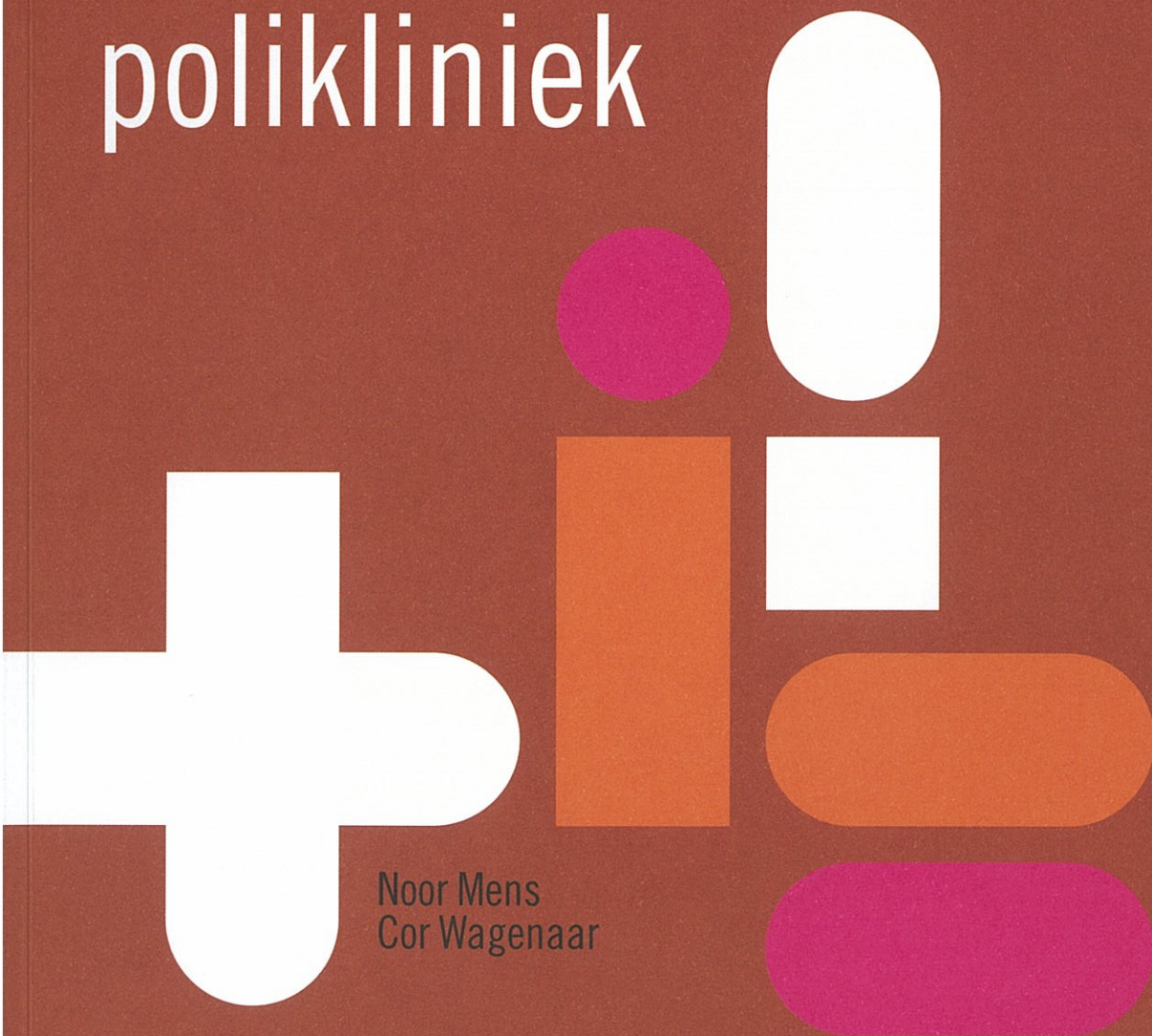


Anders bouwen voor betere zorg

De toekomst van de polikliniek



Noor Mens
Cor Wagenaar

Stagg

Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg

Het ontwerpen van gebouwen voor de gezondheidszorg stelt architecten voor een bijzondere opgave. De gezondheidszorg is de laatste jaren sterk in beweging door veranderende visies op zorgverlening, individualisering, voortschrijdende vergrijzing, benadering vanuit het patiënten-/cliëntenperspectief, zorg voor het milieu en informatietechnologie.

Op dit terrein is de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (Stagg) werkzaam. Stagg is een bundeling van circa zestig architectenbureaus, die actief zijn op het gebied van de zorg.

Hun werkterrein is breed; van academisch ziekenhuis tot aanleunwoning en van verpleeghuis tot woon-zorgcentrum. De Stagg stelt zich ten doel het leefmilieu en de doelmatigheid van gebouwen voor de gezondheidszorg te bevorderen en het bouwproces van deze projecten te rationaliseren. Tevens wil de stichting de deskundigheid van betrokkenen en aangesloten architectenbureaus vergroten. Ook levert de stichting een bijdrage aan de discussie over de eisen die aan (toekomstige) zorggebouwen moeten worden gesteld.

De Stagg ontplooit daaromtrent een veelheid aan activiteiten. Er worden studies verricht en er vinden excursies plaats naar gezondheidszorggebouwen in binnen- en buitenland. Daarnaast worden seminars, symposia en workshops georganiseerd over actuele thema's in de zorg. De Stagg brengt daarnaast regelmatig publicaties uit. Door dit alles zijn de aangesloten architectenbureaus beter toegeruste gesprekspartners voor opdrachtgevers, gebruikers en overheden. In nauwe samenwerking met deze partijen leveren de Stagg-architecten een wezenlijke bijdrage aan een hoogwaardige en toekomstgerichte architectuur in de zorg.

De toekomst van de polikliniek

Anders bouwen voor betere zorg

De toekomst van de polikliniek

Noor Mens
Cor Wagenaar

Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (Stagg),
Amsterdam

Inhoud

Voorwoord	7
De polikliniek als buurtsuper?	8
Interview Robbert Huijsman	24
Interview Jaap Maljers	26
Geschiedenis van de polikliniek	28
Het onderzoek	43
Ontwerpopgave polikliniek	44
De ontwerpen	47
Meditheek, Wiegerinck Architecten	50
Balance Centers, Architecten aan de Maas	56
Plug and play, atelier PRO architecten	60
Polipunt, de Jong Gortemaker Algra architecten en ingenieurs	64
Being There. De juiste zorg in de juiste sfeer, EGM Architecten	68
Ambulatoria, Rothuizen van Doorn 't Hooft Architecten Stedenbouwkundigen	74
S, M, L, Royal Haskoning	78
Combinaties rond de kleinste module, VBW Architecten	82
Interview Jan Kremer	86
Interview Iris van Bennekom	88
Academie van Bouwkunst Rotterdam	90
Academie van Bouwkunst Amsterdam	97
Academie van Bouwkunst Groningen	108
Stagg-ledenlijst 2007	115
Dank	119
Colofon	120

Voorwoord

Poliklinieken zijn de drukst bezochte afdelingen van ziekenhuizen. De meeste tijd wordt er wachtend doorgebracht. De omgeving waarin dat gebeurt laat meestal veel te wensen over. Voor ziekenhuizen, andere aanbieders van gezondheidszorg, welzijn en diensten én voor architecten ligt daar een uitdaging. In een stelsel waar meer ruimte komt voor ondernemerschap, waar meer ruimte komt voor bouwkundige innovatie en waar de geactiveerde patiënt meer zeggenschap krijgt moet van de polikliniek méér te maken zijn. Dit boek bevat de uitkomsten van een studie om de maatschappelijke opbrengsten van de polikliniek aanzienlijk te verbeteren. Het is in opzet en ambitie een vervolg op een eerdere analyse naar de mogelijkheden van de zorgboulevard.

Dat dynamiek in de gezondheidszorg een sleutelbegrip is blijkt eens te meer uit de hier gepresenteerde nieuwe policoncepten: vrijwel geen enkel ontwerp is verenigbaar met de strategie van de zorgboulevard bij het gecentraliseerde algemene ziekenhuis. Weliswaar is het aanleggen van het reservoir aan ziekenhuisvoorzieningen met allerlei andere, deels commerciële functies vergelijkbaar met de essentie van de zorgboulevard, de grondslag ervan is een totaal andere. Concentratie is voor de zorgboulevard een voorwaarde: het hier voorgestelde model berust juist op een zover mogelijk doorgevoerde deconcentratie. De zorgboulevard drijft op de niet aflatende stroom bezoekers die het ziekenhuis – en vooral de poliklinieken – genereert en is dus gebaat bij het bij elkaar brengen van zo veel mogelijk functies in een zo groot mogelijk ziekenhuis. Het ziekenhuis deelt mee in het exploitatievoordeel van de *medical mall* die zo ontstaat en dat maakt de zorgboulevard een vernieuwend concept dat gericht is op behoud: het voortbestaan van het ziekenhuis zoals we dat nu kennen.

De hier voorgestelde policoncepten bouwen voort op tal van eerdere initiatieven in binnen- en buitenland, maar zijn gericht op een fundamentele vernieuwing van de gezondheidszorg, en voornamelijk van de wijze waarop die aan de 'klant' wordt aangeboden. Om de vergelijking met het winkelbedrijf door te trekken: de vraag is of zorg wordt aangeboden in een megamall in de weilanden of in buurtsupers in de woonwijken.

Wat beweegt de Stagg een ontwerpopgave te initiëren die, wanneer de resultaten ervan in praktijk zouden worden gebracht, niets minder dan een trendbreuk teweeg zou brengen? De afgelopen decennia laten een duidelijke trend zien: kleine verspreid ondergebrachte voorzieningen worden vervangen door grote gespecialiseerde centra. De jongste generatie ziekenhuizen is aanmerkelijk groter dan de vorige en nog steeds vertaalt elke organisatorische fusie zich meestal in een forse schaalvergroting van de gebouwenvoorraad. De reden om toch andere wegen te onderzoeken ligt voor de hand: als het huidige stelsel fundamenteel anders wordt, dient de Stagg haar expertise in te zetten om voor te sorteren op de mogelijke bijdragen daaraan vanuit de architectuur.

En wanneer vernieuwingen in kaart worden gebracht ligt het voor de hand naar extremen te zoeken. In dit geval is vooral de context inderdaad tamelijk extreem: de transformatie van de polikliniek tot een 'normale', en op een 'normale' wijze gedistribueerde vorm van commerciële dienstverlening (die met het deels publieke karakter van de gezondheidszorg overigens in overeenstemming te brengen is). Met deze studie speelt de Stagg als architectonisch kenniscentrum in op de fundamentele omwentelingen die zich aankondigen. Ze laat ook zien hoe architectuur kan bijdragen aan maatschappelijke vernieuwingen, evenals aan de gezondheid en het welbevinden van mensen. En om dat laatste draait het tenslotte in de gezondheidszorg. Daar willen architecten graag aan bijdragen!

Dr. Henk Nies
Voorzitter Stagg

De polikliniek als buurtsuper?

Wie kent ze niet? Kamers of zalen zonder ramen, de stoelen in parallelle rijen aaneengeschakeld zoals elders alleen op vliegvelden gebruikelijk is, met ergens in het midden een lage tafel gevuld met tijdschriften en leesmappen van meestal maanden oud. Het meubilair is op intensief gebruik gebouwd; duidelijk is dat het voorkomen van slijtage bij degenen die het hebben uitgekozen een belangrijker motief was dan het bieden van comfort. De poli is ook de plek waar het oorspronkelijke architectonisch concept het eerst wordt aangetast en de voor de ziekenhuizen kenmerkende collage van voorlopige oplossingen en noodvoorzieningen ontstaat, waaraan geen ontwerper te pas komt. Waarom investeren in de kwaliteit van het verblijf als dat toch maar kort duurt? Langer dan een dag kost het opont-houd er eigenlijk nooit. Veel van wat in de poli gebeurt, heeft het karakter van lopende band werk: voor elke behandelde patiënt komt onmiddellijk een nieuwe in de plaats. Patiënten komen er zelden alleen, en in groten getale op af; meestal gaan ze vergezeld van familie of vrienden. Geen wonder dat de polikliniek als een heuse verkeersmachine functioneert. Binnen het medisch complex handelt die grote stromen mensen af, die eerst worden aangetrokken en vervolgens weer worden heengezonden. Want dat is het kenmerk van de poli: de patiënt wordt niet opgenomen maar na behandeling of consult weer naar huis gestuurd.

Poliklinieken zijn weliswaar veruit de drukste afdelingen van het ziekenhuis, de belangrijkste bezigheid voor wie eenmaal op de juiste plek is aangekomen staat daarmee echter in schril contrast: die bestaat uit wachten. Wachten lijkt de belangrijkste tijdsbesteding in elke poli. De interactie met het medisch bedrijf duurt meestal niet erg lang, maar voor iemand aan de beurt is kunnen vele uren verstrijken. Wanneer behandeling of onderzoek een gang langs verschillende stations veronderstelt, zal ook tussendoor veel tijd in wachtkamers worden doorgebracht. Duurt het bezoek niet al te lang, dan wacht het begeleidend gezelschap in het ziekenhuis, laat het zich aanzien dat de patiënt vele uren onder de pannen zal zijn, dan vertrekt het naar elders om later op de dag terug te komen. Van alle vormen van dienstverlening die het ziekenhuis biedt is het karakter van het aanbod in de poli's het meest te vergelijken met dat van niet-medische diensten in andere dienstverlenende sectoren. Van alle onderdelen van het ziekenhuis lijkt de poli dus het meest geschikt voor de transformatie tot een 'normale' vorm van dienstverlening. In het geval van de poliklinieken lijkt de aansluiting bij het reguliere winkelbedrijf de meest veelbelovende normaliseringstrategie – bovendien sluit die naadloos aan op het streven de gezondheidszorg als een zo normaal mogelijke 'markt' te zien.

Ziekenhuizen zijn niet de enige instellingen die zich richten op het bevorderen van lichamelijk en geestelijk welzijn. Dat zijn ze nooit geweest. Juist in de laatste vijf jaar krijgen ze gezelschap van steeds meer voorzieningen: kuuroorden, resorts, wellnesscentra, fitness centra, organisaties die voorlichting verstrekken op het gebied van bijvoorbeeld voedsel en beweging. Veel van deze instellingen ontwikkelden specifieke gebouwen, die zich soms invoegen in de lange traditie van kuuroorden en spa's. Niets ligt meer voor de hand dan te veronderstellen dat de architectuur van deze voor het leeuwendeel door niet gesubsidieerde organisaties geëxploiteerde complexen wel ver achter moet blijven bij die van de gebouwen waarin de peperdure reguliere gezondheidszorg is gehuisvest. *Trigger* van dit onderzoek is de constatering dat dit niet het geval is. Het tegendeel is eerder waar. Juist de uitbaters van spa's en wellnesscentra is er alles aan gelegen de klanten op hun gemak te stellen door hun een zo aangenaam mogelijke, als het even kan op hun persoonlijke wensen toegesneden ambiance te bieden. Vergelijkt men andere onderdelen van het ziekenhuis met vergelijkbare voorzie-

ningen erbuiten – het beddenhuis met het hotel, bijvoorbeeld – dan leidt dat tot dezelfde conclusie. Hoe is dat te verklaren? Anders geformuleerd: waarom blijft de architectuur van het ziekenhuis vaak zo ver achter bij wat kennelijk ook mogelijk is, en vermoedelijk tegen veel lagere kosten?

Het belang van deze vraag overstijgt de esthetische kwaliteiten van de vormgeving. Zelfs als veel van wat uit de hoek van de omgevingspsychologie over de effecten van de vormgeving op het welzijn is geopperd niet altijd serieus te nemen is, dat de *ambiance* een grote en meetbare *impact* heeft is niet meer te ontkennen. Vooral het *evidence based design* heeft, al is het gemodelleerd op het intussen vrij algemeen als achterhaald beschouwde *evidence based medicine*, enkele onmiskenbare feitelijke relaties blootgelegd tussen architectuur en beleving, bijvoorbeeld stress. Dat maakt de gevolgtrekking onvermijdelijk dat de reguliere gezondheidszorg in de architectuur van haar gebouwen precies op het punt dat haar bestaansgrond is tekortschiet: het bevorderen van het welzijn van patiënten. Alle reden dus om na te gaan wat de oorzaken van dit falen zijn en welke wegen zich aandienen om die weg te nemen.

Tegen de achtergrond van het huidige streven naar ingrijpende wijzigingen in het gezondheidsstelsel dient zich daarbij een specifieke strategie als bijzonder veelbelovend aan: analoog aan de vergroting van de marktwerking zou het zwaartepunt van de productiezijde naar de consumptiekant moeten verschuiven. Dat impliceert een revolutionaire wending. Vandaar de keuze om ziekenhuis en polikliniek in dit onderzoek consequent op te vatten als plekken waar gezondheidszorg wordt geconsumeerd, en niet als productiefaciliteiten waar die wordt voortgebracht. Daarmee verschuift het accent naar de vraag hoe de aangeboden diensten worden gedistribueerd. Vermoedelijk ligt een meer decentraal distributiemodel dat beter aansluit op wat buiten de reguliere zorg gebruikelijk is dan meer voor de hand dan het samenklusteren van zoveel mogelijk voorzieningen in zo grootschalig mogelijke gebouwen. Naar alle waarschijnlijkheid levert dat ook veel gunstiger uitgangspunten op voor de architectuur, die zowel in esthetische als in medisch-functionele zin superieur is aan de nu gebruikelijke. *The proof of the pudding is in the eating* – en dat is de reden om studie te maken naar de architectonische mogelijkheden van een ingrijpende herconfiguratie van de gezondheidszorg, te beginnen bij het onderdeel dat zich daarvoor bij uitstek lijkt te lenen: de polikliniek.

Ervan uitgaand dat veranderingen in de gezondheidszorg niet alleen wenselijk zijn, maar met het oog op het optimaliseren van de geboden kwaliteit ook noodzakelijk en tegen de achtergrond van de wijzigingen in het stelsel zelfs onvermijdelijk, werd voor deze analyse een aantal tamelijk uitgesproken uitgangspunten geformuleerd. Als het klantvriendelijke karakter van de architectuur in bijvoorbeeld wellnesscentra voortkomt uit het door de markt ingegeven motief de klant door middel van de architectuur aan zich te binden, dan zou de marktwerking in de reguliere zorg hetzelfde effect moeten hebben: de consument bepaalt het aanbod. Die is daartoe in de gezondheidszorg heel goed in staat, want het overgrote deel van de interactie is niet strikt medisch van aard. Voorwaarde voor het functioneren van de mechanismen die de consument bepalend voor het aanbod maken is een grote keuzevrijheid en ongebreidelde concurrentie. Die kan zich volledig op het niet-medische deel richten: de *ambiance*, de ontvangst, *privacy*, het aanspreken van specifieke leefstijlen. Het werven van klanten hoeft zich hierin niet te onderscheiden van de manier waarop dat in andere dienstverlenende sectoren gebeurt.

De context van dit ontwerpend onderzoek wordt daarom bepaald door nieuwe marktpartijen die in een felle onderlinge competitie dingen naar de gunst van de

klant. Dat doen ze zoals in het reguliere bedrijfsleven gewoon is: onder andere door naar een sterke *corporate identity* te streven die bepaalde doelgroepen bijzonder aanspreekt. Dit model is in deze introductie met de nodige consistentie doorgevoerd. Uiteraard worden de voordelen breed uitgemeten, maar dat daarmee lang niet alle mogelijke nadelen *a priori* zijn ontkracht wordt ook duidelijk. Het beeld dat dit alternatieve model oproept van het vigerend stelsel is niet positief – dat is bij alternatieven zelden het geval. Daarmee is niet gezegd dat we aan de intenties, de inzet en de talrijke vaardigheden van de werkers in het huidige stelsels twifelen: vraagtekens worden slechts gezet bij de opzet van het systeem dat de huidige generatie bewindvoerders en professionals representeren en dat, omgekeerd, hun opstelling en functioneren verregaand bepaalt. Zij zijn met andere woorden slachtoffer van datgene wat ze vertegenwoordigen en blijven vertegenwoordigen, zelfs nu hun zeggenschap steeds fictiever wordt en overgaat op de verzekeringsmaatschappijen en vandaar uiteindelijk naar de consument – het perspectief waarvan deze studie uitgaat.

Nadenken over nieuwe distributiemodellen brengt tal van vraagstukken met zich mee. Medici houden hun zeggenschap op medisch gebied, maar zullen hun macht op andere terreinen, waaronder de distributie, inrichting en vormgeving van de gebouwen, met anderen moeten delen. Kan het centrale ziekenhuis in kleinere onderdelen worden geleased? En welke factoren spelen dan een hoofdrol: functionele (gebaseerd op de eisen van de medische wetenschap en technologie) of economische en financiële (gerelateerd aan de mogelijkheden inkomsten te genereren voor het ziekenhuis en de medische staf)? Zou decentralisatie mogelijk zijn, en wat zijn dan de voordelen van een dergelijke herconfiguratie? Welke motieven zijn in het geding: negatieve, die worden gevoed door de niet aflatende stroom kritiek op het centrale ziekenhuis, of ook positieve? En welke zijn dat? Wanneer de verwachte voordelen zijn ontleend aan de ervaringen van de detailhandel, maakt men zich dan niet schuldig aan het door elkaar halen van twee werelden die in essentie onverenigbaar zijn? Wat zijn de achtergronden van de hier voorgestelde nieuwe distributiemodellen? Passen die in het streven het klassieke stelsel van aanbodregulering te vervangen door een mogelijk beter bij de alom voorgestane vergroting van de marktwerking aansluitend regime van vraagregulering? Al deze deelvragen zijn fundamenteel. Toch heeft geen van de deelnemende ontwerpers zich gewaagd aan een uitvoerige analyse van al deze facetten afzonderlijk. In plaats daarvan presenteren ze hun ontwerpen als de sleutel voor de oplossing van alle vraagstukken die samenhangen met een fundamentele herconfiguratie van de gezondheidszorg – want dat, en niets minder, is de inzet van deze ontwerpstudie.

De hier gepubliceerde voorstellen bieden een perspectief op een radicale herziening van omvang en verspreiding van de gebouwen van de gezondheidszorg. Het centrale ziekenhuis, het klassieke medische bolwerk, wordt ontrafeld, te beginnen bij de polikliniek. Die valt in een aantal kleinere centra uiteen, die vervolgens worden aangekleed met voorzieningen die de buitenpoli tot een op de gezondheid gericht wijkcentrum maakt, waarin voorlichting, preventie, scholing en fysieke recreatie (sport, fitness, wellness, zo mogelijk gecombineerd met revalidatievoorzieningen) een grote rol spelen. Impliciet wordt daarmee het bestaansrecht van het grote geconcentreerde ziekenhuis ter discussie gesteld.

Het centrale ziekenhuis: productie of consumptie?

Wat is een ziekenhuis? Karakteristiek voor Nederland is het alles-onder-een-dak-concept. Veel meer dan andere, in schaal vergelijkbare bedrijven is het een conglomeraat van op zichzelf staande specialismen en superspecialismen, waar

hoogopgeleide professionals leiding geven aan afdelingen die hun eigen karakter hebben, meestal van hun eigen technologie gebruikmaken, en die zijn toegesneden op specifieke categorieën technieken of ziektebeelden. Soms is samenwerking met andere specialismen nodig, en sommige specialismen spelen bij de meeste andere een onmisbare rol (radiologie, alles wat met het maken van diagnostische beelden te maken heeft, bijvoorbeeld). Het ziekenhuis is niets anders dan een bedrijf dat dit conglomeraat accommodeert: een bedrijfsverzamelgebouw met slaapgelegenheid. Voor zover het verzorgingsgebied het toelaat streeft het naar een zo groot mogelijke concentratie, een tendens die paradoxaal genoeg door de aanbodregulering werd bevorderd. Dat de beoogde kostenreductie op deze manier dan ook nauwelijks naderbij te brengen bleek is niet verwonderlijk en dat is een van de redenen om nu een andere strategie te beproeven. Toch vormen financiële overwegingen niet het hoofdmotief. Belangrijker is de vraag in hoeverre de traditionele, door de nu achterhaald verklaarde regelgeving voortgebrachte ziekenhuizen vanuit een oogpunt van medische functionaliteit optimaal zijn. Het beantwoorden van deze vraag veronderstelt in de eerste plaats uitspraken over de definitie van wat medisch gezien functioneel is.

Anders dan men zou vermoeden blijken de meningen verdeeld, waarbij opvalt dat de verschillende invalshoeken zelden expliciet worden gemaakt. Aansluitend bij het denken in economische termen dat ook de discussie over meer of minder marktwerking domineert is het ziekenhuis op te vatten als hetzij een productievoorziening, hetzij als een plek die is ingericht op consumptie en distributie. De eerste benadering gaat uit van de producent, de tweede van de consument. Het lijkt niet ver gezocht om te beweren dat het klassieke ziekenhuis vrijwel uitsluitend vanuit het oogpunt van de producenten is ingericht: de medische staf met de technische en ondersteunende diensten. Functionaliteit wordt vanuit deze optiek gedefinieerd in termen van productiestraten: alle handelingen moeten logisch in elkaars verlengde liggen, zodanig dat verspilling van productiecapaciteit wordt geminimaliseerd en optimale kwaliteit van elk onderdeel van het behandeltraject gegarandeerd is. Dit alles, zeggen de ziekenhuismensen, in het belang van de patiënt: minder fouten, korte wachttijden et cetera. Dat veronderstelt, onder andere, een feilloze logistiek en minimale verstoring van medische processen door interventies en incidenten die er vanuit het oogpunt van de productie van medische diensten niet toe doen. Een van de bronnen van deze verstoringen is: de patiënt.

De patiënt speelt daarentegen een hoofdrol bij de tegenovergestelde benadering van medische functionaliteit, die uitgaat van het ziekenhuis als een leverancier van consumptieve diensten. Het is *nauwelijks overdreven* om te stellen dat deze manier van denken in de medische wereld vrijwel ontbreekt. Dat heeft verschillende redenen, waarvan de bij artsen en specialisten tamelijk gangbare opvatting dat alleen zij, de professionals, over het aanbod kunnen oordelen vermoedelijk de belangrijkste is. Ieder ander is leek, en als het er echt toe doet – wat in de gezondheidszorg altijd het geval is – heeft de leek niets aan zijn vaardigheden als consument. Deze houding mag inherent zijn aan de traditionele medische bedrijfscultuur, vol te houden is ze niet. Het meest zwaarwegende motief om de patiënt inderdaad tot consument te laten evolueren is, paradoxaal genoeg, inherent aan de essentie van het medisch bedrijf. Het succes van medische behandelingen wordt immers niet afgemeten aan de kwaliteit van het geleverde product, maar aan het effect ervan op het welzijn van de patiënt: de graadmeter ligt per definitie bij de consument, niet bij de producent. Dat de consument leek is en de producent een zeer hooggeschoolde professional doet daaraan

niets af. Aanvaard men dat het niet alleen mogelijk, maar zelfs voor de hand liggend is om medische functionaliteit niet in de eerste plaats in termen van productie, maar in die van de consumptie te definiëren, dan ontstaat een nieuw kader om het huidige ziekenhuislandschap te toetsen. Voor we de gezondheidszorg als een distributievraagstuk beschouwen – en daarmee kanttekeningen plaatsen bij het distributiestelsel dat door het alles-onder-een-dakziekenhuis wordt gerepresenteerd – is het van belang erop te wijzen dat het ziekenhuis ook als productiefaciliteit veel te wensen overlaat. Anders dan reguliere fabrieken herbergt het ziekenhuis – we wezen daar al eerder op – een groot aantal processen die feitelijk niets meer met elkaar gemeen hebben dan de herkomst van de producenten: dat zijn vrijwel zonder uitzondering medici, bijgestaan door ondersteunend personeel, waaronder technici die de apparatuur op orde houden; het verplegend personeel vormt een afzonderlijke categorie die in de praktijk een intermediairfunctie tussen patiënt en medische staf vervult. Voordeel van het bij elkaar concentreren van processen die weinig met elkaar te maken hebben is de mogelijkheid niet specifiek ondersteunende medische, technische en administratieve diensten te delen, maar dat voordeel blijkt niet op te wegen tegen de logistieke nadelen. Dat het ziekenhuis diensten produceert is duidelijk, maar een groot deel van het gebouw bestaat uit verkeersroutes (gangen, hallen, liften, roltrappen) en wachtkamers. Wat in het oog springt is een logistiek apparaat, dat kennelijk niet goed functioneert. Waarom anders al die wachtruimten? Is het door elkaar lopen van alle mogelijke categorieën gebruikers werkelijk onvermijdelijk?

Reden genoeg om experts op het gebied van distributie en logistiek naar het ziekenhuis te laten kijken. Wie weten daarvan meer dan de mensen van TNT, intussen globaal een van de grotere postbedrijven? Natuurlijk lijkt het vreemd de patiënt te beschouwen als een postpakket, maar het rapport *Sneller Beter* maakt duidelijk dat wie deze gedachtesprong maakt en het gebouw vanuit de logistiek doorlicht tot opmerkelijke conclusies komt. Zou het postkantoor brieven behandelen zoals het ziekenhuis de patiënt, er zou vermoedelijk nooit meer iets op tijd aankomen. De plekken waar het ziekenhuis zijn diensten beschikbaar stelt dwingt de patiënt tot onlogische omwegen door het gebouw, en is hij op de plek waar hij moet zijn, dan gebeurt er vervolgens meestal lange tijd helemaal niets. Ondertussen kruist zijn weg die van tal van medepatiënten, bezoekers, verpleegkundigen en vertegenwoordigers van de medische staf, met wie hij geen bemoeienis hoeft te hebben. Allerlei logistieke paden liggen, met andere woorden, door elkaar. Vanuit de expertise van het distributiecentrum bij uitstek, de post, is daaraan betrekkelijk gemakkelijk veel te verbeteren. Vanuit productieoogpunt is dat van groot belang, en het bewijst tevens dat het ziekenhuis zelfs vanuit dit standpunt vaak slecht functioneert; verbetering kan bovendien voor miljarden aan besparingen opleveren. Maar veel belangrijker is de winst vanuit het perspectief van de consument.¹

Fabriek of ontspanningsoord

Het klassieke ziekenhuis is al jaren onderwerp van kritiek. Met grote regelmaat verschijnen vooral in de Verenigde Staten brochures met titels als *How to Survive Your Hospital Stay: The Complete Guide to Getting the Care you Need – And avoiding the Problems You Don't*. Ze hebben steeds dezelfde strekking: wie in het ziekenhuis wordt opgenomen verkeert in levensgevaar, niet vanwege de redenen van het noodgedwongen oponthoud, maar vooral vanwege de risico's die los daarvan door het ziekenhuis zelf worden veroorzaakt. Daarbij wordt in de eerste plaats gedacht aan medische fouten, verwisselingen, infecties en andere met de kwa-

¹ Zie, onder andere: www.snellerbeter.nl.

liteit van de dienstverlening samenhangende gebreken, maar er is ook aandacht voor de merkwaardige manier waarop de patiënt wordt bejegend. Elders hebben we de gang van de patiënt van de parkeerplaats naar de behandelruimte en weer terug beschreven als een aaneenschakeling van stressvolle momenten. De desolaatheid van de parkeerplek, de afstotelijkheid van de ingangspartij, de ongestuvrijde ontvangstbalie, de noodzaak van vrienden, familie en kennissen afscheid te nemen, de onvindbaarheid van de juiste afdeling (er zijn Nederlandse ziekenhuizen met drie bewegwijzeringsystemen door elkaar, met aanwijzingen in alle spellingen van de afgelopen veertig jaar), het verblijf in de wachtkamer (en de noodzaak van het vele wachten op zich), bij de noodzaak van opname de confrontatie met wildvreemden, gebrek van privacy, verveling. Nog voor de interactie met het medisch bedrijf plaatsvindt is de kennismaking met het ziekenhuis een uitzonderlijk onplezierige ervaring, en aangezien met elk van de hiervoor genoemde momenten architectonische ruimten corresponderen is het overduidelijk dat de architectuur het laat afweten.

De architectuur van het ziekenhuis, de verpleeginrichting, de psychiatrische kliniek wordt uiteraard bepaald door eisen van medische functionaliteit. Toch is niet vol te houden dat dit de reden is waarom gezondheidsgebouwen buiten de institutionele kaders van de zorg vaak veel klantvriendelijker zijn. De oorzaak ligt niet in de functionaliteit, maar in de vooral in de ziekenhuiswereld diep gewortelde, specifieke bedrijfscultuur. Kijk bijvoorbeeld naar andere gebouwtypen die gericht zijn op het bevorderen van de gezondheid. Geen stad of er staat intussen wel een wellnesscentrum, meestal een combinatie van een klein tropisch zwembad, een reeks sauna's en stoombaden, een tuin en verschillende restaurants. Kosten noch moeite worden gespaard om het er de bezoekers naar de zin te maken, en steeds is de suggestie dat de gezondheid er baat bij heeft. Dat dit type inrichting voorlopers heeft die terugreiken tot in de klassieke oudheid lijkt deze claim kracht bij te zetten, en inderdaad is het niet moeilijk een ononderbroken typologische reeks te maken die via de negentiende-eeuwse spa's tot deze vermoedelijke oertypen terug te voeren is. Ook in het fitnesscentrum is de klantkoning. Er is gezorgd voor een ambiance die hem aanspreekt – anders gaat hij op zoek naar de concurrent. Klanten wordt keuzevrijheid geboden, kwaliteit op maat is een vanzelfsprekendheid, alles wat naar dwang riekt wordt vermeden. Waarom is dat hier wel mogelijk? Waar zit het verschil? Niet alleen in de omstandigheid dat het bezoek aan dit type instellingen vrijwillig is en recreatieve doelen dient, en ook niet in het ontbreken van de opeenhoping van medische kennis en technologie waardoor het ziekenhuis zich kenmerkt. Evenmin is het acute karakter van sommige ziekenhuisopnamen doorslaggevend: het grootste deel van de diensten die het ziekenhuis verstrekt zijn 'electief', planbaar (vandaar ook het fenomeen van de wachtlijsten). Als het klassieke ziekenhuis zich eerder als een fabriek dan als een ontspanningsoord manifesteert komt dat in laatste instantie omdat de patiënten – de klanten – dat toestaan. Functionele redenen zijn er niet, alles wat in de poli's voorvalt is, zonder de kwaliteit van het medisch handelen in gevaar te brengen, op een veel klantgerichtere manier te realiseren. Dat aan het leveren van extra comfort kosten zijn verbonden ligt voor de hand, maar ten minste een deel ervan is af te wentelen op de mogelijkheden extra inkomsten te genereren, en bovendien wordt investeren in de kwaliteit van het verblijf een economische noodzaak zodra de patiënt over meer keuzevrijheid gaat beschikken.

De bottleneck ligt niet in de 'harde' eisen van het medisch bedrijf en het geld, maar in de afwijkende relatie tussen consument en producent. De mate waarin die afwijkt van wat buiten de medische sector gebruikelijk is bepaalt de afstand

tussen de sfeer van het ziekenhuis en die van het wellnesscentrum. Zodra de gezondheid en zelfs het voortbestaan van het vege lijf in het geding is interesseert de 'klant' zich alleen nog in het product en is hij bereid al het andere op de koop toe te nemen. Gemotiveerd door zorg en angst vergeet of verdringt hij dat de kwaliteit van de consumptie evenzeer van wezenlijk belang is, en dat de architectuur daarbij een wezenlijke rol vervult. De medische wereld doet niet veel om de aura van arrogantie te ontcrachten – welke andere sector zou het wagen voor het voorkomen van vermijdbare fouten rustig vijf jaar uit te trekken? Is het buiten de medische sector denkbaar dat het publiek zich niet mag beklagen over een overduidelijk ondeugdelijk product, omdat het oordeel niet aan consumenten (leken) toe zou komen, maar uitsluitend aan de producenten (de professionals, in dit geval de medische staf, het medisch tuchtcollege, et cetera)?

Voor de architecten van ziekenhuizen is het karakter van het gebouw – fabriek of ontspanningsoord – inherent aan de manier waarop de opdrachtgever de opgave formuleert, of door gespecialiseerde ondernemingen laat formuleren. Hoe het ziekenhuis zich manifesteert is afhankelijk van wie als opdrachtgever optreedt, en hoe deze rol vervolgens wordt vervuld.

Opdrachtgeverschap: het medisch-financieel complex of de 'klant'?

Wie de polikliniek wil zien als een bijzondere vorm van 'normale' dienstverlening waarbij het distribueren van de onderhavige dienst, en niet de productie ervan, voorop staat, kan moeilijk aan een vergelijking met het reguliere winkelbedrijf ontkomen. De distributiemodellen die daar zijn ontwikkeld vormen een wetenschappelijk thema op zich, dat buiten het bereik van dit boek valt. Het aantal varianten is ontzagwekkend en deels gebaseerd op aard en omvang van het aanbod, deels op het leggen van een bepaald verband met een specifieke doelgroep. Kleine alles-onder-een-daksupermarkten bestaan naast gespecialiseerde winkels, zelfstandige particulieren naast ketens die alle vestigingen zelf exploiteren of dat overlaten aan private ondernemers met een franchise contract. Warenhuizen verenigen tal van gespecialiseerde afdelingen waar goederen en diensten voor niet alledaags gebruik aan de man worden gebracht.

De rationaliteit van elk distributiemodel wordt bepaald door de bereidheid van de klant om van de aangeboden diensten gebruik te maken (en niet alleen indirect door de overwegingen die berusten op het streven naar een in geografisch opzicht evenredige verspreiding: elk economisch systeem dat vrije vestiging van winkelbedrijven toestaat ziet concentraties van branchegenoten ontstaan die een gelijkmatige ruimtelijke spreiding tegenspreken – kijk bijvoorbeeld naar het fenomeen van de meubelboulevard. Wensen en voorkeuren van de klant vertalen zich direct in de economische levensvatbaarheid van de distributiepunten. Uiteindelijk is de klant degene die aard, kwaliteit, prijs en ook de ambiance van het aanbod bepaalt. Hij figureert dus, zij het indirect, als opdrachtgever.

Slaagt een onderneming er niet in klanten aan zich te binden, dan is hij ten dode gedoemd. Allerlei factoren spelen in dit spel een rol. De kwaliteit van wat geleverd wordt, en de prijs waartegen dat gebeurt spelen een rol. Aangenomen dat de meeste distributeurs erin zullen slagen op dit basale niveau een redelijk niveau te bereiken, wegen andere aspecten zwaarder. Marketing, bijvoorbeeld, is een vak op zich geworden. Behalve reclame voor het product richt die zich op publicrelationsstrategieën waarin andere factoren naar voren komen. Sfeer, bijvoorbeeld, of het aanspreken van mensen die een specifieke levensstijl nastreven – het denken in termen van levensstijlen is inmiddels ook een discipline op zich geworden. Leeftijdscategorieën zijn van belang, koopkracht doet ertoe, en de

betekenis van de sociale positie waartoe iemand zichzelf wenst te rekenen weegt nog altijd mee, maar tot welke leefstijlcategorie de potentiële klant zich rekent staat tot op zekere hoogte los van deze meer traditionele onderscheiden, en dus besteden marketingdeskundigen en reclamejongens hieraan steeds meer aandacht. Er is ondertussen geen product meer dat niet veel meer wil zijn dan wat het in materiële zin voorstelt: alles markeert en onderstreept de persoonlijke levensstijl, en daarmee de persoonlijkheid, van de consument. Psychologie speelt niet voor niets een grote rol bij het definiëren van levensstijlen en het ontwikkelen van instrumenten om doelgroepen daadwerkelijk aan te spreken. Doelgroepen hebben specifieke voorkeuren, bepaalde producten en de sfeer die ze afbakenen roepen bij de ene doelgroep andere associaties op dan bij de andere. (De preferenties en associaties van kleuren, bijvoorbeeld, zijn voor een groot aantal categorieën mensen nauwkeurig in kaart gebracht, bijvoorbeeld door de Hongaarse wetenschapper Antal Nemcsics.²) Zo ontstaat een kennelijk door de consumenten gewaardeerde enorme rijkdom en variatie. Zowel het product – de kwaliteit en de prijs ervan – als de setting waarin dat wordt aangeboden worden, zij het indirect, door de klant bepaald. Aanbieders van slechte producten in een onaangename setting zullen het niet redden. Voorwaarden voor de inbreng van de klant zijn een zeer divers aanbod (van kwaliteit, prijs en *feel*), en een zeer grote keuzevrijheid.

Aan deze voorwaarden voldoet de gezondheidszorg niet. Als drager van heel het spectrum van kwaliteiten waarin het winkelbedrijf excelleert speelt de klant in de gezondheidszorg dan ook geen rol van betekenis. En dat is des te merkwaardiger, omdat gezondheid een persoonlijke, strikt private zaak is. Juist daar zou men van de zorgaanbieders de bereidheid verwachten zich te richten naar de specifieke verlangens en behoeften van de patiënt. Dat dit niet of nauwelijks het geval is heeft te maken met het karakter van de 'markt' van de gezondheidszorg.

De gezondheidsmarkt: collectief of individueel?

Hoewel het tot voor kort *not done* was de gezondheidszorg als een markt af te schilderen, voldoet die toch aan de belangrijkste criteria ervan: er worden producten geproduceerd en aangeboden, en die worden vervolgens geconsumeerd. Betaald worden ze ook – er is geen enkel systeem denkbaar waarin dat niet het geval zou zijn. Of de aanbieder uit belastingmiddelen, verzekeringskassen of de particuliere portemonnee wordt gecompenseerd doet er in dit opzicht niet toe. Wanneer gezondheidszorg en marktwerking met elkaar in verband worden gebracht is dat doorgaans aanleiding voor bezorgdheid over de bereikbaarheid van de zorg, dat wil zeggen: de betaalbaarheid ervan voor minder draagkrachtigen. Hoe meer markt, hoe minder solidariteit, is de suggestie, en wanneer een deel van de bevolking in de steek gelaten wordt zou dat neerkomen op de aantasting van een fundamenteel grondrecht: iedere burger heeft recht op gedegen gezondheidszorg. Dit aspect van het denken over marktwerking in de gezondheidszorg moet hier buiten beschouwing blijven. Vast staat echter dat privatisering en vergroting van de marktwerking een soort concessiesysteem veronderstellen dat particuliere uitbaters aan publieke doelen bindt. Dat er een publiek kader moet zijn staat immers vast: de toegankelijkheid, dat wil ook zeggen betaalbaarheid, van het stelsel dient te zijn gegarandeerd omdat het een grondrecht betreft. De nieuwe poli's zullen vermoedelijk hun steentje moeten bijdragen bij de noodhulp na calamiteiten of aanslagen en ook bij het bestrijden van besmettelijke aandoeningen als SARS.

Ook onderwijs en onderzoek horen bij de publieke taken van gezondheidsin-

² Antal Nemcsics, *Colour Dynamics*, Budapest 1995.

stellingen, zelfs wanneer die volkomen zouden zijn geprivatiseerd. In dat geval veronderstelt dat samenwerking met de academische ziekenhuizen, de *centers of excellence* die vooralsnog wel onder de publieke paraplu zullen blijven vallen. Zou de discussie minder door ideologische motieven worden gekleurd en meer ruimte bieden voor praktische overwegingen, dan zou er vermoedelijk ook meer oog zijn voor die aspecten van de reguliere markt die de positie van de patiënt kunnen versterken. Het lijdt bovendien geen twiifel dat er systemen te bedenken zijn die voorkomen dat marktwerking ten koste van het solidariteitsbeginsel gaat. In dat geval dient het publieke kader van de gezondheidszorg duidelijk gedefinieerd te zijn. Wat ons hier interesseert is de mogelijkheid die de markt de consument biedt om kwaliteit, prijs en de wijze van distributie te beïnvloeden. In een normale markt is die mogelijkheid tamelijk groot, in de reguliere gezondheidszorg ontbreekt die nagenoeg, met als onvermijdelijk gevolg dat de architectuur niet aan de preferenties van de klanten refereert, maar uitsluitend aan die van de medische staf en het (*facility*) management. (Natuurlijk zijn er vraagtekens te plaatsen bij de veronderstelling dat de markt op deze manier functioneert, maar aangezien dat neer zou komen op het bekritisieren van wat inmiddels tot de meest fundamentele grondslag van de westerse samenleving is verheven, zullen we ons daar niet aan wagen. De markt figureert hier dus als het meest volmaakte instrument om alle consumenten precies datgene te bieden wat ze wensen.)

Naarmate de gezondheidszorg meer als een normale markt werkt zou de invloed van de consument groter moeten worden. Als gevolg daarvan zou de architectuur kunnen evolueren in de richting van wat buiten de klassieke gezondheidszorg, bijvoorbeeld in de wereld van wellnesscentra en resorts, mogelijk en gebruikelijk is. Economische en medisch-functionele motieven om dit te verhinderen zijn er niet. Valt het semimonopolistische karakter van het huidige stelsel weg, bijvoorbeeld doordat nieuwe partijen de gezondheidsmarkt betreden, dan zou de enige tegenwerping kunnen liggen in het karakter van de consumptie. Het consumeren van gezondheidszorg verschilt wezenlijk van andere vormen van consumptie. Het meest fundamentele onderscheid is dat de consumptie niet op basis van vrijwilligheid geschiedt: als zich een aandoening manifesteert geldt reparatie of voorkoming van verdere verslechtering als noodzaak. Ooit iemand tegengekomen die met hetzelfde plezier waarmee men in het algemeen vakanties boekt uit het overdadige aanbod in de vakantieguides de kwaliteit van een blinde-darmoperatie door verschillende *operators* met elkaar vergelijkt? Het komt eenvoudig niet voor, maar door deze wijze van wegen en vergelijken achterwege te laten plaatst de consument zichzelf buiten spel. Dat er intussen kwaliteitsoverzichten op het internet te raadplegen zijn doet daaraan niets af. Dit vergelijkend warenonderzoek beperkt zich tot dat onderdeel van de behandeling waar vergelijking niet nodig zou moeten zijn omdat optimale kwaliteit er behoort te zijn gegarandeerd: dat van de medische ingreep op zich. Die maakt bovendien maar een klein deel uit van traject van diagnose tot gezond verklaring; het deel waarin de ene *provider* zich van de andere onderscheidt ligt op het niet-medische deel van het *care path*. Er is geen reden waarom consumptieve vaardigheden als het vergelijken van producten onderontwikkeld blijven; waarom het beoordelen van de kwaliteit ervan, het onderhandelen over de prijs, het ontwikkelen van voorkeuren voor bepaalde aanbieders en weersin tegen andere zich daar niet net zo duidelijk kunnen manifesteren als buiten de gezondheidszorg. In het spel van vraag en aanbod is de consument vooralsnog echter een tamelijk onderontwikkelde partij, zelfs als het om niet urgente medische zorg gaat, die zich goed laat plannen – bij acute zorg staat hij uiteraard geheel machteloos. Heel het spel dat buiten de

gezondheidszorg het ontstaan van een groot en divers aanbod stimuleert wordt, met andere woorden, binnen de gezondheidszorg niet gespeeld. Niet alleen speelt de klant zijn rol als consument niet naar behoren, de distributeur laat het evenzeer afweten – hij verkeert in de vanuit zakelijke overwegingen luxueuze positie waarin hij het zich kan veroorloven zich niet te verdiepen in verschillende doelgroepen en leefstijlcategorieën en kan volstaan met statistische gegevens die zich tot de medische aandoeningen beperken.

Dat verklaart waarom de gezondheidszorg van alle sectoren die consumptieve diensten aanbieden vermoedelijk de laatste is die haar collectivistische trekken nog niet heeft verloren. Het aanbod is er weliswaar niet formeel, maar wel *de facto* gemonopoliseerd, de consument is op de gezondheidsmarkt niet als individu aanwezig, en dus ook niet als een verzameling uiteenlopende leefstijlcategorieën. Na de recente stelselwijzigingen fungeren de verzekeringsmaatschappijen als vertegenwoordigers van de belangen van hun polishouders. Ze behoren daarmee tot de partijen die de criteria bepalen op basis waarvan het aanbod vorm krijgt – maar ook daarmee is geen verandering gebracht in het collectieve karakter van de gezondheidsmarkt. Zolang alles in dit opzicht bij het oude blijft is de invloed van de consument nihil. Vanuit het perspectief van de architect blijft de wereld van de consument met al zijn verscheidenheid aan wensen, preferenties en ambities verborgen achter de muren van het medisch bolwerk. Wil daarin verandering komen dan moet ten minste aan twee voorwaarden worden voldaan: de consument dient zich veel directer dan nu op de gezondheidsmarkt te manifesteren, en de producent moet er van doordrongen zijn dat de consument de voorkeur kan geven aan het aanbod van de concurrent, zodat hij net als ondernemingen in andere dienstverlenende sectoren moet nadenken over strategieën om bepaalde doelgroepen aan zich te binden. Dat architectuur daarbij juist in de medische wereld een hoofdrol speelt ligt voor de hand. Gevolg is een veel gevarieerder aanbod en een veel grotere keuzevrijheid – die op haar beurt ook een voorwaarde is voor een succesvolle transformatie van de gezondheidszorg.

Een toetssteen voor het succes daarvan zal liggen in de mate waarin de grens tussen op de gezondheid gerichte instellingen binnen en buiten de reguliere gezondheidszorg vloeibaar wordt. Nu staat een collectivistisch op onvrijwillige consumptie gebaseerd klassiek stelsel tegenover voorzieningen met een leefstijlgeoriënteerd, eerder recreatief karakter. Vanuit een oogpunt van medische verzorging is dit onderscheid arbitrair en vanuit het perspectief van de volksgezondheid waarschijnlijk schadelijk. Wanneer inrichting en vormgeving van het klassieke stelsel stress oplevert is dat zeker het geval. Komt de zorg dichterbij huis, lukt het om combinaties te maken van op kennis, voorlichting, scholing, fitness en wellness gerichte instellingen met voorzieningen met een hoger medisch gehalte, dan keren meer natuurlijke verhoudingen terug en wordt de gezondheidszorg een normaler onderdeel van de maatschappij van alledag. Uiteraard zal dat tot compleet andere vormen van distributie leiden.

Distributie: centralisatie versus decentralisatie

Elk distributiemodel middelt tussen vraag en aanbod. In principe zijn twee uitersten denkbaar: totale centralisatie, en absolute decentralisatie. In de gezondheidszorg prevaleren in het eerste geval de belangen van de aanbieders, in het tweede die van de vraagzijde, de patiënten. Hier worden de merites van de twee tegenpolen in het spectrum van de distributiemodellen uitsluitend betracht vanuit het oogpunt van de aanbieders, de producenten, en dus met inachtneming van uitsluitend die feiten die er in hun wereld toe doen. Voordeel van absolute

centralisatie – het uiterste model zou één enkel ziekenhuis voor heel Nederland kunnen zijn – is de massale omzet. Alles gebeurt er hoogfrequent, zelfs zelden voorkomende diagnoses en behandeltrajecten zijn er gestandaardiseerd. De gelegenheid tot multidisciplinair werken – bij sommige behandelingen een voorwaarde voor succes en een sterke stimulans voor innovatie – is er optimaal. Hetzelfde geldt voor wetenschappelijk onderzoek. De condities voor technologische vernieuwingen zijn uitstekend, en een bijkomend voordeel is dat het megaziekenhuis een ideale onderwijsomgeving vormt.

Ondanks de evidente nadelen van de ver doorgevoerde grootschaligheid, waaronder de onvermijdelijke wildgroei van managementlagen, zijn de mogelijkheden voor economisch profijt er uitstekend. Als distributiemodel kleven er echter enkele nadelen aan. De bereikbaarheid hangt af van de afstand tussen ziekenhuis en klant en de beschikbaarheid van verkeersmiddelen om die te overbruggen; voor acute gevallen is het gecentraliseerde megahospitaal alleen geschikt voor wie in de onmiddellijke nabijheid woont. Althans voor sommige onderdelen van het ziekenhuis zijn er dus wel degelijk grenzen aan de centralisatie gesteld. De noodzaak van distributiekanaalen dichtbij huis is onmiskenbaar. (In de praktijk werken die als katalysatoren waaromheen zich andere functies clusteren, die in principe wel in het megaziekenhuis hadden kunnen worden ondergebracht.)

Ook het absoluut gedecentraliseerde ziekenhuis heeft overduidelijk grote voordelen. In dit geval dient zich een wereld van andere motieven aan, die aansluiten bij de ervaringen van de consumenten en de disciplines die zich ten doel stellen instrumenten te ontwikkelen om de aanbieders in staat te stellen consumenten aan zich te binden. Architectuur zou daarbij een belangrijke rol kunnen spelen; voorondersteld is dat dit tot gebouwen leidt waarin ook in medisch-functionele zin vooruitgang wordt geboekt. In de meest extreme, utopische variant leidt decentralisatie tot het verdwijnen van ziekenhuizen; die zijn vervangen door terminals van waaruit de zorg bij de patiënt wordt thuisbezorgd. De arts, of een team van artsen, zou alles wat voor diagnose en behandeling nodig is meenemen en waar nodig thuisverpleging organiseren (*flying doctors*). Erg realistisch is dit scenario vooralsnog niet, meer kans van slagen heeft het kleinschalige buurtgezondheidscentrum. Dat is gemakkelijk bereikbaar, laagdrempelig, klantvriendelijk en het geeft optimale gelegenheid voor *social support*: steun van familie en kennissen in de eigen leefomgeving. Ook hier geldt dat de mogelijkheden van decentralisatie niet onbeperkt zijn. Ze worden begrensd door economische factoren, waaronder de moeilijkheid het optimale rendement te halen uit dure hoogopgeleide krachten en onbetaalbare technologie. Veel tijd gaat verloren aan het laten reizen van precies die schakels in het spel die schaars en duur zijn. Verder zijn de mogelijkheden van multidisciplinair werken beperkt, en ontbreken belangrijke impulsen voor wetenschappelijke en technologische vernieuwing, terwijl kleine klinieken ook weinig geschikt zijn voor het onderwijs.

Beperkt men zich bij de analyse van de gezondheidszorg tot de verschillende distributiemodellen, dan blijken de mogelijkheden daarvan voornamelijk te worden bepaald door economische factoren, functionele aspecten, bereikbaarheid en daarnaast doordat ze niet in gelijke mate geschikt zijn als voedingsbodem voor wetenschappelijke en technologische innovatie en voor het onderwijs. Het zwaarst weegt ongetwijfeld het economisch motief: het aanbod is schaars, en omdat in de medische wereld elk aanbod zijn eigen vraag oproept – iedereen zal aanspraak willen kunnen maken op alles wat de medische wereld mogelijk maakt – is deze schaarse vermoedelijk onontkoombaar in elk systeem. Hoe groter de betekenis van de aanbodzijde, des te sterker is ook de tendens naar gecentraliseerde distributiemodellen.

De feitelijke verspreiding van medische voorzieningen is echter niet bepaald door principiële keuzen voor een bepaalde positie tussen de twee hierboven aangeduide uitersten, maar in de loop van vele decennia gegroeid. De richting waarin vervolgens veranderingen worden geforceerd wordt echter wel degelijk bepaald door de inschatting van de voor- en nadelen van de genoemde modellen. Op dit moment wijst alles in de richting van verdere centralisatie. Geen fusie of er komt een nieuw, extra groot ziekenhuis uit voort. Wanneer de consequentie van het invoeren van meer marktwerking echter een belangrijke versterking van de vraagzijde zou impliceren – en dat is steeds de suggestie – dan is het ombuigen van deze tendens in de nabije toekomst onvermijdelijk. In dat geval zouden ziekenhuisorganisaties hun gebouwenvoorraad opnieuw onder ogen zien en kiezen voor netwerken van kleinere klinieken veel dichter bij hun klantenkring – dat wil zeggen de potentiële patiënt, dus iedereen. Het spreekt voor zich dat de polikliniek zich hier bij uitstek voor leent: het is het onderdeel van het ziekenhuis dat het meest dynamisch is, waar het verkeer tussen aanbod en vraag een dagelijks gegeven is. Doorgaans ontbreekt de noodzaak hooggespecialiseerde kennis en hoogwaardige technologie voortdurend binnen bereik te hebben, en daarmee is een belangrijke rem op het decentraliseren weggenomen.

Ontwerpopgave

Het bijzondere van de ontwerpopgave – de tekst is aan het begin van de planpresentaties integraal opgenomen – lag in de nieuwe opdrachtsituatie: geen bestaande organisatie, geen ziekenhuis, geen zorginstelling en ook niet de verzekeraars die na de recente stelselwijziging zo'n dominerende rol spelen, en ook niets dat er op lijkt. In plaats daarvan is uitgegaan van een *nieuwe marktpartij*. Alleen partijen van buiten, zo is de achterliggende gedachte, hebben geen last van oude mentaliteiten, ingesleten gewoonten en de neiging met het type standaardoplossing voor de dag te komen dat in het oude stelsel voldoende leek. Alleen zij zullen in staat zijn de geijkte kaders te doorbreken en de gezondheidszorg te openen voor de klantgerichte manier van denken die buiten de gezondheidszorg heel gewoon is, maar erbinnen nauwelijks voorkomt. Of deze nieuwe marktpartij een organisatie is die deze werkwijze buiten Nederland al in praktijk heeft gebracht, of een instelling die afkomstig is uit de commerciële, niet-medische dienstverlening is om het even. Onder 'commercieel' wordt hier overigens niet per definitie verstaan dat een dergelijke instelling op winstbejag zou zijn gebaseerd, ook instellingen zonder winstoogmerk kunnen zich in hun bedrijfsvoering richten op bepaalde categorieën klanten. Kenmerkend is het streven die aan zich te binden, in de wetenschap dat de klant de vrije keuze uit een ruim aanbod heeft en dus ook naar een concurrerende instelling kan gaan. En daarmee raken we aan een tweede karakteristiek van de opdrachtsituatie: behalve de fictieve partij waarvoor de ontwerpers zich bij het vervullen van deze opgave het vuur uit de sloffen lopen wordt de markt bevolkt door tal van concurrerende organisaties. Het is dus zaak met een concept te komen dat het vermogen heeft zich duidelijk van concurrerende strategieën te onderscheiden.

Afwijkend van de normale praktijk was ook het ontbreken van een programma. Werken aan programma's, het doorgronden van functionele en logistieke relaties, en het vergaren van de specifieke expertise daar waar die niet voor handen zou zijn, behoort tot de kerntaken van de architecten; het ontstaan van bureaus die zich in het schrijven van programma's hebben gespecialiseerd (en zich niet op het vlak van het ontwerp bewegen) doet daaraan niets af. Van bij de Stagg aangesloten bureaus mag bovendien worden verwacht dat zij het klappen van de zweep

dermate goed kennen dat ze heel goed in staat zijn programmavoorstellen te koppelen aan een zekere ruimtelijk-logistieke logica. Hun vrijheid was dus groot, een voorwaarde om het onderste uit de kan te halen en hier met ontwerpen te komen die het hoogst mogelijke representeren waartoe zij in staat zijn.

De opgave speelt in op het stelsel dat ervoor in de plaats komt. Daarop vooruitlopend is een holdingstructuur bedacht met twee poten: eentje waarin *alles* is ondergebracht wat op dit moment niet tot de collectieve sector wordt gerekend en dat daarom buiten het verzekerde deel van de gezondheidszorg valt. Een deel ervan is wel degelijk gezondheidgerelateerd: voorlichting, preventie, wellness, fitness, sport, allerlei vormen van psychische hulpverlening. Ook de gebruikelijke winkelachtige voorzieningen maken deel uit van deze poot: kantoren, restaurants, winkels, supermarkten, reisbureaus. Groei van deze poot geldt als lofwaardig in economische zin, en het groeipotentieel is uiteraard zeer groot. De andere poot bevat de zorg in de collectieve sector: alles dat is verzekerd. Hier geldt groei als verzwarende van de collectieve lasten en dus als iets dat moet worden beteugeld. Deze holdingstructuur maakt het onze nieuwe marktpartij mogelijk zijn onderneming onmiddellijk te beginnen en nu al, vooruitlopend op de verdere hervormingen van het stelsel, een stevig marktaandeel op te bouwen en dat te doen op de manier die in elke normale vorm van dienstverlening gewoon is: door klanten aan zich te binden. De tweedeling die voor deze opzet kenmerkend is maakt het mogelijk en lucratief om de medische poot zo klein mogelijk te maken en zo veel mogelijk naar de andere poot over te hevelen. De kosten daarvan worden niet door de reguliere zorgverzekeringen gedekt, maar direct door de patiënt voldaan; het kostenniveau is vergelijkbaar met dat van overeenkomstige instellingen buiten de zorg en ligt dus veel lager dan daarbinnen. Juist de niet-medische poot biedt de nieuwe marktpartij uitgelezen mogelijkheden om zich van de concurrenten te onderscheiden, en daarbij speelt de architectuur een grote rol.

De meest radicale manier om dat in de gebouwde infrastructuur te bereiken zou bestaan uit een complex waarvan volume en structuur door de niet-medische poot worden gerealiseerd, met daarbinnen zo klein mogelijke enclaves van de medische poot. In organisatorische zin zou het mogelijk moeten zijn een deel van het verblijf van de patiënt in de niet-medische poot onder te brengen. Wenst een patiënt langer dan strikt nodig in het ziekenhuis te blijven, bijvoorbeeld uit vrees dat de aansluitende thuiszorg niet goed is geregeld of omdat hij opziet tegen te vroege terugkeer naar huis, dan zouden deze extra ligdagen niet onder het medische deel van het traject hoeven te vallen. (Voor de poliklinieken is dit niet van belang, daar gaat de patiënt na behandeling naar huis – tenzij hij er de voorkeur aan geeft dat niet te doen. In dat geval zou het overnachten eveneens onder de niet-medische pijler van de holding vallen.)

Een nieuwe marktpartij, geen programma, een *business* model dat niets anders dan een verzinsel is – houdt deze studie dan geen enkel verband met de realiteit? De pleitbezorgers van het huidige bestel zullen menen van niet – behalve degenen onder hen die er, vermoedelijk niet zonder reden, van overtuigd zijn dat dit stelsel in ijltempo op het faillissement afstevent. De realiteit is minder ver weg dan het lijkt: de huidige tendensen naar deregulering en meer marktwerking vormen de achtergrond. Wie mocht denken dat de mate waarin deze tendensen hier zijn geëxtrapoleerd veel te ver gaat kan gelijk hebben, maar het is ook mogelijk dat de werkelijkheid binnen enkele jaren verder gaat dan het perspectief dat hier wordt geschetst. Toch hechtte de Stagg belang aan toetsing van de uitkomsten van deze studie aan concrete vragen vanuit de markt. Tot ons grote genoegen was de Zorggroep Almere bereid een middag uit te trekken om de voorstellen

met vertegenwoordigers van alle instellingen in het Almeerse zorglandschap te becommentariëren. Algemene conclusie was dat de doelstellingen wel, de concrete plannen op dit moment nog niet aansloten op de ambities en mogelijkheden van het moment, en dat bevestigde de status ervan als bakens op weg naar een mogelijke toekomst, waarvan de verwezenlijking afhangt van de mate waarin het stelsel de consument serieus neemt en de consument in staat is zich als zodanig op het gebied van de gezondheidszorg te manifesteren.

Onderzoek naar de hier voorgestelde opzet behoorde niet tot de opgaven van de ontwerpers. Het ligt in de bedoeling de potenties van dit fictieve stelsel te laten analyseren op *business schools* en managementopleidingen; hier diende het slechts als instrument om zich van de huidige opdracht situatie los te maken. Doel is heel nadrukkelijk het ontwerpen van specifiek op het bevorderen van de gezondheidszorg gerichte policoncepten, zelfs als die voor het leeuwendeel zullen zijn opgebouwd uit generieke componenten. Complexen met de commerciële heftiek van het grootwinkelbedrijf nastreven was niet gewenst: de buiten de zorg gebruikelijke klantgerichte benadering mocht dan in intentie en doelgerichtheid als inspiratie dienen, het resultaat moest wel degelijk een op het bevorderen van de gezondheid gerichte instelling met een specifiek karakter te zijn.

Utopie of realiteit?

Beschouwt men de polikliniek van de toekomst als een voorbode voor een vergaande decentralisatie – in een land waar de gemiddelde grootte van het ziekenhuis die in de omringende landen met een factor twee tot drie overstijgt – dan zou dat voor de huidige orde tamelijk verontrustend kunnen zijn. Of deze onrust vermindert door die overgang in deze studie te koppelen aan de introductie van instrumenten waarmee de patiënt veel meer dan nu het geval is invloed op het aanbod uit kan oefenen? Want dat is wat in deze studie gebeurt: de markt wordt hier zonder omwegen gepresenteerd als een middel om aanbieders op straffe van faillissement te dwingen datgene te bieden wat de klanten wensen. Dat dit in het huidige Nederlandse stelsel niet het geval is hebben we daarbij als een onbetwistbare feitelijkheid aangenomen; de stelling dat marktwerking in de zorg onverenigbaar zou zijn met het behartigen van publieke belangen zien wij als een blijk van ideologische blikvernuwing en gebrek aan creativiteit in de politieke arena. Gaat men ervan uit dat het toekennen van meer invloed aan de patiënt in de gezondheidszorg nog toekomstmuziek is, zodat het hier geschetste perspectief vooralsnog tamelijk utopisch is, dan zou de huidige generatie bewindvoerders in de zorg zich nog weinig zorgen hoeven te maken. Daar staat tegenover dat deze instrumenten buiten de zorg volkomen normaal zijn, en stevig gevestigd in een economisch regime dat kartelvorming en prijsafspraken zwaar beboet. Het lijkt dan tamelijk merkwaardig dat een zo grote sector als de gezondheidszorg, die niet minder dan 10 tot 15% van de Nederlandse economie vertegenwoordigt, zich aan de normale verhoudingen kan onttrekken. En dat maakt het beeld van verspreide poliklinieken die deel uitmaken van netwerken die niet langer door klassieke ziekenhuisorganisaties worden beheerd voor sommige managers in de zorg allicht tot een schrikbeeld.

Krijgt de patiënt meer invloed, dan leidt dat onvermijdelijk tot een compleet andere organisatie van de zorg, ook ruimtelijk. Centraal staat dan het *hele* zorgtraject, waarvan het deel dat door ziekenhuizen en andere tot het collectieve stelsel behorende instellingen wordt beheerd slechts een fragment is. In plaats van een volkomen geïsoleerd deeltraject waar eigen wetten, regels en mores gelden, wordt het onderdeel van, en ondergeschikt aan, het hele 'zorgpad', waarop tal

van andere instellingen actief zijn, waaronder ook commerciële. Het klassieke ziekenhuis zal vermoedelijk niet in staat zijn de overgang te maken naar normale economische verhoudingen, normale distributiemodellen van de zorg, gebouwen die onderdeel uitmaken van de dan noodzakelijke strategieën van klantenbinding. In de 'zorglandschappen' die ervoor in de plaats komen wordt het gebruik van medische voorzieningen functioneler, klantvriendelijker en – vanuit het perspectief van de aanbieders het allerergste schrikbeeld – ook veel goedkoper.

In het streven naar decentralisatie staat deze studie niet alleen. Allerwegen krijgt dit toekomstbeeld inmiddels gestalte. Verschillende bijdragen in het fotoboek *Au*, uitgebracht door een stuurgroep die ontstond naar aanleiding van het door het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) geïnitieerde congres 'The Architecture of Hospitals', bevatten voorzichtige terreinverkenningen.³ Tekenend is ook dat de winnaar van een door het College Bouw uitgeschreven, tamelijk utopische prijsvraag voor een nieuw zorgstelsel in een nieuw te bouwen stad van het klassieke ziekenhuis weinig heel laat.⁴ Een onderzoek van architecten samen met de Technische Universiteit Delft decentraliseert niet alleen de poliklinieken maar ook de 'bedden' en kent aan de betrekkelijk kleinschalige gezondheidscentra die zo ontstaan een belangrijke rol toe als katalysator in de stedelijke vernieuwing.⁵ Dit project maakt deel uit van een aantal onderzoeksprojecten waarvan het Stimuleringsfonds voor Architectuur het voortouw heeft genomen; sommige daarvan richten zich eveneens op het decentraliseren van het aanbod. Dat daaraan grote voordelen verbonden zijn bleek – ten overvloede – uit een recente studie; dat marktpartijen van buiten de gezondheidszorg ontdekken is te illustreren met een initiatief van een theatermaker, die zorghotels wil exploiteren.⁶ Deze krantenberichten maken duidelijk hoezeer ontwikkelingen in de zorg in het centrum van de belangstelling staan. Min of meer ondergesneeuwd in al het mediageweld is de aankondiging van de Nederlandse Zorgautoriteit een experiment met commerciële ziekenhuizen te willen toestaan. Als we daarin een blik moeten zien van de toegenomen bereidheid in de ziekenhuiswereld om voor te sorteren op nieuwe verhoudingen, dan wordt dat deels tenietgedaan door het onlangs gepubliceerde voornemen zich tegen de introductie van meer marktwerking te verzetten.⁷ Typerend voor het ietwat wereldvreemde karakter van de zorg is het dreigement dat meer markt de ziekenhuizen zou dwingen de kwaliteit van het aanbod te verlagen – als dat iets illustreert is het wel dat de patiënt in het huidige stelsel hoe dan ook het nakijken heeft.

Hoogste tijd dus, voor verandering. Voor die werkelijk van de grond komt zal echter nog heel wat water door de Rijn moeten vloeien. Fundament van het hier geschetste toekomstperspectief is een grotere invloed van de patiënt. Dat zou de aanbieders dwingen de wissels om te zetten. Voor het zover is zal de patiënt zich ook in de zorg tot volwaardige consument moeten evolueren, en dat veronderstelt een veel constantere en actievere opstelling dan nu het geval is. Paradoxaal genoeg veronderstelt het ook een overheid die boven de markt staat en voldoende kennis in huis heeft om in de markt als scheidsrechter op te treden. De ruimtelijke ordening illustreert de soms desastreuze gevolgen van *outsourcing*, waarbij de overheid alle relevante kennis heeft uitbesteed en op de markt moet inkopen – in de gezondheidszorg zal het er niet anders aan toegaan. (In dit opzicht is de privatisering van het College Bouw geen blik van het inspelen op meer marktwerking, maar eerder het tegendeel. De markt veronderstelt een overheid met voldoende kennis om het publieke belang, dat idealiter samenvalt met de individuele belangen van alle potentiële consumenten, te waarborgen.) Ten slotte veronderstellen de gewenste veranderingen in het zorgstelsel in de politieke are-

3 *Au. Bouwen aan de Architectuur van de Zorg*, Groningen 2007. Naar aanleiding van het genoemde congres verscheen C. Wagenaar (ed.), *The Architecture of Hospitals*, Rotterdam 2006.

4 'Big Bang'. Carel Weeber in samenwerking met Laura Kaper (Medsync). Zie www.bouwcollege.nl.

5 Architectenbureau De Nijl, Rotterdam, in samenwerking met de Technische Universiteit Delft.

6 Consultancyfirma Roland Berger, *de Volkskrant* 3 september 2007; theatermaker Van den Ende, *de Volkskrant* 12 september 2007.

7 *De Volkskrant*, 10 oktober 2007.

na eerder een pragmatische dan een ideologische opstelling. Ook de politiek geeft een paradoxaal beeld: de partijen die zich uit ideologische overwegingen tegen meer marktwerking verzetten zijn daardoor gedwongen posities in te nemen die lijnrecht indruisen tegen de belangen van hun doelgroepen onder het kiezerspubliek. In plaats daarvan dienen ze de belangen van de bewindvoerders in de oude, dure institutionele zorg. De zorg met de kamers zonder ramen, stoelen in parallelle rijen aaneengeschaald, tafels met leesmappen van soms al maanden oud, de versleten interieurs die zich steeds opnieuw weer vullen met nieuwe echelons van eindeloos wachtende klanten, is de wereld van de aan het begin van deze introductie geschetste poliklinieken van vroeger. Dat het ook anders kan, daarvan wil deze publicatie het bewijs zijn.

Dit boek

Volgend op deze algemene inleiding geven enkele kopstukken uit het veld hun mening over verschillende aspecten die op deze studie betrekking hebben. Wat ligt meer voor de hand een 'ondernemer in de zorg' zijn hart te laten luchten over de mogelijkheden en onmogelijkheden van een normale bedrijfsmatige benadering? De redactie prijst zich gelukkig Jaap Maljers, ondernemer in de zorg, bereid gevonden te hebben om de zorg vanuit zakelijk perspectief onder de loep te nemen in een poging de hindernissen in kaart te brengen die werkelijke innovatie in de weg staan. Opvallend is zijn bijdrage in meer dan een opzicht, onder andere ook in zijn opvatting dat de kosten in de gezondheidszorg pas tot normale proporties teruggedrongen kunnen worden als de in zijn ogen enorme overcapaciteit uit de markt wordt genomen – wie door de introductie van meer markt prijsverlaging wil bewerkstelligen zou eerder aan de *vergroting* van het aanbod denken. Hoe meer aanbod, hoe lager de kosten. Niet, echter, in de gezondheidszorg, waar prijzen en kosten gefixeerd zijn en dus al bij voorbaat immuun zijn voor de prijsseffecten van de vrije markt.

Jan Kremer, als medisch specialist verbonden aan het Radboudziekenhuis te Nijmegen, ontwierp voor zijn patiënten een door het Ministerie van Economische Zaken met een prestigieuze prijs beloond interactief internetprogramma, waarvan de implicaties verstrekkend zijn: het ziekenhuis zoals we dat nu kennen kan worden vervangen door individuele zorgtrajecten die de patiënt een veel grotere invloed beloven dan nu het geval is. Robbert Huijsman, tot begin dit jaar voorzitter van de Stagg, hoogleraar zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam en directeur van Zorgconsult Nederland, geeft een genuanceerde kijk op de mogelijkheden en onmogelijkheden van deconcentratie. Iris van Bennekom, directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, geeft haar visie op de mogelijkheden van patiënten om invloed op de gezondheidszorg uit te oefenen; ook volgens haar zou ook in de gebouwenvoorraad veel veranderen wanneer die invloed zou toenemen.

Geen van de geïnterviewden twijfelt aan de betekenis van de het type decentralisatie dat in dit onderzoeksproject beproefd wordt, maar iedereen ziet in het huidige stelsel grote en moeilijk te overwinnen obstakels. De kern van het boek komt daarna: de verschillende ontwerpen met de oorspronkelijke toelichting, voorafgegaan door een algemene analyse en de oorspronkelijke ontwerpogave.

Interview

Sjorren aan een mammoettanker: afscheid van het alles-onder-één-dakziekenhuis?

De toekomst van de polikliniek zal illustratief blijken te zijn voor het ontstaan van nieuwe manieren om het aanbod van medische voorzieningen af te stemmen op de vraag. Veranderingen in de ziekenhuiswereld voltrekken zich echter langzaam. Logge structuren zijn moeilijk in beweging te krijgen en bij het zoeken naar nieuwe wegen in de gezondheidszorg gaat het ziekenhuis zelden voorop. Cruciaal voor het ontstaan van nieuwe distributiemodellen is de vraag of dat op basis van een totaalconcept gebeurt, dus het gebruikelijke type van alles-onder-één-dak, of zich richt op bepaalde ziektebeelden. In het eerste geval stolt de organisatie en zal het niet eenvoudig zijn delen af te splitsen. De hoofdvraag is dus of een ziekenhuis generiek moet zijn en het hele spectrum aan therapieën moet aanbieden, of zich juist specifiek focust op een groep verwante ziektebeelden. Dit dilemma is belangrijker dan het sleutelen aan het stelsel van de zorg. Dat geeft uitsluitend een kader. Er gaan hooguit impulsen van uit, maar de praktijk laat zien dat de bakens in de ziekenhuiswereld maar langzaam worden verzet. Als het na 2010, vooralsnog alleen op experimentele basis, niet meer voorgeschreven is winsten op de balans van de zorginstelling te laten staan, wordt de gezondheidsmarkt commercieel veel aantrekkelijker. Dan ontstaat er werkelijk meer markt.

Toch staat het denken in termen van formules op basis van marktonderzoek naar de voorkeuren en wensen van bepaalde doelgroepen nog ver af van de Nederlandse ziekenhuiswereld. In het buitenland vormt deze op de klant gerichte benadering vaak een speerpunt van nieuwe aanbieders zoals Capio en Röhn Klinikum, die protocollen voorschrijven waaraan heel de organisatie, ook de medische staf, zich te houden heeft. Het is de vraag of dit type aanbieders zich snel op de Nederlandse markt zal richten. Vooralsnog beperkt de commerciële gezondheidszorg in Nederland zich alleen tot de niches in de markt. Als partijen van buiten zich op de zorg gaat richten, zullen vermoedelijk zorghotels ontstaan die zeker geen compleet aanbod zullen kennen. Vooralsnog zijn alleen specifieke ziektebeelden interessant, en dan vooral die waaraan iets te verdienen valt en die vaak voorkomen. En dan nog gebeurt dat nog maar op heel bescheiden schaal.

Dat brengt ons meteen terug bij het hoofdpunt: ligt de toekomst van het ziekenhuis bij het alles-onder-één-dakconcept, of zullen er netwerken van kleinere, specifieke klinieken ontstaan? En welke onderdelen van het klassieke ziekenhuis zijn ervan af te splitsen? Laten we eens ruig doen. De PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) is feitelijk onzin, kan weg. Geriatrie kan eruit, internisten ook. Orthopedie moet blijven, de snijdende cardiologie ook. Maar *checks* kunnen net zo goed elders plaatsvinden. Gynaecologie hoeft niet in het ziekenhuis. Veel kan dus weg. Maar dat betekent wel het einde van het klassieke ziekenhuis. Zulke radicale koerswijzingen kosten veel tijd.

Dat het wel kan, bewijzen de ontwikkelingen buiten de *care* sector. Daar gaat het vaak sneller. Op dit moment wordt bijvoorbeeld gewerkt aan het decentrale verpleeghuis, waarbij kleine groepen dementerende patiënten – niet meer dan 24 – in kleinschalige centra worden ondergebracht, die vanuit een centrale uitvalsbasis alle nodige ondersteuning krijgen. Sommige verzekeringsmaatschappijen proberen

Robbert Huijsman

Robbert Huijsman is hoogleraar integraal zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en directeur Zorg Consult Nederland, Bilthoven (zie www.zorgconsult.nl).

de eerste lijn anders te organiseren en leggen daarbij veel nadruk op de patiënt-bejegening. Ze richten zich vooral op chronische aandoeningen en zetten de eerste lijn in als voorwaarde om een satellietziekenhuis mogelijk te maken: is zorg nodig, dan wordt dat vroeg genoeg ontdekt om behandeling in een kleinschalige kliniek mogelijk te maken. Nu is men er vaak te laat bij en dan rest niets anders dan opname in een zo volledig mogelijk toegerust en dus centraal ziekenhuis. Feitelijk wordt daar dus al gemorrelt aan de poorten van het traditionele ziekenhuis.

Belangrijke fundamentele beslissingen lijken op de lange baan te worden geschoven, maar een tendens die zich wel aftekent is het ontwikkelen van nieuwe visies op het vastgoed. Dat hangt samen met de veranderende wetgeving, waarbij instellingen niet alleen meer vrijheden, maar ook meer verantwoordelijkheid krijgen, ook voor het vastgoed en de kapitaalslasten. Elders heb ik een aantal strategieën uiteengezet.¹ Markeringformules spelen op dit moment nog een betrekkelijk ondergeschikte rol. Dat ziekenhuizen bij een grotere financiële verantwoordelijkheid voor het vastgoed meer genegen zullen zijn onderdelen van het alles-onder-één-dakziekenhuis uit te plaatsen ligt voor de hand. Vermoedelijk stimuleert dat een voorzichtige trend in de richting van het ziekenhuis met satellieten. Vaak ontstaan die min of meer spontaan. Na een fusie kan men bijvoorbeeld besluiten een locatie niet helemaal af te stoten, maar als buitenpoli te laten voortbestaan. Buitenpoli's kunnen ook een middel zijn om het marktaandeel veilig te stellen. Het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam en het Reinier de Graafziekenhuis in Delft bakenen op die manier hun regio af. Op het niveau van de organisatie ontstaan samenwerkingsverbanden, maar het is de vraag of ook op het niveau van de medische processen samengewerkt gaat worden. Meer dan de contouren van het netwerkziekenhuis is eigenlijk nog nergens zichtbaar. En waar die contouren ontstaan, gebeurt dat niet op basis van een weldoordachte planning in die richting, maar zijn ze een gevolg van pragmatische overwegingen.

En zo blijft het overheersende beeld in de ziekenhuiswereld er een van voorzichtig aftasten, het langzaam verzetten van de bakens, het voorzichtig sjoeren aan een mammoettanker. De toekomst van de polikliniek hangt af van de uitkomst van dit spel. Omgekeerd kunnen overtuigende architectonische concepten voor de polikliniek van de toekomst, die het perspectief schetsen van een andere manier om de gezondheidszorg te organiseren, in dit spel een waardevolle rol spelen.

1. Robbert Huijsman, 'Rijkere perspectieven op uw zorggebouw', in: *Au. Bouwen aan de Architectuur van de Zorg*, Groningen 2007.

Interview

Vakbond van stoommachinisten

Is het mogelijk het ziekenhuis in kleinere klinieken op te splitsen en, bijvoorbeeld, de poliklinieken eraf te halen en elders onder te brengen? Natuurlijk is dat mogelijk. En natuurlijk zijn dan gebouwen te maken die net zo aantrekkelijk zijn als wellnessklinieken en hotels. Ook in de gezondheidszorg zijn op de consument toegesneden oplossingen denkbaar, er zijn legio technische middelen om die uitvoerbaar te maken. Maar dat veronderstelt een wezenlijk andere manier van denken. Werkelijk innovatieve scenario's zijn pas mogelijk wanneer de politiek bereid is de overcapaciteit uit de markt te halen. Zou je ervoor kiezen de gezondheidszorg vanuit dat perspectief te bekijken, dan blijkt die vreemde trekken te vertonen. Vanuit economisch opzicht bedraagt de overcapaciteit 40 tot 70%. Het is een kwestie van keuzen maken: of je houdt drie stoomlocomotieven op de rails, of je vervangt die door een elektrische locomotief. Die is veel efficiënter en goedkoper, maar in de huidige politieke constellatie wil men koste wat kost vasthouden aan die drie stoomlocomotieven. Zou men proberen daaraan te tornen, dan komen de vakverenigingen van stoommachinisten, de Orde van Nederlandse Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, onmiddellijk in het geweer. Hun lobby is bijzonder sterk; een veelverdienende specialist hoeft maar een paar procent van zijn inkomen aan het lobbywerk te besteden om er een factor van belang van te maken.

Het op een andere manier aanbieden van gezondheidszorg veronderstelt het oplossen van dit politieke dilemma; technisch is het geen probleem. Dat de politiek niet ingrijpt komt omdat het de gezondheidszorg uitsluitend op het macroniveau bekijkt. Wie naar nieuwe distributiemodellen zoekt kijkt naar microniveau, en dat doen politici niet. Die zijn tevreden als op macroniveau alles klopt. De deal is dat de politiek de sector met rust laat als die binnen de afspraken blijft. De sector is gewend die marges altijd met zo'n 5% te overschrijden, maar eigenlijk is de heibel die dan stevast ontstaat niets anders dan een ritueel dat bij het spel hoort.

Dat dit spel alsmaar doorgaat komt door het ontbreken van een *counterveiling power*. De klant is niet in de positie om dat te zijn. Dat kun je hem niet kwalijk nemen. Het is als vroeger in de Sovjet-Unie: wat voor zin heeft het te klagen over een Lada? Het enige alternatief is een andere Lada. En als die niet bevalt, nog een andere Lada. De consument gedraagt zich volkomen passief. Maar wat moet hij anders? Het is heel begrijpelijk.

Dat de vakbonden van stoommachinisten zich zo gedragen als ze doen is ook heel natuurlijk. Het gaat om enorme belangen, en het gaat ook om dikke salarissen, die vaak op niets gebaseerd zijn. Een apotheker maakt misschien minder dan 3% van zijn tijd gebruik van zijn expertise, de rest van de tijd doet hij niets anders dan voorgeschreven medicijnen over de toonbank schuiven. En daarmee strijkt hij tonnen aan salaris op. Microbiologen verdienen soms een miljoen, zonder iets te doen. Hoe komt dat? Omdat de vakbonden erin geslaagd zijn protocollen voor te schrijven, die naderhand nooit meer worden bijgesteld. De techniek maakt het mogelijk veel wat vroeger handmatig gebeurde te automatiseren, en

Jaap Maljers

Jaap Maljers is medicus en ondernemer

(zie [www. Plexus.nl](http://www.Plexus.nl), www.alant.nl, [www. Zorgdomein.nl](http://www.Zorgdomein.nl), [www. Visionclinics.nl](http://www.Visionclinics.nl)).

het eigenaardige van de Nederlandse situatie is dat de winst die daarmee wordt geboekt volledig aan de specialisten wordt toegekend. Radiologen krijgen voor sommige handelingen vergoed op basis van een tijdsbesteding van drie kwartier, terwijl daarvoor nu nog maar vier minuten nodig is. Ondertussen kan de arts zichzelf de beste dokter op aarde wanen, want de kwaliteit van het product dat hij levert is niet transparant. Vergelijking met wat andere artsen presteren is vaak niet mogelijk. Vreemd genoeg verzet de politiek zich tegen deze transparantie, met als motief dat het bureaucratie in de hand zou werken. Kun je je voorstellen dat de politiek de mogelijkheid de kwaliteit van garages te vergelijken zou frustreren? Ondertussen ontbreekt het op het ministerie aan de expertise om dat te doen, of om de kwaliteit en de noodzaak van allerlei protocollen te toetsen. En zo blijven de budgetten in de gezondheidszorg zonder relatie met de kwaliteit en de kwantiteit van wat gepresteerd wordt.

Zolang niets verandert zal het ziekenhuis op basis van bestaande conventies worden gebouwd. Wat je dan krijgt is wat bij het Bossche Medisch Centrum gebeurt: de huidige verhoudingen in beton gegoten. Architecten moeten het als een onderdeel van hun vak zien vraagtekens te plaatsen bij noodzaak en logica van ziekenhuisprogramma's. Ze moeten dat niet overlaten aan de programmeurs. Dat die denken dat het ziekenhuis voor minstens de helft niet te decentraliseren is komt ook alleen maar doordat ze van bepaalde premissen uitgaan. Waarom moet bij elk ziekenhuis een afdeling voor spoedeisende hulp komen? Waarom moet er overal opleidingscapaciteit zijn? Waarom moet elk specialisme overal in de volle breedte uit te oefenen zijn? Laat je die premissen varen, dan is het niet nodig van het ziekenhuis meer over te laten dan 15 tot 30 %. Een rationele distributie zou kunnen bestaan uit de eerste lijn, dan in de tweede lijn voorzieningen voor aandoeningen op het niveau van liesbreuken en dergelijke – bijvoorbeeld in zelfstandige poli's – en daarboven een beperkt aantal ziekenhuizen dat op regionaal niveau opereert. Dat de consument daarmee gebaat zou zijn staat wel vast – maar dergelijke vernieuwende scenario's worden pas realistisch als de politiek besluit zich niet langer klakkeloos neer te leggen bij wat de vakbonden van stoommachinisten te zeggen hebben.

Geschiedenis van de polikliniek

De polikliniek is geen typisch Nederlands verschijnsel, maar is hier wel uitzonderlijk goed ontwikkeld. Het ontstaan ervan markeert de evolutie van het ziekenhuis van armenhuis zonder specialistische zorg naar de hoogwaardige medische voorziening van vandaag. Tot het begin van de twintigste eeuw hielden specialisten praktijk aan huis, daarna sloot een groeiend aantal contracten met ziekenhuizen, wat hen het recht gaf een deel van de patiënten daar (in de zogenaamde 'toegewezen bedden') te behandelen. Consultatie geschiedde vaak nog in de praktijk aan huis. De voordelen van een verbintenis met het ziekenhuis bleken al snel: het ziekenhuis werd verantwoordelijk voor de aanschaf, het onderhoud, de afschrijving van de apparatuur en leverde ook het personeel om die te bedienen en te onderhouden. Het verplegend personeel stond uiteraard eveneens op de loonlijst van de ziekenhuizen, die daarmee een ideale operationele context voor steeds meer specialismen vormde. Het voordeel van de ziekenhuizen lag in het vergroten van het medisch aanbod, en dus van het marktaandeel, en het aan zich binden van een groter en diverser corps specialisten. Door deze van buiten aangetrokken doktoren ook in het reguliere ziekenhuis te laten werken, voor die patiënten die voor kortere of langere tijd moesten worden opgenomen, was het niet nodig daarvoor een apart echelon medici te contracteren, zodat peperdure doublures voorkomen konden worden. Voordeel voor de specialist was de beschikking over een veel betere outillage dan aan huis mogelijk was met een grotere bedrijfszekerheid en tegen geringere kosten, en zonder de noodzaak in ruil daarvoor de status als zelfstandig ondernemer te hoeven opgeven. De trek van de specialist met praktijk aan huis naar het ziekenhuis nam in de jaren vijftig van de vorige eeuw een hoge vlucht, met het ontstaan van de polikliniek als gevolg.

De eerste generatie poliklinieken was gevestigd in duidelijk herkenbare vleugels van het ziekenhuis, waarvan de architectuur tot in de jaren zestig in het teken stond van het 'synthetisch modernisme'. Synthetisch omdat het ziekenhuis een samenstel was van drie hoofdfuncties: het beddenhuis, traditioneel verreweg het grootste deel, het behandelhuis en als nieuwe loot aan de stam de polikliniek. Volgens de opvattingen van het functionalisme vroegen deze drie hoofdfuncties om hun eigen architectonische expressie. Het beddenhuis was in essentie een verblijfs- en herstelgebouw (meer dat dan een hotel, de huidige referentie); het behandelhuis een tempel van de medische wetenschap en technologie, en de polikliniek een combinatie van medische techniek en verkeersruimten: gangen en wachtkamers verweven in grote aantallen behandel- en consultatieruimten en afdelingen met zwaarder medisch geslacht. Vanaf de jaren zestig werd het beddenhuis relatief steeds kleiner, bleef het behandelhuis min of meer even groot, en groeide de polikliniek in steeds sneller tempo. Deze trends ontstonden door verkorting van de ligduur en de toenemende mogelijkheden van (poli)klinische behandeling.

Zolang geen van de drie hoofdfuncties de neiging tot krimp vertoonde – analoog aan de snelle bevolkingsgroei (de 'babyboom') nam ook de omvang van de ziekenhuizen alleen maar toe – was er geen functioneel of logistiek motief om deze hoofdopzet van het ziekenhuis als een compositie van drie hoofdbestanddelen te veranderen. Talloze K-typen, H-typen en breedvoetziekenhuizen werden gebouwd, die echter in de loop van de jaren zeventig steeds vaker als 'medisch bolwerk' werden bekritiseerd. Ideologisch getinte kritiek was de belangrijkste motivatie voor het laagbouwziekenhuis, dat tot de vroege jaren negentig populair was en waarin het heldere onderscheid in hoofdmotieven ongedaan werd gemaakt door alle componenten min of meer modulair gelijk te schakelen en te

koppelen aan een voorsnog eenvoudige logistieke hoofdstructuur. Zo ontstonden de kam- en carréziekenhuizen, vaak met een bewust nagestreefde zekere dorpse sfeer.

De mogelijkheid van krimp (als gevolg van verbeterde diagnose en behandeling en een kortere ligduur) manifesteerde zich in de ziekenhuiswereld voor het eerst rond 1990, met twee divergerende tendensen als gevolg: een fusiegolf die bij verlaging van het aantal bedden per inwoner toch tot grotere ziekenhuizen leidde, en binnen de ziekenhuizen het zoeken naar strategieën om de krimp van sommige onderdelen – vooral het beddenhuis – te compenseren door de groei van andere – in de eerste plaats de polikliniek. Dat maakte het logisch verpleegafdelingen en poli's in elkaars nabijheid onder te brengen: de groeiende poli's konden de krimpende verpleegafdelingen langzaam overnemen. Het spreekt voor zich dat deze strategie het onmogelijk maakte de poli een krachtige eigen uitstraling te geven. Het type ziekenhuis met grote hallen en atria volgde de kam- en carréstructuren op; de nadruk op grote hallen en verkeersruimten leidde in de grotere voorbeelden – voornamelijk de grote academische ziekenhuizen – tot het model van een stad-in-de-stad.

In al deze stadia van haar ontwikkeling maakte de poli altijd onderdeel uit van het reguliere ziekenhuis. Pas aan het eind van de jaren negentig kondigde zich een rijker landschap aan, voor een deel een gevolg van de wens na fusies een deel van de opgegeven ziekenhuislocaties toch als medische voorzieningen voor de onmiddellijke omgeving te behouden. In dat geval lag het meestal voor de hand enkele poli's voor de behandeling van de meer alledaagse aandoeningen open te houden. Als satellieten van een centraal (fusie-)ziekenhuis openden deze buitenpoli's nieuwe perspectieven. Tegelijkertijd werd het steeds belangrijker poli's zo te ontwerpen dat ze steeds grotere aantallen patiënten steeds efficiënter konden verwerken en steeds flexibeler te worden zonder dat de altijd noodzakelijke aanpassingen de bedrijfsvoering in de overige afdelingen van de poli in de weg stonden. Deze tendensen vormen het voorlopige sluitstuk van de evolutie van de polikliniek, die een vervolg zou kunnen krijgen in de in deze ontwerpstudie gepresenteerde plannen.

Hier volgt een beeldessay.

1940-1950

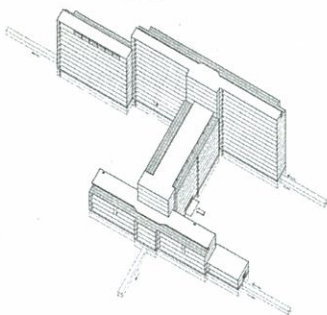
Tijdens en vlak na de Tweede Wereldoorlog werden in Zwitserland, Zweden en Amerika ziekenhuizen gerealiseerd die van invloed waren op de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland.

Een van de nieuwe ontwikkelingen in die landen was het ontstaan van poliklinische afdelingen binnen de ziekenhuizen. Deze afdelingen waren wel duidelijk te onderscheiden van de verpleegafdelingen. Ook de diagnose en consultatie verhuizen naar het ziekenhuis.

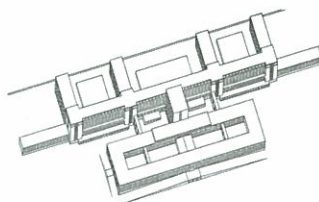
Uit de Verenigde Staten een voorbeeld van een standaard ziekenhuis met vijftig bedden. Op de achtergrond het beddenhuis, op de voorgrond de polikliniek en daartussen de behandelafdeling. Op de bovenste laag van de behandelafdeling bevinden zich de operatiekamers.



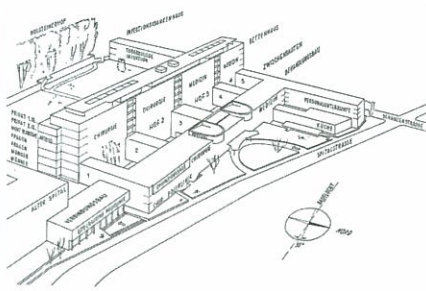
Een Zweeds voorbeeld is het Universiteitsziekenhuis, Lund, G. Birch-Lindgren en S. Hornyánszky. Een H-model. Voordeel daarvan was dat het sterk geconcentreerd was. De diagnose en behandelafdelingen zijn ondergebracht in het centrale gedeelte, dat aan de ene zijde is verbonden met het beddenhuis (het hoge gedeelte) en aan de andere zijde (voorzijde) met de poliklinieken.



Een ander Zweeds voorbeeld is het Södersjukhuset, Stockholm, H. Cederström (1944), een ziekenhuis voor 1.200 bedden. Het beddenhuis heeft de vorm van een kam. De behandelafdeling en poliklinieken zijn ondergebracht in het rechthoekige lage blok.



Een voorbeeld uit Zwitserland is het Burgerspital, Bazel, van H. Baur (1937-1946). Ook hier is sprake van een soort kamstructuur. Aan de achterzijde het beddenhuis en aan de voorzijde onder andere de behandelafdelingen en poliklinieken.



1945-1960

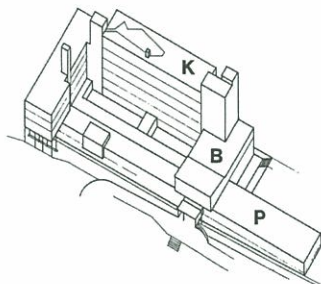
Onder invloed van Amerika, Zweden en Zwitserland is in Nederland vlak na de oorlog sprake van de gang van de specialist naar het ziekenhuis. Ziekenhuistypen die in deze periode worden gebouwd zijn de T-, K- en H-typen.

De belangrijkste specialismen met poliklinieken in het ziekenhuis zijn aanvankelijk:

- keel-, neus- en oorziekten,
- chirurgie,
- orthopedie,
- gynaecologie.

Een voorbeeld van het H-type is: Juliana Ziekenhuis, Terneuzen. J.P. Kloos (1947-1954)

De poliklinieken liggen in het verlengde van de administratieve vleugel. Het behandelhuis vormt de verbinding tussen de polikliniek en het beddenhuis (aan de zijde van de polikliniekafdeling bevindt zich de röntgenafdeling). De polikliniekafdeling heeft een eigen ingang en is gemakkelijk uit te bereiken zonder dat het consequenties heeft voor de rest van het complex.



K = kliniek

B = behandelhuis

P = poliklinieken



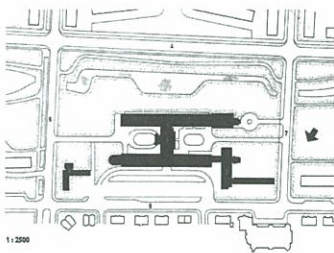
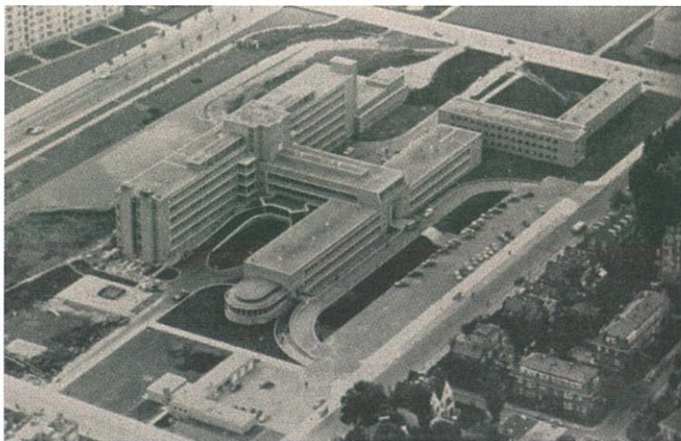
Rode Kruis Ziekenhuis, Den Haag. J.M. Luthmann (1950-1960)

368 bedden

H-type

Luthmann maakte voor zijn ontwerp voor het Rode Kruis Ziekenhuis een studiereis naar ziekenhuizen in Zwitserland, Zweden en Frankrijk.

Aan de zuidzijde ligt het vijf verdiepingen tellende beddenhuis; aan de noordzijde zijn in het lage bouwblok de poliklinieken, de administratie, laboratoria en magazijnen ondergebracht. In dit bouwdeel bevindt zich tevens de hoofdingang. In het deel dat beddenhuis en polikliniekvleugel met elkaar verbindt is onder andere de operatieafdeling ondergebracht (zie ramen boven de ingang).



1945-1960

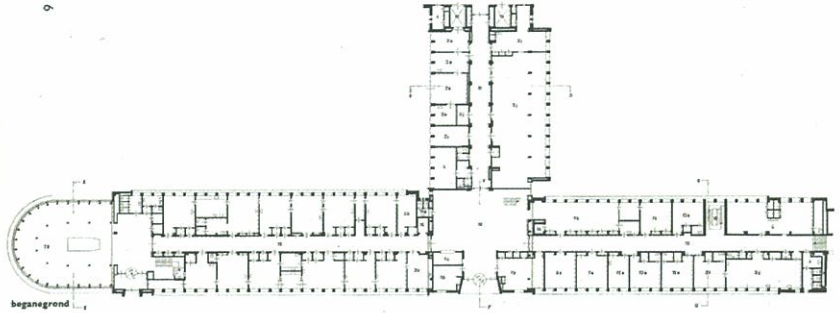
Iets meer dan 5% van het ziekenhuis wordt in beslag genomen door de polikliniek.

De polikliniek bevindt zich aan de linkerkant.

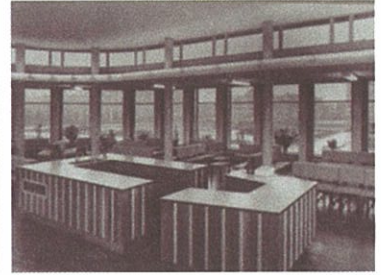
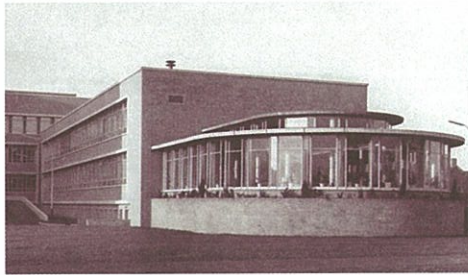
Totale oppervlakte van het ziekenhuis (exclusief huisvesting personeel): 19.393 m²

Oppervlakte diagnostiek en behandeling: 3.734,6 m²

Oppervlakte polikliniek: 998,9 m²

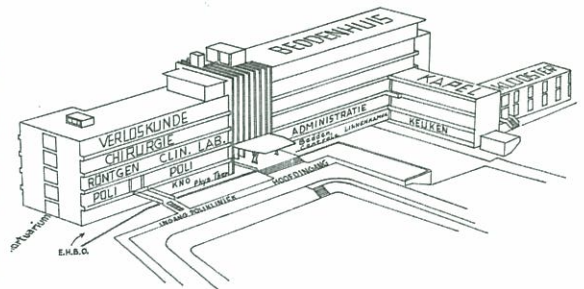


De wachtkamer van de poliklinieken bevindt zich in het halfronde bouwdeel aan een van de uiteinden van de vleugel.



Sint Barbara Ziekenhuis, Geleen. Ir. A. Swinkels en ir. B. Salemans (1954-1964)

De polikliniek heeft een aparte ingang. De röntgenafdeling ligt tussen de chirurgische afdeling en de poliklinieken.



1945-1960

Diaconessenhuis, Breda. M.F. Duintjer en D.J. Isha (1951-1960)

210 bedden

T-model

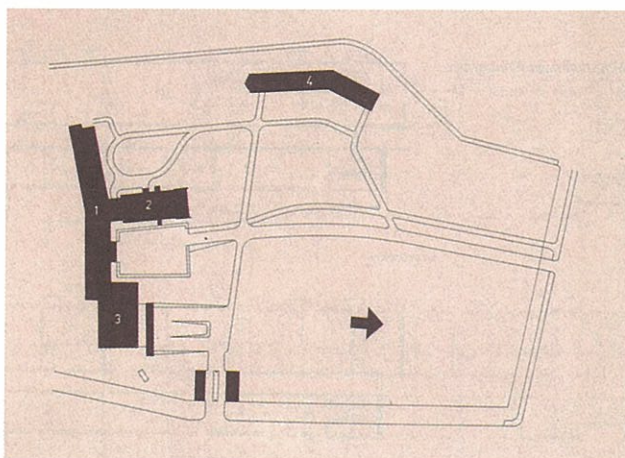
In de poot van de T (2) bevinden zich de vertrekken voor diagnostiek en behandeling.

1 beddenhuis

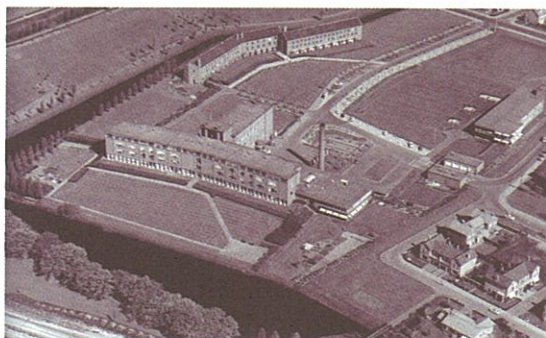
2 behandelhuis en polikliniek – de poliklinieken bevinden zich op de begane grond van de poot

3 diensthuis

4 zusterhuis



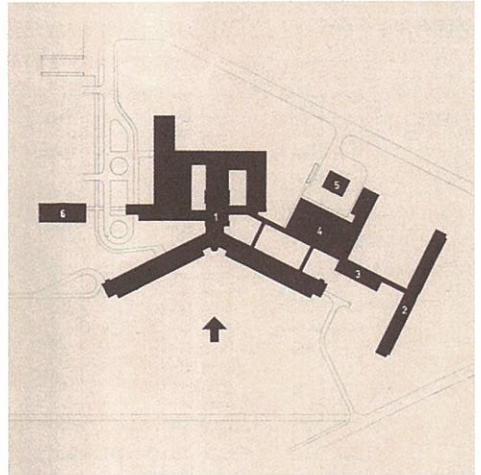
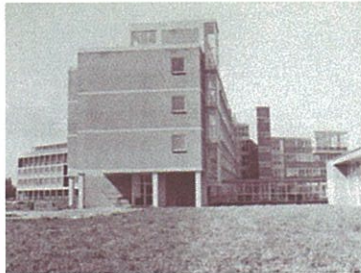
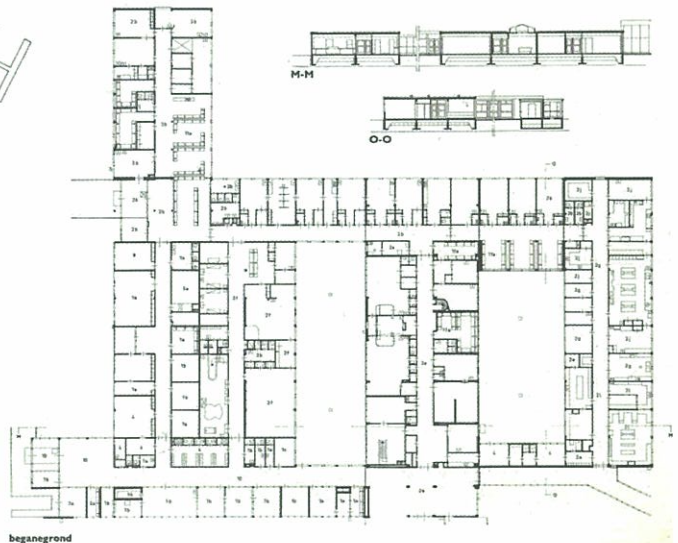
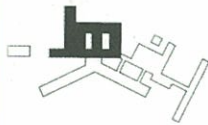
De poliklinieken beslaan 3,3% van het gehele ziekenhuis.

Totale oppervlakte van het ziekenhuis (exclusief huisvesting personeel): 11.283,7 m²Oppervlakte diagnostiek en behandeling: 1.952,4 m²Oppervlakte polikliniek: 374,5 m²

1945-1960

Prinses Irene Ziekenhuis, Almelo. J.P. Kloos (1950-1960)**359 bedden****Kloos noemde het een stertype – je kunt het ook beschouwen als een variant op het K-type.****De polikliniek ligt op de begane grond en is aangesloten op de centrale verkeersader in het beddenhuis. De polikliniek heeft een aparte ingang.**

- 1 hoofdgebouw
- 2 zusterhuis
- 3 eetzaal
- 4 economiegebouw
- 5 ketelhuis
- 6 rijwielstalling personeel

**De poliklinieken beslaan 4,6% van het gehele ziekenhuis.****Uitbreiding van de polikliniek kan eenvoudig gerealiseerd worden.****Totale oppervlakte van het ziekenhuis (exclusief huisvesting personeel): 18.421,5 m²****Oppervlakte diagnostiek en behandeling: 3.194,2 m²****Oppervlakte polikliniek: 852,3 m²**

- 1 poliklinieken
- 2 directie
- 3 administratie
- 4 fysieke therapie
- 5 röntgenafdeling
- 6 laboratorium

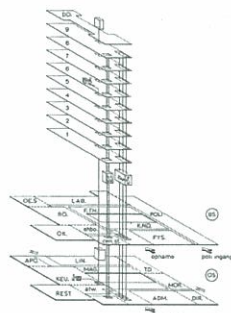
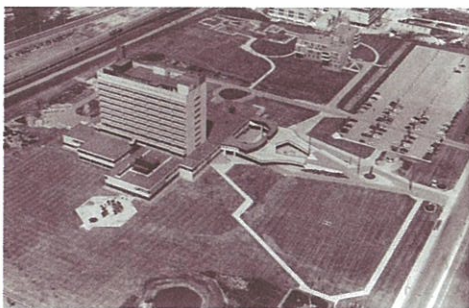
1960-1970

Vanaf de jaren zestig wordt de polikliniekafdeling uitgebreider. De medische wetenschap en technologie maken een snelle ontwikkeling door. Dure en geavanceerde apparatuur bindt de specialist in toenemende mate aan het ziekenhuis. Verdieping van kennis en de verdergaande specialisatie maakt het onderlinge contact tussen specialisten bovendien belangrijker. Er vindt een verkorting van de verpleegduur plaats.

Door de opmars van de polikliniek verandert de betekenis van het ziekenhuis. Het ontwikkelt zich tot een plek waar de meest gespecialiseerde medische disciplines en de meest geavanceerde apparatuur zijn samengebonden. Het ziekenhuis ontwikkelt zich tot een medisch bolwerk. Het *breitfuß*-type doet zijn intrede.

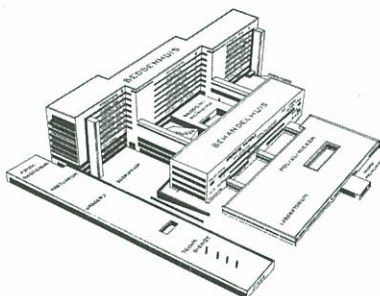
Een voorbeeld van deze ontwikkelingen is het Diaconessenhuis in Eindhoven (1956-1966) naar ontwerp van W.F. Lugthart.

Er is een duidelijke scheiding tussen het beddenhuis en de meer dynamische afdelingen, waaronder de poliklinieken. Het negen verdiepingen tellende beddenhuis staat op een twee verdiepingen tellende platte, brede schijf. Op de begane grond liggen de administratie, de directie, de keukens en de technische afdeling. Hier bevindt zich tevens de ingang voor de bezoekers. Op de laag erboven bevinden zich de medische functies: de onderzoeks- en behandelafdeling, de poliklinieken, de opname en de EHBO.



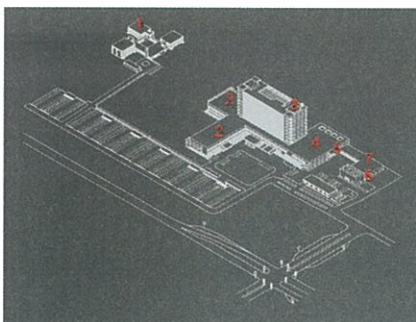
Sint Elisabeth's of Groot Gasthuis, Haarlem. Kruisheer + Hallink (1962-1972)

In Haarlem liggen de polikliniek- de behandelafdeling en het beddenhuis niet op elkaar maar achter elkaar. Een variant op het *breitfuß*-type. De polikliniek heeft een eigen ingang.



Willem Alexander Ziekenhuis, Den Bosch. Architectenbureau Wiegerinck (1966-1974)

Architectenbureau Wiegerinck ontwierp in deze periode een soort standaardziekenhuis volgens het *breitfuß*-model. De poliklinieken zijn zoals gebruikelijk ondergebracht in de platte schijf, die op verschillende plaatsen uit te breiden is.



- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 1 personeelscentrum | 5 aula |
| 2 poliklinische afdelingen | 6 mortuarium |
| 3 beddenhuis | 7 technische dienst |
| 4 keuken en restaurant | |

1970-1980

In de jaren zeventig krijgt de medisch-technische uitrusting van het ziekenhuis een grotere spreiding. Het aantal medische specialisten per ziekenhuis neemt in het begin van de jaren zeventig met 5% per jaar toe. Er is een enorme groei van het aantal laboratoriumverrichtingen en functieonderzoekingen, vooral ook voor de poliklinische patiënten.

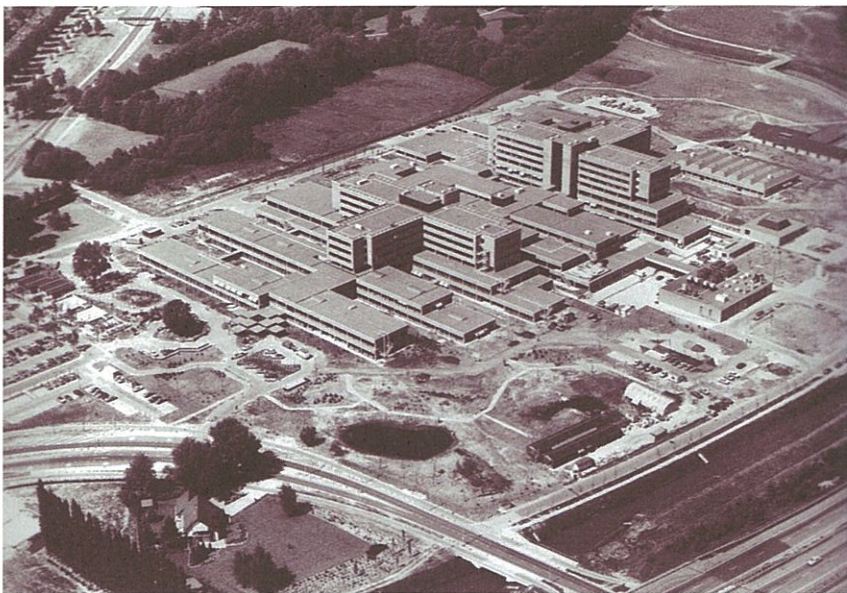
Het beeld van het ziekenhuis is totaal veranderd. Was in de jaren vijftig en zestig het beddenhuis het grootste en belangrijkste bouwdeel, in de jaren zeventig beslaat het nauwelijks meer de helft van het gebouw. De spreekurafdelingen en de zogenaamde 'nevenafdelingen' gaan nu het gezicht van het ziekenhuis bepalen.

Flexibiliteit wordt een belangrijk thema. Ziekenhuizen moesten gemakkelijker uit te breiden zijn. Ten gevolge daarvan ontstaat een nieuw type: de zogenaamde kamstructuur.

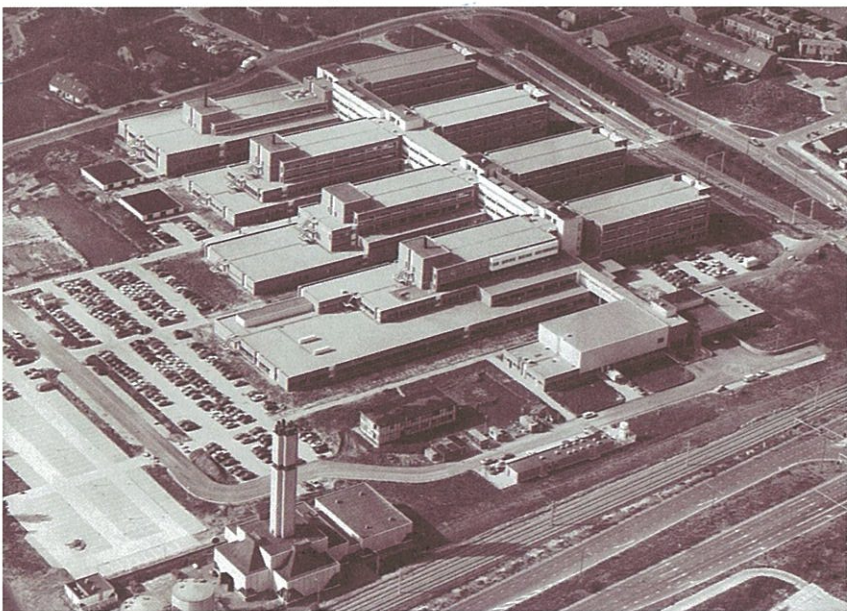
Een voorbeeld uit deze periode is:

Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg. Architectenburo Roelofs Nijst Lucas (1973-1982)
750 bedden

Dubbele kamstructuur. Het geheel wordt in kleinere bouwdelen opgedeeld. De paviljoens zijn afzonderlijk uitbreidbaar.



Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein. Campman Tennekkes Architecten (1975-1983)
Eveneens een ziekenhuis opgezet volgens een dubbele kamstructuur.



1980-1990

In de jaren tachtig wordt flexibiliteit een van de belangrijkste kwesties. Door de enorme groei van de poliklinieken zijn de ziekenhuizen uit de voorgaande jaren steeds maar gewijzigd en uitgebreid. Nu probeert men een type te ontwikkelen dat gemakkelijk uit te breiden of te wijzigen is, zonder dat dit ten koste gaat van de hoofdvorm.

Dit leidt tot het ontstaan van de zogenaamde 'open-eindtypen'. Het beddenhuis is niet meer te onderscheiden van de rest van het ziekenhuis. Er wordt meer aandacht besteed aan de 'openbare ruimten' binnen het ziekenhuis, die bovendien in omvang toenemen.

Oosterscheldeziekenhuis, Goes. Kruisheer Hallink Arends architecten (1979-1987)

Vertakt kruistype. De armen van het gewone kruistype vertakken zich halverwege nog een keer. De toegangen tot het gebouw bevinden zich in het centrum. Aan de ene zijde de verpleegafdelingen, aan de andere zijde onder andere de poliklinieken, behandelafdelingen en administratie. Poliklinieken zijn in roze aangegeven.



Begane grond

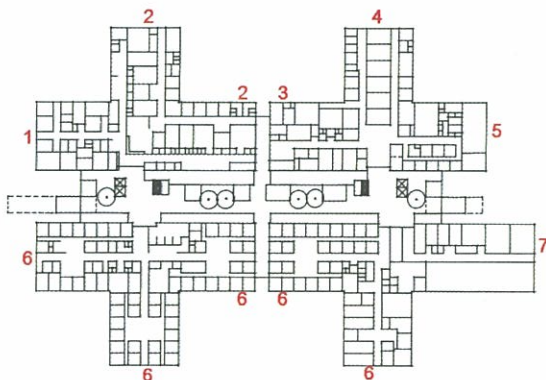


Eerste verdieping



Streekziekenhuis Waterland, Purmerend. Campman Tennekes De Jong Architecten (1980-1988)

Het ziekenhuis bestaat uit een grote overdekte middenstraat, een passage met aan weerszijden in verschillende delen uit elkaar gehaald de medische afdelingen. Op de begane grond bevinden zich onder andere de poliklinieken. Op de eerste verdieping de diensten, de laboratoria en de operatieafdeling, op de tweede en derde verdieping bevinden zich de verpleegafdelingen.



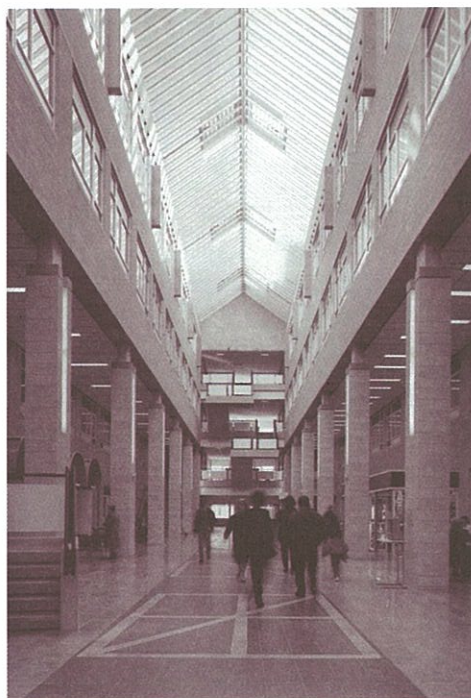
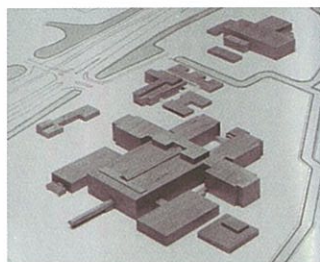
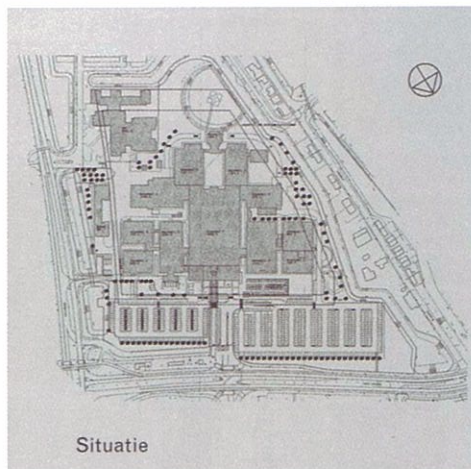
Plattegrond begane grond

- 1 functieafdeling
- 2 röntgenafdeling
- 3 mortuarium
- 4 eerste hulp en poliklinische behandeling
- 5 fysiotherapie
- 6 spreekuurafdeling
- 7 werkplaatsen en magazijnen

1980-1990

Merwedeziekenhuis, Dordrecht. EGM architecten (1981-1989)

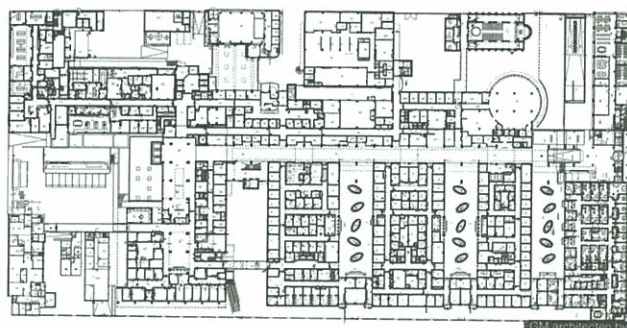
Eveneens een grote binnenstraat. De beddenhuizen bevinden zich aan de achterzijde. De onderzoeks- en behandelafdelingen bevinden zich evenwijdig aan de binnenstraat.



1990-2000

In de jaren negentig vinden veel herstructureringen en uitbreidingen van bestaande ziekenhuizen plaats. Poliklinieken raken sterk vervlochten met de rest van het ziekenhuis. Er is meer aandacht voor de vormgeving (een ontwikkeling die in de jaren hiervoor al was ingezet). Die aandacht richt zich overigens nog steeds vooral op openbare ruimten, zoals ingangshallen en wachtruimen. Daar is meer ruimte om iets extra's te doen.

OLVG, Amsterdam. EGM Architecten (1988-)



Inrichting poliklinieken AZG, Groningen



2000-2005

Tussen 2000 en 2006 is een voortzetting te zien van de tendens die zich in de jaren negentig heeft ingezet: veel herstructureringen waarbij veel aandacht voor vormgeving is. Er zijn echter ook weer meer nieuwbouwprojecten (waarvan sommige in voorbereiding, of in aanbouw). De bouwstenen van het Bouwcollege worden losgelaten en ziekenhuizen krijgen meer vrijheid. Poliklinieken zijn doorgaans sterk vervlochten met de rest van het ziekenhuis.

Westfries Gasthuis, Hoorn. Architectengroep Duintjer (2005) Nieuwbouw



Interieur Hoorn



Atrium Medisch Centrum Heerlen. Architecten aan de Maas (2006) Uitbreiding





Het onderzoek

Deze studie naar de polikliniek van de toekomst is gemarkeerd door een aantal bijeenkomsten. Op 8 november 2006 lichtte Gert-Jan Dijkmans van Gunst, YNNO, de betekenis toe van de ICT-technologie voor de veranderende relatie tussen patiënt en polikliniek, waarna Cor Wagenaar de inzet van de studie verduidelijkte. Deze bijeenkomst vond plaats in het Leids Universitair Medisch Centrum en werd besloten met een rondleiding van Pieter Walraad (EGM architecten) door de nieuwbouw van het opleidings- en onderzoeksgebouw.

De definitieve ontwerpogave werd in de Academie van Bouwkunst te Rotterdam gepresenteerd. Dat gebeurde op 8 december. Henk de Jong (De Jong, Gortemaker Algra architecten en ingenieurs) gaf een toelichting op de projecten voor IJssland en Leuven, waarna Jonts van Iterson en Marieke Govaert (beiden van AT Osborne) hun inzichten over de toekomst van de poli uit de doeken deden.

Op 9 februari 2007 kwamen de deelnemers opnieuw bijeen, ditmaal in de bouwkeet van het nieuwe Deventer ziekenhuis dat naar ontwerp van Henk de Jong wordt gebouwd. Gert Jan Dijkmans van Gunst presenteerde het elders in deze publicatie uitvoerig toegelichte ICT-concept van Jan Kremer, waarna Jan-Paul van Wingerden (Spine & Jointcentre Rotterdam) zijn ervaringen met een kleinschalige, gespecialiseerde polikliniek besprak.

Op 13 april werden de deelnemers ontvangen in het nieuwe Martini Ziekenhuis in Groningen, een ontwerp van Arnold Burger (Burger Grunstra Architecten Adviseurs), die met Jack Thiadens, voorzitter van de Raad van Bestuur, een rondleiding verzorgde. De middag werd afgesloten met een presentatie van zes voorontwerpen.

Op 1 juni werden de deelnemers ontvangen door de Zorggroep Almere, die de daar gepresenteerde plannen woog tegen de eigen initiatieven om het zorglandschap in Nederlands jongste stad op een nieuwe leest te schoeien. Voorlopig sluitstuk van het project was de eindpresentatie voor de leden van de Stagg, die op 19 juni in het Medisch Centrum Alkmaar plaatsvond. Arnold Burger leidde de bezoekers vervolgens rond door de nieuwe polikliniek waaraan op dat moment de laatste hand werd gelegd.

Ontwerpopgave polikliniek

Opzet: een zo realistisch mogelijk *scenario* voor de polikliniek van de toekomst

Opdrachtgever

Een nieuwe marktpartij (NB: ook op te vatten als een non-profitorganisatie!). De *board of directors* wordt gevormd door de redacteuren en vertegenwoordigers van het veld: iemand die de managementzijde beheerst, iemand die de specialisten vertegenwoordigt, een arts of bestuurder die ervaring heeft met innovaties op het gebied van de ICT, et cetera.

Ambities

- De opdrachtgever wil een reeks poliklinieken met een duidelijke *corporate identity* (à la Starbucks). Kern is de polikliniek als *gezondheidscentrum*. Deze poliklinieken zijn opgevat als volkomen zelfstandige instellingen, geheel los of bij een bestaand ziekenhuis, maar in het laatste geval met eigen ingang, eigen voorzieningen en ook in organisatorische zin onafhankelijk.
- De polikliniek bevat een zo ruim mogelijk aanbod van specialisaties die los van ziekenhuizen kunnen bestaan. (Wordt een poli bij een bestaand ziekenhuis geprojecteerd, dan geldt dat slechts als back-upfaciliteit voor het geval zich in de poli medische calamiteiten zouden voordoen.)
- Het gezondheidscentrum moet het hele zorgtraject beslaan dat hoort bij de categorieën patiënten die er worden behandeld: van preventie tot revalidatie.
- Uitgangspunt zowel bij de logistieke als ruimtelijke organisatie is het perspectief van de patiënt, van binnenkomst tot het verlaten van de kliniek.
- De opdrachtgever zet in op de lange termijn. Hij gaat ervan uit dat investeringen in kwaliteit uiteindelijk rendabel zijn.

Businessconcept

Onze fictieve opdrachtgever houdt er bij zijn investeringen rekening mee dat op termijn een zo groot mogelijk deel van de voorzieningen, inclusief de gebouwen, van de collectieve naar de private sector zal worden overgeleverd. Het valt hem op dat een groot deel van de gebouwen in de gezondheidszorg in beslag worden genomen door niet specifiek medische voorzieningen (kantoren, restaurants, et cetera). Deze zijn bepalend voor het karakter van het gebouw en de manier waarop dat zich aan de patiënten manifesteert. Ze kunnen in grote mate bijdragen aan het *medisch* functioneren ervan (stressverhogend of -verlagend), maar nochtans zijn het generieke, geen specifieke bestanddelen. Hij gaat ervan uit dat deze daarom weliswaar een onmisbaar onderdeel van de poli blijven uitmaken, maar in het *business concept* kunnen worden ondergebracht in een separaat bedrijfsonderdeel, dat onder de *holding* valt, maar buiten elk medisch (bouw-)regime kan blijven. Daarin ziet hij mogelijkheden de kwaliteit van de hele polikliniek aantrekkelijk te verhogen. Bovendien voorziet deze structuur in het aantrekken van extra gezondheidsgerelateerde voorzieningen uit het voor- en natraject (preventie, revalidatie), en bij niet-transitogerelateerde vestigingslocaties van buurtgerelateerde functies (scholing: dieet en beweging, et cetera). Daarnaast is een breed scala aan meer commerciële diensten eveneens zeer welkom.

De opdrachtgever streeft een directe band met de klant na. Niet de financiers (verzekeringsmaatschappijen) bepalen omvang, karakter, kwaliteit en uitstraling, maar de klant doet dat, en wel op een wijze die overeenkomt met de manier waarop de vraag het aanbod buiten de collectieve sector wordt geacht te bepalen. Hiervoor worden nieuwe wegen geëxploreerd: van ICT en persoonlijke zorgdossiers tot een persoonlijke zorgaccountant, mogelijkwerwijze de huisarts, die de persoonlijke dossiers weliswaar niet beheert, maar de klant wel bijstaat bij het maken van beslissingen die zijn gezondheid betreffen.

Locaties

De opdrachtgever wil een (regionaal) dekkend netwerk en de verschillende centra laten aansluiten bij het specifieke verzorgingsgebied. Suggesties voor locaties:

- transferium, station, vliegveld (transito),
- winkelcentra, woonmall (winkels),
- vakantiepark, luxe hotel (*leisure*),
- binnenstad (combinatie van de vorige *plus* stedelijke cultuur),
- stadsuitbreidingen uit de jaren vijftig en zestig (als onderdeel van stedelijke vernieuwingsprocessen),
- platteland (natuur & rust).

Bij de laatste drie mogelijke vestigingslocaties wordt *fine tuning* met het specifieke verzorgingsgebied nagestreefd (bevolkingskarakteristieken, et cetera).

Karakter van de klinieken
(onderdeel van de *corporate identity*)

- NB: de generieke voorzieningen, die nu al onderdeel uitmaken van poliklinieken en ziekenhuizen (cafés, restaurants, winkels), de extra aan te trekken voorzieningen in deze categorie, en de medisch gerelateerde voorzieningen uit voor- en natraject worden geacht de gewenste, specifieke *corporate identity* uit te dragen. Voorkomen moet worden dat het complex in niets verschilt van het gebruikelijke winkelcentrum, vakantiepark of om het even welke andere vergelijkbare concentratie van voorzieningen, zelfs wanneer de exploitatie van sommige onderdelen aan de bekende ketens zou worden uitbesteed. Belangrijk is de uitstraling als gezondheidscentrum.
- Diversificatie: samenvoegen van herhaalde standaardruimten teneinde die in *verschillende* ruimten te kunnen opdelen,
- integratie in de (sub-)urbane omgeving (functioneel, sociaal, fysiek),
- eliminatie van het wachten door
 - de patiënt,
 - halers/brengers,
- ICT : zorgdossiers, monitoring op afstand, regeling van afspraken en minimalisering van het wachten, et cetera,
- privacy,
- *personal touch* : maximale keuzemogelijkheden, aansluitend op *lifestyles*,
- social support: openbare ruimten, private ruimten voor contact met familie en vrienden,
- natuur? (i.s.m. revalidatie?)
- multicultureel?
- et cetera.

Concreet

De deelnemende bureaus kunnen volstaan met het ontwerpen van één kliniek in een van deze situaties, of een reeks klinieken. Het ontwerp heeft betrekking op:

- een complete polikliniek in een specifieke *setting*,
- de *corporate identity* van de nieuwe keten.

Het ontwerp bestaat uit:

- a) plattegronden, opstanden, doorsneden, perspectieven, situatie: tekeningen op 1:200, details 1:50,
- b) *story board*: visuele impressies van de parkeerplaats of openbaarvervoerhalte door de poli en weer terug,
- c) referenties.

De ontwerpen

Achtergrond van alle hier gepresenteerde ontwerpen is een omslag in de gezondheidszorg van een gesloten collectivistisch stelsel naar een 'normale' markt van dienstverlenende bedrijvigheid; een markt dus met een groot aanbod aan 'producten', of vergelijkbare producten in verschillende verpakking. Een markt met grote keuzemogelijkheden en talrijke partijen die op zoek zijn naar methoden van klantenbinding, waarmee ze zich van hun concurrenten hopen te onderscheiden. Dat veronderstelt niet alleen een fundamenteel andere, klantgerichte manier van denken bij de aanbieders, maar ook een forse inhaalslag bij de consumenten, die zich veel nadrukkelijker als kritische, kieskeurige klanten moeten manifesteren en in staat moeten zijn op basis van persoonlijke of leefstijlgerelateerde voorkeuren een keuze te maken uit een groot aanbod, dat zich ten minste even overzichtelijk laat 'doorbladeren' als de vakantiegids van de touroperator. Verondersteld is dat het medisch handelen zelf buiten de sfeer van het consumentisme blijft. In plaats daarvan richt dat zich op het niet-medische deel van het traject, waarmee in het algemeen de meeste tijd is gemoeid, vermoedelijk een groot deel van de kosten, en dat in de ervaring van de klant een grote rol speelt – niet in de laatste plaats omdat het 'normale' ervaringen betreft die hij heel goed kan beoordelen. De meeste voorstellen spelen dan ook in op de emancipatie van de klant als een van de voorwaarden voor de 'normalisatie' van gezondheidszorg.

'Normaal' is ook het streven naar een duidelijk herkenbare *corporate identity*: onderdeel van de strategie waarmee een *provider* specifieke doelgroepen aan zich tracht te binden. In het model dat Royal Haskoning Architecten ontwikkelde is deze identiteit direct aan Starbucks, de Amerikaanse koffieketen, ontleend; het distributiemodel is een variant op dat van Albert Heijn. Wiegierinck Architecten gebruikt de huid van het gebouw als algemeen beeldmerk van hun keten aan poliklinieken (en lijkt daarmee te refereren aan de manier waarop Duitse warenhuisketens als Horten de afwerking van de gevels als beeldmerk gebruikten). Het meest eenvoudige middel om de eigen identiteit uit te dragen bestaat natuurlijk uit het logo; tal van logo's passeren bij de ontwerppresentaties dan ook de revue, even zoveel merktekens van de transformatie van de poli in een normale dienstverlenende onderneming.

Onderdeel van de normaliseringsstrategieën die deze plannen belichamen is het ontkrachten van de scheidslijnen tussen het *hardcore* medisch bedrijf, dat tot de collectieve sector hoort en waarvan alleen gebruik wordt gemaakt wanneer dat noodzakelijk is, en meer op preventie en recreatie gerichte, gezondheidsbevorderende activiteiten buiten dit stelsel. Deze scheidslijn is immers eerder organisatorisch dan functioneel van aard, en als deze wordt ontkracht kan de polikliniek zich tot een gezondheidscentrum ontwikkelen. Fitnesscentra, wellnesscentra, sportvoorzieningen, voorlichtingsbureaus, organisaties die zich op het vlak van de preventie bewegen en op het creëren van een voor het stimuleren van het welzijn bevorderlijk klimaat maken daarom deel uit van alle projecten. In het *business* model – waaraan geen van de ontwerpers overigens expliciet refereert – zouden deze onder de niet-medische poot van de holding vallen, waarvan de groei en bloei alleen vanwege de economische betekenis ervan niet genoeg zou kunnen worden gestimuleerd.

Ook het concept van de *healing environment* en de overtreffende trap ervan, het *evidence based design*, ontbreekt in geen enkel voorstel. Het is dan ook onderdeel geworden van ten minste de standaardretoriek van elk zichzelf respecterende ontwerper van voorzieningen in de gezondheidszorg, zelfs als aan de *crux* van het *evidence based design*: het formuleren van meetbare uitgangspunten en het verrichten van *post occupancy evaluation* om te testen of de *targets* daadwer-

kkelijk zijn gehaald, vrijwel nooit wordt voldaan. Dat is ook in de onderhavige voorstellen niet het geval. Het blijft bij het opnemen van groen, het uitzicht naar buiten, en de veronderstelde gunstige effecten van een zorgvuldig ontwerp.

Het bedenken van nieuwe distributiemodellen, geïnspireerd op de modellen in de dienstverlenende sector buiten de gezondheidszorg, vormt de kern van alle hier gepresenteerde ontwerpen. Die bevinden zich tussen twee polen: de arts komt naar de patiënt, of de patiënt en de arts ontmoeten elkaar in de nieuwe buitenpoli; in sommige gevallen fungeert die als thuisbasis voor de specialist, in de meeste als tijdelijke werkplek waar hij maar een deel van de tijd aanwezig is, zodat hij ook in andere buitenpoli's en in het resterende centrale rompziekenhuis zijn functie kan vervullen. Waar weinig techniek nodig is ontstaan generieke poli's met eenvoudige onderzoeks- en behandelruimten. Wil het gebruik van peperdure technologie ook in de buitenpoli's mogelijk zijn, dan zal die mobiel moeten worden. In het voorstel van de Jong Gortemaker Algra bevindt deze zich in een truck die aanpluigt bij een wijkcentrum dat tegelijkertijd als buitenpoli figureert en in een poliklinische focuskliniek verandert zodra de betreffende specialist en zijn truck met apparatuur is aangekoppeld. Het *docking station* kan trucks van verschillende specialismen accommoderen, die de ronde maken langs een circuit van vergelijkbare of zelfs identieke *docking stations*. Atelier Pro stelt een vereenvoudigde versie voor, waarin de polikliniek als de vroegere SRV-wagen de buurt bedient; in principe zou deze wagen zowel hooggespecialiseerde als generieke poli's kunnen bevatten.

Het uitwisselen van kennis en het verrichten van medische ingrepen vormen twee onderscheiden categorieën. Kennis is met behulp van het internet eenvoudig uit te wisselen en het is zelfs mogelijk de elektronische telecommunicatie in te zetten voor constante, *real time monitoring*. Zowel het diagnosticeren als het voorschrijven van handelingen die de patiënt ook zelf kan doen – bijvoorbeeld het zichzelf toedienen van medicijnen – kan de patiënt dan thuis doen. Dat is de kern van het basisprincipe dat Atelier Pro voorstelt; voor ingrijpende behandelingen is de patiënt dan aangewezen op de SRV-wagen of de eivormige buurtpoli. *Monitoring* middels continue onlineverbindingen komen in verschillende voorstellen voor. Tegenover de voordelen van het vroegtijdig opsporen van aandoeningen staat echter het nadeel van een *big brother*achtige controle die wel eens minstens evenzeer in het belang van de verzekeraars als in dat van de consumenten zou kunnen zijn. Een variant met een meer persoonlijk karakter bestaat uit de *medical coach* of de zorgmanager; deze speelt een voorname rol in de *Medical Balance Centers* van Architecten aan de Maas, zonder dat die de rol van de huisarts in de optiek van de ontwerpers overbodig maakt – wellicht is de *medical coach* de huisarts van de toekomst.

Laagdrempeligheid is een belangrijk kenmerk van het voorstel van Wiegerinck Architecten, die de consument daarmee wil overhalen een volwaardige rol te spelen. De te geringe neiging om zich voor het nodig is in de aard van het product te verdiepen leidt tot een grote achterstand die, als puntje bij paaltje komt, meestal niet snel is in te lopen. Het *front office* van hun policoncept bestaat daarom uit een mediatheek, waar de klant zichzelf van voorlichting kan voorzien.

Belangrijk bij elk voorstel is de locatiekeuze. De fictieve nieuwe marktpartij stelde zich een keten voor met herkenbare voorzieningen op een groot aantal zeer verschillende plekken: bij op- en overstappunten van het openbaar vervoer, in wijken die rijp zijn voor stedelijke vernieuwingsprojecten, op het platteland. Integratie in elk van deze settings was een eis, het voldoen eraan mocht niet ten koste gaan van de beoogde *corporate identity*. In het voorstel van EGM, *Being*

There, vormt een voormalige arbeiders- en industriewijk, het schiereiland Katendrecht aan de linker Maasoever, de context voor een gebouw dat in zijn fysieke verschijningsvorm naar de harde havenarchitectuur refereert, en in het programma aansluit bij de demografische karakteristieken van deze buurt en het op grond daarvan te verwachten palet aan poliklinisch te bestrijden aandoeningen. Wil dit project een brug naar de directe omgeving slaan, dat van Rothuizen van Doorn 't Hooft voor een autonoom ambulatorium manifesteert zich juist als een stedenbouwkundige dominant, dat in de idyllische skyline van Middelburg zo veel mogelijk aandacht opeist.

De veelomvattendheid van de opgave maakt het de ontwerpers nauwelijks mogelijk alle onderdelen ervan uit te werken en te presenteren op de gevraagde manier: met referentiebeelden en een uitgewerkt *storyboard* dat het de leek – onvermijdelijk de toekomstige klant – mogelijk zou moeten maken zich voor te stellen wat het zou betekenen gebruik te maken van de hier gepresenteerde losse buitenpoli's. Toch geven de beelden een redelijke indruk van wat de ontwerpers voor ogen stond. De *scope* is groot, de verschillen in benadering spreken voor zich.

Meditheek

Wiegerinck Architecten

In onze studie policoncepten zijn wij ervan uitgegaan dat er een noodzaak is voor zorgorganisaties (algemene ziekenhuizen) om hun 'markt' te bedienen, dan wel te veroveren. Als kader voor onze studie hebben wij twee middelgrote steden genomen, die redelijk in elkaars nabijheid liggen, waardoor de daar aanwezige algemene ziekenhuizen, in ieder geval voor een deel, als elkaars concurrenten gezien kunnen worden.

Ervan uitgaande dat prijs, kwaliteit en bereikbaarheid belangrijke factoren zijn voor het succes van een zorgorganisatie, zal het van steeds groter belang zijn om vestigingen buiten de 'hoofdlocatie' te hebben, bijvoorbeeld in de vorm van 'buitenpoli's'. Deze buitenpoli's kunnen gecombineerd worden met fitness, wellness of andere medische of gezondheidsfuncties en vormen een netwerk met de ziekenhuislocaties. Gezondheid en de zorg daarvoor zullen in de toekomst nóg meer dan nu een deel van het dagelijks leven worden. Gezondheidszorg en gezondheidsservice verkrijgbaar in een 'shopping-vorm' hebben wij 'Meditheek' genoemd.

Het succes van een Meditheek zal sterk afhangen van de locatie. Plekken met een meer dan gemiddelde bereikbaarheid die gekoppeld zijn aan een grote stroom dagelijkse bezoekers of passanten hebben de grootste potentie als het gaat om een succesvolle Meditheek. Daarbij valt te denken aan parkeergarages aan de rand van een binnenstad, openbaarvervoersknooppunten (stations) en invalswegen van een groter woongebied. Vooral plekken waar sprake kan zijn van meervoudig grondgebruik en waar meer activiteiten samenkomen of die mensen aantrekken, zijn interessant in het kader van het Meditheek-concept.

Al eerder is aangegeven dat de Meditheek onderdeel uitmaakt van een netwerk. In onze studie hebben wij in de regio Arnhem-Nijmegen een virtueel netwerk aangegeven, waarbinnen wij

twee locaties hebben gekozen om als voorbeeld nader uit te werken.

Eén locatie bevindt zich in Arnhem aan de rand van het stadscentrum, waarbij een combinatie gemaakt is met intensief parkeren. De tweede locatie is in Nijmegen bij het NS-station Nijmegen-Centraal. Op deze locatie is gekozen voor een combinatie met stallingsmogelijkheden voor fietsen.

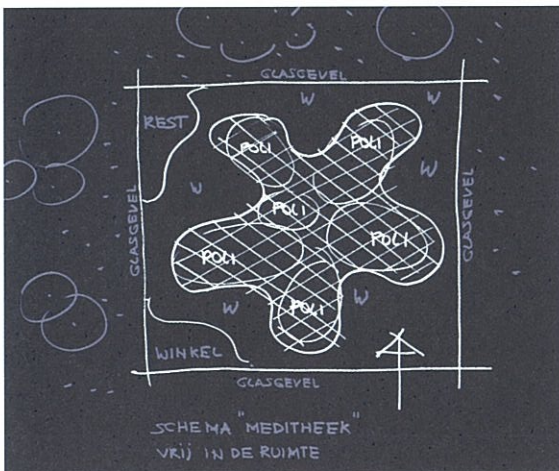
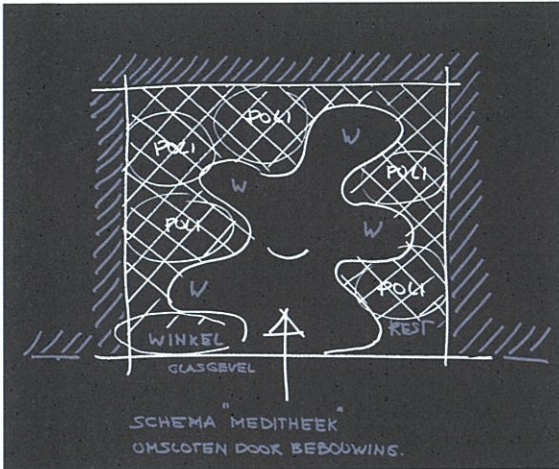
In ons Meditheek-concept zijn herkenbaarheid en het hebben van een specifieke sfeer kenmerkend. Met herkenbaarheid wordt hier bedoeld dat de Meditheek als gebouw een eigen beeldmerk heeft. Een beeldmerk dat overeind blijft in de heftige visuele wereld van een stedelijke omgeving. Maar nog belangrijker is de interne belevingswereld van de Meditheek. Gezocht is naar ruimtelijke intimiteit. Dit betekent dat er per activiteit een plek gemaakt is die zich onderscheidt binnen het totaal van de binnenruimte.

Door ordening van de afzonderlijke plekken ontstaat een vinger- of bladachtige ruimtestructuur. Afhankelijk van de context kan deze structuur als massa of als open ruimte voorkomen (zie schema's).

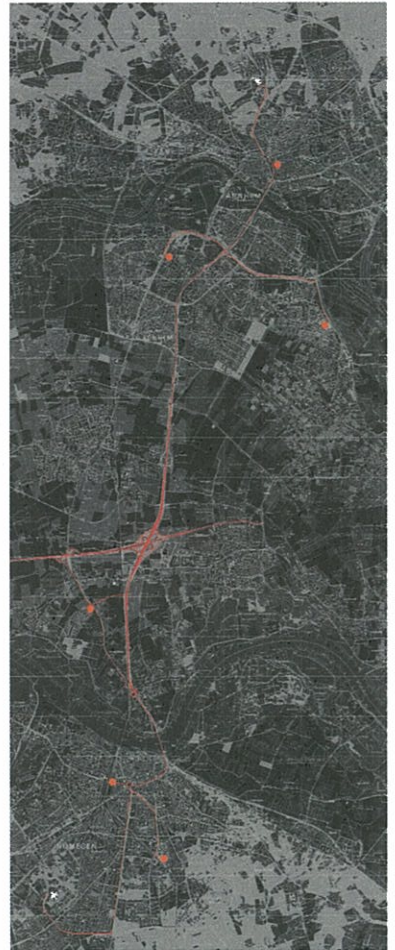
Een ruimtelijk kenmerk van het Meditheek-concept is dat er sprake is van een schilachtige plattegrond. Hierdoor is het mogelijk de patiënt na een consult of behandeling, afhankelijk van zijn of haar gesteldheid, via een bepaalde route te laten weggaan. In de lay-out zijn verschillende typen schakeling tussen de spreek-, werk- en onderzoekskamers mogelijk.

De kwaliteit van een medische voorziening als deze wordt natuurlijk in zeer hoge mate bepaald door de klantbenadering. Ook de wijze waarop afspraken gemaakt kunnen worden en wachten beperkt wordt is bepalend voor het succes. Anders gezegd; de kwaliteit van de organisatie en de kennis en kunde van de medewerkers zullen altijd doorslaggevend blijven.





Concept



Virtueel netwerk regio Arnhem-Nijmegen

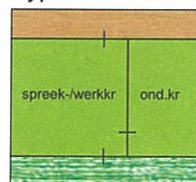


Plattegrond, begane grond

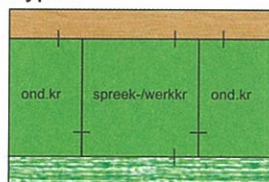


Plattegrond, verdiepingen

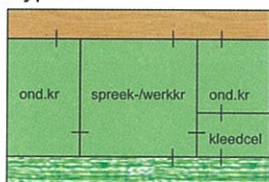
Type 1



Type 2



Type 3



Doorsnede



Perspectief



Situatie, Arnhem



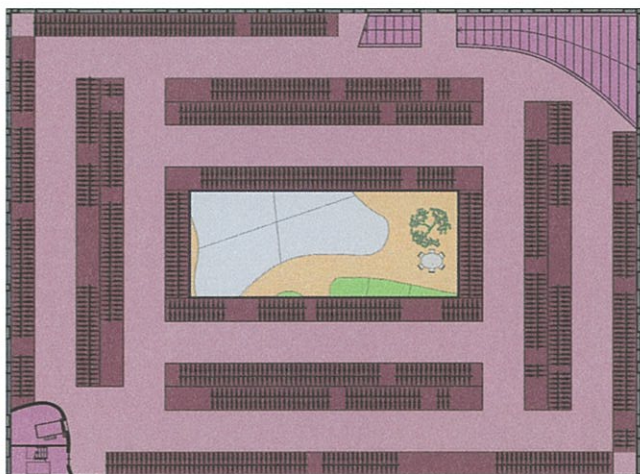
Gevel, overgang naar ruimtelijke intimiteit



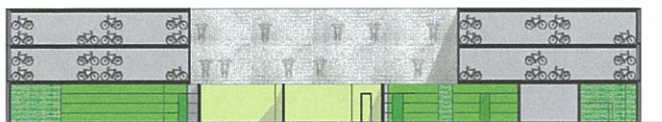
Interieur



Plattegrond, begane grond



Plattegrond, verdiepingen



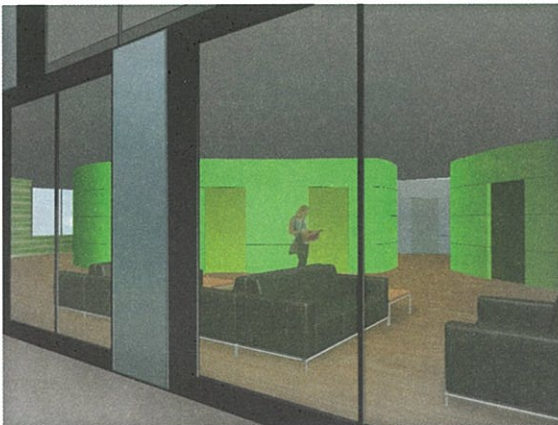
Doorsnede



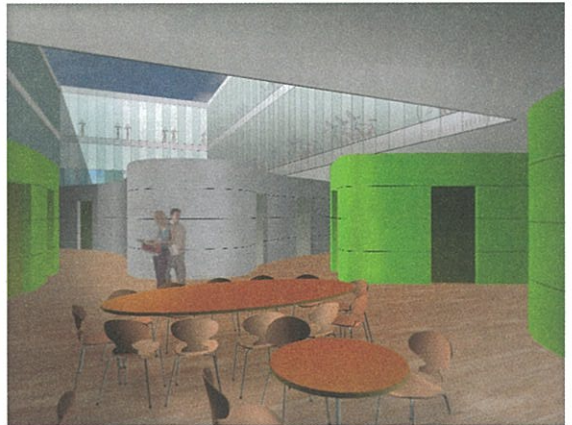
Perspectief



Situatie, Nijmegen



Gevel, overgang naar ruimtelijke intimiteit



Interieur

Balance Centers

Architecten aan de Maas

Gezondheid moet worden gekoesterd. Gezondheidsklachten moeten snel worden onderkend, efficiënt en accuraat gediagnosticeerd en adequaat behandeld. Het is van belang dat mensen goed worden voorgelicht en geadviseerd. Patiënten moeten gezondheidsklachten, of die nu van fysieke of psychische aard zijn, snel onderkennen. Dat veronderstelt goede voorlichting. Zo nodig volgt op zo kort mogelijke termijn consultatie van, en eventuele behandeling door geneeskundigen. Dat is in de eerste plaats in het belang van de patiënt, maar meestal ook in dat van zijn of haar naasten, de sociale en werkomgeving, en ten slotte ook van de zorgverzekeraar. Wij zien kansen om met de oprichting van kleinschalige multidisciplinaire poliklinische centra, preventie, voorlichting en een snelle en adequate diagnosestelling en behandeling te optimaliseren. Dat kan binnen de reguliere gezondheidszorg in Nederland.

Een Balance Center ontvangt gasten met gezondheidsklachten na doorverwijzing door de huisarts. Daarnaast is het center toegankelijk voor iedereen met gezondheidsgerelateerde vragen of behoefte aan informatie. Aan het center zijn medische en paramedische specialisten verbonden, die naast hun werkzaamheden in het center, ook werkzaam zijn in een ziekenhuis of praktijk in de omgeving. De specialisten werken in multidisciplinair teamverband en wisselen kennis en ervaringen uit met collega's van verschillende disciplines in andere centra in het land en uiteraard met vakgenoten elders. Een arts verzorgt de intake en behartigt vervolgens, als persoonlijk zorgmanager, de belangen van zijn patiënten en coördineert het zorgtraject binnen het center en eventueel erbuiten. Het center is verder actief op het gebied van voorlichting, advisering en bevordering van de gezondheid van mensen in de omgeving.

Een Balance Center is kleinschalig van opzet en eventueel met andere centra strategisch verspreid gelegen in of aan de periferie van een stad. Het wordt gerealiseerd in volledige nieuwbouw of

door middel van ruimtelijke ingrepen en toevoeging van ontbrekende functies, die essentieel zijn voor het totaalconcept van het center, ingepast in een bestaande situatie. Met commerciële partijen wordt samengewerkt voor de niet sec medische faciliteiten. Gasten worden ontvangen in een lounge, waaraan een mediatheek en een restaurant zijn gelegen, met zicht op en toegang tot een omsloten buitenruimte. De gastheer/gastvrouw achter de receptie leidt de gasten naar hun gereserveerde persoonlijke kamer, of naar de plek waar andere gewenste activiteiten zullen plaatsvinden. De gasten ontvangen in hun kamer hun persoonlijke zorgmanager en de gewenste specialisten voor gesprekken en eventueel basaal onderzoek en/of behandeling. De gasten worden voor specifiek onderzoek en/of behandeling begeleid naar onderzoeks- en behandel suites met een multidisciplinaire specialistische inrichting en technische outillage, met comfort voor de gasten en optimale facilitering voor de medici. Voor onderzoek en behandeling, herstel en nazorg, maar ook voor ontspanning beschikt het center over een klein zwembad, sauna, fitness- en oefenruimten. De gasten kunnen voor, tussen of na onderzoek en/of behandeling verpozen op hun kamer, of in de lounge, de mediatheek, het restaurant, of in de tuin, waar zij privacy kunnen vinden, maar ook contact kunnen zoeken met medegasten en medici.

De medici beschikken over gemeenschappelijke werkruimten, waar zij geconcentreerd kunnen werken, overleg kunnen voeren en kunnen verpozen. In hoofdzaak in de avond en in de week-ends worden door en in het center activiteiten georganiseerd met betrekking tot gezondheid en gezondheidsklachten. Hierbij valt te denken aan informatie-, oefen- en instructiebijeenkomsten en groepssessies. Door eventuele accentverschillen te leggen in het palet van aangeboden diensten, kunnen de afzonderlijke centra optimaal inspelen op de specifieke situatie in hun adherentiegebied.

BALANCE CENTER

ONDERZOEK EN BEHANDELING

- onderzoek- en behandelsuites
- relax- en herstelsuite

VERBLIJF

- gastenkamers

INFORMATIE COMMUNICATIE

- mediatheek
- conferenceruimten

VOEDING

- sappenbar
- ontbijt - lunch - diner

WELLNESS FITNESS

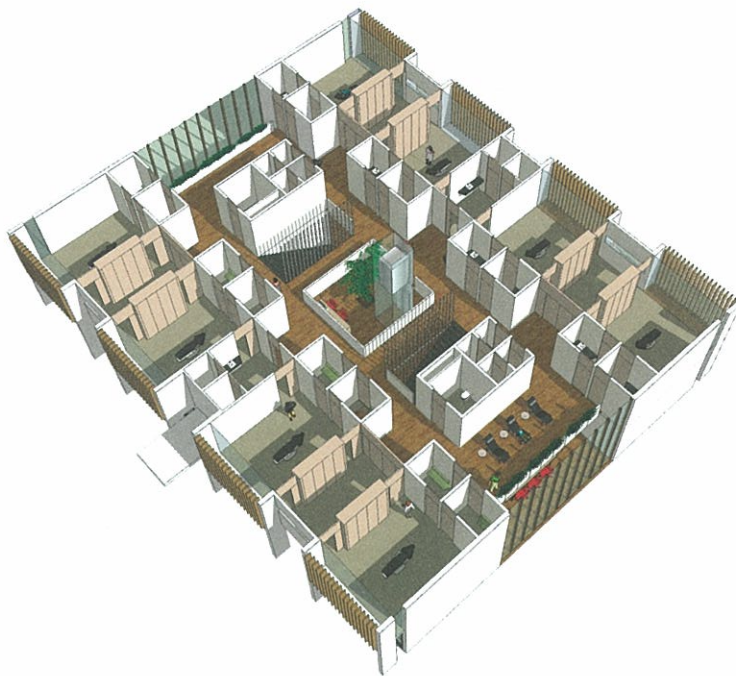
- oefenruimten
- yoga- en meditatieruimten
- zwembad
- sauna
- massage

OMGEVING

- tuin
- landschap

LOCATIES in een stad (Maastricht)

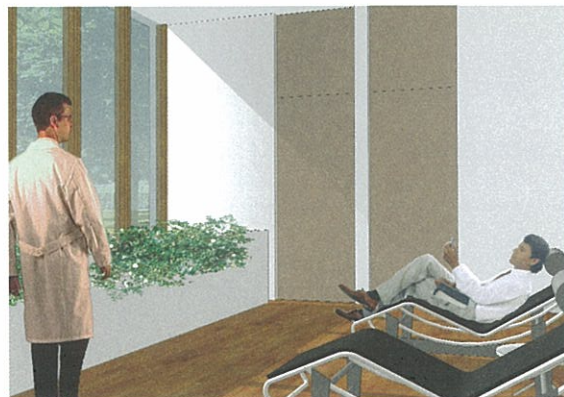
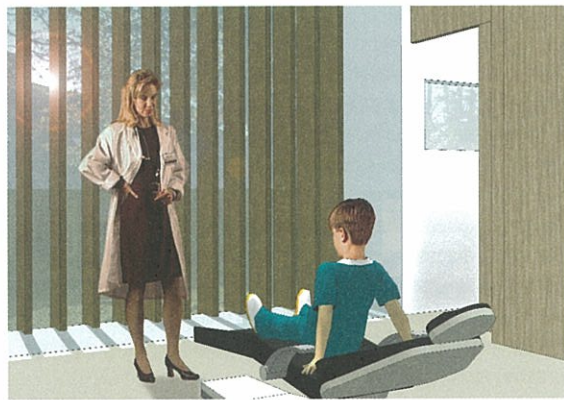
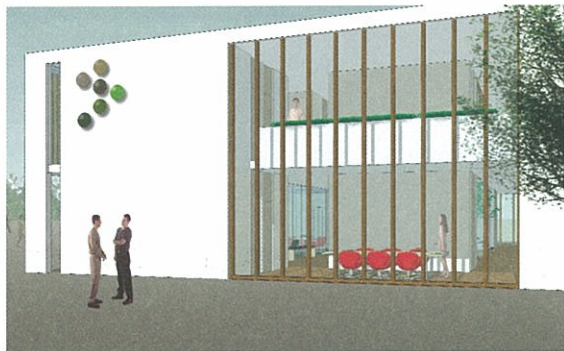




Verdieping

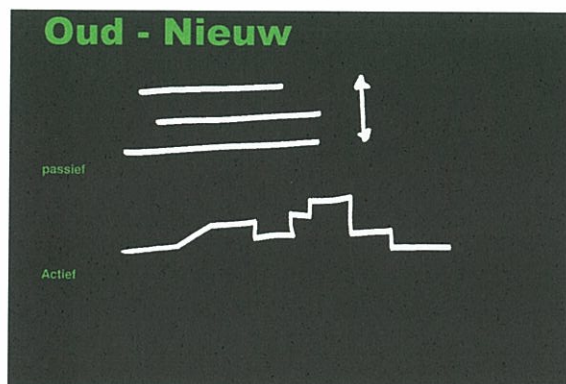


Begane grond

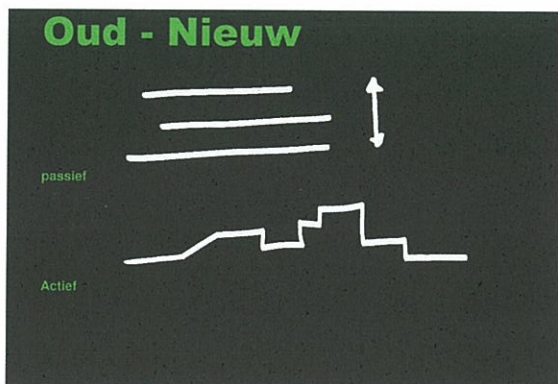


Plug and play

atelier PRO architecten



Actief proces



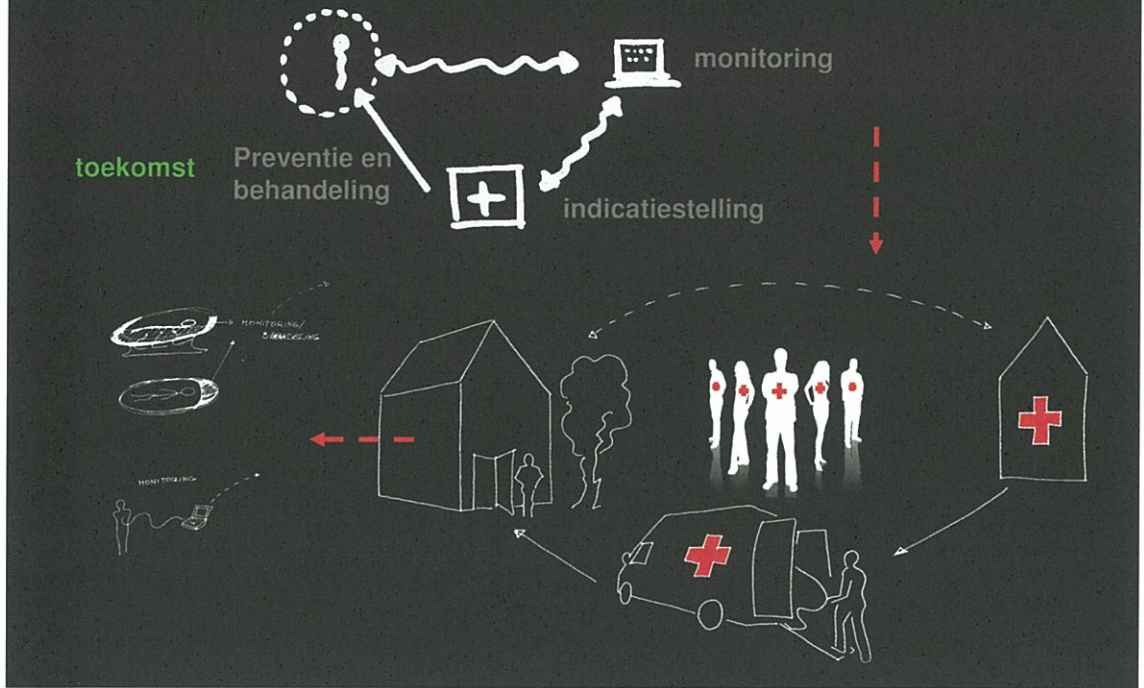
Mens centraal

Om het concept tot op het scherpst van de snede te doordenken zijn de kaders van de huidige werkelijkheid verlaten. Dat leidt tot een fictief concept.

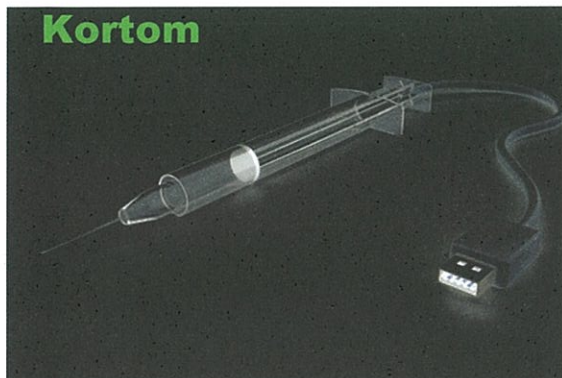
Centraal staat de gezondheid van de mens. De huidige levensstijl wordt als ongezond gezien. Mensen eten te vet te veel en te eenzijdig. De invloeden van buitenaf op onze gezondheid zijn niet gering. De ozonlaag wordt dunner. De gevolgen zijn desastreus voor de tere mens.

De consumptiemaatschappij speelt hier goed op in door producten en diensten aan te bieden die pretenderen je lichaam gezond te houden of een gezondere levensstijl bevorderen. Al deze producten vinden gretige aftrek. Iedereen wil toch zo gezond mogelijk leven met minimale inspanning. Zo is de mens: creatief en vindingrijk.

Concept



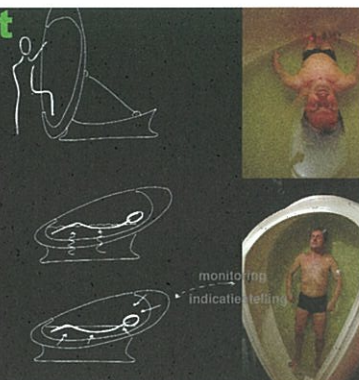
Kortom



Plug and play

Concept

Preventie en
behandeling
thuis



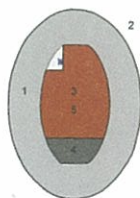
Behandelcabine

Creatief en vindingrijk: er is vraag naar een soort *plug and play* systeem. De mens wordt aangesloten op een elektronisch systeem en constant gemonitord.

Vanaf zijn geboorte wordt een mens aan polidatabase gekoppeld die gedurende zijn verdere leven constante controle op de gezondheid voert. Door middel van indicatiestellingen wordt er een traject van preventie dan wel behandelingen (thuis of in een kliniek) vastgelegd waaraan een individu deel kan nemen. Een groot deel van de behandelingen zal, door de vroege indicatiestelling, preventief zijn. Deze preventieve behandeling zal bestaan uit een monitoring door een computerprogramma dat bijhoudt aan welk traject iemand deel moet nemen. Dit wordt aan de betreffende persoon kenbaar gemaakt waarbij er beslist moet worden of het programma gevolgd wordt. Bij het niet volgen van het programma zal de database dit verwerken en een vervolgprogramma genereren reagerend op de behoeften van de gekoppelde persoon.



-1/-2



Souterrain

- 1 Parkeren
- 2 Fietsenstalling
- 3 Archieven
- 4 Opslag
- 5 Installaties

0



Begane grond

- 1 Entree
- 2 Informatieplein
- 3 Restaurant
- 4 Service bureau
- 5 Care centrum
- 6-11 Algemene functies

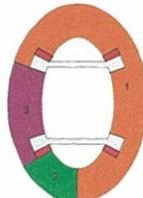
1



Eerste verdieping

- 1 Fitness
- 2 Fysiotherapie
- 3 Kantoor

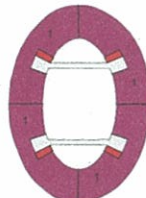
2



Tweede verdieping

- 1 Controlecenter
- 2 Kantoor
- 3 Polikliniek

3-6



Derde - zesde verd.

- 1 Poliklinieken

Daarom de volgende opgave:

Het plan mag geen mogelijke verbindingen belemmeren en het mag niet één ontwikkelrichting vastleggen. Het gebouw moet kunnen omgaan met en anticiperen op alle mogelijke ontwikkelingen. Voldoen aan deze eisen op gecompliceerde locaties kan op vele manieren.

Echter één oplossing is zo doeltreffend en verrassend in haar eenvoud: een ovaal als basisstructuur, een compact, aansprekend en manifest gebouw dat versterkt en ruimte laat voor ontwikkelingen, het ei van Columbus.

Kortom: een flexibele stedenbouwkundige inpassing.

De gekozen vorm biedt het antwoord op het gegeven programma en het is flexibel genoeg met het oog op de toekomst.

Een ovaal kan alle richtingen opvangen.

Het ovaal bekent geen richting en is juist daardoor in iedere stedenbouwkundige structuur de aandachtstrekker.

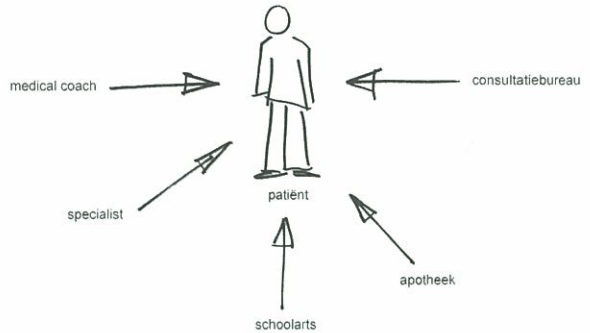


Polipunt

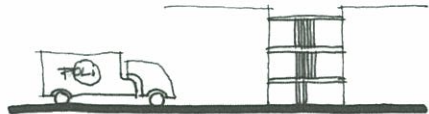
de Jong Gortemaker Algra architecten en ingenieurs

Bij de polikliniek van de toekomst staat de patiënt centraal. Gedecentraliseerde zorg is altijd in de buurt. Om dit te bereiken passen we verschillende mobiele units toe, waarin volledige onderzoek/behandelkamers zitten. Het voordeel hiervan is niet alleen dat ieder specialisme dicht bij de patiënt kan komen, maar ook dat de kostbare apparatuur naar verschillende locaties kan worden verplaatst. De mobiele unit kan, indien nodig, op verschillende locaties inpluggen in multifunctionele Polipunten.

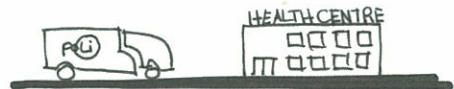
De kleinste schakel van de Polipunt is de mobiele unit, deze kan bij de patiënt thuis komen. Zo kan de zorg zelfs in de kleinste dorpen nog dicht bij huis komen. De inrichting van deze mobiele unit is afgestemd op de specialist die hem gebruikt. De mobiele unit haakt aan bij een *docking station*: het Polipunt, oftewel het zorgcentrum, een gebouw met vaste spreek-/onderzoekskamers. Zorg wordt hier gecombineerd met andere functies. Bovendien is het mogelijk de mobiele unit te koppelen aan, bijvoorbeeld, een zwembad, fitnesscentrum of park. Doordat verschillende specialismen bij elkaar geplaatst worden kan een patiënt door meerdere specialisten/artsen worden gezien. De mobiele unit kan gespecialiseerde apparatuur bevatten. Wanneer de mobiele unit niet onderweg is, kan deze aankoppelen bij het ziekenhuis. In het ziekenhuis zelf bevinden zich de ruimten van de polikliniek, waar risicovolle handelingen worden uitgevoerd.



Small



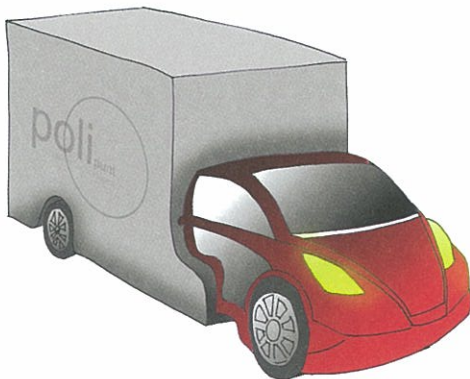
Medium



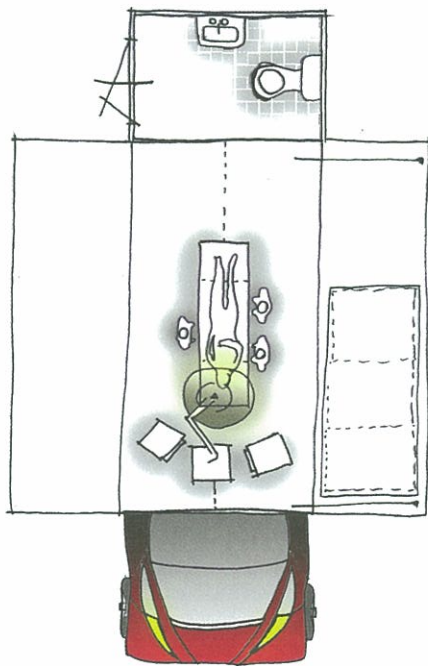
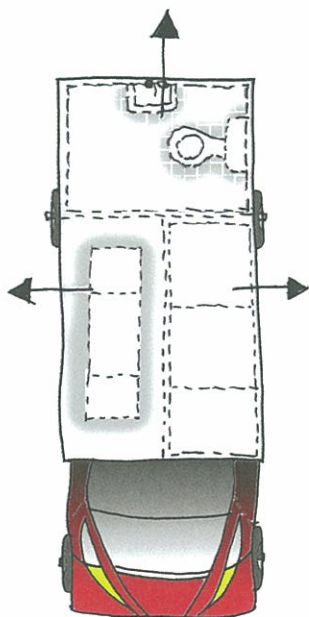
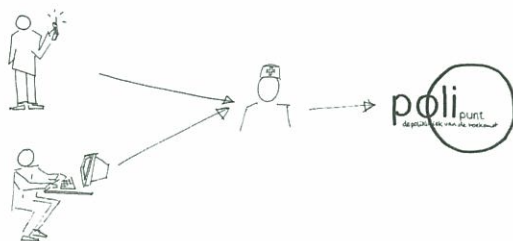
Large



Extra large



De Polipunten zijn flexibel ontworpen. Het voordeel hiervan is dat het gebouw naar zorgbehoefte ingevuld kan worden. Is het Polipunt niet als polikliniek in gebruik, dan kan de ruimte worden gebruikt voor de volgende functies: schoolarts; consultatiebureau; AA-bijeenkomst; vergaderruimte; yogalessen et cetera. Binnen de zorg krijgt de healthcoach een prominente plek. Hij is de schakel tussen de patiënt en het Polipunt. De healthcoach is niet alleen reactief, maar ook proactief en kan dus zelf ook contact zoeken met de patiënt/cliënt; dit in het kader van preventie. Naast de healthcoach als persoon is er ook een digitale variant waar men zelf afspraken kan maken en uitslagen kan vinden van eerder gedane onderzoeken.





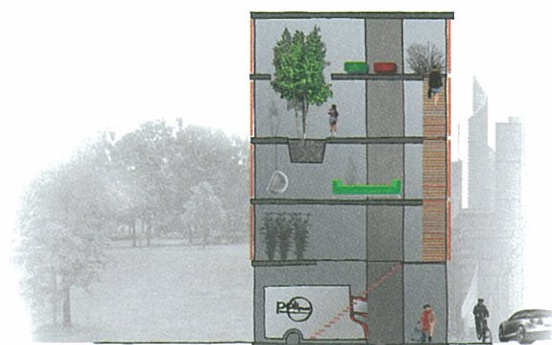
Rust

<>

Beweging/mobiliteit



Doorsnede



Doorsnede



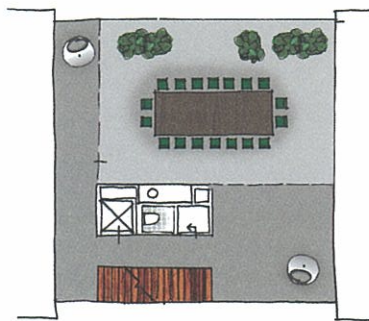
Gevel

Binnen de poli wordt door middel van een facilitaire kern de scheiding tussen mobiliteit en rust gemaakt. Op de begane grond van het Polipunt ligt de entree. Vandaaruit zijn ook de verdiepingen bereikbaar. De plattegrond is opgebouwd uit een kern waarin een pantry, toilet en een lift zitten. Verder is de ruimte vrij indeelbaar met flexibele wanden voor spreek-/onderzoekskamers, kantoor- of andere functies. Op iedere verdieping zijn ook verschillende loungeplekken gecreëerd, waar men kan wachten of waar de verschillende specialisten onderling kunnen overleggen. Het Polipunt heeft een niet-klinische uitstraling om de patiënt zich meer op zijn gemak te laten voelen. Voor wachten, maar ook voor onderling overleg tussen de artsen, zijn er verschillende loungeplekken en het bureau heeft plaatsgemaakt voor comfortabele banken en stoelen. Door de gevel grotendeels in glas uit te voeren ontstaat er een sterke relatie met de buitenruimte.

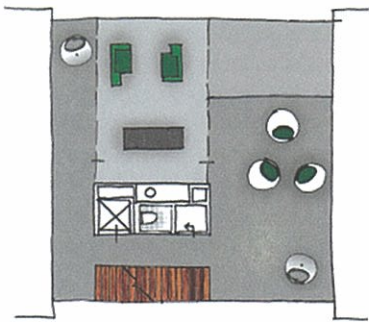
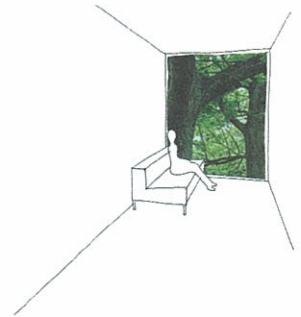
In onze visie is de flexibiliteit een speerpunt. De mobiele unit speelt daarin een prominente rol. *Branding* concentreert zich op de vormgeving van deze mobiele units. De gebouwen zijn multifunctioneel en moeten in iedere omgeving ingepast kunnen worden. Door te spelen met verschillende niveaus van transparantie ontstaat er een dialoog met de omgeving. Binnen het gevelbeeld valt voornamelijk de plek op waar de mobiele unit staat.

Branding

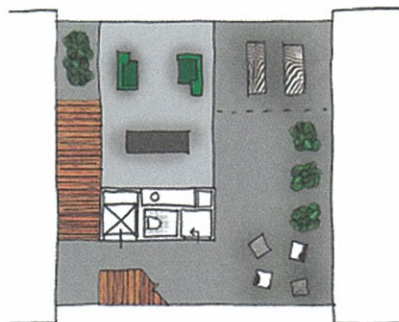
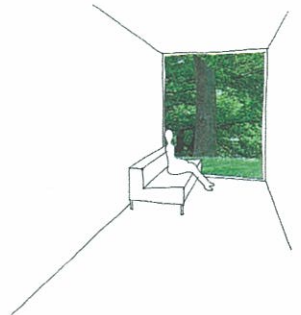




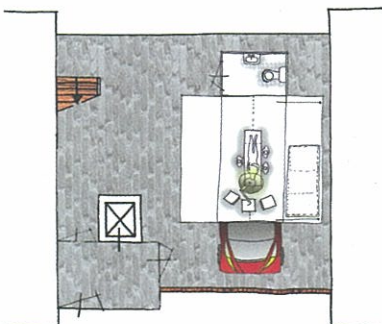
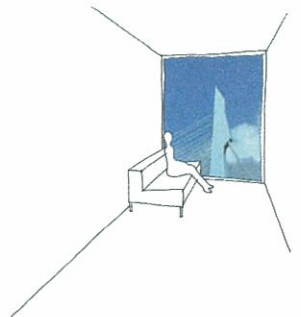
Derde verdieping



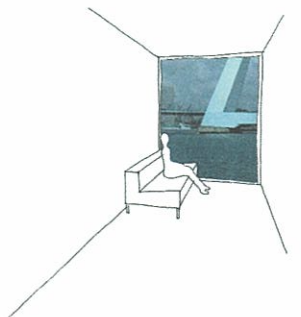
Tweede verdieping



Eerste verdieping



Begane grond



Being There

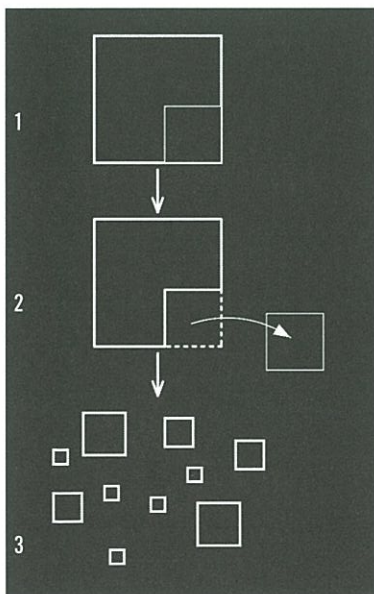
EGM Architecten

Wat is de meerwaarde van het uit het ziekenhuis halen van de poliklinieken? Zijn de poliklinieken niet juist op hun plaats in een omgeving waar in theorie alle kennis en techniek voorhanden is om goede zorg aan te bieden? Enkele recente ontwikkelingen kunnen deze vragen grotendeels beantwoorden. De medische techniek ontwikkelt zich in rap tempo. Er treedt een verschuiving op van fysiek ingrijpende operaties met voor de patiënt lange herstelperioden naar minimaal-invasieve ingrepen. Het aantal dagbehandelingen neemt toe. Dankzij de vooruitgang in de communicatietechnologie kan kennis en informatie makkelijker worden uitgewisseld. Een clustering van diverse specialismen op één locatie is niet meer per se noodzakelijk om te komen tot een interdisciplinaire aanpak – een noodzakelijke voorwaarde voor goede zorg. In het denken over de plek waar zorg wordt aangeboden speelt het thema *healing environment* een steeds grotere rol. Veranderingen in het zorgstelsel zijn

erop gericht de patiënt (of zorgconsument) keuzevrijheid te geven in het vinden van de juiste zorgaanbieder.

Zorgaanbieders zullen zich met een duidelijke zorgvisie en bepaalde kwaliteit moeten onderscheiden.

Being There. De juiste zorg in de juiste sfeer gaat ervan uit dat een uitgebalanceerde combinatie van healing environment en ondersteunende functies de gevraagde noodzakelijke meerwaarde kan leveren. Elke zorginstelling, variërend van een eerstelijns zorgcentrum tot een *highcare* ingrepen centrum, zou over dit thema na moeten denken en haar programma en locatie hierop af moeten stemmen. Het concept van de healing environment wordt in dit verband breder gezien dan alleen een natuurlijke, rustige omgeving met veel groen. Ook de thuissituatie of een stedelijke, dynamische omgeving kan helpen een bepaald genezingsproces te bevorderen. Een hartpatiënt die geopereerd moet worden zal misschien beter herstellen in een



Ontwikkeling zorglandschap: 1. polikliniek in ziekenhuis; 2. polikliniek uit ziekenhuis; 3. zelfstandige gespecialiseerde zorgcentra

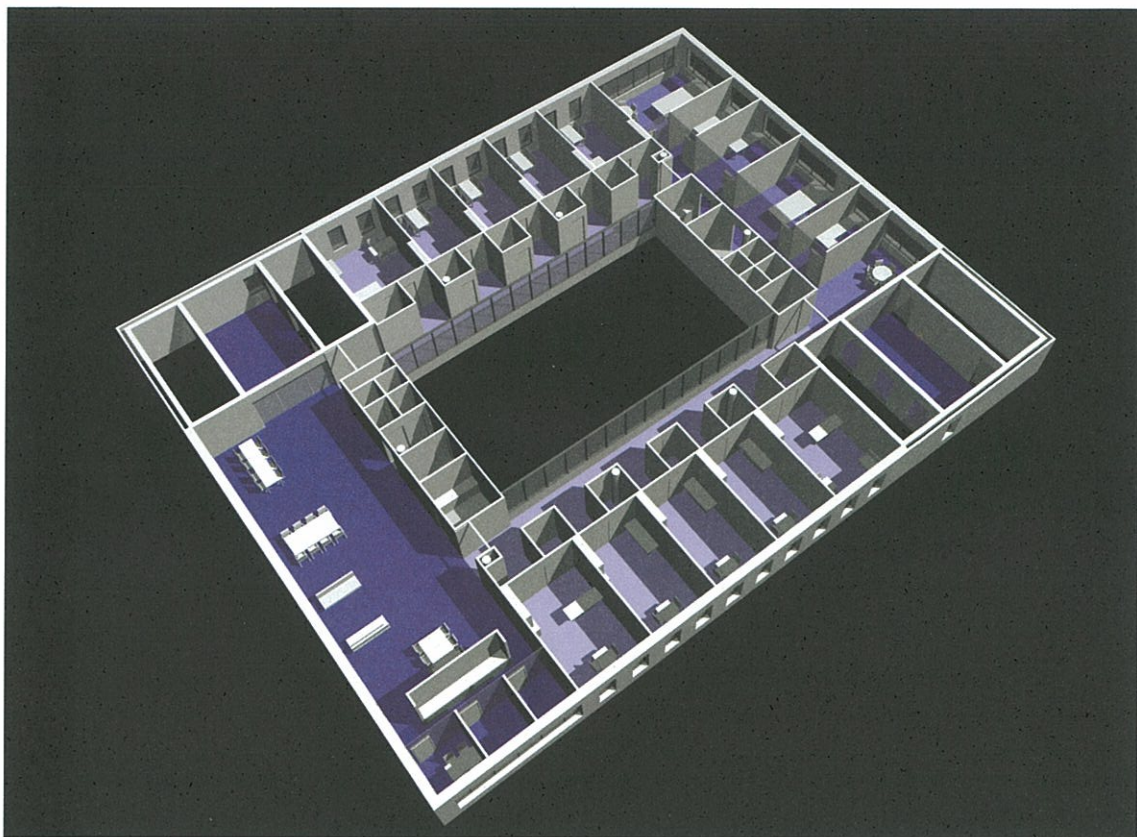


Case study: Katendrecht

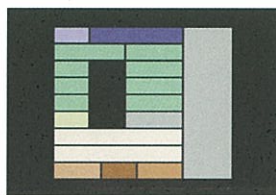
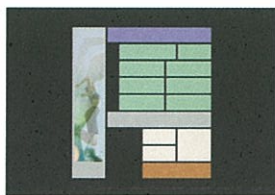
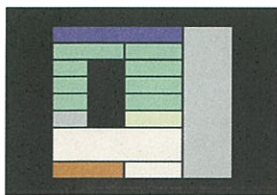
De juiste zorg in de juiste sfeer

SPECIALISME	DOELGROEP	HEALING ENVIRONMENT	ONDERSTEUNENDE FUNCTIES
Allergologie			
Anesthesiologie			
Cardiologie			
Chirurgie/heelkunde			
Dermatologie			
Dialyse			
Diëetiek			
Ergotherapie			
Fertiliteit			
Fysiotherapie			
Geriatric			
Gynaecologie			
Interne geneeskunde			
Kaakchirurgie			
Kinder-geneeskunde			
KNO			
Logopedie			
Longgeneeskunde			
MDL			
Medische-oncologie			
Neurologie			
Oogheelkunde			
Orthopedie			
Pijnbehandeling			
Plastische chirurgie			
Psychiatrie			
Reumatologie			
Revalidatie-geneeskunde			
Urologie			
Vaatchirurgie			
Verloskunde			

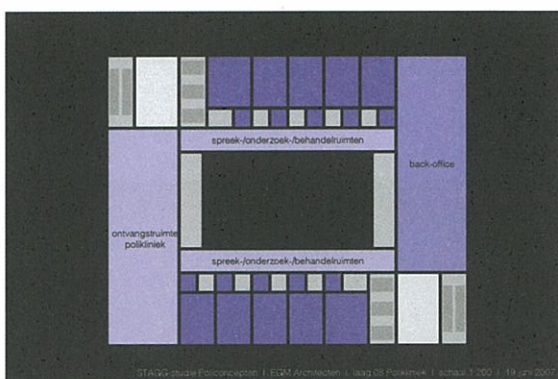
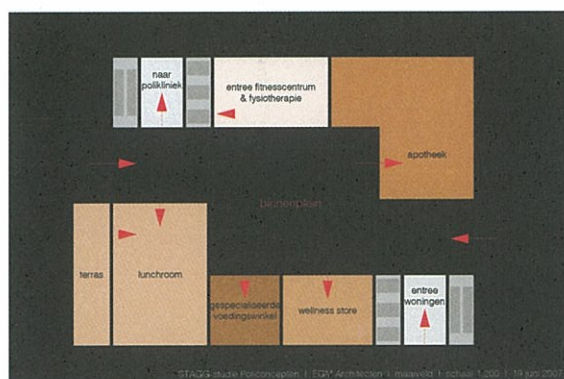
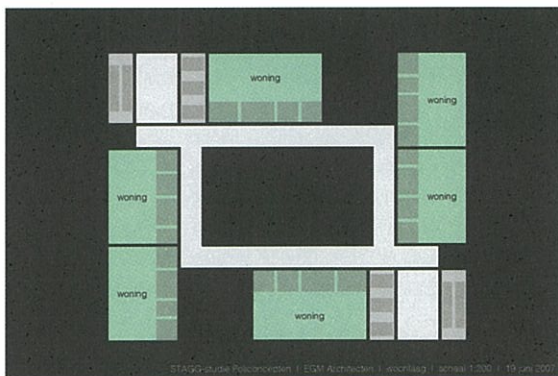
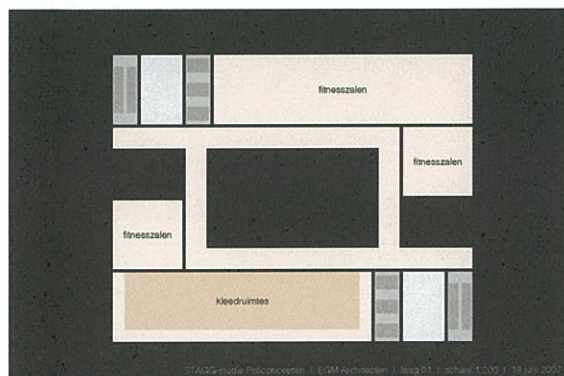
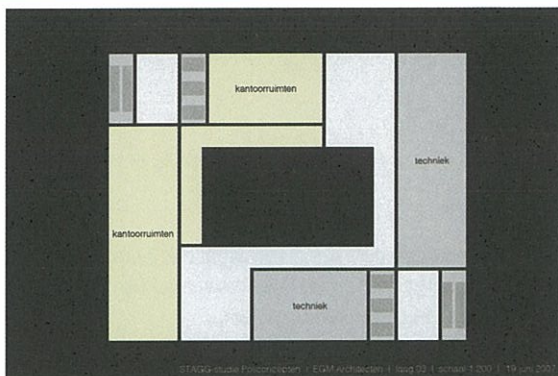
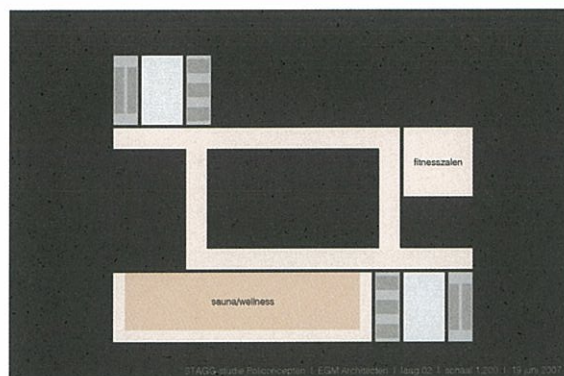
Gedachte-experiment: matrix van specialismen, doelgroep, healing environment en functies



Polikliniek: ontvangstruimte, spreek-/onderzoekkamers en back-office

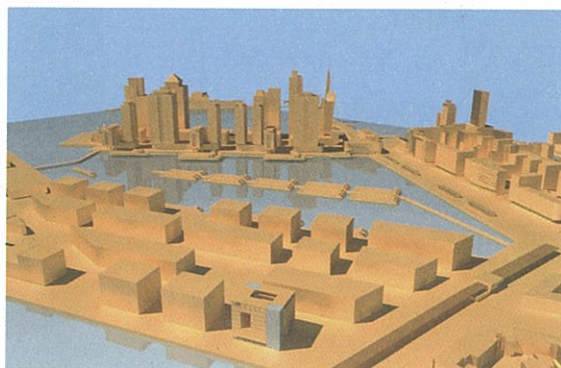


Gelaagde opbouw: 0 = openbare ruimten/entreezone; 1&2 = fitnesscentrum;
3 = kantoren en techniek; 4 t/m 7 = woningen; 8 = polikliniek

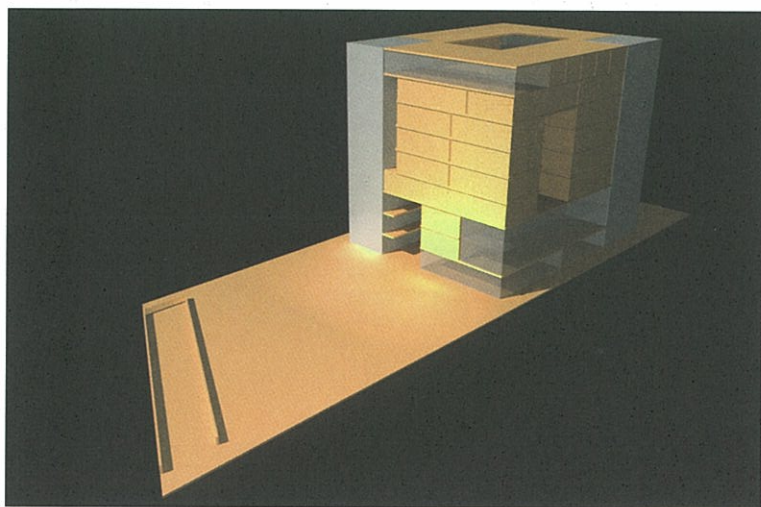


health resort, gesitueerd in een natuurgebied. Daarnaast zijn er vormen van zorg denkbaar die meer zouden kunnen versmelten met het dagelijkse leven van de patiënt.

De locatie op Katendrecht dient als voorbeeld. Op deze plek is een poli denkbaar die zich richt op preventie, diagnose en langlopende, zorg-extensieve behandelingen. Specialismen als fysiotherapie, dermatologie en dialyse zouden hier op hun plaats zijn. Door de polikliniek op te nemen in het stedelijk weefsel is het niet meer als zorginstituut herkenbaar en volledig versmolten met een dynamische, stedelijke context. Dankzij een menging van zowel direct zorggerelateerde als niet-direct zorggerelateerde functies is het gebouw een plek die een uiteenlopend publiek zal trekken. Het bij elkaar brengen van diverse vormen van ruimtegebruik als zorg, fitness, wellness en wonen zal een omgeving bieden met de juiste sfeer voor de juiste zorg.



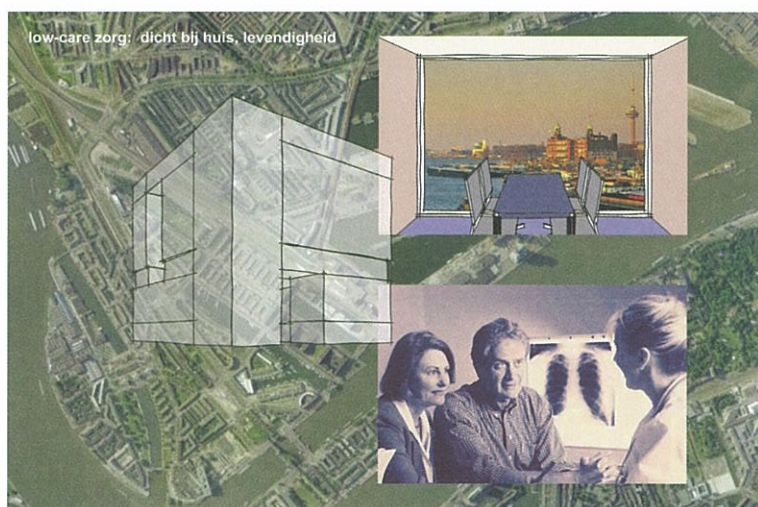
Context



Model



Polikliniek geïntegreerd in stedelijk blok



Collage

Ambulatoria

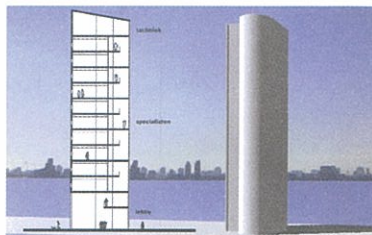
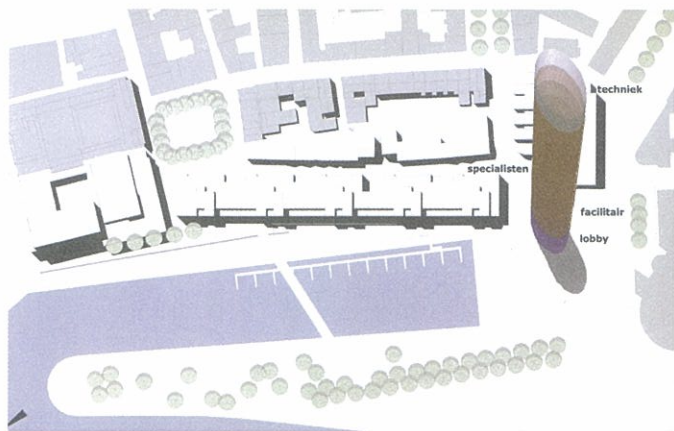
Rothuizen van Doorn 't Hooft Architecten Stedenbouwkundigen

Kwart over tien Nederlandse tijd. De voorzitter, een *investment engineer*, opent de vergadering. De gekozen locatie heeft de juiste atmosfeer; bladeren filteren het zonlicht en een zachte luchtstroom maakt de temperatuur aangenaam. Links van mij zit een verloskundige, daarnaast een orthodontist en een diabetesspecialist. Rechts een oogheekundig arts, een cosmetisch chirurg, twee ziekenhuisdirecteuren en een geneesheer slaapapnoe-syndroom; snurktherapie zoals hij later lachend zou toelichten. Ik zit hier op uitnodiging omdat ons architectenbureau enige tijd geleden een zelfstandig oogheekundig centrum voor samenwerkende poliklinische specialisten heeft ontworpen. Als snel wordt me duidelijk dat deze groep met de gedachte speelt om poliklinische zorg gedeeltelijk uit de tweedelijns zorgstructuur te halen en te verzelfstandigen. Door in te spelen op de wensen van de toenemende zorgvraag kunnen zogenaamde ambulatoria ontstaan met een snellere, goedkopere en beter bereikbare ambulante zorg. De introductie van Amerikaanse concernformules als Starbucks of McDonald's in een Nederlands liberaal zorglandschap.

De voorzitter vat de eerste bevindingen kort en krachtig samen: poliklinische zorg bestaat uit generieke en specifieke elementen. Generieke elementen in de diagnosefase zijn bijvoorbeeld ziekenhuisvoorzieningen als laboratoria en digitale beeldvor-

ming. Specifieke elementen zijn meer gericht op preventie en behandeling. Het zijn deze laatste zorgelementen die groten-deels kunnen worden 'uitgeplaatst'; echoscopie, kijkoperaties, spataderbehandeling, diabetesmonitoring, ooglaseren, cardio-grammen of bijvoorbeeld rimpelbehandelingen. Door een brede samenwerking van verschillende specialisten kan een compleet pakket worden aangeboden van kortdurende zorg met lage overheadkosten. Om vraag en aanbod ruimtelijk op elkaar af te stemmen wordt vervolgens besloten om zich te vestigen in stedelijke centra met een dichtheid van duizend inwoners per vierkante kilometer. Zestien plaatsen komen hiervoor in aanmerking, zodat een landelijk dekkend netwerk ontstaat.

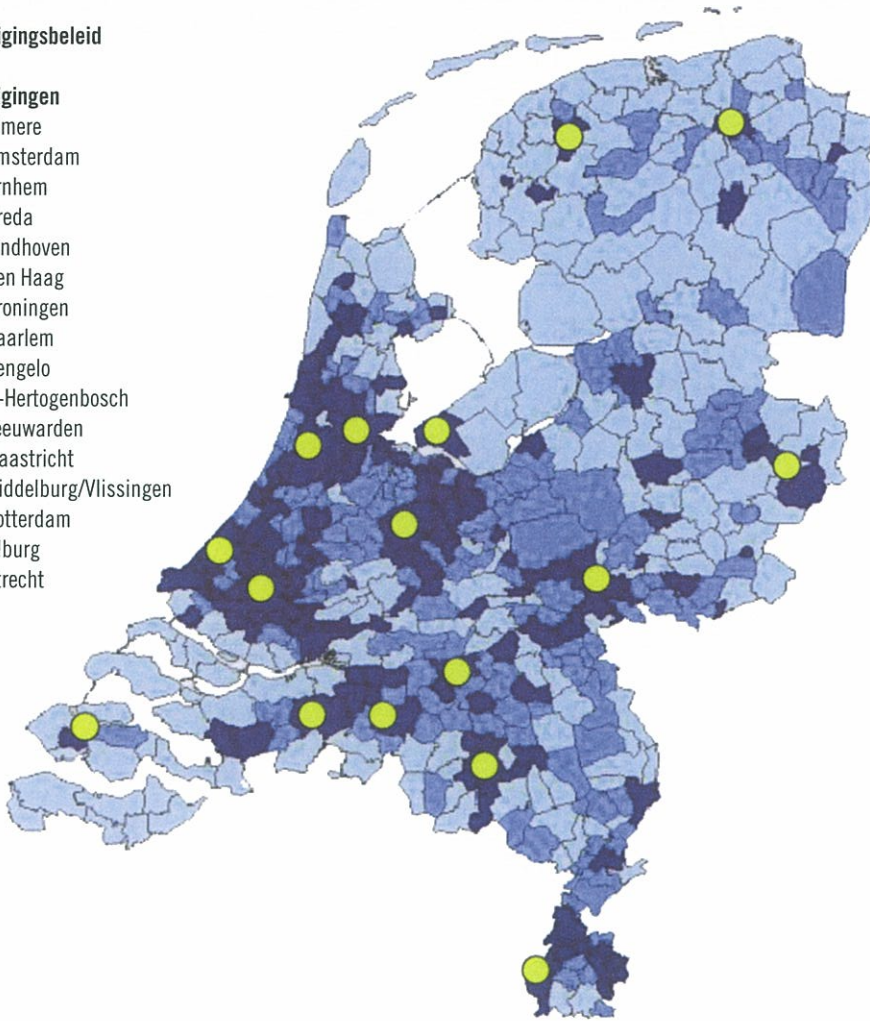
Mijn eerste vraag aan deze zorgondernemers is wat de samenwerking zou kunnen zijn tussen ambulatoria en deze centra. Dat leidt tot een lawine van begrippen als 'de-institutionalisering van de zorg of maatschappelijke integratie; menselijke schaal tegenover zorgconglomeraties; stedelijke dynamiek versus zorgboulevards'. Gelukkig dromen ook zij van steden waar werken en wonen zijn verweven. Met een openbare ruimte als netwerk tussen zorg, zorggerelateerde bedrijven (zoals orthopedische schoentechniek of fysiotherapeuten) en commerciële functies (parkeergarage, kinderdagverblijf of restaurants) met een goede bereikbaarheid (metro, tram of gewoon te voet).



Vestigingsbeleid

Vestigingen

- 01 Almere
- 02 Amsterdam
- 03 Arnhem
- 04 Breda
- 05 Eindhoven
- 06 Den Haag
- 07 Groningen
- 08 Haarlem
- 09 Hengelo
- 10 's-Hertogenbosch
- 11 Leeuwarden
- 12 Maastricht
- 13 Middelburg/Vlissingen
- 14 Rotterdam
- 15 Tilburg
- 16 Utrecht



- ambulatorium
- zorgfuncties
- zorggerelateerde functies
- commerciële functies

Ambulatoria als munitie voor stedelijke inbreidingsimpulsen om de continuïteit van het fenomeen stad te waarborgen...

Eén van de ziekenhuisdirecteuren haalt me uit mijn poëtisch moment; het programma van eisen wordt opgesteld. Besloten wordt om de poliklinische eenheid zoals we haar kennen te transformeren: de frontofficebalies per medisch specialisme kunnen vervallen ten gunste van één centrale receptie. Ook de klassieke grote wachtruimten verdwijnen grotendeels. Elke specialist krijgt een 'micropolikliniek': een ruimte met spreek-/werkhoek en behandelunit. Creëer ruimte voor het 'deurknopfenomeen', vult een van de artsen aan. Er wordt gedacht aan werkruimte voor ongeveer 35 specialisten per ambulatorium. Nu de locaties, het programma en de doelgroep zijn vastgesteld, wordt aan ons bureau de opdracht voorgelegd om een nieuwe gebouwtypologie met duidelijke herkenbaarheid te ontwerpen. Op de terugweg verschijnen in mijn gedachten beelden van kerkstorens. Ambulatoria als nieuwe stedelijke bakens? Identiteit; oriëntatie; uitzicht. In plaats van horizontaal schakelen van ruimten zouden we stapelen kunnen voorstellen; vier werkkamers per verdieping en ongeveer twaalf bouwlagen hoog, afhankelijk van het gewenste vloeroppervlak. Een goede verhouding voor fierheid en elegantie. Het beperkte grondoppervlak zal de investeerders zeker aanspreken. Een receptie op

de begane grond; goed toegankelijk, transparant en overzichtelijk. Dubbelhoog met een entresol. Vervolgens twee bouwlagen met facilitaire functies. Daardoor krijgen de specialisten een plek boven het niveau van de historische stad; hun cliënten zullen bij een bezoek symbolisch boven de dagelijkse werkelijkheid uitstijgen en het gebouw zal kunnen trakteren op vergezichten. Als bekroning een vrij vorm te geven techniekruimte. Het exterieur als een ronde en gladde huid van een atleet in een smetteloos en stralend witte outfit.

Als ordeningsconcept voor de positie van de verschillende specialisten kan het kleurenspectrum dienen. Elke bouwlaag een eigen basiskleur, een eigen identiteit passend bij de specifieke behandeling. Van intens infrarood op stadsniveau naar het diepe ultraviolet op de hoogste verdieping. Verplaatsen zal reizen worden in dit gebouw. Glazen liftdeuren, vides tussen de verdiepingen; dwalende blikken die het zonlicht kruisen. Ik ben benieuwd hoe de specialisten zullen reageren op onze concepten tijdens de volgende bijeenkomst...



cardiologie

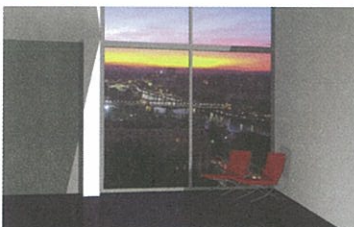
bloedafname

kindergeneeskunde

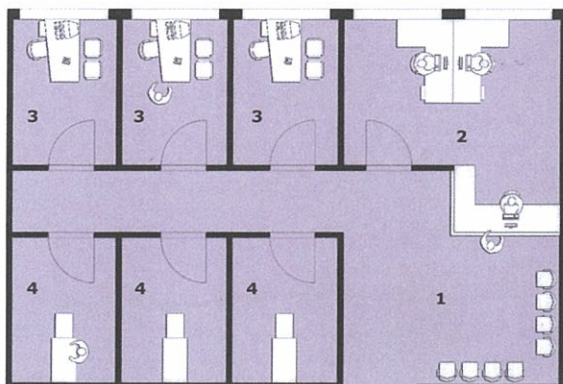
oncologie

oogheelkunde

oncologie

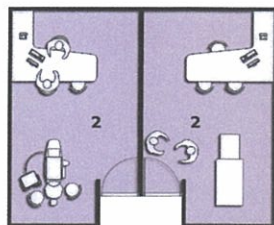


Bouwstenen polikliniek

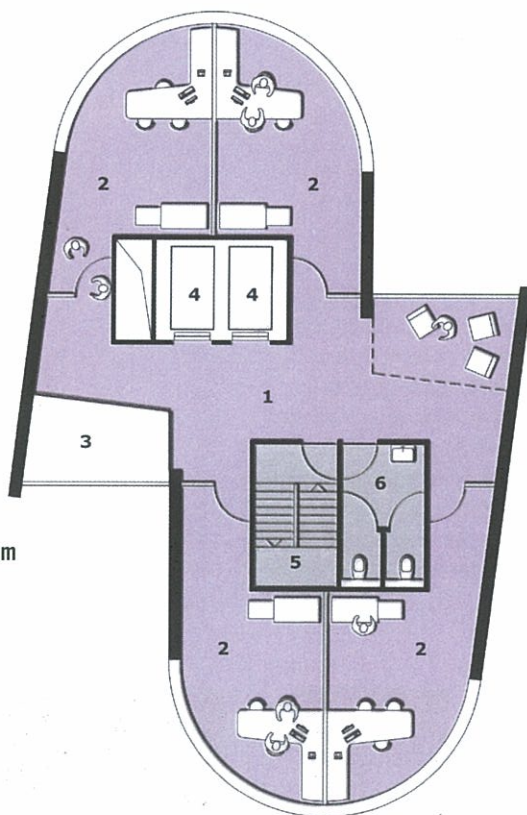


1. wachtruimte
2. receptie/administratie
3. spreekkamer
4. onderzoeksruimte

Bouwstenen ambulatorium



1. centrale receptie
2. werkkamers
3. zitje



Plattegrond verdieping ambulatorium

1. vestibule
2. werkkamer
3. vide
4. lift
5. trappenhuis
6. toiletten

S, M, L

Royal Haskoning

*'We aren't in the coffee business, serving people.
We are in the people business, serving coffee.'*¹

Klantgerichtheid en herkenbaarheid zijn wellicht de belangrijkste kenmerken van Starbucks. Voor ons zijn het de inspiratiebronnen voor een nieuw policoncept, dat geënt is op elementen uit de retail en waar de klant centraal staat. De polikliniek van de toekomst richt zich op de patiënt van de toekomst, die mondig is, continu online, in het bezit van een mobiele telefoon en vertrouwd is met mailen, chatten en alerts. De nieuwe polikliniek is dan ook geen gebouw, maar een netwerk van zorg op maat. Het bestaat uit een reeks van kleine (S), middelgrote (M), en grote (L) poli's die functioneren binnen een overkoepelende organisatie. Deze organisatie verzorgt de administratie, beheert de website en de elektronische dossiers, verzorgt het callcenter en is de thuisbasis voor specialisten. Klanten kunnen via internet afspraken maken met de specialist van hun keuze op een locatie naar wens (mits de gevraagde zorg hier aangeboden wordt). Het dossier is te allen tijde via de website in te zien en ook een online consult behoort tot de mogelijkheden. Locatie en het politype hangen nauw met elkaar samen. Zo staat S niet per se voor small, maar ook voor Snel, Strategisch en Slim. Het is een compacte poli voor korte bezoeken, gelegen op plekken waar mensen langs komen, zoals een station, een winkelcentrum of een stopplaats langs de snelweg. De M is gericht op de wijk en staat voor Makkelijk, Middelgroot en Multidisciplinair. Een M is flexibel, kan inspelen op de problematiek van de wijk en bevat onderzoeks- en eenvoudige behandel-functies. Een combinatie met wijkvoorzieningen die het functioneren verbeteren is hier logisch. De L staat voor een langer verblijf. Hier zijn alle onderzoeks- en behandelvoorzieningen aanwezig. Klanten komen, wellicht voor meerdere onderzoeken

S

- Small
- Slim
- Snel
- Strategisch



poli →

- Kruipt bij Voorzieningen
- Knoopspunt
- Bereikbaarheid

M

- Medium
- Multi-disciplinair
- Makkelijk



poli →

- Componenten/disciplines kunnen wisselen afhankelijk van vraag
- Gebruik maken van demografische en medische gegevens
- Extra voorzieningen die het functioneren vergroten
- Wijkfuncties

L

- Large
- Leuk
- Lang
- Lekker



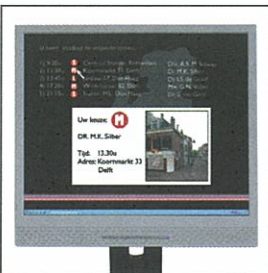
poli →

- Alle policomponenten aanwezig, inclusief poliklinisch behandelen
- Voorzieningen gericht op rust, comfort en gezondheid

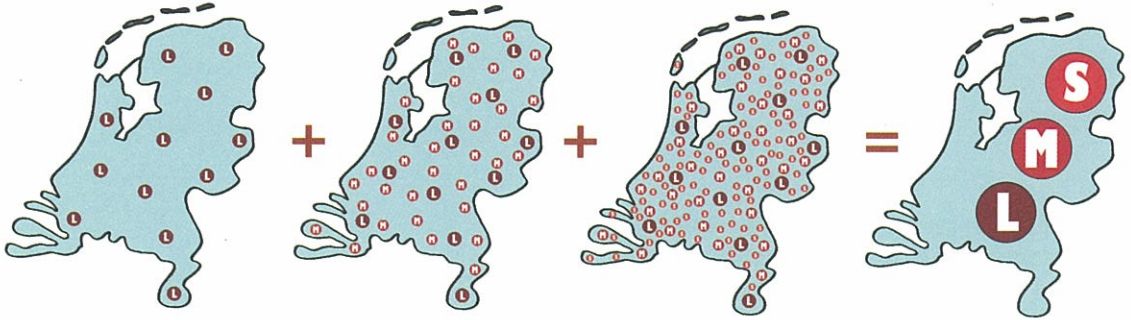
Verschillen tussen de politypen



Netwerk



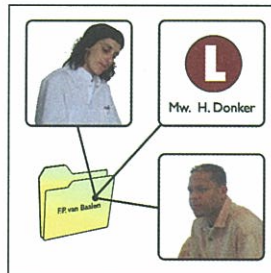
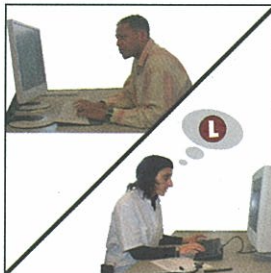
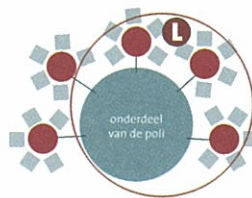
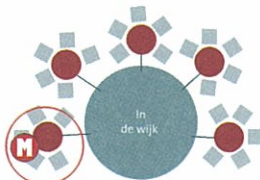
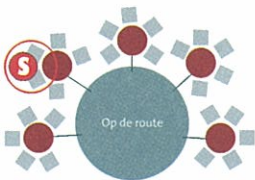
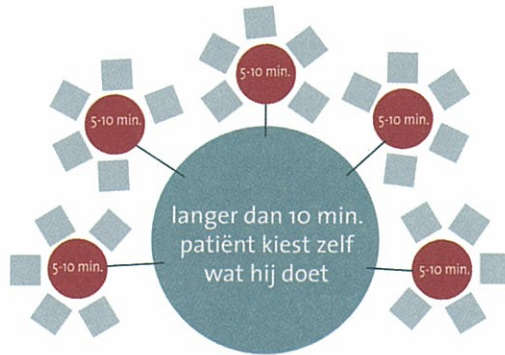
Dhr. van Baalen heeft last van zijn hoofd. Hij wil een afspraak met een arts. Hij kan het polinetwerk bereiken via internet, telefoon of door bij een nabijge poli langs te gaan; hij kiest voor internet. Hij zoekt uit welke tijd, arts en locatie hem het beste uitkomen. Hij vult een vragenlijst in over zijn klachten en de arts krijgt toegang tot zijn medisch dossier. Hij wordt per sms op de hoogte gehouden van het precieze tijdstip van zijn afspraak.



Verdeling poli's over het land

Concept wachten

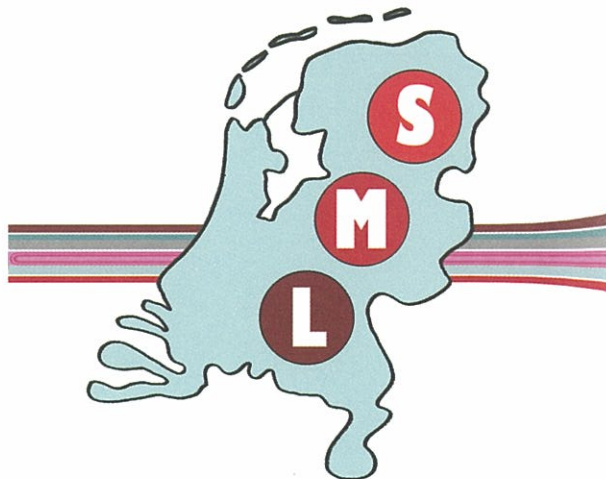
Uitwerking van kleine
wachtruimte voor kort wachten
en positie van het lange
wachten in of buiten de poli



Bij de M-poli heeft hij een gesprek met de arts en krijgt een onderzoek. De uitslag van het onderzoek staat in zijn eigen digitaal toegankelijke medisch dossier. Hij krijgt een advies voor een vervolgspraak bij een L-poli en vindt achtergrondinformatie in de online bibliotheek van de poli. Hij maakt een afspraak bij de L-poli, op een dag die hem uitkomt.

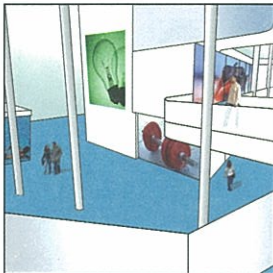
c.q. behandelingen, speciaal naar deze locatie. Aanvullende voorzieningen zijn gericht op ontspanning en balans, rust en genezing. L kan dus ook staan voor Leuk en Lekker. Wachten is tot het minimum beperkt. Bij de spreek-/onderzoekskamers is een compacte wachtruimte om maximaal vijf tot tien minuten te wachten. De klant wordt met een SMS-alert gewaarschuwd, kort voor aanvang van zijn afspraak, maar ook als het spreekuur uitloopt. Langere wachttijden vragen om een andere benadering, waarbij de klant niet bij de poli hoeft te blijven. Bij de L-poli is een centrale wachtruimte onderdeel van het complex. Er zijn winkels, wellnessactiviteiten, een grand café en een lounge met activiteiten die het wachten tussen afspraken door aangenaam maken. De M-poli is onderdeel van de eigen leefomgeving. De klant gaat door met zijn dagelijkse activiteiten tot zijn afspraak plaatsvindt. De S-poli ligt op de route en de klant arriveert precies op tijd.

Bij het polinetwerk draait het om herkenbaarheid, bereikbaarheid en klantgerichtheid. De klant herkent de poli door een sterke corporate identity gemakkelijk en kan deze eenvoudig vinden. Het wachten is minimaal en de service is optimaal. Ons motto luidt:



*'We aren't in the health care business, serving people.
We are in the people business, serving health care.'*

- 1 Howard Schultz, Starbucks Chairman and Chief Global Strategist, *Fortune Magazine*, Vol. 149 No. 2.



Hij wordt bij de L-poli ontvangen bij de centrale receptie. Daar krijgt hij uitleg over de sms-alert. Tot zijn afspraak verblijft dhr. van Baalen in de lounge en het L-centrum, gericht op wellness en gezondheid. Per sms krijgt hij het bericht dat hij over tien minuten aan de beurt is en hij gaat naar de wachtruimte.



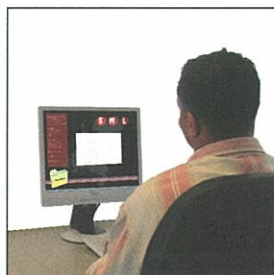
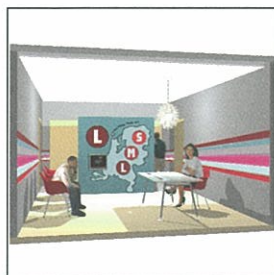
Website



Poli



Wachtruimte poli



De wachtruimte is duidelijk herkenbaar en lijkt in uitstraling en vormgeving op de andere poli waar hij geweest is. De uitslagen krijgt hij online, waarna hij contact op kan nemen met zijn artsen, achtergrondinformatie kan vinden en afspraken kan maken. Voor een controle maakt hij een afspraak bij een S-poli na zijn werk.

Combinaties rond de kleinste module

VBW Architecten

De kern van dit policoncept is het kleinste mogelijke, werkbare element. Deze basismodule moet combinaties met randverschijnselen in de zorg vergemakkelijken. Naast de polikliniek zijn opgenomen een huisartsenpost, fysiotherapie, fitness/wellness, apotheek en ruimten voor diverse commerciële voorzieningen. Vorm en locatie zijn divers, maar het pakket aan diensten is steeds gelijk. Essentie is een flexibel, uitbreidbaar, schaalbaar en multifunctioneel gebouw. Als basis van de poli dient een basiselement dat een spreekuureenheid is. Dit element is multifunctioneel opgezet en voor de verschillende specialismen te gebruiken. De openheid komt ten goede aan de bezoekers, korte loopafstanden en voldoende vrijheid bij het wachten. De benodigde kantoren voor de artsen zijn op de verdieping gelegen, dit geeft de mogelijkheid voor privacy van de arts en maximaal gebruik van beganegrondoppervlakte. Door een 'doktersgang' te creëren ontstaat er een achteringang, zodat de specialist makkelijk kan wisselen van kamer en contact kan hebben met onder anderen collega's en assistentes.

De polikliniek ligt aan de rand van Middelburg, een stad zonder eigen ziekenhuis, aan de rondweg richting het noorden van Walcheren. Vanaf deze rondweg wordt de poli ontsloten. Het ontwerp behelst een kleine polikliniek als dependance van het Ziekenhuis Walcheren in Vlissingen. Het gebouw is uitbreidbaar langs de drie assen die het ontwerp kent, flexibel ingedeeld en zo ontworpen dat toekomstige functieverandering altijd mogelijk is.



Voorzijde



Begane grond



Situatie



Plattegrond



Voorgevel



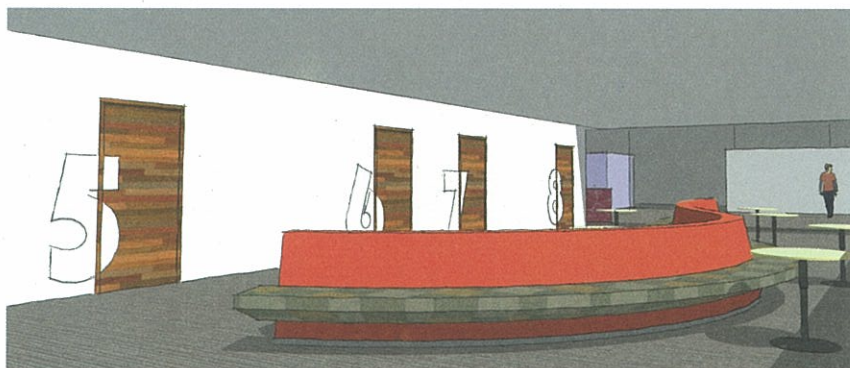
Gevel links



Doorsnede dwars



Doorsnede langs



Interieur



Interview

Iedere patiënt zijn eigen ziekenhuis

Empowerment van de patiënt, dat is waar het om gaat. Voor mij was het volgen van een managementopleiding een *eye opener*. Onderdeel ervan was het rond de tafel zitten met patiënten, die vertelden over hun beleving van het netwerk van de zorg. Dat levert een heel andere kijk op. Vanuit het perspectief van de patiënt ziet de medische zorg er totaal anders uit dan vanuit het gezichtspunt van de medische wereld. Voor een patiënt bij de dokter komt heeft hij dikwijls al een heel traject achter de rug. Vaak is hij al bij allerlei verschillende zorgaanbieders langs geweest, maar daarvan is de arts zich meestal nauwelijks bewust. Wanneer een patiënt zich voor de eerste keer meldt is hij voor de dokter een nieuw geval, terwijl hij soms al heel veel andere artsen heeft gezien. Binnen de medische wereld is er in het algemeen te weinig besef van de ervaringen van de patiënten.

Dokters zijn vaak niet echt betrokken bij de zorg voor de patiënten. Ik raakte onder de indruk van de *power* van de patiënt. Betrokkenheid is zijn grote kracht. Maar voor de dokter is hij object, geen subject. Wat zijn de mogelijkheden om daarin verandering te brengen? Ik dacht onmiddellijk aan het internet. In 2001 was de blauwdruk klaar voor een systeem waarmee ivf-patiënten heel nauw bij hun behandeling betrokken worden, en als ze willen ook intensief contact kunnen hebben met mensen die hetzelfde proces doormaken, of doorgemaakt hebben. Het systeem heeft een aantal componenten: webpagina's met algemene informatie, pagina's met de mogelijkheid afspraken te plannen, het medisch dossier, en een communicatiemodule. Vragen aan de medische staf worden binnen 24 uur beantwoord. Daarnaast chatten veel deelnemers regelmatig, waarbij ze elkaars vragen beantwoorden en tips uitwisselen. De dragende gedachte is dat een dergelijk systeem alleen kan functioneren als het direct aansluit bij het primaire proces, zoals de patiënt dat beleeft. Vanuit zijn perspectief heeft het onderscheid in eerste, tweede en derde lijn geen enkele zin; dit soort begrippen komt voort uit het denken in termen van het aanbod. In plaats van in kolommen uit de organisatie te denken moet het pad van de patiënt centraal staan.

Redeneer je op deze manier verder, dan krijgt iedere patiënt zijn eigen ziekenhuis. Dat valt samen met het pad dat hij door de verschillende medische voorzieningen aflegt. Tot nu toe was dat pad onzichtbaar; internet blijkt een ideaal middel om het zichtbaar te maken. Het ligt voor de hand dat deze benadering een heel andere distributie van de zorg mogelijk maakt. Er zijn in het hele ivf-traject bijvoorbeeld maar een paar stappen die beslist in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. Allerelei kleinere *checks* en eenvoudige behandelingen hoeven niet in een grootschalig complex als het Radboudziekenhuis te gebeuren. Die kunnen net zo goed dichterbij huis, in een regionaal ziekenhuisje of bij de huisarts gebeuren. En steeds meer kan gewoon thuis. De eigen woning wordt een steeds belangrijker onderdeel van het persoonlijke ziekenhuis. Gevolg is dat de organisatie als het ware kantelt. Elk zorgpad loopt immers langs verschillende aanbieders. Dat heeft grote gevolgen. Nu worden dbc's (diagnose-behandeltrajecten) nog vanuit het ziekenhuis georganiseerd. Dat treedt als aanbieder op, die deze dbc's als het ware verkoopt, en er dus inkomsten aan ontleent. Dat kan in de toe-

Jan Kremer

Jan Kremer is hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Hij is als gynaecoloog en hoofd van het ivf-team verbonden aan het UMC St Radboud (zie www.umcn.nl).

komst heel anders worden. Dan ontstaan netwerken, en de inkomsten zullen naar die netwerken moeten gaan. Dat veronderstelt dan wel dat het persoonlijk ziekenhuis van de patiënt, dat samenvalt met de zorgpaden die hij doorloopt, op een bepaalde manier *body* krijgt. Hoe dat eruit gaat zien is op dit moment nog moeilijk te zeggen.

De testcase voor deze manier van werken was een grote groep ivf-patiënten, maar de mogelijkheden reiken veel verder. ivf-patiënten zijn meestal relatief jong, het omgaan met computers is voor de meesten volkomen vanzelfsprekend. Het zal niet lang meer duren voor praktisch de hele bevolking over deze vaardigheden beschikt. Nu al valt op dat mensen met nauwelijks enige opleiding, die moeite hebben met de meest alledaagse dingen, prima met de computer overweg kunnen. Wie thuis achter de computer zit en inlogt op zijn persoonlijke ziekenhuis kan bij het chatten natuurlijk ook verkeerde adviezen krijgen, en die ook geven – maar dat is op straat, in de winkel of via de telefoon niet anders. De nadelen zijn praktisch te verwaarlozen.

Wat bij ivf mogelijk is laat zich veel breder toepassen. Denk aan hartchirurgie – de operatie gebeurt natuurlijk wel in het centrale ziekenhuis, maar voor- en nabehandeling kan in de buurt gebeuren. Parkinson is een ander voorbeeld. De crux is steeds het ontstaan van een gepersonaliseerd zorgtraject, waarbinnen voor elke behandeling de meest logische en voor de patiënt minst bezwaarlijke locatie en zorgaanbieder wordt bepaald. Poliklinieken los van het ziekenhuis lenen zich uitstekend om de minder zware zorg aan te bieden. In plaats van het volledig verzorgen van het medische deel van een specifieke aandoening leveren ze dan een fragment van verschillende zorgpaden, namelijk dat deel dat te zwaar is om thuis te doen, maar waarvoor het doorverwijzen naar het centrale ziekenhuis niet nodig is.

Als de voordelen evident zijn, waarom wordt dit stelsel dan niet op grote schaal toegepast? De patiënt is er klaar voor, de techniek is er en bovendien is die heel goedkoop. Het probleem is dat er van de zijde van artsen en ziekenhuizen weerstand te verwachten is – het raakt immers aan de essentie van het klassieke concept van wat een ziekenhuis is. Dat de praktische bezwaren (waar staat de server, bijvoorbeeld) op te lossen zijn lijdt geen twijfel. Ook voor de juridische implicaties (wie is aansprakelijk mocht er iets misgaan) zijn oplossingen te bedenken. Het gaat uiteindelijk vooral om het denken: gebeurt dat vanuit de patiënt, of blijven we de gezondheidszorg bezien vanuit de medische wereld?

Interview

'De patiënt is geen klant maar onderdeel van het product'

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is in het leven geroepen om de belangen van de patiënt *als consument* te behartigen. De NPCF probeert de zorg vanuit de wereld van de patiënt te beïnvloeden. Dat is niet eenvoudig – patiënten vertegenwoordigen een snel wisselende populatie en geen homogene, goed georganiseerde groep die in staat is een vuist te maken. De NPCF moet de nadelen van de relatief ondergeschoven positie van de patiënt opheffen door hun wensen ten aanzien van de zorg kenbaar te maken. De politiek speelt daarbij een grote rol. Hier worden keuzen gemaakt die te maken hebben met de kosten van de gezondheidszorg, de kwaliteit ervan, maar ook over de mate waarin de klant gehoord wordt. In het huidige stelsel bestaat de enige manier om de belangen van de patiënten te behartigen uit het bewerken van de politiek. Omgekeerd vertegenwoordigt de NPCF voor de politiek een van de weinige kanalen om zich een beeld te vormen over wat er leeft bij de patiënt. Het is dus niet zo vreemd dat de NPCF door de overheid wordt gesubsidieerd.

Zou je de zorg formuleren in termen van vraag en aanbod en de NPCF in dat krachtenspel plaatsen, dan vertegenwoordigt de organisatie de vraagzijde. Die speelt bij de inrichting van de Nederlandse gezondheidszorg een volkomen ondergeschikte rol: de opzet van het stelsel wordt volkomen door het aanbod bepaald, niet door de wensen en voorkeuren van de klanten. De manier waarop de zorg in gebouwen is gestold illustreert dat in de schaal waarop is gebouwd en in de weerstanden tegen deconcentratie. De invloed van patiënten op de manier waarop wordt gebouwd is heel gering. Hun wensen spelen een marginale rol. Hoe is dat te veranderen? ICT speelt daarbij een grote rol, reden voor de NPCF om zich intensief bezig te houden met de introductie ervan. Bijvoorbeeld het elektronisch patiëntendossier, waarbij ook zaken als gebruiksvriendelijkheid en privacy veel aandacht krijgen. ICT maakt het contact tussen patiënt en artsen sneller en directer. Het elektronisch patiëntendossier is op verschillende plekken gelijktijdig door verschillende artsen en verpleegkundigen te raadplegen, wat het gebruik en beheer ervan zeer ten goede komt. De zorg zou veel meer rond bepaalde doelgroepen moeten worden georganiseerd. We moeten af van het bij elkaar op een grote hoop gooien van alle mogelijke ziektebeelden. De technologie maakt steeds meer mogelijk, misschien wordt het steeds minder vaak noodzakelijk patiënten naar de dokter te laten komen. De eerste lijn staat het dichtst bij de alledaagse ervaringswereld van de klant; het is nodig te meten wat nu precies de behoeften van die klant zijn. Het onderscheid tussen *cure* en *care* is eigenlijk achterhaald, het gaat om de zorgvraag van de klant.

Een voorbeeld van een klantgerichte benadering, die ook in de inrichting van het gebouw tot uitdrukking komt, is te vinden in het Oogziekenhuis in Rotterdam. Daar wordt er alles aan gedaan om patiënten minder angstig te maken. Is een organisatie zich ervan bewust dat verandering nodig is, dan leidt dat soms tot interessante oplossingen. De omgeving moet vertrouwen geven, er moet opvang en ondersteuning zijn. De faciliteiten die een polikliniek biedt moeten zijn toegesneden op het type patiënt dat er gebruik van maakt.

Iris van Bennekom

Iris van Bennekom is directeur van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Zij houdt zich onder meer bezig met de ontwikkeling van de strategische agenda van de organisatie en met politieke onderwerpen (zie www.NPCF.nl).

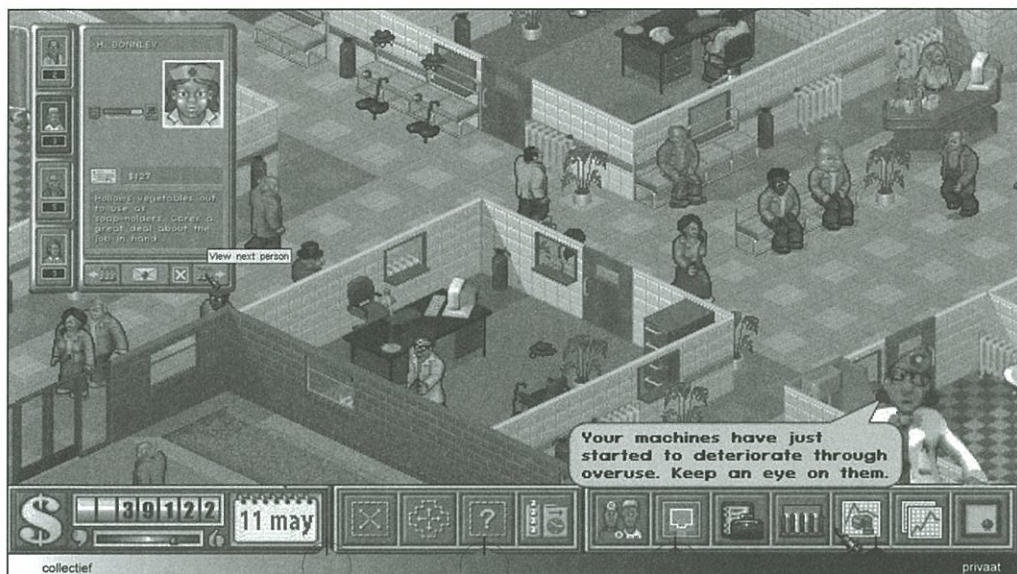
Dat de patiënt niet als klant wordt benaderd, maar als onderdeel van het product is een cultuurhistorisch gegeven. Het valt niet te bestrijden dat dit ook veel goeds gebracht heeft. De medische wereld vertegenwoordigt natuurlijk een hooggespecialiseerde vorm van professionaliteit, die zich moet kunnen ontplooiën. Maar de manier waarop de patiënt daardoor tot object gemaakt is past niet meer in de samenleving van nu.

Academie van Bouwkunst Rotterdam

Multidisciplinaire polikliniek voor Ouderdomsverschijnselen
Bas de Vries, Paul van der Vlis, Rolf Reichardt

De leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking zal in de komende jaren drastisch veranderen. Mensen in de zogenaamde 'derde levensfase', die op het vijftigste levensjaar begint en geacht wordt tot het vijfenzeventigste te duren, zullen een steeds groter deel van de populatie vormen. Ook voor de gezondheidszorg zal dat verstrekkende gevolgen hebben. Sommige ziektebeelden zijn typerend voor ouderen, andere komen ook bij jongeren voor maar manifesteren zich toch vooral in de derde levensfase. Zou het mogelijk zijn een poliklinisch centrum te ontwikkelen dat speciaal op de behoeften van deze categorie is toegesneden? Deze vraag vormt de kern van dit gezamenlijk uitgevoerde onderzoek.

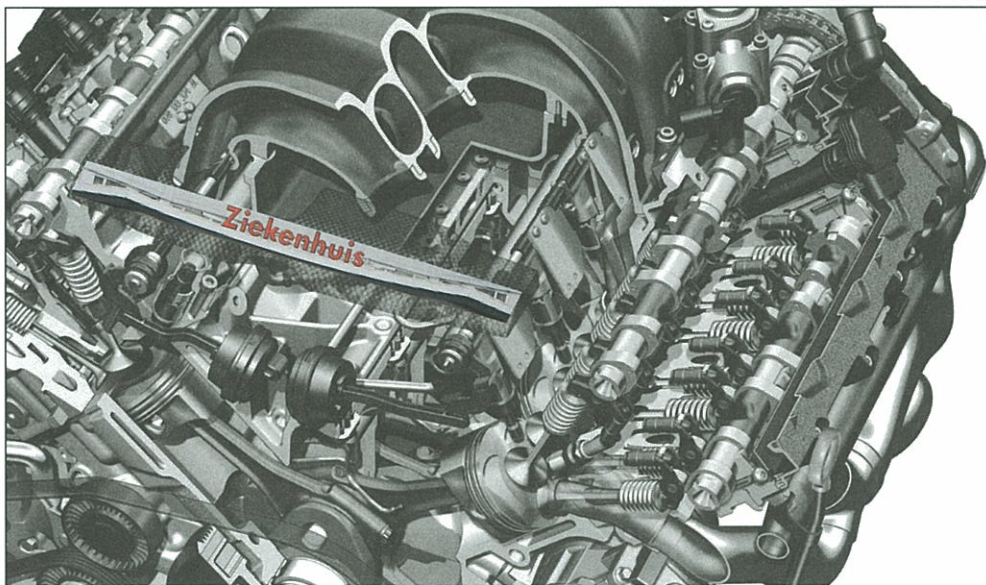




Het nieuwe zorgstelsel

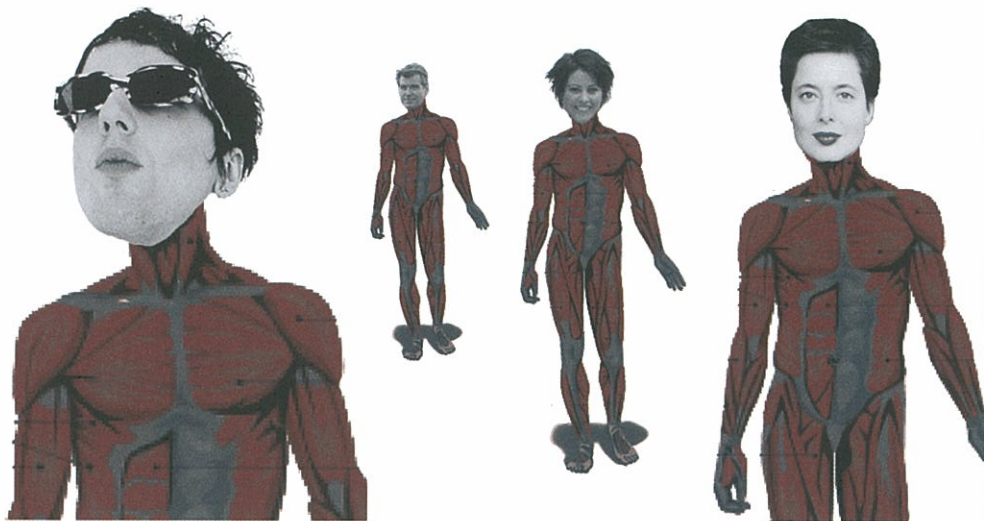
Het kabinet vindt het een goede ontwikkeling dat burgers bij een hoger welvaartsniveau ook meer aan zorg willen uitgeven, maar vindt niet op voorhand dat dit impliceert dat alle zorg ook in de toekomst collectief moet worden gefinancierd."

ministerie van VWS



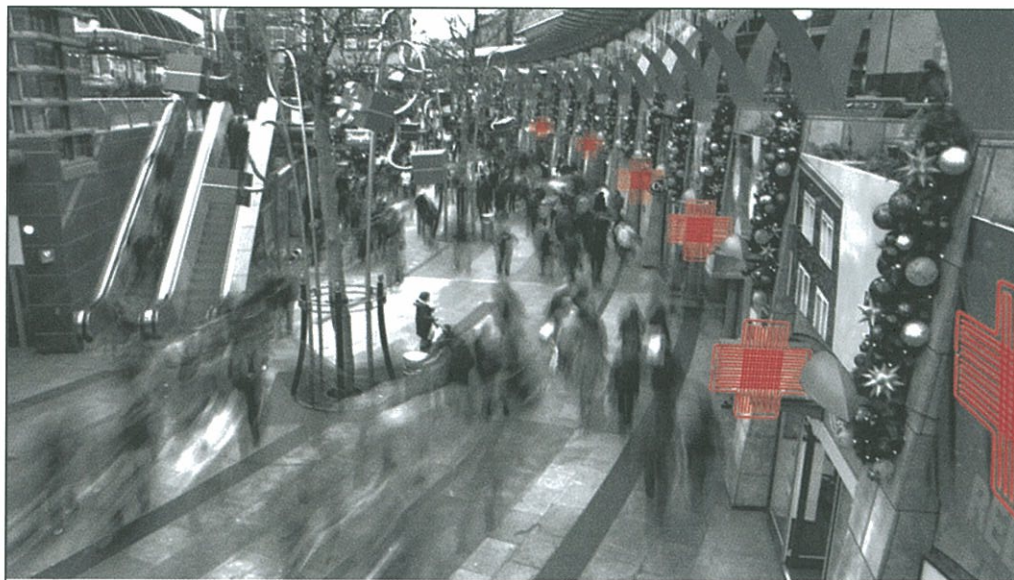
Bestaand ziekenhuis: aandoening centraal

De huidige ziekenhuizen zijn georganiseerd vanuit het perspectief van de aandoening. Deze insteek past niet binnen de huidige tendensen van de zorg en voldoet niet aan de vraag van de hedendaagse patiënt."



Nieuwe zorgstelsel: patiënt centraal

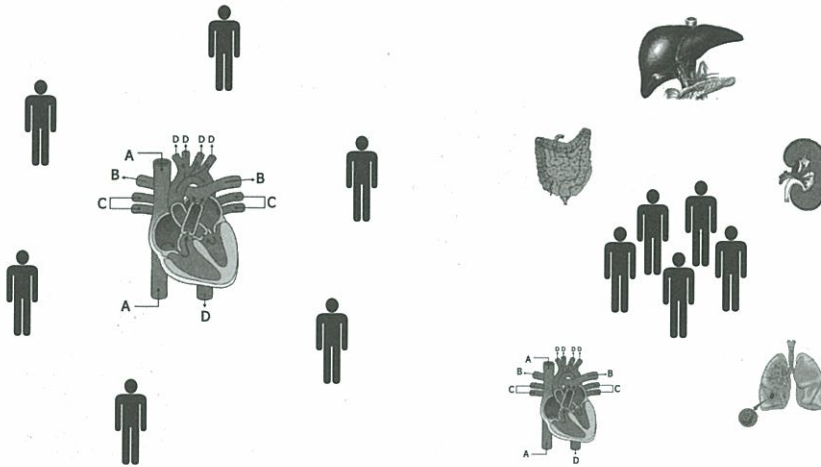
In het nieuwe zorglandschap ligt de nadruk op de patiënt en niet langer op de aandoening. Deze verschuiving heeft niet alleen consequenties voor hoe de patiënt benaderd wordt maar kent ook ruimtelijke en organisatorische gevolgen.



Zorgcommercie

Het kabinet kiest voor kwalitatief goede zorg voor wie die zorg echt nodig heeft.

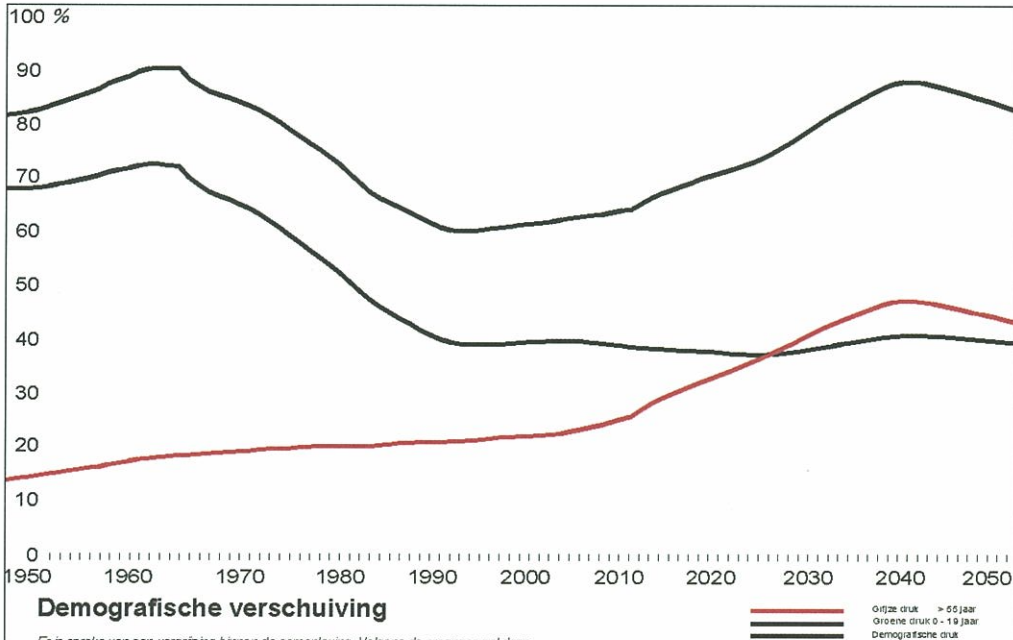
Ministerie van VWS



Organisatie clustering poliklinieken

Clustering van bestaande poliklinieken zijn gebaseerd op aandoeningen en niet zozeer op de patient. De verhouding en onderlinge relaties tussen poli's was daarbij veel minder van belang

De organisatie van poli's rondom een collectief, waar op individueel niveau zorg op maat aan te bieden is. Het is een zorg op maat systeem door clustering van individuen met een overeenkomstig ziektebeeld en zorgtraject



Demografische verschuiving

Er is sprake van een vergrijzing binnen de samenleving. Volgens de prognose zal deze vergrijzingsgolf in 2040 z'n hoogtepunt bereiken. Naar schatting zal in 2035 43% van de bevolking ouder zijn dan 50 jaar. Deze demografische verschuiving zal z'n weerslag hebben op sociaal-economische en maatschappelijk vlak.

Oranje druk > 55 jaar
Groene druk 0 - 19 jaar
Demografische druk

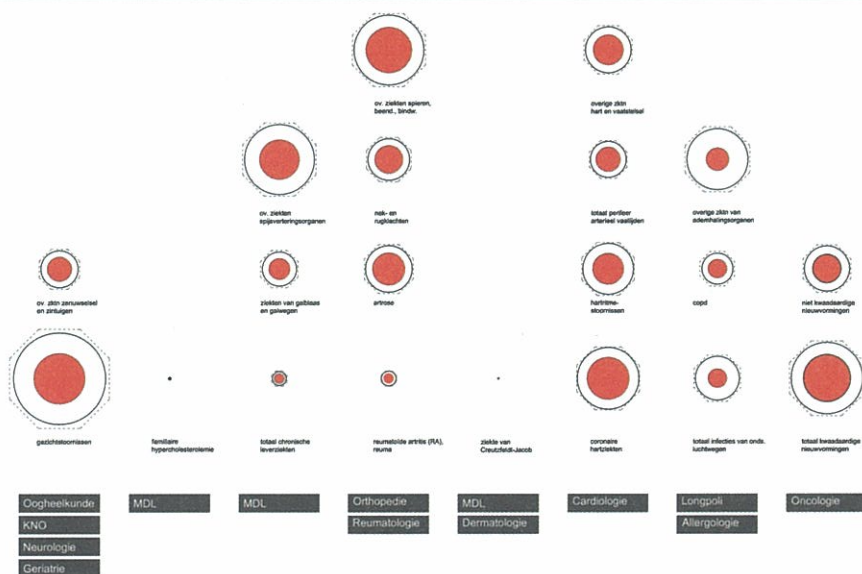
Centraal Bureau voor de Statistiek



Derde levensfase 50 tot 75

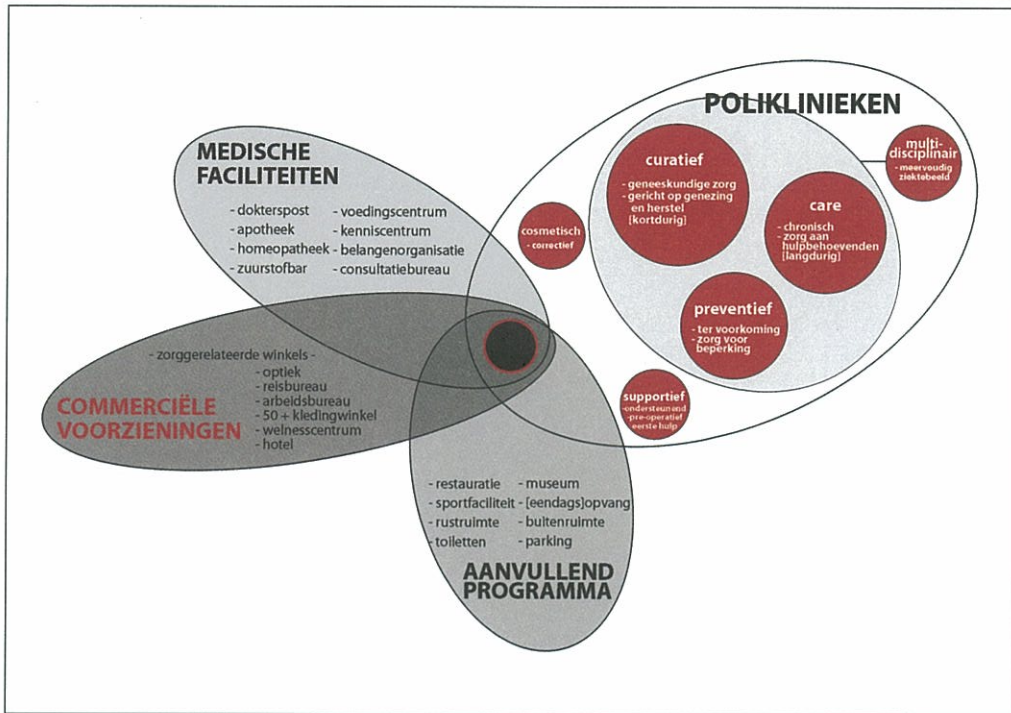
"Tussen het werkende leven en de fase van behoefte is een tweede puberteit ontstaan van actieve ouderdom. Die krijgt relatief veel nadruk nu juist de categorie jongere ouderen in de komende jaren het sterkst groeit."

ministerie van VWS



Poliklinieken naar ziekten

Meest voorkomende ziekten binnen de derde levensfase gekoppeld aan poli's.



Setting

- centrale ligging.
- aansluiting op centrum en kanaleneland.
- goede bereikbaarheid met openbaar vervoer en auto.
- nog te ontwikkelen gebied binnen uitbreidingsstrook.



Academie van Bouwkunst Amsterdam

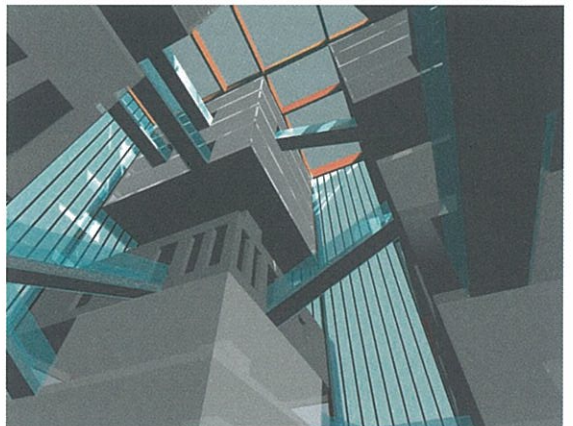
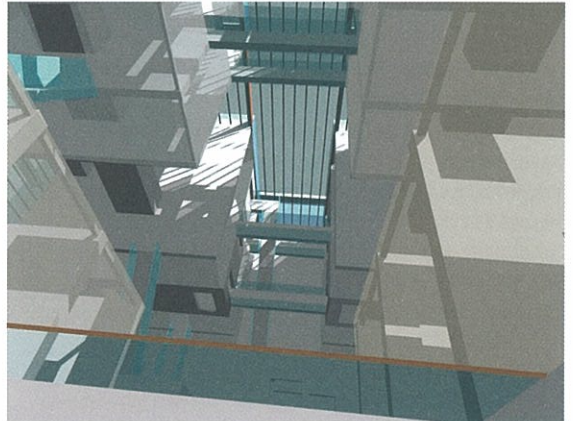
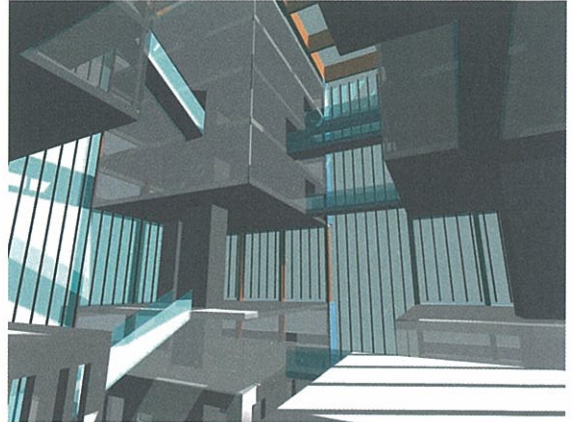
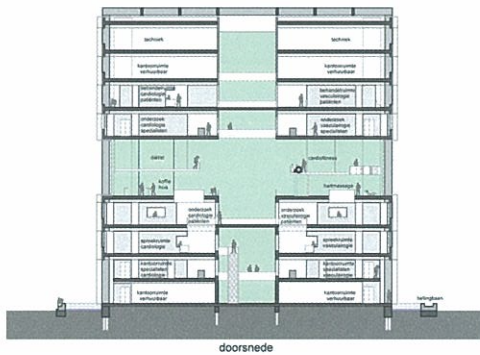
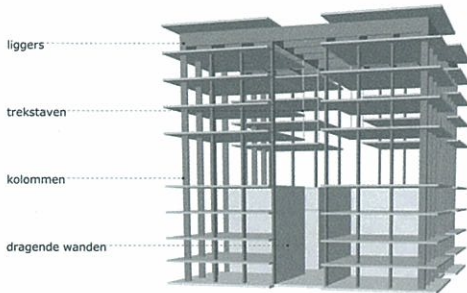
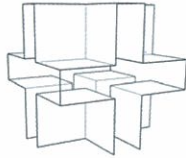
Inleiding

Chris Scheen

Enkele jaren geleden heb ik op de Academie van Bouwkunst Amsterdam met veel plezier het project 'De school van de toekomst' begeleid, een studieproject van de STARO. Net als bij 'De school van de toekomst' gaat het ook bij de 'Studie policoncepten' voor de studenten om de vraag in hoeverre het architectonisch ontwerp een bijdrage kan leveren aan het onderzoek naar de stedelijke vernieuwing middels herprogrammering.

De studenten zijn begonnen met een verkennend onderzoek naar de wijze waarop de verzelfstandiging van de polikliniek de mogelijkheid biedt deze beter te integreren met de stedelijke leefomgeving. Onderzocht werd hoe de overgangszone tussen publieke ruimte en polikliniek programmatisch en ruimtelijk zou kunnen worden ingevuld. Hierbij werd de combinatie met winkels uitgesloten en werd juist gezocht naar een combinatie met stedelijke voorzieningen die tegenwicht kunnen bieden aan de dominantie van een puur consumptieve levensstijl in het stadsbeeld.

Na het gemeenschappelijk vooronderzoek werd individueel een locatie en programma gekozen en een ontwerpogave geformuleerd. Mede door verschil in architectuuropvatting heeft dit een aantal sterk verschillende ontwerpen opgeleverd. Samen vormen zij een bijzonder interessante reeks als resultaat van een ontwerponderzoek naar de typologische kenmerken en stedenbouwkundige inpassing van de moderne polikliniek.



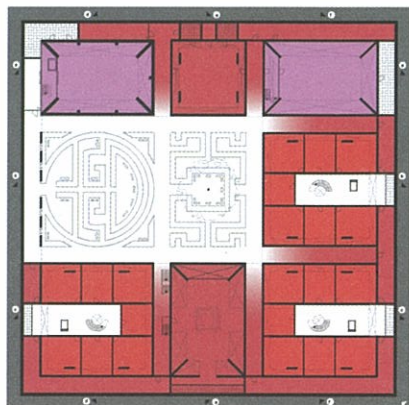
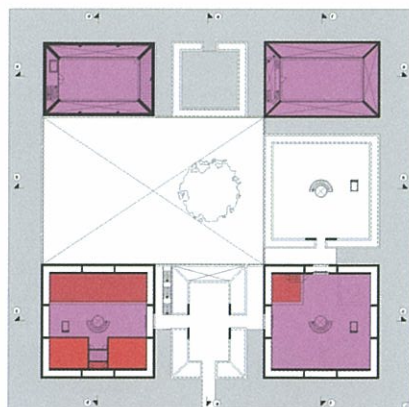
Zhong Amsterdam

Amber Beernink

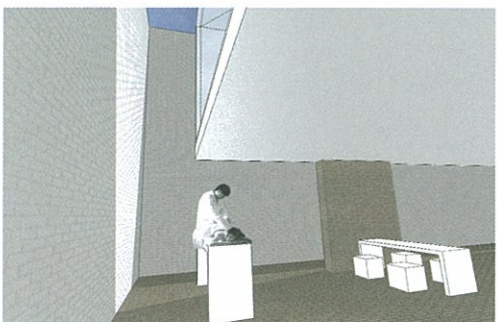
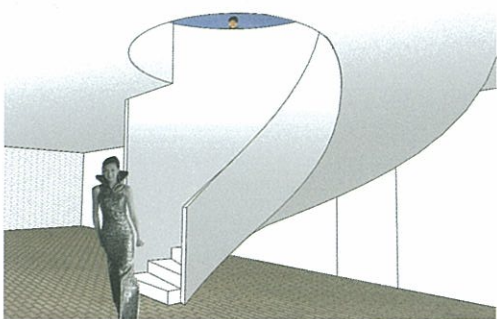
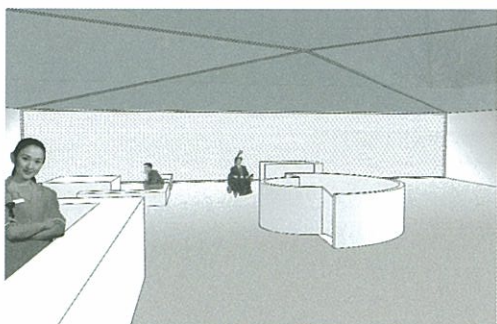


Zhong Amsterdam is een particuliere polikliniek, geworteld in de Chinese traditionele geneeskunst. Zeven uit baksteen opgetrokken volumens staan rond een verdiepte kruidentuin. Het ensemble is zorgvuldig ingepast tussen bestaande historische parkgebouwen van het Oosterpark in Amsterdam en heeft een tijdloos karakter. Hier kunnen de Chinese traditionele geneeskundigen hun krachten bundelen en hun bijdrage leveren aan het westerse zorgaanbod. Als onderdeel van een wandeling of fietstocht kan een bezoek aan Zhong een natuurlijke routine worden voor wie zijn gezondheid op peil wil houden.

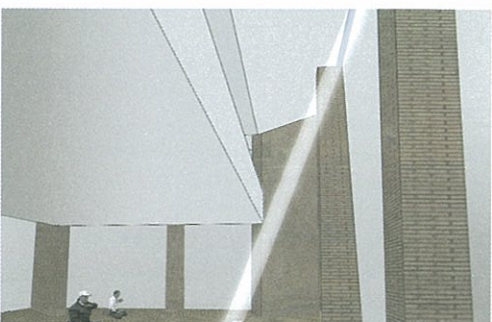
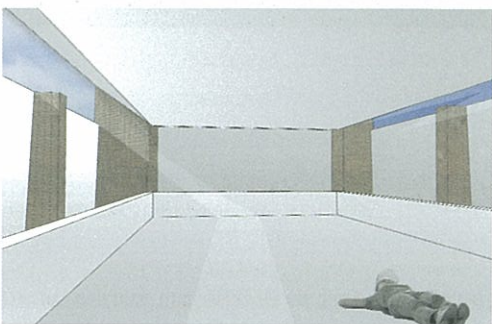
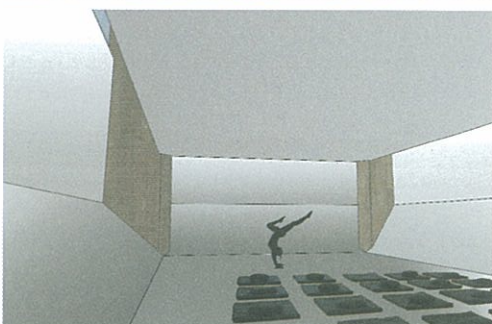
De entree naar het medisch programma leidt de bezoeker over het dak van de personeelsruimte in twee richtingen. Links de kruidenbank en toegang tot de ondergelegen behandelruimten. Hoewel de behandelruimten akoestisch van de kruidenbank zijn gescheiden, gebruiken deze voor daglicht dezelfde lichtschachten. Rechts de receptie, een zitruimte en doorgang naar de overige behandelruimten. Ook is er ruimte voor een expositie over het aanbod en de achtergrond van de Chinese geneeswijzen. De behandelruimten worden door meerdere dokters gebruikt. Elke dokter heeft een eigen aanpak en gebruikt bijvoorbeeld acupunctuur, medische massage, Tui Na, Shiatsu en schrijft kruiden voor. Communicatie tussen doktoren bevordert de samenwerking op het gebied van diagnose en doorverwijzen van patiënten. In de personeelsruimte, voorzien van restaurant en buitenruimte, kan overleg plaatsvinden, ook met westerse georiënteerde artsen van het nabij gelegen OLVG ziekenhuis. In de twee rechthoekige volumens wordt de basis gelegd voor een goede gezondheid, een medisch behandeltraject en voor de oosterse vechtkunst. De hoge toren bevat ruimten voor Qigong (oude ademhalingsleer), yoga en meditatie. In het tegenovergelegen rechthoekige paviljoen wordt Taijiquan beoefend (San Shou en Tui Shou). In het kleine paviljoen daartussen worden de kruiden uit de tuin verwerkt tot medicijnen, met op het dak een openbaar sportveld. Zoals te zien in de kleurentekening, ligt de programmatische nadruk op preventie van ziekte.



Route naar medisch programma



Toren voor qigong, yoga en meditatie

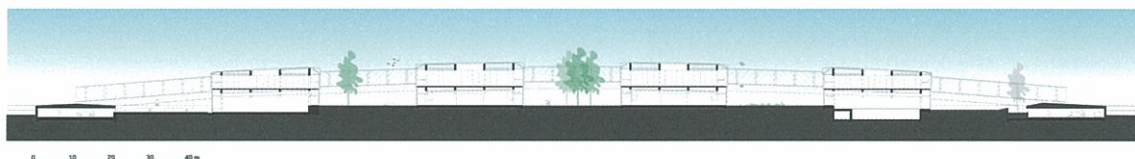


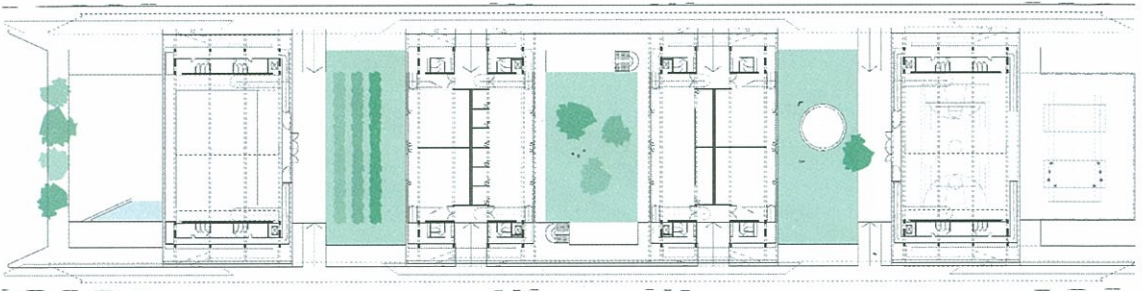
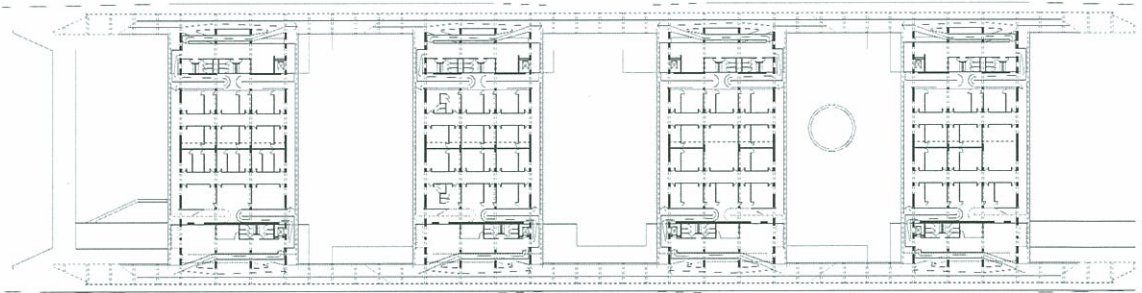
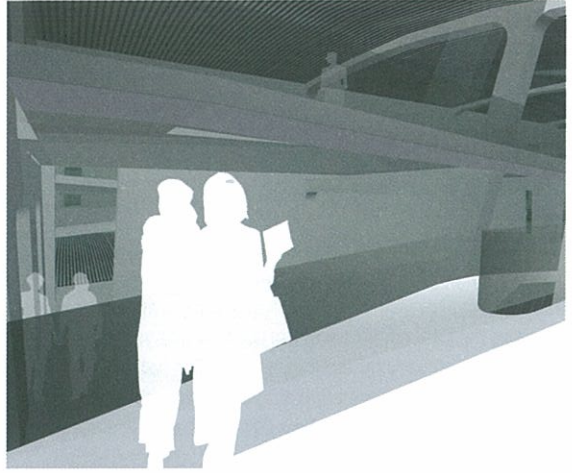
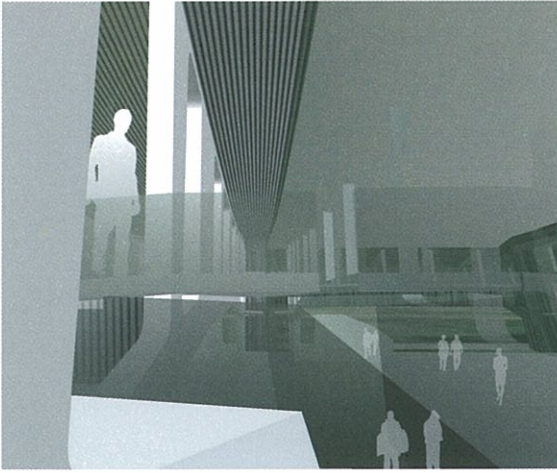
owgPoli

Johan Rooijackers

Dit concept voorziet in een buurtpolikliniek voor stadsdeel Oost/Watergraafsmeer, gelegen op voormalige landgoed Frankendeal te Amsterdam. De typologie is een kruising van het paviljoen- en het patiotype. Hiermee structureert het de verhouding tussen stad en polikliniek, openbare, collectieve en specialistische ruimte.

Zo wordt de programmatische sequentie die bij het ritueel van wachten en behandelen hoort transparant en ruimtelijk gemaakt.



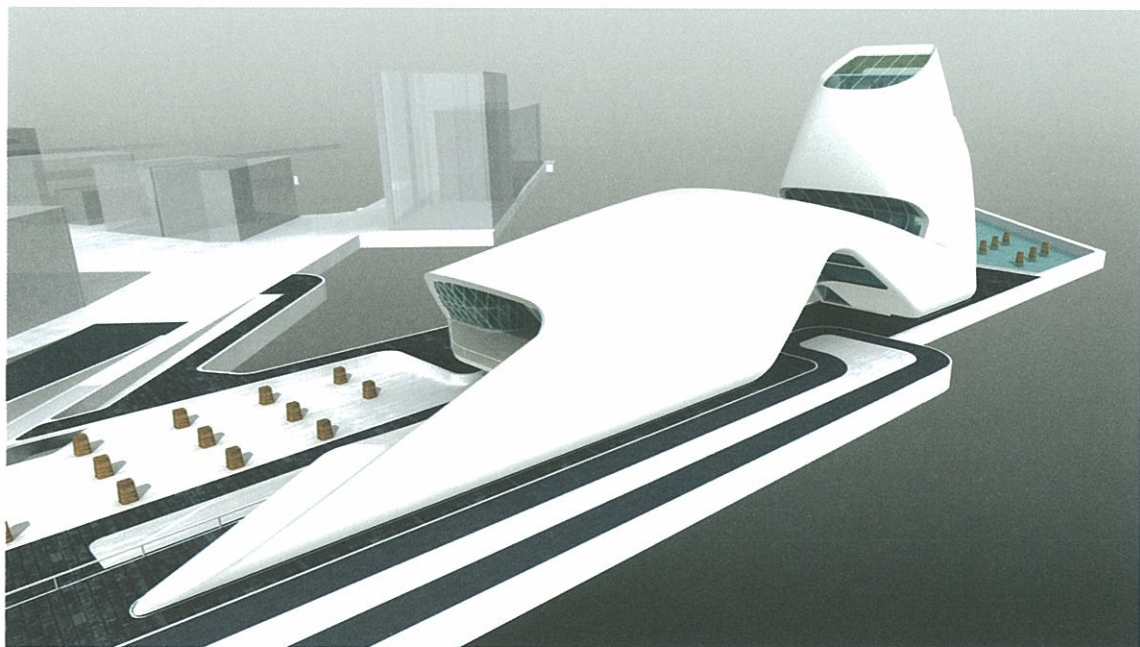


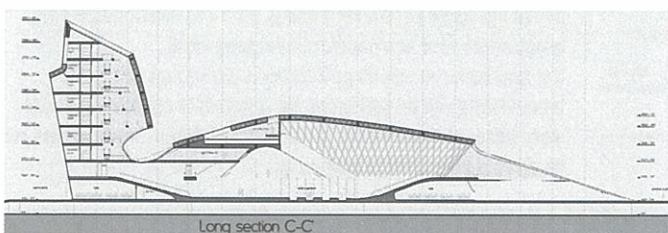
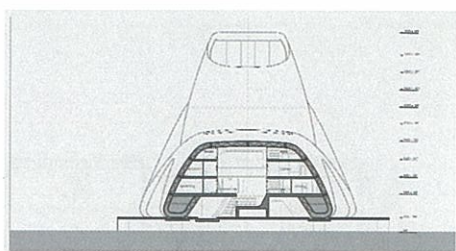
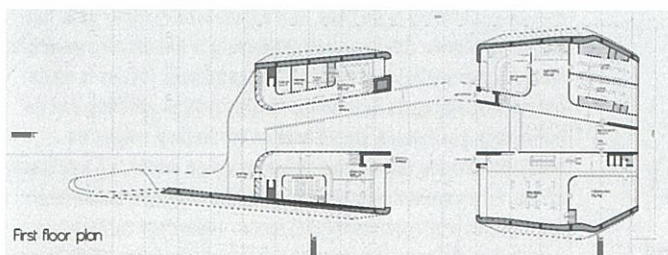
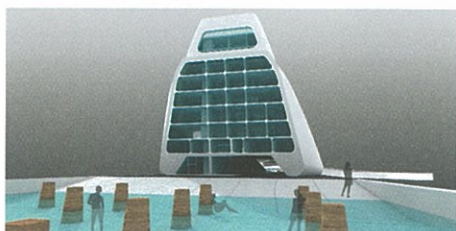
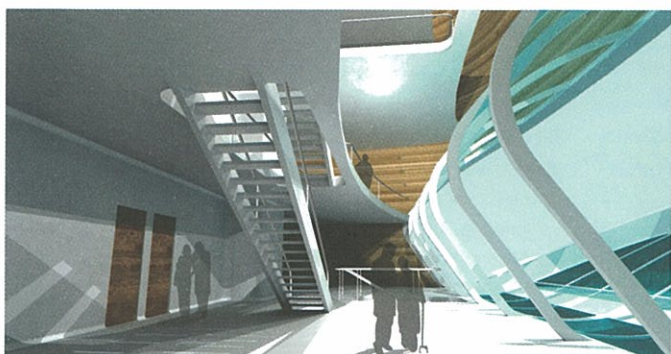
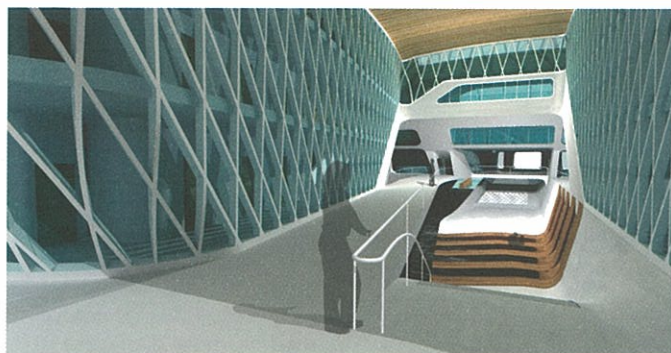
AOD – Polyclinic

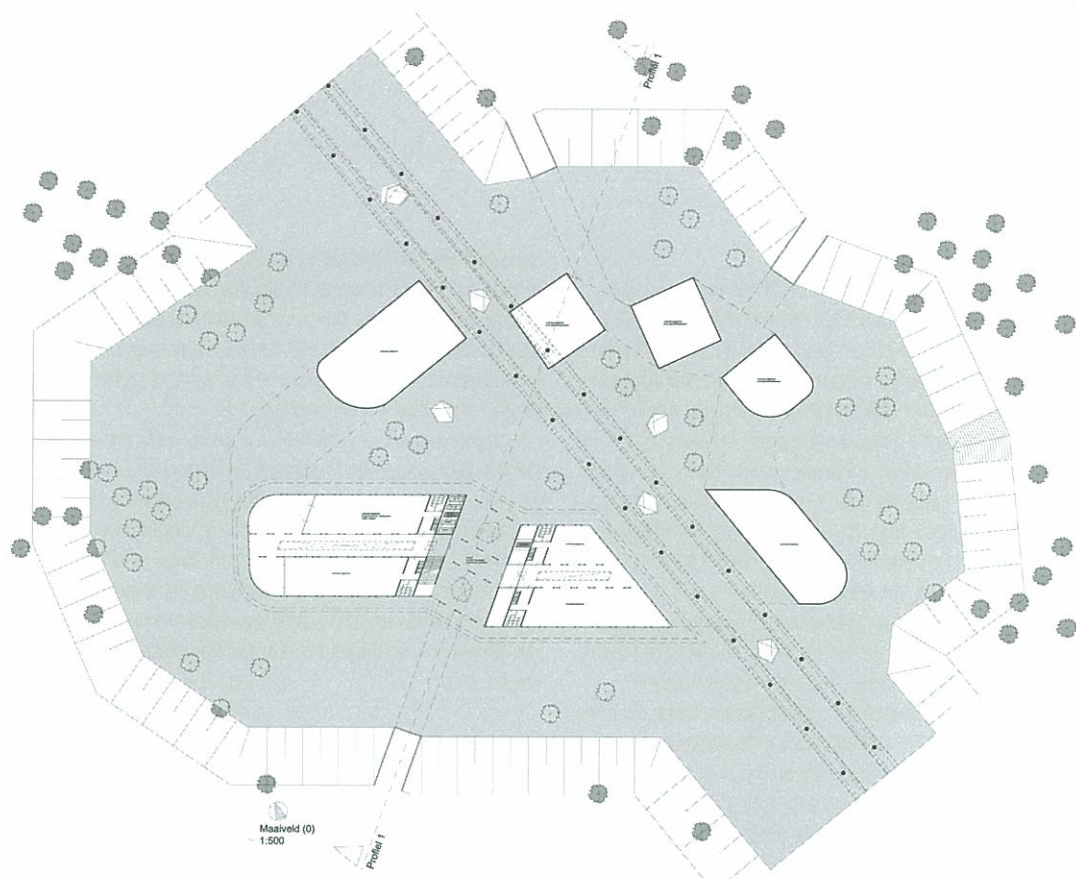
Ahmed El-Shafei

Clinic for Anorexia, Obesity & Diabetic diseases

The design of the polyclinic is based on the strategy of creating an intelligent relation between the city and the medical part. It opposes the total enclosure of the patients and yet offers protection and intimacy for the fragile ones. This balance is maintained through the introduction of the transitional zone. In this zone the public streams from the city and the medical streams of the patients carefully meet and interact. This interaction takes place in programs such as fitness, pharmacy, physiotherapy, etc. which are in the interest of both the public and the patients. The advantages of having this zone is to eliminate the feeling of enclosure and isolation from the patients and connect a very enclosed program such as the polyclinic to the city, and enable the inhabitants to make use of the building in many ways.







Patio compound



Gallerij publiek-patiënt

Academie van Bouwkunst Groningen

The Clinic – De kliniek

Theo Deutinger

Victor Ackerman

Inleiding

Geen enkel gebouwtype heeft zulke radicale veranderingen doorgemaakt. Het ziekenhuis is een gebouwde afspiegeling van de maatschappij. Nu breekt het tijdperk van de vrije keuze in de gezondheidszorg aan en zal het ziekenhuis opnieuw uitgevonden moeten worden. Het ziekenhuis zoals het zich aan het begin van het eenentwintigste eeuw manifesteert is het resultaat van politieke, maatschappelijke en economische factoren aan het eind van de vorige eeuw. De meest recente ziekenhuizen, zoals het UMCG in Groningen, typeren de verzorgingsstaat, met de hoogste medische verzorging voor iedere Nederlander tegen de laagste kosten. In de jaren negentig werd het onmogelijk deze hoge standaard, met de daaraan verbonden hoge kosten, te handhaven. De zorgsector moest onderworpen worden aan de wetten van de markteconomie. De zorg moet goedkoper. Veranderingen duren lang en de architectuur is traag. Zo komt het dat de recente, grote ziekenhuizen in Nederland nog steeds die van de verzorgingsstaat zijn. Her en der is getimmerd aan nieuwe oplossingen voor deze 'reuzen', maar een echt vernieuwend concept bestaat er nog niet. De architect is lange tijd niet meer betrokken geweest bij het ontwerpen van ziekenhuizen, maar krijgt nu nieuwe kansen. In dit atelier gaan wij op zoek naar het verleden en de oorsprong van het ziekenhuis als architectonische, technische en maatschappelijke eenheid. De geschiedenis wordt tot het heden gevolgd en wordt grafisch verbeeld door middel van een tijdlijn. Het ontwerp is te zien als een extrapolatie van de geschiedenis.

De oorzaak van het atelier

Een van de meest cruciale ontdekkingen uit het onderzoek was de vergroting van de mobiliteit en de keuzevrijheid van de patiënt door de digitalisering van het ziektedossier, de map waarin al de gezondheidsgegevens zijn opgesloten. Was het jaren geleden alleen mogelijk deze map per bode of post te verzenden, nu kunnen in principe de bestanden van de patiënt binnen enkele seconden naar de andere kant van de wereld gestuurd worden, of de andere kant van de straat. Toen wij aan dit atelier begonnen, waren wij er nog van overtuigd dat vooral marktwerking en individualisering het sneller wisselen van arts zouden stimuleren. Maar de uiteindelijke revolutie in de gezondheidszorg is wederom een technische, nu niet in de zorg zelf maar in de communicatie tussen patiënt en arts. Een patiënt of cliënt zal nu heel eenvoudig kunnen zeggen dat hij naar een andere, betere

arts gaat. En voor hij daar is, is zijn dossier al aangekomen. Plotseling is er sprake van competitie in de gezondheidszorg; iets dat in deze sector nieuw is. De vraag of deze competitie tot meer kwaliteit in de zorg leidt laten we hier in het midden. In ieder geval is dit atelier al een bewijs dat bestaande verhoudingen ter discussie worden gesteld.

Verschillende partijen denken na over de toekomst van de polikliniek. Men hoopt iets te kunnen toevoegen c.q. verdienen aan de vraagstukken in deze sector. Wij als architecten hopen dat een grotere marktwerking leidt tot een competitiestrijd om de ruimtelijke kwaliteit en dat er daardoor meer geld en aandacht komt voor de gebouwen zelf. Wij denken dat mensen die kunnen kiezen tussen twee even goede topartsen in twee verschillende gebouwen de ruimtelijke kwaliteiten laten meewegen in hun keuze.

De opdracht

Ontwerp een polikliniek voor acht huisartsen in Meerstad (bij Groningen) van circa 500 m².

Meerstad is een nieuwbouwwijk in Groningen, waar men op circa 30.000 hectare 10.000 woningen wil gaan realiseren. Een extreem dunbevolkt gebied met een oppervlakte zo groot als de stad Groningen, maar met een zesde van haar bevolking. De keuze van de locatie binnen Meerstad is vrij, aangetoond moet worden dat die de meest geschikte is voor het gebouwconcept. Door de verschillende benaderingen en conclusies van de studenten ontstonden heel uiteenlopende opgaven, die tot een grote variëteit aan ontwerpen leidden. De polikliniek van de toekomst manifesteert zich niet door één bepaalde vorm, maar door haar inpassing in de sociale, ruimtelijke en economische context. Van een paviljoen in een bos tot een ruimte in een groot winkelcomplex, er bestaat geen beperking in de verschijningsvorm van de polikliniek. Waar het om gaat is de juiste relatie tot de context van deze polikliniek.

Onderzoek: verleden – nu – toekomst

Het atelier is voornamelijk gericht op het onderzoeken en het analyseren van de geschiedenis van de polikliniek en haar context. Om inzicht te krijgen in de herkomst van de polikliniek en de krachten daaromheen hebben wij geprobeerd deze studie met vijf thema's te structureren. Deze thema's: de architectuur, de economie, de politiek, de techniek en de arts-patiëntverhouding hebben een schat aan informatie opgeleverd.

Arts en patiënt

Een tweede belangrijke vinding was de veranderende relatie tussen arts en patiënt. De patiënt wil in de toekomst veel meer gezien worden als een klant die recht heeft op een goede behandeling. Men wil ook niet altijd het gevoel hebben dat met hem iets mis is. Al is de patiënt nog zo ziek, men wil een sterke patiënt zijn. Bram Scheurwater heeft de zin 'zo lang mogelijk burger blijven en zo kort mogelijk patiënt zijn' tot het uitgangspunt van zijn ontwerp gemaakt. Christophe Hannoyer heeft de conclusie getrokken dat om de drempel naar de zorg te slechten, de polikliniek het best kan worden omgevormd tot een ech-

te huisartsenpraktijk. De cliënt (patiënt) komt als het ware bij iemand (in dit geval de huisarts) thuis op bezoek. Freddy Siekmans benadrukt dat digitalisering van de communicatie tussen patiënt en dokter een veel betere zorg op afstand biedt. Door het plaatsen van elektronische meetinstrumenten, die altijd de gezondheidstoestand meten van de patiënt en de gegevens aan het gezondheidscentrum doorgeven, weet de arts bijna eerder dan de patiënt dat hij ziek wordt of is. Daardoor ontstaat een omgekeerde communicatie; de arts belt de patiënt om een afspraak te maken, waardoor wachttijden verdwijnen en onnodige bezoeken kunnen worden voorkomen.



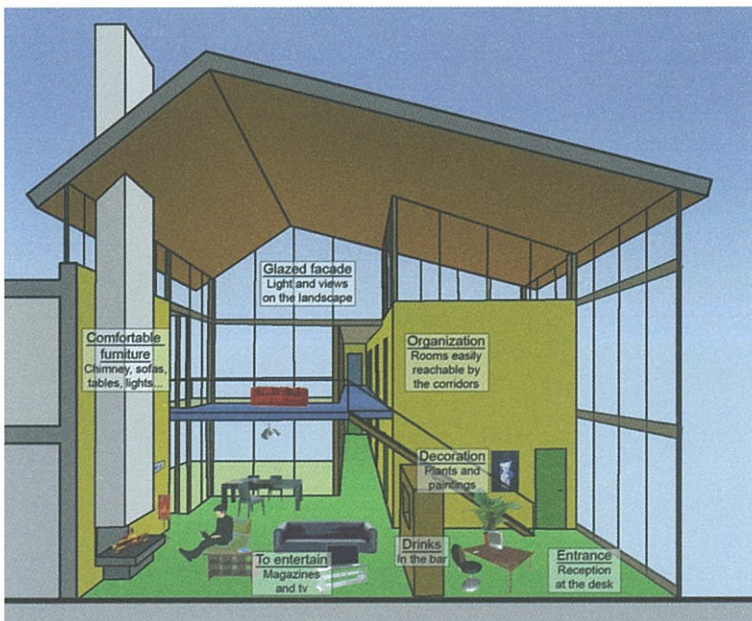
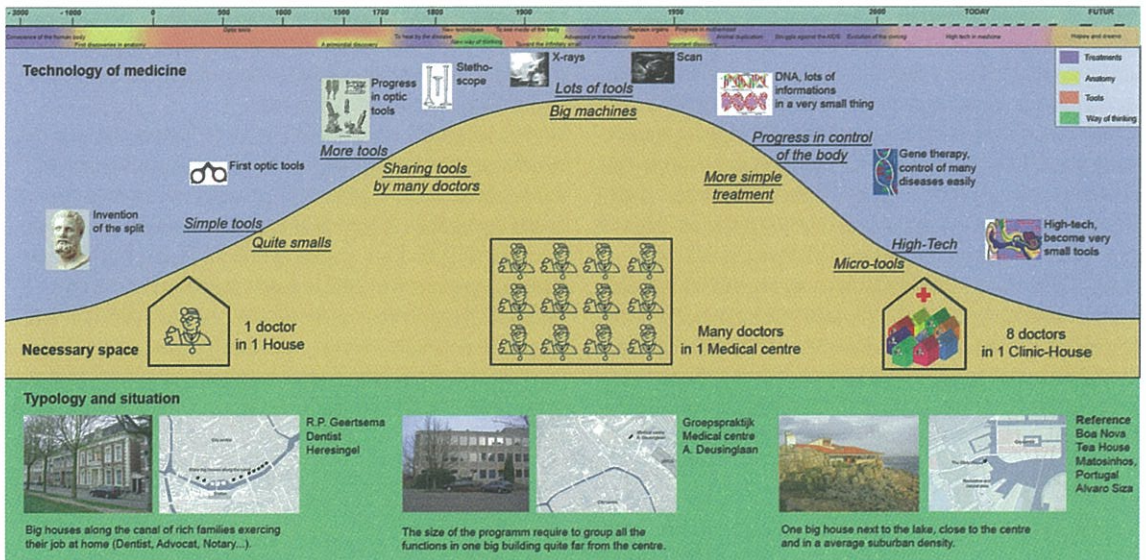
Christophe Hannoyer



Polikliniek in het hart van meerstad, tussen de voorzieningen



Freddy Siekmans



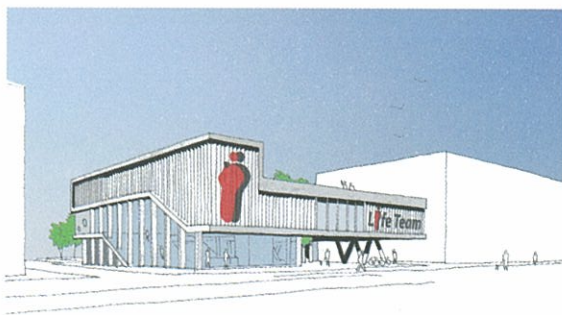
Bram Scheurwater

Economie en gezondheid

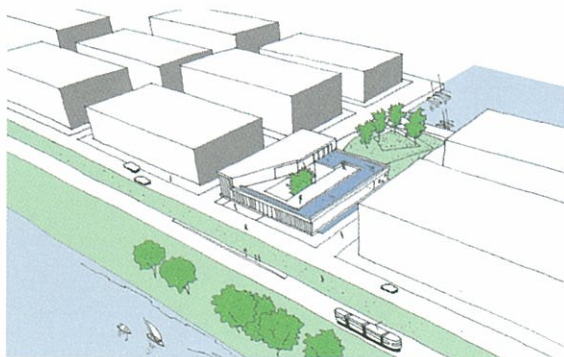
Natuurlijk blijven naast kwalitatieve wensen ook genoeg harde bestaan, met als de belangrijkste de economische efficiëntie. De invloed van toenemende marktwerking en een grotere efficiëntie is een vraag die zowel architecten als opdrachtgevers bezig houdt. Erik Roerdink geeft in zijn ontwerp meerdere 'specialisten', zoals psychiater, fysiotherapeut, orthopeed, ruimten in hetzelfde gebouw waarmee doorverwijzingen direct mogelijk zijn. Nieuwe afspraken en lange wachttijden zijn niet meer nodig. Stefan Prins heeft echter besloten niet andere artsen, maar andere programma's bij zijn polikliniek aan te haken. Het toevoegen van een restaurant, supermarkt, fitnesscenter en dergelijke maakt de polikliniek als plek voor openthoud en preventie interessant. Zijn gebouw is uitgegroeid tot een gezondheidsmachine waar men al trappenlopend te weten komt hoe-

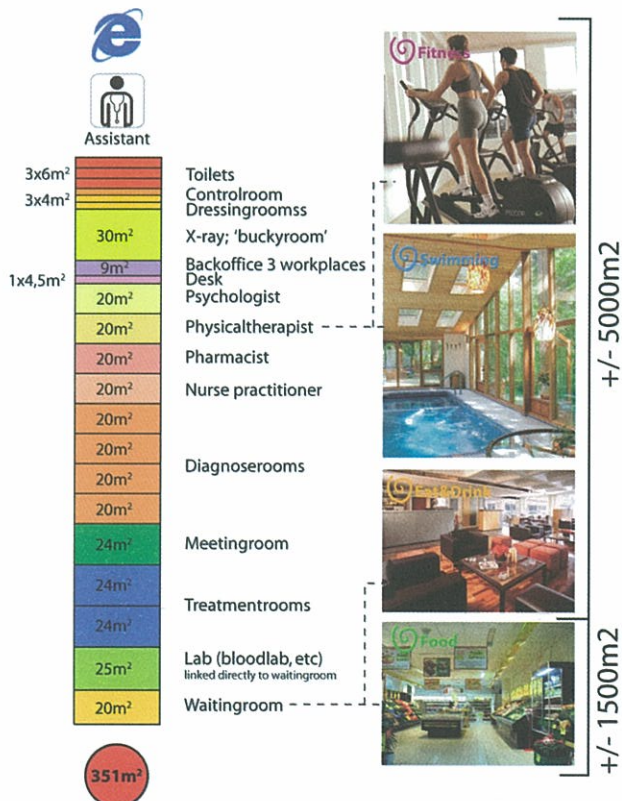
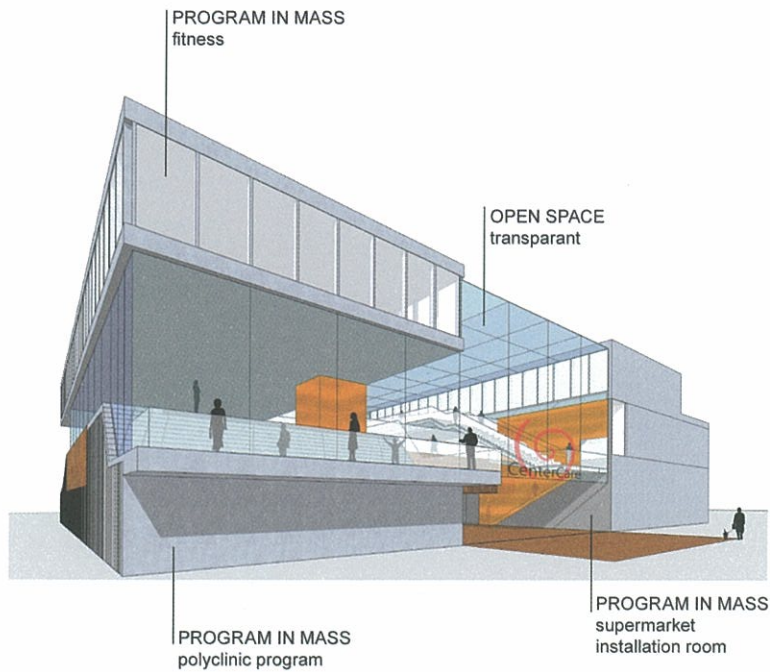
veel calorieën men verbrandt, waar de bodem van het zwembad informatie geeft welke spieren getraind worden en waar de fietstrainers van het fitnesscenter aangesloten zijn op het elektriciteitsnet om stroom te genereren.

Zo verschillend als alle plannen zijn, zo verbonden zijn ze in hun streven naar het zoeken van nieuwe verbindingen. De functie van een gebouw wordt korte tijd losgeknipt van de oude verbindingen om op zoek te gaan naar nieuwe ruimtelijke en programatische relaties. Deze opgave onttrekt zich daarmee aan een discussie over vorm en gaat in eerste instantie puur op de inhoud af. Het gebouw is geen individu, met één van de context losgemaakte functie, maar is onderdeel van een groot geheel. De polikliniek als de meest persoonlijke zorginstelling is het beste voorbeeld voor de nieuwe noodzaak van pluralistisch denken en ontwerpen.



Erik Roerdink







Stagg-ledenlijst 2007

a/d amstel architecten

Postbus 9261
1006 AG Amsterdam
020 408 92 22
www.adamstel.nl

A12 Architecten bna

Postbus 1180
3900 BD Veenendaal
0318 51 90 08
www.a12architecten.nl

Archikon, architecten & constructeurs

Stationspark 7
4462 DZ Goes
0113 22 36 20
www.archikon.nl

Architecten aan de Maas

Postbus 3061
6202 NB Maastricht
043 35150 00
www.architectenaandemaas.com

Architectengroep Kok & De Haan bna bv

Dijkhoornseweg 43
2635 EK Den Hoorn
015 262 40 97
www.kok-dehaan.nl

HET ARCHITECTENHUIS

borkent & plug bv
Vosselmanstraat 504
7311 VX Apeldoorn
055 521 54 43
www.architectenhuis.nl

ARPROS Architecten

Architectuur en procesontwikkeling
Bocht van Guinea 25
2515 MA 's-Gravenhage
070 346 71 87
www.arpros.nl

atelier PRO architecten bv

Postbus 85616
2508 CH 's-Gravenhage
070 350 69 00
www.atelierPRO.nl

Ad Backx architect BNA

Essebaan 77
2908 LJ Capelle aan den IJssel
010 442 70 03
www.backx.architect.nl

BBHD architecten

Postbus 141
1740 AC Schagen
0224 29 82 41
www.bbhd.nl

**Van den Berg Groep
architectuur en advisering**

Postbus 337
8260 AH Kampen
038 331 52 51
www.vandenberggroep.nl

Burger Grunstra Architecten Adviseurs

Hertog Aalbrechtweg 22b
1823 DL Alkmaar
072 567 90 10
www.burgergrunstra.nl

CKPP architecten

Wijnhaven 44
3011 WS Rotterdam
010 411 06 88
www.ckpp.nl

Clevis-Kleinjans Architecten bv bna

Postbus 995
5900 AZ Venlo
077 382 91 41
www.clevis-kleinjans.nl

Compositie 5 Architectuur BV

Postbus 7086
4800 GB Breda
076 522 05 02
www.c5a.nl

DMV ARCHITECTEN

Euregiopark 4
6467 JE Kerkrade
045 566 03 05
www.dmvarchitecten.nl

EGM architecten bv

Postbus 298
3300 AG Dordrecht
078 633 06 60
www.egm.nl

**Elemans Postma Van den Hork
Architecten**

Postbus 27
5340 AA Oss
0412 64 69 48
www.epha.nl

GBS architecten B.V.

Zijde 133
2771 EV Boskoop
0172 21 37 46
www.gbsarchitecten.nl

GelukTreurniet Architecten

Postbus 199
3130 AD Vlaardingen
010 434 57 62
www.geluktreurniet.nl

Greiner Van Goor Huijten Architecten bv

Schipluidenlaan 4
1062 HE Amsterdam
020 676 11 44
www.ggharchitecten.nl

groosman partners | architecten

Postbus 1750
3000 BT Rotterdam
www.gp.nl

Grunstra Architecten Groep BNA

Postbus 128
8700 AC Bolsward
0515 57 36 46
www.grunstra.nl

Terry van der Heide Architecten b.v.

Postbus 16194
2500 BD 's-Gravenhage
070 445 23 00
www.tvdh.nl

Huibers en Jarring Architecten BNA

Kerkewijk 65
3901 EC Veenendaal
0318 52 23 24
www.huibersjarring.nl

IAA Architecten

Postbus 729
7500 AS Enschede
053 480 44 44
www.iaa-architecten.nl

I_KB architecten

Poulinkstraat 3
7607 GS Almelo
0546 85 00 12
www.ikbarchitecten.nl

Inbo Adviseurs Stedenbouwkundigen Architecten

Postbus 57
3930 EB Woudenberg
033 286 82 11
www.inbo.com

de Jong Gortemaker Algra architecten en ingenieurs b.v.

Postbus 51113
3007 GC Rotterdam
010 297 30 30
www.djga.nl

Jorissen Simonetti architecten

Postbus 281
7000 AG Doetinchem
0314 34 15 12
www.jorissensimonettiarchitecten.nl

Architectenbureau Koldewey B.V.

Pilotenstraat 72
1059 CR Amsterdam
020 417 11 00
www.architectenbureaukoldewey.nl

KOW Architectuur

Postbus 205
2501 CE Den Haag
070 346 66 00
www.kow.nl

Lengkeek Architekten en Ingenieurs b.v.

Postbus 59
3730 AB De Bilt
030 220 15 87
www.laib.nl

Leijh Kappelhoff Seckel van den Dobbelssteen architecten

Postbus 357
7550 AJ Hengelo
074 243 55 55
www.lksvvd.nl

luijten I smeulders architecten bv

Wilhelminapark 11
5041 EA Tilburg
013 536 05 30
www.luijten-smeulders.nl

Manten en Lugthart architecten BNA

Backershagen 99 b
1082 GT Amsterdam
020 404 46 75

MAS architectuur bv

Goudsesingel 10
3011 KA Rotterdam
010 413 68 56
www.masarchitectuur.nl

MTB Architecten

Postbus 649
7300 AP Apeldoorn
055 521 61 77
www.mtbarchitecten.nl

Nieuw Nederland Architecten BV

Waldeck Pyrmontlaan 22
3743 DE Baarn
035 542 20 26
www.nieuwnederlandarchitecten.nl

NSL Architecten

Postbus 90059
1006 BB Amsterdam
020 512 64 64
www.nsl.nl

Odeon Architecten b.v.

Postbus 1280
5602 BG Eindhoven
040 244 77 16
www.odeon.nl

OIII architecten bv BNA BNI

Grasweg 79
1031 HX Amsterdam
020 627 71 40
www.o-drie.nl

Oomen Architecten

Postbus 4916
4803 EX Breda
076 560 22 55
www.oomenarchitecten.nl

Architectenbureau Partitio GSTL BNA

Postbus 55
3240 AB Middelharnis
0187 48 45 55
www.partitio.nl

Pauw Architectenburo

Postbus 182
5700 AD Helmond
0492 54 90 01
www.pauwarchitekten.nl

Pi.unlimited bv

Hertog Reinoudsingel 156
5913 XH Venlo
077 351 70 56
www.piunlimited.nl

Quara

Soomerlustplein 4
2275 XM Voorburg
070 387 99 79
www.quara.nl

Architectenbureau Reus en Leeuwenkamp BV BNA

Postbus 405
1800 AK Alkmaar
072 515 16 44
www.renl.nl

Architektenburo Roos en Ros BNI BNA b.v.

Postbus 1631
3260 BC Oud Beijerland
0186 69 15 80
www.roosros.nl

Rothuizen van Doorn 't Hooft B.V.

Architecten Stedenbouwkundigen
Postbus 2128
4800 CC Breda
076 531 7 4 44
www.rdh.nl

Royal Haskoning Architectuur en Bouw

George Hintzenweg 85
3068 AX Rotterdam
010 44 33 666
www.royalhaskoningarchitecten.com

Ruijsenaars-Cretier architectenburo

Postbus 364
3700 AJ Zeist
030 691 98 49
e-mail: info@ruijsenaarscretier.nl

bv SBH architecten + adviseurs bna

Postbus 471
6800 AL Arnhem
026 377 97 97
www.sbh-architecten.nl

SP architecten bv BNA

Postbus 27
2740 AA Waddinxveen
0182 61 36 77
www.sparchitecten.nl

Spring architecten

Postbus 2202
3000 CE Rotterdam
010 41 32 790
www.springarchitecten.nl

Stam Architecten BNA

Zuidervaartdijk 14B
1561 ZE Krommenie
075 628 53 62
www.sarch.nl

TEAM 4 ARCHITECTEN

Postbus 678
9700 AR Groningen
050 314 45 55
www.team4.nl

Topos Architecten bv

Postbus 37
2740 AA Waddinxveen
0182 39 43 44
www.toposarchitecten.nl

Architectenbureau Hans van Twillert B.V.

Joris van den Berghweg 101
Hal A
1067 HP Amsterdam
020 614 71 57
www.hansvantwillert.nl

Architectenbureau Verweij Messnig & Partners

Hertenlaantje 4
3766 AA Soest
035 603 92 90
www.vmp.nl

VBW architecten

Postbus 179
6880 AD Velp Gld
026 362 93 01
www.vbwarchitecten.nl

Wentink Architecten bv

Loods 1, Hellingstraat 20
1398 AW Muiden
0294 29 90 77
www.wentinkarchitecten.nl

Wiegerinck Architecten Arnhem

Postbus 2234
6802 CE Arnhem
026 351 53 43
www.wiegerinck.nl

Dank voor de bijdragen tijdens de studie gaat uit naar

Ir. Arnold Burger, Burger Grunstra Architecten Adviseurs, Alkmaar
 Ir. Albert Jan Dekking, Topos Architecten, Waddinxveen
 Drs. Gert Jan Dijksmans van Gunst, partner Ynno, Amersfoort
 Drs. U.F. Hiddema, algemeen directeur Oogziekenhuis, Rotterdam
 Prof.dr. Robbert Huijsman MBA, hoogleraar integraal zorgmanagement Erasmus Universiteit Rotterdam en directeur Zorg Consult Nederland, Bilthoven
 Ir. Jonts van Irterson, consultant gezondheidszorg, AT Osborne, Utrecht
 Ir. Henk de Jong, De Jong Gortemaker Algra Architecten en Ingenieurs, Rotterdam
 Ir. Joost Koldewij, Architectenbureau Koldewij, Amsterdam
 Dr. Jan Kremer, specialist UMC St Radboud, Nijmegen
 Drs. J.C.A. Sol, financieel directeur Oogziekenhuis, Rotterdam
 Linda van Steenberge, senior consultant gezondheidszorg, AT Osborne, Brussel
 Ir. Teun Swinkels, architect, Maastricht
 Mr. Jack Thiadens, voorzitter Raad van Bestuur Martini Ziekenhuis, Groningen
 Lucas Verweij, directeur Academie van Bouwkunst Rotterdam
 Ir. Pieter Walraad, EGM architecten, Dordrecht
 Ir. Luub Wessels, voorheen hoofd bouwzaken College bouw zorginstellingen, Utrecht
 Jan Paul van Wingerden, directeur Spine- & Jointcentre, Rotterdam
 Zorggroep, Almere

Deelnemers ontwerpstudie**Architecten**

Architecten aan de Maas, Maastricht (Tom Bonnemayers, Luc Nooijen)
 atelier PRO architecten, Den Haag (Ferry Raedts, Emile Jansen)
 EGM Architecten, Dordrecht (Martijn in 't Veld)
 de Jong Gortemaker Algra architecten en ingenieurs, Rotterdam (Hans Liscaljet, Vincent Kuijer, Esther Vroegindewij, Anouk Wilmering)
 Rothuizen van Doorn 't Hooft Architecten Stedenbouwkundigen, Breda (Jean Paul Janse, Taco Tuinhof)
 Royal Haskoning, Rotterdam (ir. Kirsten Colenbrander, ir. Jan Koelink, ir. Shu-yan Tang)
 VBW Architecten, Velp (ir. Karen ten Broeke, ir. Adriaan van 't Hof)
 Wiegerinck Architecten, Arnhem (Hans Beekhoven, ir. Sandra Dijkstra, ir. Pierre Latta)

Studenten

Academie van Bouwkunst Amsterdam (Ahmed El-Shafei, Amber Beernink, Barbara van Goethem, Henk Bas ten Brinke, Willem Jan Landman, Karel Maessen, Jeroen Staats, Johan Rooijackers)
 Academie van Bouwkunst Groningen (Andrike Dollen, Christophe Hannoyer, Elise Marie, Nadia Pechler, Stefan Prins, Eric Roerdink, Bram Scheurwater, Freddy Siekmans)
 Academie van Bouwkunst Rotterdam (Rolf Reichardt, Paul van der Vlis, Bas de Vries)

Begeleiders studenten

Chris Scheen, Academie van Bouwkunst Amsterdam
 Theo Deutinger, Victor Ackerman, Academie van Bouwkunst Groningen
 Remco Bruggink, Academie van Bouwkunst Rotterdam

Colofon

Samenstelling en redactie

Drs. Noor Mens, architectuurhistoricus, Rotterdam
Dr. Cor Wagenaar, onderzoeker en docent Technische Universiteit Delft (IHAAU)

Inhoudelijke begeleiding Stagg-studie

Ir. Jan de Jong, Architecten aan de Maas, Maastricht
Ir. Johan Koopman, Wentink Architecten, Muiden
Ir. Eric Wendel, voorzitter stuurgroep, EGM Architecten, Rotterdam

Teksten

Tenzij anders vermeld: Noor Mens, Cor Wagenaar

Organisatie en secretariaat

Cora Dierx, secretaris Stagg/BNA

Ontwerp

Joseph Plateau, Amsterdam

Begeleiding productie

Drs. Marianne Lahr

Druk

Die Keure, Brugge

Niet alle rechthebbenden van de gebruikte illustraties konden worden achterhaald. Belanghebbenden wordt verzocht contact op te nemen met de uitgever: Stagg, Postbus 19606, 1000 GP Amsterdam.

© Stagg/de auteurs, Amsterdam 2007

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 enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.



Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg
(Stagg)
Postbus 19606
1000 GP Amsterdam
020-5553629
www.stagg.nl

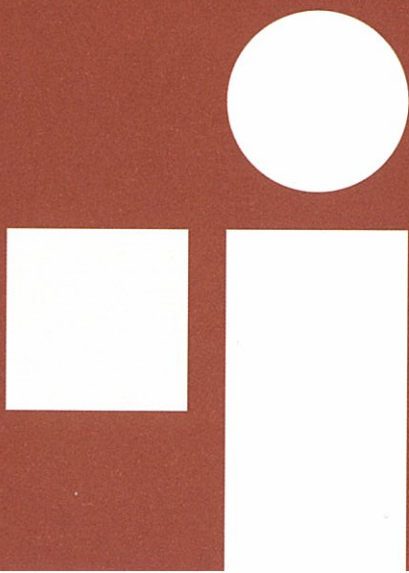
De Stagg is een studiestichting onder auspiciën van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Bouwkunst Bond van Nederlandse Architecten BNA.

Isbn 978-90-79293-01-8

Waarom is het Nederlandse ziekenhuis veel groter dan elders in Europa gebruikelijk is? Wegen de voordelen die de medische staf en het management van de grote schaal verwachten op tegen de alom onderkende nadelen voor de patiënten? Is het Nederlandse ziekenhuis dus eerder een productiefaciliteit dan een plek waar gezondheid wordt 'geconsumeerd'? En kan het ook anders?

Om dat na te gaan besloot de Stagg een ontwerpstudie te initiëren waarin gezondheidszorg als een 'gewone' vorm van dienstverlening is opgevat, die wordt aangeboden op een 'normale' markt. Een sterke overheid, die alle nodige kennis zelf in huis heeft en niet hoeft in te kopen bij private partijen, neemt er de leiding en staat toe dat ondernemers in de zorg elkaar beconcurreren op de manier die in andere sectoren heel gebruikelijk is. Dat doen ze door strategieën te ontwikkelen om bepaalde doelgroepen aan zich te binden. De kwaliteit van de zorg is daarbij niet in het geding: deze partijen proberen zich van elkaar te onderscheiden door de ambiance waarin zij hun producten aanbieden, met andere woorden: door de manier waarop de zorg wordt gedistribueerd. De distributiemodellen van andere ondernemingen – Albert Heijn, Starbucks – leveren inspiratie. Zorg wordt dicht bij de klant gebracht, ambiance, klantbejegening, het aanspreken van bepaalde levensstijlcategorieën worden van levensbelang.

Niet elk onderdeel van het ziekenhuis leent zich voor dit ontwerpexperiment en daarom is gekozen voor de polikliniek, waar patiënten immers niet opgenomen hoeven te worden. Het resultaat van dit ontwerpend onderzoek is een rijk palet aan gezondheidscentra dat ver weg staat van de huidige praktijk, maar veel dichterbij de feitelijke opdrachtgever van architecten in de gezondheidszorg: de patiënt.



ISBN 978-90-79293-01-8



9 789079 293018