr. P.A.H. Verbraak, dhr. P van der Wel, dhr. Witlox, mw. H. Wüst, dhr. J. Beekhoven, dhr. R. Huijsman, dhr. B. Molenaar, mw. J. Rodermond, mw. B. Troost Filipovic, dhr. M. Verweij, dhr. J.J.M. Vijverberg, mw. H. de Wijn.
Sessie III: Technologieconcepten in *cure* *(21 februari 2006, Maaslandziekenhuis, Sittard):* mw. H. van Laarhoven, dhr. B. Molenaar, mw. J. Rodermond, mw. B. Troost Filipovic, dhr. M. Verweij, mw. H. de Wijn, dhr. P. Boluijt, dhr. J.P.R.G. Kleijne, dhr. W.J.M. Schellekens, dhr. W. Geerlings, mw. A. Degenaar, mw. L. van Heel, mw. L. Pelsrijcken, dhr. H. Nicolaas, dhr. H.M. Brink, dhr. H. Schaaf, dhr. P. Burger.
Sessie IV: Technologieconcepten in *care* *(30 maart 2006, Viedome proefwoning, Waalre):* mw. E. van der Woude, dhr. P. Verbraak, dhr. J. Vijverberg, dhr. C. Verouden, dhr. R. Huijsman, dhr. H. Nouws, dhr. T. van de Looy, dhr. R. Lahaye, mw. L. de Berg, dhr. H. Beekhoven, dhr. B. Molenaar, mw. A. van der Meer, dhr. C. de Zwart, mw. H. Helterman.
Sessie V: Gezondheidszorg en stedelijke inpassing *(12 april 2006, Parnassia, Den Haag):* dhr. H. Beekhoven, mw. M. Peen, dhr. M.G. Boekholdt, dhr. F. Jaspers, dhr. J. Vijverberg, mw. H. de Wijn, dhr. M. Verweij, dhr. R. Huijsman, dhr. J. Koopman, dhr. E. van Velzen, dhr. K. de Wilde, mw. B. Troost-Filipovic, dhr. P. Boluijt, dhr. R. Klarenbeek, dhr. A. Rongen, dhr. F. McComb
Sessie VI: Bouwmeesterschap *(31 mei, Sanatorium Zonnestraal, Hilversum):* Mw. H. d'Ancona, Dhr. H. Beekhoven, mw. S. Bentinck, dhr. P. Boluijt, dhr. P. Defesche, dhr. G. Driessen, dhr. M. Hoefeijzers, dhr. R. Huijsman, dhr. F. Jaspers, dhr. B. Molenaar, dhr. H. Reineke, mw. J. Rodermond, dhr. M. Rubbens, dhr. K. Sol, dhr. L. Touwen, dhr. E. van Velzen, dhr. T. Venhoeven, dhr. M. Verweij, dhr. J. Vijverberg, mw. H. Wüst, dhr. M. Crouwel, mw. H.de Wijn, mw. N. Kok.
Sessie VII: *Evidence Based Design* *(21 juni 2006, Oogziekenhuis, Rotterdam):* dhr. K. Sol, mw. S. Rosenthal, dhr. A.T.H. Pruyn, dhr. W. Lentz, mw. B. Troost-Filipovic, dhr. P. Boluijt, dhr. J. Beekhoven, dhr. R. Huijsman, dhr. R.H.H. Klarenbeek, dhr. M. Verweij, mw. H. de Wijn–van der Meer, mw. J. Rodermond, dhr. J. Vijverberg, dhr. A. Robben, dhr. L. Nijs, dhr. P. de Bruijn, dhr. F. Jaspers, mw. B. Hansen.

Niet alle rechthebbenden van de gebruikte illustraties konden worden achterhaald. Belanghebbenden worden verzocht contact op te nemen met de Stuurgroep *Architecture in Health*, p/a College bouw zorginstellingen, Postbus 3056, 3502 GB, Utrecht.

© 2007 College bouw zorginstellingen | Stimuleringsfonds voor Architectuur | Atelier Rijksbouwmeester

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de initiatiefnemers. Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 io, het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de initiatiefnemers te wenden.

ISBN: 978-90-811772-1-4
I. www.architectureinhealth.nl
E. info@architectureinhealth.nl

College bouw zorginstellingen

atelier RIJKSBOUWMEESTER

Stimuleringsfonds voor Architectuur
the Netherlands Architecture Fund

AU!

BOUWEN AAN DE ARCHITECTUUR VAN DE ZORG

De voorheen zo gesloten wereld van de gezondheidszorg opent zich. Nieuwe inzichten over zorgverlening en architectuur breken door. Ondertussen liggen er ook nog tal van vragen en dilemma's. Aan de hand van thema's als de duurzaamheid van modieuze zorgconcepten, de spanning tussen aangename gebouwen en strakke financierings- en vastgoedstrategieën en de zin en onzin van *Evidence Based Design* wil dit boek de wereld van *cure* en *care* verfrissen met nieuwe ideeën. Het toont het belang aan van goed opdrachtgeverschap en van een doordachte architectenkeuze. Het vraagt aandacht voor de publieke betekenis van zorggebouwen in een beleidsmatige context die aanspoort tot privatisering. Het wil de lezer dwingen tot nadenken en tot actie. Zorg en architectuur hebben elkaar veel te bieden. Maar dat vereist wel een andere houding van alle spelers in het ontwerp- en besluitvormingsproces.

College bouw zorginstellingen

atelier RIJKSBOUWMEESTER

Stimuleringsfonds voor Architectuur
the Netherlands Architecture Fund

Fa/C