

Zorgboulevards

Verkenningen in het zorglandschap van morgen

Stagg | Noor Mens



Zorgboulevards

Verkenningen in het zorglandschap van morgen

Stagg | Noor Mens

Uitgeverij THOTH Bussum

Zorgboulevards - Verkenningen in het zorglandschap van morgen is een initiatief van de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg, StagG (Keizersgracht 321, 1016 EE Amsterdam, tel. 020-5553666, www.stagg.nl). De StagG is een studiestichting onder auspiciën van de BNA.



© 2005 De betreffende auteurs en Uitgeverij THOTH,
Nieuwe 's-Gravelandseweg 3, 1405 HH Bussum
WWW.THOTH.NL

Samenstelling en redactie

Drs. N. Mens, architectuurhistoricus, Rotterdam

Inhoudelijke begeleiding StagG-studie Zorgboulevards

Ir. A.H.J. Swinkels, architect en studiecoördinator

Ir. J.A. de Jong, architect-directeur Architecten aan de Maas en lid dagelijks bestuur StagG

Organisatie en secretariaat

Cora Dierx, secretaris StagG-BNA

Grafische vormgeving

Studio Hans Lemmens, Amsterdam

Druk

Emico offset nv, Wommelgem

Bindwerk

Boekbinderij Epping & Van der Linden bv, Woerden

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 Uitgeverij THOTH, Nieuwe 's-Gravelandseweg 3, 1405 HH Bussum.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission from the publisher.

ISBN 90 6868 384 5

Inhoud

7 Stagg-studie Zorgboulevards Robbert Huijsman

8 Inleiding Jan de Jong

Deel A Analyse

12 De patiënt als zorgconsument Noor Mens

18 Van instituut naar maatschappij Noor Mens

21 Analytische studie Noor Mens

29 Ontwikkelmodel zorgboulevards Ronald van de Grift en Robert Muijsers

34 Componenten zorgboulevards

36 Het zorgpark: een architectonische uitdaging Han Westelaken

Deel B Ontwerpstudie

40 Inleiding ontwerpstudie Noor Mens

Ontwerpen:

42 ■ **Zorgboulevard Zorgcentrum 't Boveneind te Veenendaal** A12 Architecten bna

48 ■ **Het FIT-STOP concept** Architecten aan de Maas

54 ■ **Zorgzone +** Architecten aan de Maas

60 ■ **Het AMC als centrum van de gezondheidsstad** Architectengroep Duintjer,
A12 Architecten bna en Buro Sant en Co. landschapsarchitectuur

66 ■ **Een zorgboulevard rond ouderenhuisvesting** Architectengroep Naardling Straesser
Van der Linden

72 ■ **Keuzemenu** Burger Grunstra Architecten Adviseurs

82 ■ **Transformatiemodel zorgboulevard** Mas Architectuur

86 ■ **Het Zorgcircuit: een ruimtelijk structurerend voorstel** Nijst Idema architecten

90 ■ **Zorgboulevard Alphen aan den Rijn** Rothuizen van Doorn 't Hooft Architecten
Stedenbouwkundigen

98 ■ **Huize Assisië** RDG alynia bv BNA

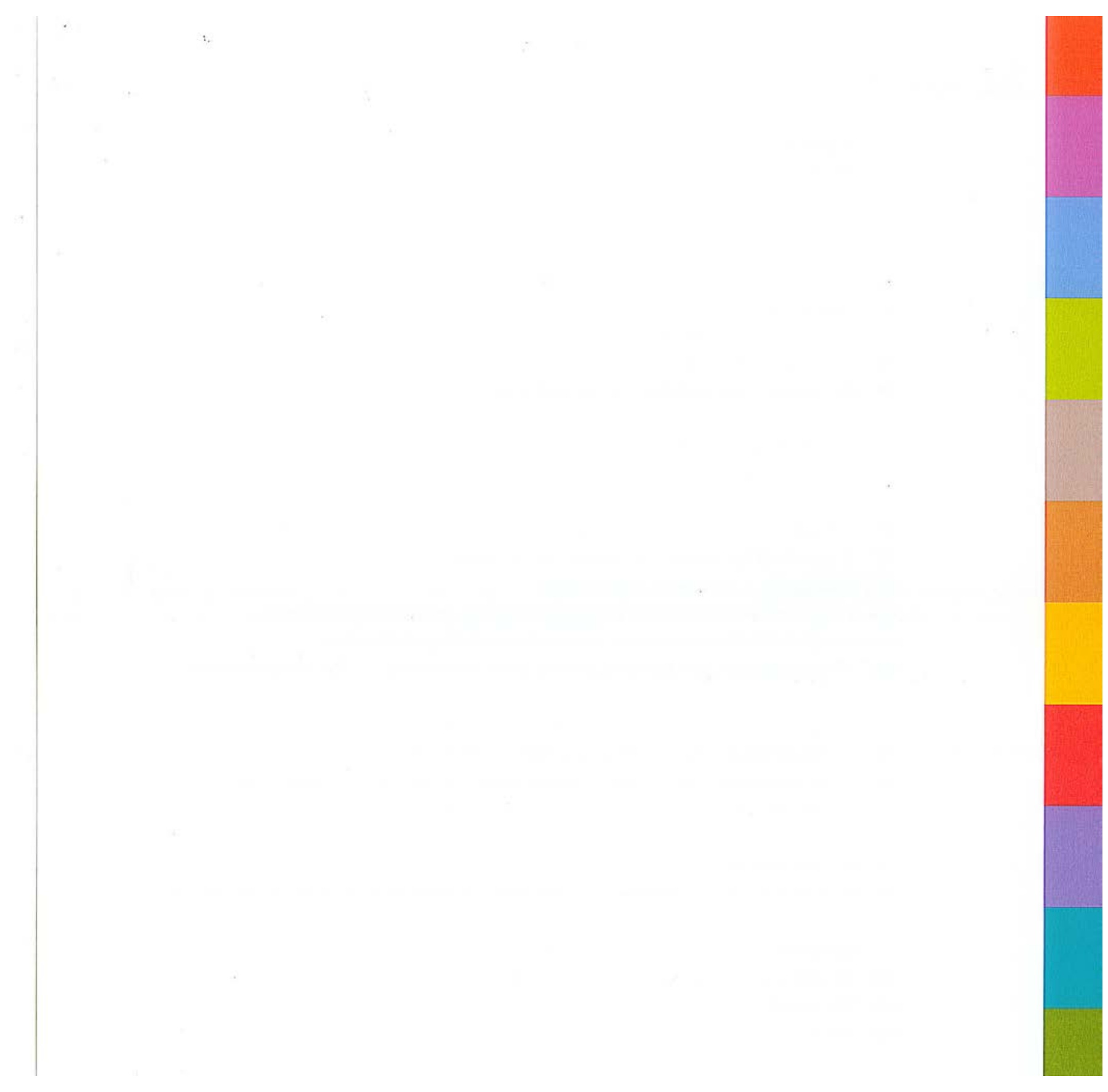
102 ■ **Medi-mall voor het Medisch Centrum Rijnmond Zuid** Wiegerinck Architecten Arnhem

Appendix

110 Geraadpleegde literatuur / Fotoverantwoording

111 Deelnemers

112 Stagg-ledenlijst



Stagg-studie Zorgboulevards

De Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (Stagg), waarin ontwerpers met een bijzondere interesse in de architectuur van de gezondheidszorg hun kennis en ervaring bundelen, heeft naam gemaakt met studies over onder andere de ouderenzorg, de generieke groepswoning en het patiëntenperspectief bij bouwen in de ziekenhuissector en residentiële zorg.

De keuze en uitwerking van onderwerpen sluit steeds aan bij de dynamische en innovatieve ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Bovendien is het boeiend hoe architecten elkaar in deze studies weten te inspireren tot het gezamenlijk uitwerken van nieuwe concepten, terwijl ze tegelijkertijd in een hoogst competitieve markt opereren.

De voorliggende studie over zorgboulevards is hiervan een goed voorbeeld. Op allerlei plaatsen in het land ontstaan clusters van zorg, zorggerelateerde en commerciële functies rondom ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Het woord 'boulevard' roept visioenen op van een zorgzame en helende straat, een eneroverende verkeersader door zorg- en dienstverlening en een cliëntgerichte service. Een dergelijk visioen kan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van het type zorginstelling dat er de kern van vormt en het palet van voorzieningen dat daaraan wordt toegevoegd.

De plannen in dit boek maken duidelijk dat de zorgboulevard een inspirerend en wervend begrip is, dat veel creativiteit losmaakt en op vele manieren kan worden ingezet. Deze publicatie wil bijdragen aan een meer conceptuele discussie over de zorgboulevards als een ordenend principe en een hulpmiddel voor ontwerp van moderne infrastructuur in de zorg- en dienstverlening. Het boek wil een katalysator zijn voor de gedachteontwikkeling over integratie en 'vermaatschappelijking' van de gezondheidszorg, die inmiddels een van de grootste economische sectoren van onze samenleving vormt.

De zorgboulevard heeft de Stagg geïnspireerd tot een aanpak die is te typeren als een vorm van ontwerpend onderzoek. Onder de enthousiasmerende leiding van Teun Swinkels kwamen de deelnemers aan dit onderzoek periodiek bijeen om de ontwerpen met elkaar te bespreken. Een open dialoog, zonder ingebakken vanzelsprekendheden en met een open, analytisch oog voor trends en ontwikkelingen in de zorg en de architectuur. Zo ontstond al onderzoekend en ontwerpend een rijk scala aan voorstellen, een strelen-de stimulans voor het oog, het brein en voor verdere reflectie op de ontwikkeling in de gezondheidszorg. Ik wens u veel leesplezier!

Prof. dr. R. Huijsman MBA
voorzitter Stagg

Inleiding

Jan de Jong

8

De aanleiding

Sinds een aantal jaren neemt zowel bij zorginstellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen) als commerciële marktpartijen de vraag toe om de klassieke zorginstellingen te integreren met zorggerelateerde functies (tandartsenpraktijken, maatschappelijk werk) en commerciële functies (een boekhandel, een bloemenwinkel). Deze concentratie van functies wordt sinds enkele jaren vaak aangeduid met de term 'zorgboulevard'. Als geen ander is de architect de deskundige bij uitstek om de initiatiefnemers van zorgboulevards te assisteren bij het opstellen van een programma van eisen en de vertaling daarvan in een ruimtelijk plan. Om de bij de Stagg aangesloten bureaus in de gelegenheid te stellen hun deskundigheid op dit terrein verder te ontwikkelen, werd een ontwerpstudie gestart onder de titel *Zorgboulevards – Verkenningen in het zorglandschap van morgen*.

Terminologie

Studies als de onderhavige leveren alleen een optimaal resultaat wanneer de uitgangssituatie voor iedereen gelijk is en dat maakte het nodig een aantal begrippen vooraf te definiëren. Bij dit project onderscheiden we een drietal functies:

- Het primaire proces van zorginstellingen ligt op het terrein van *cure* en *care*. Ziekenhuizen houden zich bezig met het genezen

van mensen en het verrichten van onderzoek, verpleeginrichtingen bieden huisvesting aan ouderen of mensen die verpleging behoeven, zorginstellingen huisvesten verstandelijk of geestelijk gehandicapten, etc.

- 'Zorggerelateerde functies' kunnen zijn een huisartsenpraktijk, een tandartsenpraktijk, maatschappelijk werk, de GGD, een prik-lab, een apotheek, een consultatiebureau, een verloskundepraktijk, een abortuskliniek, een kliniek voor lichaamscorrecties, een thuiszorgbalie, een praktijk voor alternatieve geneeswijze, een praktijk voor het aanmeten van protheses, etc.
- 'Niet-zorggerelateerde functies', meestal commerciële functies, kunnen zijn een boekhandel, een groenteman, een bloemenshop, een kantoor voor verzekeringsmaatschappijen, een supermarkt, een restaurant, een fitnessstudio, een zonnectrum, een zwembad, een sauna, zalenverhuur, een schoonheidsspecialist, een kinderdagverblijf, woonfuncties in de nabijheid van of gekoppeld aan de primaire zorgfunctie, etc.

Opzet van de studie

Opdrachtgevers in de zorg beschikken veelal over gronden in eigendom van de betreffende stichting wat hen tot een interessante partij maakt voor potentiële ontwikkelaars, of dat nu de zorginstelling zelf is, een zorginstelling van buiten, de gemeente of een commerciële marktpartij. In het analytische deel van de studie is een stappenplan ontwikkeld dat als richtlijn kan dienen voor de initiatiefnemer. Aangeraden wordt bijvoorbeeld om na te gaan welke belangen opdrachtgevers en financiers hebben en wat de voordelen zijn voor de zorginstellingen. Afhankelijk van de locatie van de zorginstelling en van de primaire functie kan integratie van zorg- en niet-zorggerelateerde functies leiden tot subcentra in wijken, maar bijvoorbeeld ook tot een *health and care mall* en alle varianten daartussen. En wat te denken van een zorgboulevard als functionele schil rond het kernziekenhuis van de toekomst? Natuurlijk komt ook de ruimtelijke positionering van de (niet)-zorggerelateerde functies ten opzichte van de primaire zorgfuncties uitvoerig aan de orde.

De opzet van de studie is door deze overwegingen bepaald. De opgave was onderverdeeld in twee fasen:

- Een kortlopend analytisch studieonderdeel, met als doel een document te ontwikkelen waarin reeds gerealiseerde projecten zijn gedocumenteerd, het fenomeen nader wordt geanalyseerd en

een ontwikkelmodel wordt beschreven.

- Een ontwerpstudie waarin concepten worden ontwikkeld voor de ruimtelijke en architectonische integratie van zorg- en niet-zorggerelateerde functies.

Bij de ontwerpstudie werd de deelnemers de vrijheid gegeven zelf een locatie te kiezen. Een 'matrix' somde een groot aantal verschillende bestemmingen op en diende als hulpmiddel bij het opstellen van het programma. Ten slotte werden verschillende ruimtelijke typologieën benoemd. Concrete projectvoorstellen voor een specifieke opdrachtgever werden niet verwacht.

Analytische studie

De resultaten van de analytische studie zijn als volgt samen te vatten:

- De studie naar de eigenschappen van een zorgboulevard sluit aan bij een maatschappelijke trend.
- De gezondheidszorginstelling dient uit zijn isolement te worden verlost en te worden ingebed in de alledaagse maatschappij. Daarnaast is het nodig tegemoet te komen aan de behoefte aan meer comfort, die door de steeds assertievere patiënt, bezoeker en medewerker steeds duidelijker wordt verwoord.
- De zorgboulevard appelleert aan het ondernemerschap van de directie van een gezondheidszorginstelling.
- Het begrip zorgboulevard is moeilijk te definiëren en er zijn diverse andere benamingen, zoals zorgparken, zorgcampus, zorgpassage, woonzorgzone, *health and care mall* etc. Er blijkt geen strakke definitie voor te zijn. Tijdens de studie worden alle mogelijkheden open gehouden: de studie moet zich niet beperken tot bijvoorbeeld een ziekenhuis. Opvallend is dat toch gevoelsmatig bekend is wat bedoeld wordt met het begrip.
- Het begrip zorgboulevard blijkt een containerbegrip.
- Een zorgboulevard kan alleen worden gerealiseerd door het stellen van een maatschappijgericht doel met een commercieel verantwoord initiatief die samen het fundament zijn van een sluitende exploitatie: het geheel is meer dan de som der delen.
- De functionele typologie bestaat grosso modo uit een driedeling: de zorgboulevard bij/als een instelling, de zorgboulevard als geïntegreerd centrum van een ouderenhuisvesting, wijk of dorp, de zorgboulevard als zelfstandige entiteit.
- Het karakter, de functies, de draagvlakken en de sfeer van een zorgboulevard, is van belang bij het initiatief.
- Het verdient aanbeveling altijd met een ontwikkelmodel of stap-

penplan te werken: zorg voor een visie, bepaal het ambitieniveau, stel vast wie de *stakeholders* zijn en wat de (financiële) haalbaarheid is en maak een businessplan. Belangrijk is een pakkend ruimtelijk idee dat de *stakeholders* en beslissers kan enthousiasmeren.

- Er zijn meer functies voor een zorgboulevard te bedenken dan het kantoor van de verzekeringsmaatschappij, de bloemen- en boekenkiosk en de orthopedische schoenmaker.

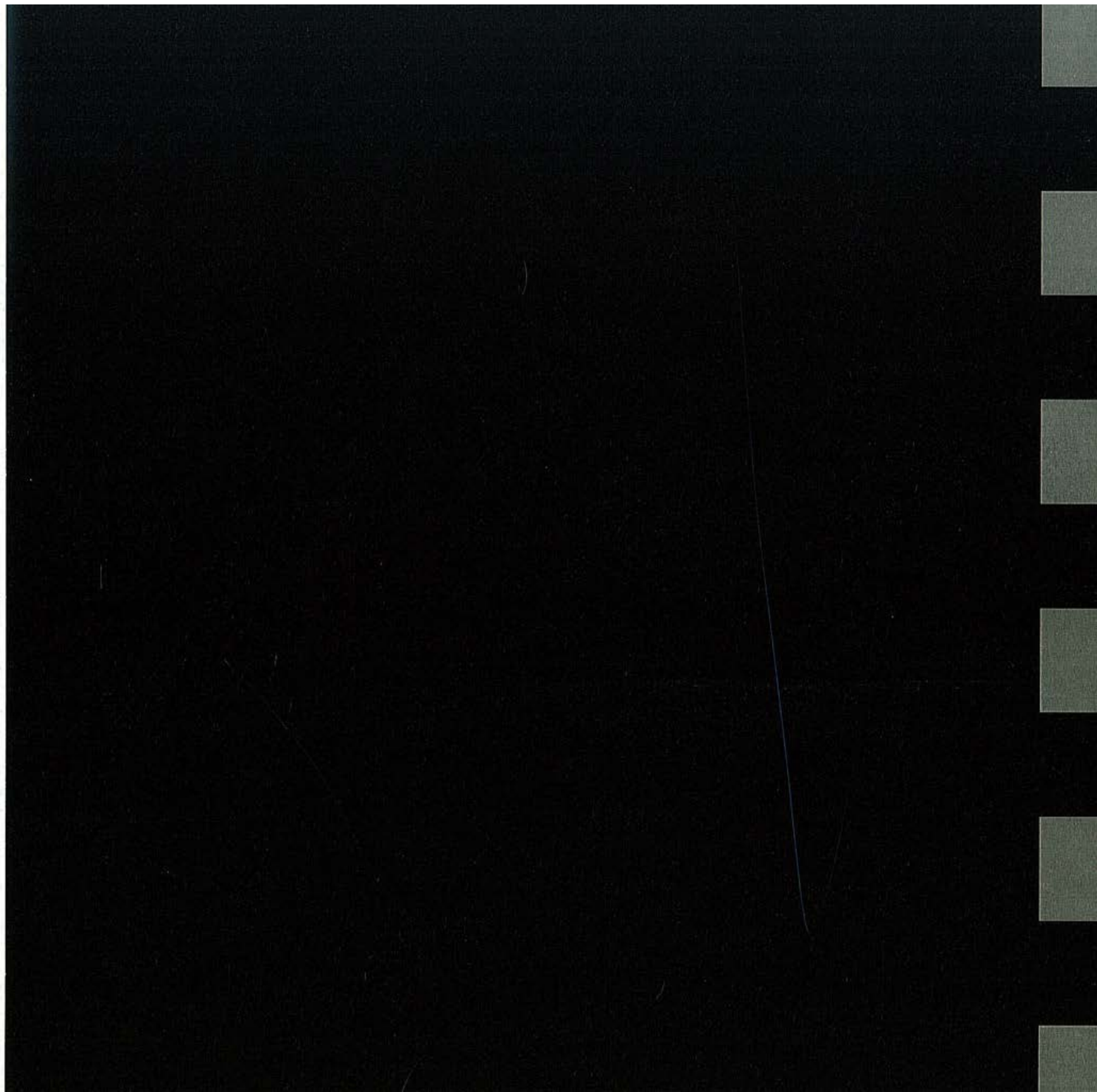
Ontwerpopgave

Doel van de ontwerpopgave is het aanleveren van een scala van mogelijkheden voor verschillende locaties en de daardoor bepaalde specifieke randvoorwaarden. Elf bureaus namen deel, soms in combinatie met een ander bureau.

Aan het begin van de ontwerpstudie is een aantal vragen geformuleerd om de beeldvorming te prikkelen:

- Zou de zorgboulevard niet kunnen leren van het winkelcentrum in beheersing van sfeer, meer uitgesproken winkelarchitectuur, beheersen van veranderbaarheid en uitbreidbaarheid?
- Zou de sfeer van de zorgboulevard en die van het ziekenhuis of de zorginstelling niet duidelijk gescheiden moeten worden?
- Is een zorgboulevard een uitgebreide ingang of is het een gebouw of structuur met een eigen standing?
- Is ook hier een *healing environment* te scheppen met rustplekken, *healing garden*, stromend water etc.?
- Is er ruimte voor concurrerende winkels in een zorgboulevard?
- Zou de zorgboulevard als winkelcentrum levensvatbaar zijn?
- Is de zorginstelling de meest gerede initiator? Is er voldoende 'gevoel' voor commerciële activiteiten?
- Wat zou het karakter van een zorgboulevard kunnen zijn? En de uitstraling?

Dit boek probeert antwoord te geven op deze en vele andere vragen.



Deel A Analyse

De patiënt als zorgconsument

Noor Mens

12

De onstuitbare opmars van het winkelen

In 2001 verscheen de *Harvard Design School Guide to Shopping*, de bijbel van het winkelen¹. Winkelen wordt hierin voorgesteld als de toonaangevende economische activiteit van de toekomst, als een alles overheersend tijdverdrijf waarin de globale markteconomie die, amper tien jaar nadat de val van de Berlijnse muur het definitieve mislukken van het socialistisch experiment markeerde, dé nieuwe, wereldwijde standaard werd. 'Not only is shopping melting into everything, but everything is melting into shopping', beweren de auteurs en ze onderbouwen deze stelling met zo'n verpletterende lawine aan beeldmateriaal en statistische gegevens dat niemand die het boek in de hand neemt er nog aan durft te twifelen. De Verenigde Staten, bijvoorbeeld, tellen zes maal zoveel winkels als ziekenhuizen, klinieken en artspraktijken bij elkaar. Niet minder dan 17% van de beroepsbevolking werkt in de detailhandel, tegenover ongeveer 4% in de ziekenhuizen. Laat men het wonen buiten beschouwing, dan is het winkelen de grootste ruimtegebruiker. En inderdaad wint het winkelen steeds meer terrein. Niet alleen de aantrekkelijkheid van het winkelen was daarvan de oorzaak, noch de schijnbaar oneindig toenemende welvaart – de *Guide to Shopping* verscheen tijdens de hoogtijdagen van de 'new economy' – ook het wegvallen van oude normen, waarden en zekerheden speelde een rol. De samenleving was bezig zich te bevrijden van de

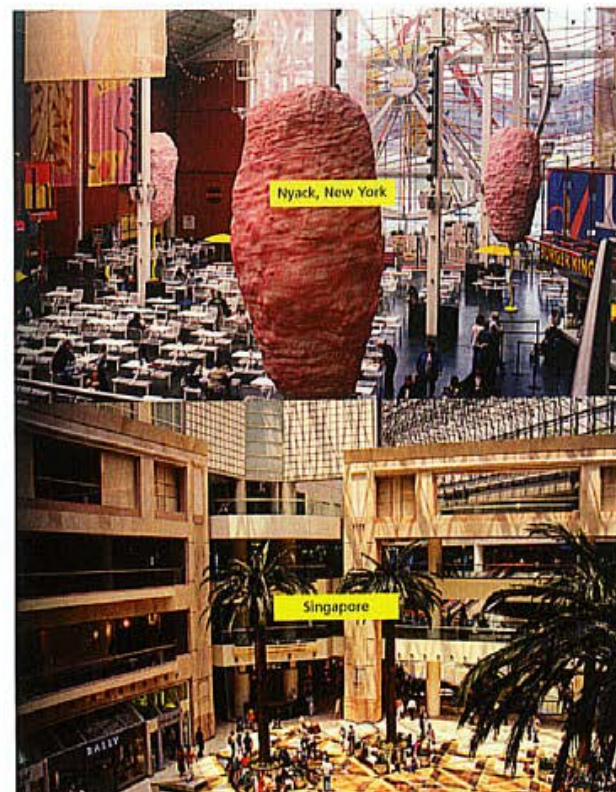
oude kaders van de welvaartsstaat; de overheid trad terug, planning werd als een overleefde doctrine beschouwd. Wat ervoor in de plaats kwam was de markt, ook daar waar die niet lang daarvoor nog een onbekend fenomeen was. Geconfronteerd met het wegvalLEN van burgerlijke en sociale structuren, die vroeger het voortbestaan van bijvoorbeeld musea garandeerden, moesten deze instituties op zoek naar nieuwe overlevingsstrategieën. Die vonden ze in het winkelen. 'The institution appeals to shopping because it opens up new opportunities for reaching the public, whether overtly or covertly. Presently, shopping is expanding into every program imaginable: airports, churches, train stations, museums, military bases, casinos, theme parks, libraries, schools, universities, hospitals.'² Ziekenhuizen lijken een vreemde eend in de bijt, maar ook zij 'verwinkelen'. Als men de auteurs van de *Guide to Shopping* mag geloven, verliest het klassieke ziekenhuis terrein om plaats te maken voor een conglomeraat van winkels die ziekenhuisvoorzieningen aanbieden op een manier die steeds meer gaat lijken op het wervend aanbod in de *mall*.

Bij de onstuitbare opmars van het winkelen geeft Amerika de toon aan en uit deze trend zich in de stormachtige toename van het aantal *malls*: nog geen 7500 in 1963 waren het er in 1996 al meer dan 40.000. Hoewel de *mall* ook in Europa terrein wint is het winkelen hier nog altijd synoniem met de winkelstraat, waarvan de bou-

levard de overtreffende trap vormt. De ontwikkeling van de 'zorgboulevard' is het Europese equivalent van de Amerikaanse trend het klassieke ziekenhuis te vervangen door een constellatie waarin het winkelen steeds dominanter wordt. De zorgboulevard is echter meer: het is ook een uiting van de ambitie ziekenhuis en samenleving met elkaar te laten versmelten. Boulevards zijn grootstedelijke hoofdstraten waarin heel het palet aan stedelijke voorzieningen onderdak vindt: winkels, kantoren, woningen, musea, bioscopen, theaters, sportscholen, sauna's, cafés, grote warenhuizen en hier en daar een openbaar gebouw. Tegelijkertijd fungeert de boulevard als een verkeersader die de verschillende centra in het stedelijk weefsel met elkaar verbindt en de hele route tot één grote stedelijke etalage maakt. De zorgboulevard is niet los te zien van het ideaal ziekenhuisvoorzieningen zoveel mogelijk te 'normaliseren' en de diensten die er worden aangeboden als vanzelfsprekend te beschouwen. Daarmee vervalt de reden ze op een bijzondere manier te behandelen en kunnen de financiële en politieke regimes die ziekenhuizen, verpleeghuizen en woonvoorzieningen voor ouderen in hun greep houden langzaam maar zeker worden afgeschaft. Naarmate het netwerk van regels, richtlijnen en conventies terugrolt, komt er meer ruimte voor normale marktverhoudingen. Zorg wordt steeds meer koopwaar, de aanbieder dienstverlener of detailhandelaar, de patiënt consument. Transacties op de vrije gezondheidsmarkt krijgen het karakter van winkelen – de *mall* wordt het model, ook voor de zorgboulevard.

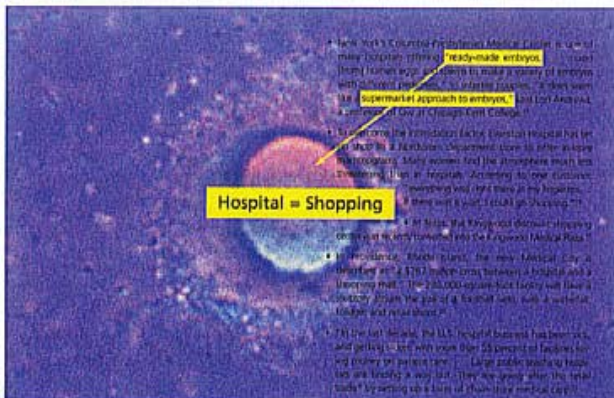
Grenzen aan het winkelen?

Staan ziekenhuizen en verpleeghuizen, die met de woonzorgvoorzieningen voor ouderen het vaakst het onderwerp vormen van plannen om ze in zorgboulevards te transformeren, voor vergelijkbare ingrijpende veranderingen? En staan die inderdaad in het teken van het winkelen als de dominante formule van de vrije markt die ook in Nederland steeds meer terrein wint? Wordt ook hier het winkelen als reddende engel omarmd door instituties die het wegvallen vrezen van de kaders waarbinnen ze tot nu toe opereerden? Zeker is dat deze innovatie een ander 'consumptiepatroon' veronderstelt. Als patiënt bezoekt men het traditionele ziekenhuis in het algemeen omdat men daartoe is gedwongen; soms duldt opname of poliklinische behandeling zelfs geen uitstel, en in de meeste gevallen is de keuzevrijheid zeer beperkt. Vaak is de 'klant' die gebruik maakt van de medische kerntaken niet in de stemming om zich over te geven aan de rituelen van het recreatieve winkelen. Hij voelt zich aangetast in de kern van zijn bestaan; als het lichaam, de tempel



Pagina uit de *Guide to Shopping*

Hal vliegveld Dubai



'Hospital = Shopping' in de *Guide to Shopping*

Victor Gruen, Southdale shopping center

van de ziel, het af laat weten, loopt heel zijn wereld gevaar in te storten en de gecontroleerde paniek waartoe dat bijna altijd aanleiding geeft, is niet de meest geschikte geesteshouding om zich als kritische, laat staan recreatieve consument op te stellen. Wie uit noodzaak is aangewezen op behandeling en zorg in het ziekenhuis voelt zich, met andere woorden, niet in de positie om eisen te stellen. Hij is niet te vergelijken met de klant die zich vergaapt aan de luxe van een Prada winkel. Maar weinig bezoekers zouden zich naar het ziekenhuis begeven wanneer er geen familie of kennissen zouden zijn opgenomen. Met andere woorden: de aantrekkelijkheid van het aanbod speelt bij het consumeren ervan nauwelijks een rol. Als er al een keuze is dan wordt die bepaald door opvattingen over de geboden kwaliteit, niet over het plezier, het genot of het profijt dat men ervan verwacht. De presentatie van het aanbod sluit daarop aan: die ontbreekt nagenoeg. Draait in winkels en warenhuis alles om de manier waarop de te verkopen artikelen worden aangeboden, in de klassieke instellingen is daarvan geen sprake. Heeft de detailhandel een hele batterij verkoopstrategieën ontwikkeld, uiteenlopend van wervende reclames tot de inrichting van verkoopruimtes tot collages van belevingswerelden, dat alles om de aantrekkelijkheid en het belang van de koopwaar onder de aandacht te brengen, de instellingen waar de kernfuncties van de gezondheidszorg worden geconsumeerd lijken eerder te willen benadrukken dat de consument hier geen keuze heeft. En daar komt nog bij dat hij, anders dan bij elke andere vorm van consumentisme, niet gedwongen wordt het genot van de aangeboden goederen en diensten af te meten aan de hoeveelheid geld die hij bereid is daarvoor neer te tellen. Van een directe relatie tussen consumptie en betaling is geen sprake, tussen zijn bankrekening en die van ziekenhuis of polikliniek bevindt zich de buffer van ziekenfonds of particuliere verzekeringsmaatschappij. Bij het op elkaar afstemmen van de behoeften en voorkeuren van de potentiële klanten, de mate waarin de aanbieder bereid en in staat is daaraan te voldoen en tegen welke prijs, speelt de individuele patiënt geen rol. Verzekeraars en aanbieders onderhandelen op basis van de door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) vastgestelde richtlijnen, en daarmee is meteen een wezenlijk onderdeel van het 'normale' winkelen aan de consumptie van primaire ziekenhuisvoorzieningen ontnomen. Het ziekenhuis lijkt, met andere woorden, niet zo erg zijn best te hoeven doen om zich te presenteren als de meest ideale en aantrekkelijke omgeving voor de consumptie van hoogwaardige medische voorzieningen: de patiënt komt toch wel en de rekening is feitelijk al betaald. Het lijkt geen twijfel dat deze omstandigheden

kunnen bijdragen aan een zekere klantvriendelijke uitstraling, die eigen is aan het institutionele karakter van de gezondheidszorg. In zekere zin is de 'verwinkeling' van het ziekenhuis, die weliswaar samenhangt met de geleidelijke introductie van meer marktwerking, een uiting van een fundamenteel andere benadering van de patiënt, die 'zorgconsument' wordt en in zieken- en verpleeghuis tenminste dezelfde mate van klantvriendelijkheid verwacht als hij in het winkelcentrum geniet. De zorgboulevard wil een sfeer aanbieden die aan deze wensen tegemoet komt.

Kennelijk zijn er grenzen aan de mogelijkheden het ziekenhuis tot reguliere mall om te bouwen. Het is te verwachten dat althans de medische kernfuncties, *care* en *cure* op het meest fundamentele niveau, waar het leven en de kwaliteit van leven in het geding is, onderdeel zullen blijven uitmaken van de collectieve, publieke gezondheidszorg. Een steeds groter deel van de zorg die niet tot deze kern gerekend wordt, zal geleidelijk worden overgeheveld naar de vrije markt. Voor behandeling en zorg in polikliniek of centrum voor dagbehandeling lijkt de zorgboulevard een uitkomst, voor die onderdelen van het ziekenhuis die acute noodopvang verzorgen, zullen de gebruikers nauwelijks in staat zijn de voordelen optimaal te genieten. Het is daarom niet onbelangrijk na te gaan waar de grenzen tussen de verschillende ervaringswerelden liggen en vooraf te stipuleren dat die *binnen* het ziekenhuis lopen.

Integratie en normalisering

Wanneer de grenzen tussen de kerntaken van de gezondheidszorg en andere voorzieningen, die er eveneens een integraal onderdeel van uitmaken, betrekkelijk vaag zijn is er geen enkele reden de harde grens tussen ziekenhuis en maatschappij als onaantastbaar te blijven respecteren: een steeds groter deel van het ziekenhuis leent zich voor vergaande integratie in de samenleving – en precies dat is wat men met de zorgboulevard hoopt te bereiken. Integratie en normalisatie zijn, zoals hieronder zal blijken, langgekoesterde wensen. In dat opzicht representeert de zorgboulevard niets nieuws. Wel nieuw is de identificatie van integratie en 'verwinkeling'. Deze wordt echter deels gerelativeerd door de term 'boulevard', die veel meer is dan een monofunctioneel conglomeraat winkels. Wat de boulevard zo aantrekkelijk maakt is dat het een 'integratiemodel' is, misschien het meest succesvolle uit de geschiedenis van de Europese stedenbouw. Integratie is tevens het kernbegrip van de pogingen die sinds de jaren negentig zijn ondernomen om de ziekenhuiszorg te 'vermaatschappijlijken': in plaats van ze samen te clusteren in steeds grotere, geïsoleerde en van de



Horton Plaza Shopping Mall, San Diego, Verenigde Staten

Horton Plaza Shopping Mall, San Diego, Verenigde Staten



Jean Béraud, Les Boulevards

Jean Nouvel, Galerie Lafayette, Berlijn

samenleving afgekeerde complexen zou het ziekenhuis moeten 'ontbundelen' en moeten opgaan in de kleinere eenheden die even vanzelfsprekend deel uitmaken van de stad als de winkels en bioscopen in de klassieke boulevard. Dat deze toch betrekkelijk fundamentele transformatie mogelijk is bewijst de psychiatrie, waar de grote besloten terreinen vanaf het begin van de jaren negentig zijn leeggestroomd en steeds meer voorzieningen naar kleinschalige centra zijn overgebracht.

De zorgboulevard als hybride typologie

Met haar studie naar de zorgboulevard speelt de Staggs in op de steeds sterkere vraag naar de-institutionalisering en de geleidelijke transformaties die daarvoor achter de schermen langzaam maar zeker het pad effenen. Het concept van de zorgboulevard grijpt voort uit op de mogelijkheden de functionele clustering van voorzieningen voor de gezondheidszorg anders te organiseren dan nu gebruikelijk is. Het de-institutionaliseringproces heeft echter niet alleen consequenties voor de fysieke inrichting van de gezondheidszorg, maar ook voor de positie van de architect die in deze sector werkzaam is. De startnotitie stelt onomwonden dat de studie naar de zorgboulevards mede is ingegeven door de wens de architecten beter toe te rusten voor hun werk in deze nieuwe omgeving. 'Als geen ander is de architect de deskundige bij uitstek om de opdrachtgever te assisteren bij de weg die gevolgd moet worden om tot planvorming te komen en de vraag te vertalen in een ruimtelijk concept.'³

Dat ruimtelijk concept is waar alles in deze ontwerpstudie om draait. Het ontwerpen ervan is allesbehalve eenvoudig, de zorgboulevard is naar aard en wezen een hybride type, die twee werelden combineert: die van de zorg en die van de stad. De zorg omvat heel het stelsel van zorgvoorzieningen dat sinds de jaren vijftig deel uitmaakt van de verzorgingsstaat, aangevuld met recente private initiatieven. Ziekenhuizen, psychiatrische klinieken, woonzorgcomplexen, poliklinieken, huisartsengemeenschappen, tandartsen, fysiotherapeuten, sport- en ontspanningscentra met een meer of minder uitgesproken medische component, heel dit scala maakt deel uit van het 'zorglandschap'. Een boulevard is niets anders dan een (groot)stedelijke hoofdstraat die idealiter onderdak biedt aan alle stedelijke functies: wonen, winkelen, kantoren, amusement, allerlei vormen van kleinschalige nijverheid en cultuur. Een boulevard is een metropool-in-het-klein. De klassieke grootstedelijke boulevard was traditioneel in staat ook diverse medische voorzieningen op te nemen en letterlijk in het stedelijk weefsel te absorberen – tot de elkaar versterkende processen van concentratie, specialisatie en

schaalvergroting dat nagenoeg onmogelijk maakten. De zorgboulevard probeert deze processen terug te draaien en mogelijkheden te formuleren om door de introductie van op de vrije markt geënte voorzieningen, waarvoor het winkelen model staat, een brug tussen zorg en samenleving te slaan.



Noten

- 1 Chuihua Judy Chung, Jeffrey Inaba, Rem Koolhaas, Sze Tsung Leong (red.), *Project on the City 2. Harvard Design School Guide to Shopping*, Keulen 2001.
- 2 Sze Tsung Leong, '...And Then There Was Shopping', in: *idem*, p. 134.
- 3 Startnotitie *Ontwerpstudie De Zorgboulevard: Ruimte voor zorg- en niet-zorggerelateerde activiteiten*.

Tuns + Horsting Architecten, MFC, Oss

Architectengroep Duintjer, GGZ-centrum, Tiel

Van instituut naar maatschappij

Noor Mens

18

De-institutionalisering

Wat de zorgboulevard tot een van de meest fascinerende nieuwe ontwikkelingen belooft te maken is de manier waarop dit model de vraag expliciet stelt in hoeverre de gezondheidszorg zich laat transformeren in een *shopping mall*. Impliciet wordt ervan uitgegaan dat de stroomrichting duidelijk is: alles wijst op het toelaten van steeds meer marktwerking binnen de gezondheidszorg. Dat veronderstelt het geleidelijke wegvallen van de institutionele netwerken waarin die tot nu toe is gevangen. Achtergrond is inderdaad de steeds dringender gevoelde noodzaak de gezondheidszorg te de-institutionaliseren. Die behoefte is niet nieuw; nieuw is wel dat deze trend niet zozeer gevoed wordt door kritiek van buiten het bestel, maar door initiatieven die binnen de gezondheidszorg zelf opkomen. Dat lijkt paradoxaal en zelfs enigszins onwaarschijnlijk – het komt tenslotte niet vaak voor dat instituties meewerken aan de opbouw van nieuwe structuren, waarbinnen hun legitimiteit ter discussie wordt gesteld. Dat de Nederlandse gezondheidszorg, overigens net als die in de ons omringende landen en de Verenigde Staten, volkomen geïnstitutionaliseerd is, lijdt geen twijfel. Formele en informele netwerken van overheid, beroepsorganisaties, financiers en de verschillende instellingen vormen een weinig transparant bouwwerk waarbinnen wordt beslist over het aanbod aan medische voorzieningen, de manier waarop die worden vergoed, de regionale spreiding ervan, de bouw, verbouw en uit-

breiding van ziekenhuizen, verpleeghuizen en woonzorgcomplexen voor ouderen. Wanneer over ideologisch getinte vraagstukken geen consensus bestaat, wordt gezocht naar werkbare formules waarin de verschillende partijen elkaar kunnen vinden. Een enkele keer wordt in de politieke arena op het scherpst van de snede gestreden over de vraag in hoeverre de gezondheidszorg een publieke zaak is, of het publieke karakter ervan te verenigen is met de werking van de vrije markt, of het winst oogmerk en de introductie van concurrentie misschien niet ten koste gaan van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van het bestel. De meeste veranderingen vinden echter plaats in de luwte van het publieke debat. De instituties in de gezondheidszorg lijken zich te gedragen zoals alle instituties: ze regelen zichzelf en houden zichzelf in stand. Hun belangen zijn bepalend voor de inrichting van het zorglandschap. Twee aspecten droegen in het bijzonder bij tot het hermetische karakter van met name de ziekenhuiszorg: de verregaande specialisatie, die ertoe leidde dat de arts zich niet langer tot de patiënt als persoon richtte maar hem slechts zag als draager van een specifiek ziektebeeld, en de bureaucratisering van de gezondheidszorg sinds die deel uitmaakt van de institutionele netwerken van de verzorgingsstaat. Beide gaan ten koste van de patiënt, die juist door het institutionele karakter van de gezondheidszorg in een positie terecht is gekomen die wel heel ver weg staat van die van de zelfbewuste klant in de *shopping mall*.

Kritiek

Kritiek op de ondergeschikte plaats van de patiënt is niet nieuw en al vanaf de jaren zestig richt die zich expliciet op het institutionele karakter van de gezondheidszorg, die zelfs als 'medisch bolwerk' werd getypeerd. Dat bolwerk werd met name in de jaren zeventig te vuur en te zwaard bestreden, maar hoeveel stof dat ook deed opwaaien, de muren werden niet geslecht. Het credo van toen, 'de patiënt centraal', heeft sindsdien niets aan actualiteit en geldigheid ingeboet, maar de manier waarop het sinds de jaren negentig van de vorige eeuw vorm krijgt staat ver af van de luidruchtige idealen van destijds. Kennelijk verhardt het medisch establishment zich wanneer het zich van buiten aangevallen weet, maar is het in staat in relatieve stilte, binnen de institutionele netwerken, zichzelf verrassend snel te vernieuwen. Een fraai voorbeeld levert de psychiatrie: de 'verdunningsidealene' waarmee Carel Muller de strijd aanbond tegen de bestuurders van Den Dolder gingen de autoriteiten destijds veel te ver.¹ Toch behelsden ze niet meer dan het vestigen van 'normale' mensen op het terrein van de psychiatrische inrichting en ging het om een afgezwakt alternatief van een veel radicaler plan: de ontmanteling van de inrichting en het overbrengen van de patiënten naar 'normale' woonwijken in steden en dorpen. De revolutie werd in de kiem gesmoord, maar nauwelijks twintig jaar later blijkt het veel verstrekkender plan op grote schaal gerealiseerd – geruisloos en gedragen door de instellingen zelf. Veel trager dan in de psychiatrie voltrekken veranderingen zich in de ziekenhuizen, maar ook hier worden de bakens in relatieve stilte verzet. Ook hier lijken de revolutionaire idealen van toen alsnog gerealiseerd, niet in oppositie tegen het establishment maar inspelend op de wensen van de instellingen zelf, en – nauwelijks denkbaar in de jaren zeventig – gebruik makend van initiatieven vanuit de vrije markt. Geconfronteerd met het toekomstbeeld van de patiënt als zelfbewuste consument ontwikkelen architecten, consultants, ziekenhuisdirecties, projectontwikkelaars en kennisinstituten concepten om het aanbod bij de veranderende vraag aan te passen en daarbij zoveel mogelijk van het schijnbaar liberalere klimaat te profiteren. Opvallend veel van hun voorstellingen worden als zorgboulevard gepresenteerd. Even divers als de bedenkers van deze projecten lijken hun motieven: de projectontwikkelaars ontdekken een nieuwe groeiemarkt, waarvan de commerciële, niet tot de nog altijd strikt gereguleerde zorg behorende voorzieningen vooralsnog het meeste profijt beloven. Ziekenhuizen zien in het aantrekken van commerciële, vaak in BV's ondergebrachte activiteiten, een middel om hun aantrekkingskracht op de 'zorgconsument' te verhogen en

tegelijktijd voordeel te halen uit de exploitatie van de boulevard. Adviesfirma's en (semi-)wetenschappelijke kennisinstituten ruiken een nieuwe markt. Elektronikagiganten zien kansen om vanuit de ziekenhuizen, waarin zij al sterk vertegenwoordigd zijn, ook andere, aan hun gelieerde instellingen te bedienen. De uitbaters van de winkels, sportscholen, *wellnesscenters* en private klinieken hopen te profiteren van het principe van het *one stop center*.

Zorgboulevard en marktwerking

De zorgboulevard is het best te begrijpen als een uiting van de geruisloze opmars van de vrije markt in de gezondheidszorg. Het is meer dan een loos woordenspel. De term geeft uiting aan de ambitie de zorg opnieuw in de maatschappij en de stad, waarvoor de boulevard het symbool is, te integreren en, met andere woorden, een eind te maken aan de in het algemeen negatief beoordeelde segregatie. Doel is de zorg te 'vermaatschappijlijken'. Dat lijkt vreemd: de zorgsector is toch niet onmaatschappelijk? En wat verstaat men eigenlijk onder maatschappelijk? Is het een synoniem voor sociaal? Is de gezondheidszorg dan asociaal? Equivalent van de term 'vermaatschappijlijking' is het begrip 'de-institutionalisering': de geleidelijk gegroeide institutionalisering van de gezondheidszorg, die al sinds de jaren zeventig soms heftig bekritiseerd wordt, staat opnieuw ter discussie.

Hoewel het denken over de zorgboulevard vrij is van deze negatieve toonzetting valt op dat het naadloos aansluit op de kritiek die sinds de jaren zeventig wordt geuit tegen de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg en inspeelt op de verwachte de-institutionalisering, die nu echter geen gevolg is van protestbewegingen maar van veranderde maatschappelijke context, die oude (plannings)kaders opruimt en meer ruimte schept voor de vrije markt. Met name in de architectuur leeft de ambitie om de gezondheidszorg te de-institutionaliseren bijzonder sterk. Bijna alle kritische publicaties die sinds de jaren zeventig aan de architectuur van de gezondheidszorg zijn gewijd, zien in het institutionele karakter een grote belemmering om tot de zo gewenste vernieuwingen te komen. Ook het grote overzichtswerk van Stephen Verderber en David J. Fine over de situatie in Amerika staat grotendeels in dit teken.² Het streven naar de-institutionalisering richt zich op twee niveaus: dat van de vormgeving van de gebouwen, en – veel essentiëler – dat van de functionele samenstelling ervan. In de vormgeving van ziekenhuizen en andere voorzieningen zou het geïnstitutionaliseerde karakter tot uitdrukking komen in een voorkeur voor enerzijds sobere, klinische gebouwen, anderszijds in pogingen gebouwen zo flexibel mogelijk te

maken om des te gemakkelijker in te kunnen spelen op de processen van interne functieveranderingen – de meest in het oog springende verschuivingen zijn uiteraard de afnemende betekenis van het beddenhuis en het grotere belang van de polikliniek. Belangrijker, echter, dan de kanttekeningen bij de uiterlijke verschijningsvorm van gebouwen voor de gezondheidszorg zijn de implicaties voor het functioneren ervan. Deze blijkt gebaseerd op de overtuiging dat het ziekenhuis opgevat als architectonische opgave er waarschijnlijk heel anders uit zou zien dan de ziekenhuizen die we nu kennen. Een ziekenhuis doet immers niets anders dan het samenbrengen van patiënten en artsen in een setting die zorg en behandeling optimaliseert. Het is maar zeer de vraag of dat impliceert dat alle patiënten consequent over één kam worden geschooren en als een grote ongedifferentieerde groep 'zieken' worden gezien, waartegen een geconcentreerde, diverse batterij aan medische voorzieningen in stelling moet worden gebracht. Waar hoogwaardige behandeling en zorg vereist zijn liggen kleine gespecialiseerde klinieken allicht meer voor de hand, en voor meer alledaagse medische verzorging kleinschalige wijkcentra. Met andere woorden: re-conceptualiseert men het ziekenhuis vanuit de functie, dan zou dat een heel andere, zowel functionelere als vriendelijkere architectuur kunnen opleveren. De huidige ziekenhuisarchitectuur zou dus, zo is de consequentie van deze gedachte, niet zozeer door haar functie maar veel meer door de bureaucratie, door financiële belangen, door de manier waarop de medici zich als beroepsstand organiseren en bovenal door starre conventies – met andere woorden: door haar institutionele karakter – worden ingegeven.

Van wijkcentra naar gespecialiseerde zorgboulevard

Elders is aandacht besteed aan de perspectieven het traditionele ziekenhuis te ontclusteren en een groot deel van de niet hoogtechnologische functies te decentraliseren.³ Ook in de jaren negentig werd nagedacht over de mogelijkheden het ziekenhuis te ontmantelen tot niet meer dan een 'kernziekenhuis' overbleef. Dit kernziekenhuis werd gezien als enerzijds een concentratie van hoogwaardige, kostbare technologie en care-units voor de patiënten die er werden behandeld. Alle andere taken zouden in 'satellieten' worden ondergebracht: wijk- en buurtcentra die voorzieningen als poliklinieken en huisartsenpraktijken zouden kunnen bevatten. Deze fungeerden als satellieten van het kernziekenhuis dat op afstand altijd beschikbaar bleef als een soort vangnet voor het geval de behandeling en zorg in de medische buurtcentra te kort mocht schieten. Integratie in de woonomgeving stond voorop, de satellie-

ten werden gezien als het verlengde van de voorzieningen die bij het alledaagse wonen behoorden. Een deel van de gezondheidszorg, met andere woorden, op in het stedelijk weefsel en deel uitmaken van het leefpatroon van alledag. Hoewel sommige scenario's het samenvallen van medische centra en winkelcentra voorzagen, werd het winkelen zelden gepresenteerd als de brug tussen ziekenhuis en samenleving. De in de jaren negentig voorziene vorm van decentralisatie heeft zich echter niet doorgezet. Met name de ziekenhuisbouw werd vanaf de jaren negentig gedomineerd door een tegengestelde tendens: die van verdere concentratie en samenballing van steeds meer functies – zelfs de huisartsenzorg – rond een steeds kleiner aantal ziekenhuizen. De zorgboulevard lijkt twee tegenstrijdige tendensen te bundelen: de zich al langere tijd aankondigende mogelijkheid zorgvoorzieningen te decentraliseren en steeds verder te 'vermaatschappelijken' wordt genuanceerd door het principe van de *one stop center*, dat het samenclusteren van afzonderlijke voorzieningen in elkaars onmiddellijke nabijheid veronderstelt – de zogenaamde 'zorgketen'. Het model veronderstelt een andere relatie met het alledaagse wonen: het gaat daar niet in op, maar concentreert zich in een *mall*. Dat veronderstelt een doelgerichte tocht naar het zogenaamde *one stop center*, die een concentratie van gespecialiseerde en dus minder alledaagse voorzieningen is.

Noten

1 Cor Wagenaar, 'Op de bres voor een nieuw Dennendal: Frans van Klingeren en Carel Muller', in: Noor Mens, *De Architectuur van het Psychiatrisch Ziekenhuis*, Wormer 2003, 236-241.

2 Stephen Verderber, David. J. Fine, *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*, z.p. 2000.

3 Noor Mens, Annet Tijhuis, *De architectuur van het ziekenhuis. Transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland*, Rotterdam 1999.

Analytische studie

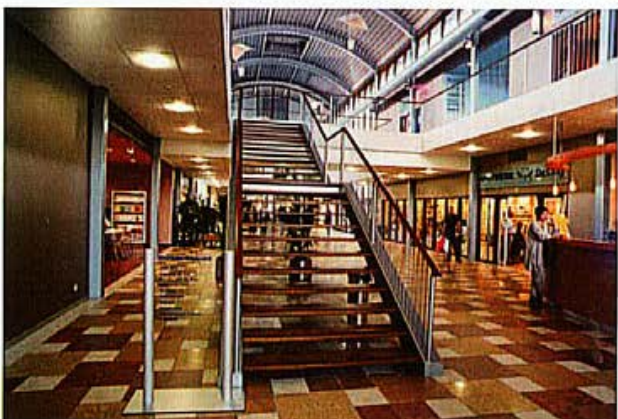
Noor Mens

Opzet van het project

Als de zorgboulevard het model van de toekomst is, ligt het voor de hand dat de Stagg zich in dit toekomstperspectief verdiept. Dat resulteerde in een project dat als tweetrapsraket werd opgezet. Allereerst werden kennis en ervaringen die inmiddels voorhanden zijn in kaart gebracht. Dit corpus fungeerde vervolgens als uitgangspunt voor een ontwerpstudie waaraan ruim tien bureaus deelnamen. Om niet al bij voorbaat te verdrinken in het *mer à boire* van artikelen en webpublicaties dat is gewijd aan fenomenen die varen onder de vlag van de zorgboulevard werd onderscheid gemaakt tussen verschillende typen functies. De kern wordt gevormd door medische functies op het gebied van *care* en *cure*, die binnen het bestaande collectieve gezondheidsstelsel opereren. De financiering van de diensten die hier worden aangeboden, vindt plaats door ziektekostenverzekeraars en de AWBZ; de gebouwen die hiervoor worden opgericht vallen onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en moeten voldoen aan de regels en maatstaven die het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen hanteert. Deze voorzieningen gelden als het 'primaire proces' en worden aangeduid met de term 'zorgfuncties'. Essentie van de zorgboulevard is het aanvullen, respectievelijk verdunnen, van deze functies door de bijplaatsing, op het terrein van het zieken- of verpleeghuis of in de onmiddellijke nabijheid daarvan, van zogenaamde 'zorggerelateerde' functies: huisartsenprak-



Apotheek



Kapsalon

Nijst Idema architecten, zorgboulevard bij het St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

Nijst Idema architecten, zorgboulevard bij het St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

tijken, tandartsen, de GGD, het maatschappelijk werk, een priklab, verloskundepraktijken, abortusklinieken, klinieken voor lichaams-correcties, een thuiszorgbalie, praktijken voor alternatieve geneeswijzen en praktijken voor het aanmeten van protheses. Deze vallen buiten de kern van het gezondheidsstelsel, hoewel de grens langzaam maar zeker vervaagt. De brug naar de stad, ten slotte, wordt geslagen door het functieaanbod verder te verrijken met zogenaamde niet-zorggerelateerde voorzieningen: een bloemenwinkel, boekhandels, zwembaden, sauna's, fitness- en wellnesscentra. Deze vermenging van zorgfuncties en alledaagse wijkvoorzieningen geeft vorm aan de zo gewenste de-institutionalisering van de gezondheidszorg. Op basis van het onderscheid in deze drie types bestemmingen werd vervolgens een aantal al gerealiseerde projecten geanalyseerd. De ambitie van deze analyse was tweeledig: enerzijds wil de studie ertoe bijdragen architecten voor te bereiden op de gezondheidszorg van morgen, maar tegelijkertijd richt de Stag zich met dit initiatief tot toekomstige potentiële opdrachtgevers, die een leidraad krijgen aangeboden met daarin een stappenplan en een checklist. De resultaten van de ontwerpstudie zijn bedoeld hen een wervend perspectief te bieden. Hoeveel belang de Stag aan het model van de zorgboulevard hecht blijkt uit de conclusies van de startnotitie: de zorgboulevard wordt daarin naar voren geschoven als een essentiële vernieuwing waarop alle stedenbouwkundige structuurplannen voor zorginstellingen en voor woonvoorzieningen voor ouderen zouden moeten voorsorteren.

De opkomst van het begrip zorgboulevard

Sinds de eerste ziekenhuizen hun vernieuwingsplannen met de term zorgboulevard naar buiten brachten neemt de belangstelling voor deze vernieuwing sterk toe. De eerste Nederlandse zorgboulevard werd in 2001 in Tilburg gerealiseerd, korte tijd later volgde een vergelijkbaar initiatief in Hengelo. Het Hofpoortziekenhuis in Woerden is het derde in dit rijtje van pioniers, die daarmee een trend zetten. In Dokkum werd in oktober 2004 de zorgboulevard De Donger geopend op het terrein van het ziekenhuis Talma Sionsberg. Inmiddels lijken alle wissels te zijn gezet in de richting van de zorgboulevard; de trein lijkt niet meer te stoppen. Geen duidelijker blijk daarvoor dan het grote aantal partijen dat dit toekomstmodel voor de Nederlandse gezondheidszorg omarmt. Bij nieuwbouwprojecten als dat voor het Bossche Jeroen Bosch Ziekenhuis, dat ontstaat door een fusie van het Bosch Medisch Centrum en het Carolus Liduina Ziekenhuis en voorbestemd is om op termijn alle medische functies van het Willem Alexander Ziekenhuis, het Groot Ziekengasthuis en

vard in het centrum van de belangstelling staat, en wanneer dat het geval is laten commerciële onderzoeksbureaus nooit lang op zich wachten. Het Wageningse Instituut voor Systeem Innovatie Studies (ISIS), bijvoorbeeld, werkt aan de ontwikkeling van 'wetenschappelijk gefundeerde, techno-organisatorische infrastructuur van communicatie- en simulatievoorzieningen', waarmee 'intra- en interorganisatorische innovaties' na te spelen zijn – de zorgboulevard biedt uiteraard een interessant onderzoeksobject. Belangrijker, wellicht, is de ontdekking van de zorgboulevard door projectontwikkelaars. Zij ontdekten de gezondheidszorg als een potentiële markt. Het is niet alleen het vooruitzicht particuliere klinieken te exploiteren die deze markt aantrekkelijk maakt – deze mogelijkheden zijn vooralsnog tamelijk gering. Belangrijker lijkt een ander motief: de ontdekking van ziekenhuizen en andere instellingen als eigenaren van soms grote en vaak strategisch gelegen arealen grond, die zich uitstekend lenen voor een intensievere uitbating dan nu het geval is en die zelfs als katalysator kunnen dienen voor de herontwikkeling van de wijken in de buurt. Dit argument prijkt dan ook tamelijk prominent in de toelichting die de Staggs neerlegde in de startnotitie van het onderzoek naar de zorgboulevard. Projectontwikkelaars spelen een steeds grotere rol. Volker Wessels, bijvoorbeeld, deed een bod op het Slotervaartziekenhuis, Heljmans tekende een contract met het Hofpoortziekenhuis in Woerden waarvoor het zelf een 'zorgparkconcept' ontwikkelde en AM breidt het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht uit met sportvoorzieningen en een zorgboulevard.

Waar zoveel partijen zich op het fenomeen van de zorgboulevard richten ontstaat vanzelf een rijke, maar niet noodzakelijkerwijze overzichtelijke context. Niet alle initiatieven passen binnen het streven van de Staggs naar een fundamentele vernieuwing van de architectuur van de gezondheidszorg. Aan een aantal belangwekkende tendensen werden daarom *Readers* gewijd. Projecten die als richtinggevend konden dienen werden gedocumenteerd, het fenomeen van de *healing environment* werd nader belicht, en ten slotte vatte men de algemene achtergronden samen. De schijnbaar hybride wereld waaruit de zorgboulevard put werd daarmee tot hanteerbare proporties teruggebracht. Opmerkelijk is dat de *healing environment* wel nader werd beschouwd, maar het inmiddels in een heel andere richting geëvolueerde *Evidence Based Design* niet. Deze keuze is ongetwijfeld ingegeven door het feit dat de *healing environment* zich richt op de beleefingswereld van de patiënt, terwijl het *Evidence Based Design* vooral managers en besluitvormers bespeelt; waar ruimtes in de opvattingen van de protagonisten van de *healing environment* als gezond makend gelden wanneer de gebruikers dat aangeven is dat voor de

pioniers van het *Evidence Based Design* pas het geval wanneer metingen resultaten opleveren die voor managers aantrekkelijk zijn, en vervolgens voor de architecten vertaald worden in regels en richtlijnen. De analytische studie die de Staggs aan het feitelijke ontwerponderzoek vooraf liet gaan probeert hierin enige duidelijkheid te scheppen. Uitgangspunt vormt een 'functionele typologie' van de zorgboulevard, die wordt gedefinieerd als 'een initiatief voor een samenhangend geheel van zorg- en zorggerelateerde functies met het doel goed en efficiënt bereikbaar te zijn voor de gebruikers. De zorgboulevard dient zoveel mogelijk deel uit te maken van de openbare ruimte.'¹

Zes typologieën

De analytische studie onderscheidt zes typologieën:

1. De virtuele, digitale zorgboulevard

Deze maakt gebruik van elektronische informatiesystemen die de verschillende onderdelen op elkaar betreft. Deze variant lijkt aan te sluiten op voorbeelden uit de praktijk, in de eerste plaats het Orbis Medical Park in Sittard. Wanneer men bedenkt dat het vermengen van zorg, zorggerelateerde en commerciële functies een van de kenmerken van de zorgboulevard is, ligt het voor de hand hoge verwachtingen te koesteren van de voortdurende innovatie in de ICT-sector, die het overschrijden en opheffen van (fysieke) grenzen steeds makkelijker maakt. Wordt nu nog uitgegaan van een fysieke clustering van voorzieningen zodat de gebruiker kan volstaan met *one stop*, in de toekomst kan hij in sommige zorgvragen wellicht voldoen door thuis achter de pc plaats te nemen; in dat geval wordt de gebruiker, toegerust met de juiste elektronica, zelf het centrum van het aanbod aan voorzieningen. Voor de fysieke inrichting van de gezondheidszorg zal dat zeker consequenties hebben, al staat wel vast dat virtuele werkelijkheid de fysieke nooit zal vervangen.

2. De zorgboulevard in de wijk of in het dorp

Deze sluit aan bij eerdere initiatieven om tot wijkgezondheidscentra te komen. De kern van dit model bestaat uit enkele zogenaamde *cure* voorzieningen, waarbij te denken is aan een huisartsenpraktijk. Een variant ontstaat door de toevoeging aan complexen voor ouderenzorg van een vergelijkbare *cure* kern. *Verblijven of Wonen*, een eerder Staggs-onderzoek, schetste de contouren van een dergelijke zorgboulevard, waarvan een activiteiten centrum, een coördinatiepunt voor de 'haal- en brengdiensten' rond de oudere, en een dag en nacht bereikbare medisch centrum de kern uitmaken; door aan het medisch centrum zorggerelateerde en commerciële functies toe te voegen zou een volwaardige zorgboulevard kunnen ontstaan.²

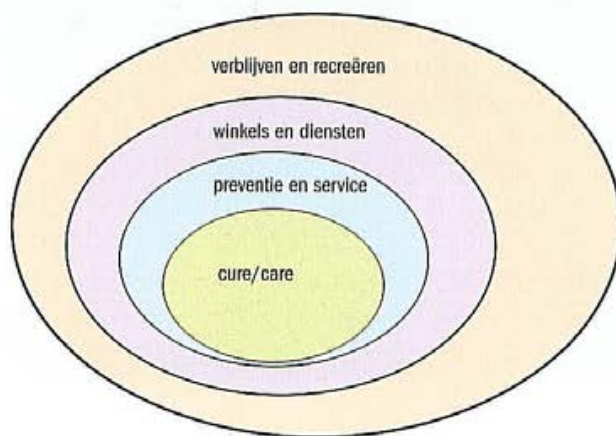
3. De zorgboulevard in een ziekenhuis of verpleeghuis

De ontwikkeling van zorgboulevards binnen bestaande, te verbouwen of nieuw op te richten instellingen bouwt voort op de transformatie van vooral grotere ziekenhuizen sinds de jaren tachtig. Toen werd de 'openbare ruimte' ingezet als het structurerende element, wat er vaak toe leidde dat het ziekenhuis binnenste buiten werd gekeerd: in plaats van zich te manifesteren in de stedelijke openbare ruimte presenteert het ziekenhuis zich in de overdekte straten, patio's en binnentuinen. Een enkele keer wordt de centrale hal vormgegeven als de representatieve overgangszone tussen het openbare en het private domein, maar dikwijls wordt aan de vormgeving van het exterieur betrekkelijk weinig aandacht geschonken. Het idee is pleinen en straten in het interieur zo te ontwerpen dat die de stad naar binnen zuigt; de architectonisch soms niet bijzonder aantrekkelijke strategieën om het ziekenhuis flexibel te houden bepalen de buitenkant, buiten het blikveld van bezoekers, patiënten en het personeel. Winkels verlenen de geïnternaliseerde openbare ruimte een stedelijk karakter. Commerciële en zorggerelateerde voorzieningen verzorgen hier de functionele menging die karakteristiek is voor de zorgboulevard, die het ideaal van het *one stop center* vrij gemakkelijk waar kan maken. Voegt men kinderopvang, scholen, hotels en recreatieve bestemmingen toe, dan transformeert het ziekenhuis zich in een rijk geoutilleerd wijkcentrum, waarvan de contouren in 'Het open en verbonden ziekenhuis' in *Het ziekenhuis van de toekomst*, een publicatie op instigatie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) staan beschreven.³ In de analytische studie worden wel enkele kanttekeningen geplaatst bij dit type zorgboulevard: wat is de optimale grootte? Moeten boulevard en ziekenhuis duidelijk van elkaar gescheiden zijn? Moet de boulevard het karakter krijgen van een al dan niet uitbreidbare winkelpromenade? Is de boulevard tevens de ingang van het ziekenhuis, en moet die dan dag en nacht toegankelijk zijn?

4. De zorgboulevard aan een ziekenhuis of verpleeghuis

In deze variant bevindt de zorgboulevard zich buiten het ziekenhuis. Meestal is het de opmaat van het ingangsgebied en bedoeld om de harde grens tussen ziekenhuis en omgeving, die symbool is voor de scheiding tussen het geïnstitutionaliseerde 'medisch bolwerk' en de maatschappij, teniet te doen. Het is misschien niet verwonderlijk dat de eerste voorbeelden van Nederlandse zorgboulevards aan de kenmerken van dit type beantwoorden. Het principe van de zorgketen en het *one stop-model* veronderstellen dat zich op deze boulevard, die anders dan die in het vorige model deel uitmaakt van het 'normale' openbare domein van de stad, in ieder geval een ruim





Architektenburo Roelofs Nijst Lucas, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem

De kernfuncties van de zorgboulevard schematisch weergegeven

aanbod van zorggerelateerde functies bevinden. Houdt men het aantal commerciële vestigingen beperkt dan heeft de combinatie ziekenhuis/zorgboulevard een duidelijk medisch stempel; wil men dat verzachten, dan veronderstelt dat het binnenhalen van meer niet-zorggerelateerde winkels en recreatieve voorzieningen.

5. De zorgboulevard als ziekenhuis of verpleeghuis

Is het mogelijk ziekenhuizen en verpleeghuizen te vervangen door zorgboulevards? Het vijfde type stelt dat dit inderdaad denkbaar is. In dat geval is het niet mogelijk gebruik te maken van de zorgfuncties die de klassieke instellingen te bieden hebben en wordt feitelijk de omgekeerde weg bewandeld als in de vorige scenario's: in plaats van zorggerelateerde en commerciële functies bij te mengen wordt de hele mix van voorzieningen vanaf het begin van het planproces als een totaalpakket gedefinieerd, waarbij de medische kernfuncties domineren. Op die manier ontstaat een cluster van voorzieningen die vergelijkbaar zou kunnen zijn met de Amerikaanse medische *mini-mall*, die het onderwerp vormt van recente studies als *Medicine Moves to the Mall* van David Charles Sloane en Beverlie Conant Sloane.⁴ Ook deze *mini-mall* ontstond als reactie op de geïnstitutionaliseerde gezondheidszorg en de daarbinnen gebruikelijke harde scheidslijnen tussen de verschillende partijen: de patiënt, de medische stand, de verpleging. Deze scheidslijnen moeten verdwijnen, de patiënt moet zich tot zelfbewuste consument ontwikkelen, de medische wereld wordt aanbieder in een concurrerende markt, oftewel, in Amerikaans jargon, *health provider*. Vraag en aanbod komen bij elkaar in de fysieke setting die daarvoor het meest geschikt is – en dat is niet het klassieke ziekenhuis. In de Amerikaanse suburbs ontstond de *mall* als de meest flexibele, op tal van specifieke eisen aan te passen vorm om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. Geen wonder dat de *mall* ook het model leverde voor een reorganisatie van de gezondheidszorg, wat resulteerde in het model van *medical mall* die de hoofdlijnen van de *shopping mall* overneemt, maar op een veel kleinere schaal. De uitgangspunten van deze *mini-malls* komen overeen met die van de zorgboulevard, maar anders dan de hiervoor behandelde typen ontstaat de *mini-mall* doorgaans inderdaad ver weg van bestaande zorgvoorzieningen in nieuwe suburbs. Vandaar dat de *mini-mall* model staat voor deze vijfde typologie van de zorgboulevard.

6. De zelfstandige zorgboulevard

Is de vorige typologie nog opgevat als een nieuwe vorm van de klassieke ziekenhuizen en verpleeghuizen, de laatste variant die de analytische studie onderscheidt neemt niet de medische kernfuncties als uitgangspunt, maar de commerciële en zorggerelateerde func-

ties. Inderdaad lijkt de grens tussen deze functies en het medische kernbedrijf tamelijk vlottend. *Wellness*- en fitnesscentra richten zich expliciet op het verbeteren van de gezondheid, op het zich goed voelen. Op een heel andere manier doen ook *new age* klinieken dat, waarbij soms overeenkomsten met de filosofie van de *healing environment* te herkennen zijn. Het verband tussen sport en gezondheid ligt voor de hand, sportvoorzieningen vormen dan ook een vanzelfsprekende component van de zelfstandige zorgboulevard. Uiteraard hebben ook de meeste zorggerelateerde functies tot doel de lichamelijke en geestelijke gezondheid te bevorderen. Waarom sommige ervan geen deel uitmaken van het kernbestel is niet altijd duidelijk, en omgekeerd is dat evenmin het geval. Neemt de ruimte voor private klinieken toe, dan lijkt de grens tussen kernbestel en de schil eromheen helemaal moeilijk te definiëren. Zou men al deze voorzieningen bij elkaar plaatsen, dan zou het resultaat echter niet voldoen aan de definitie die de Stagg hanteert voor een zorgboulevard: daarvoor moeten er medische kernfuncties aanwezig zijn. In het geval van de zelfstandige zorgboulevard worden die aan de niet-kernfuncties toegevoegd – de omgekeerde weg als in alle andere typologieën.

Als de introductie van winkels het onderscheidende kenmerk van de zorgboulevard is – hetzij door toevoeging van commerciële bedrijven, hetzij door de transformatie van zorg en zorggerelateerde functies in op winkels lijkende voorzieningen – ligt het voor de hand dat de *Analytische Studie* vat probeert te krijgen op de types ruimte die in de detailhandel gebruikelijk zijn. Aan de zes typen winkelruimtes die Dion Kooijman in zijn *Machine en Theater* onderscheidt voegt de *Analytische Studie* de zorgboulevard toe, hoewel zowel uit de omschrijving van het assortiment als het consumentengedrag blijkt dat luxe noch amusement in de zorgboulevard een prominente rol zullen spelen, de kwaliteitsverhogende en prijsverlagende tendensen van de concurrentie er gering zullen zijn, en de keuzevrijheid zelfs bij de commerciële bedrijven betrekkelijk gering – met andere woorden: van de zorgboulevard wordt niet verwacht dat het onmiddellijk een funshop-paradijs gaat worden.

De omvang van de zorgboulevard

Dat hangt samen met de relatief beperkte omvang, waardoor veel voorzieningen maar in één winkel of kliniek te consumeren zullen zijn. Dat de zorgboulevard net als de Amerikaanse medische *mini-mall* een beperkte omvang zal krijgen heeft verschillende oorzaken. Hoewel de zorgboulevard een keur aan zorggerelateerde en commerciële functies bevat blijft de kern uit de medische kernfuncties

(*cure* en *care*) bestaan. Dit is de 'inner circle' van het model; er omheen onderscheidt de *Analytische Studie* de cirkel van preventie en service, die van winkels en diensten, en ten slotte die van recreatie en verblijven. Deze gemengde concentratie lijkt een relatief grote omvang niet in de weg te staan, maar door de kernfuncties centraal te stellen worden deze mogelijkheden in de praktijk voor sommige van de zes onderscheiden typologieën al meteen beperkt (met name voor de zorgboulevard bij het bestaande ziekenhuis; de *Analytische Studie* spreekt van een onoplosbaar dilemma).

Het oprichten van een zorgboulevard veronderstelt een projectmatige aanpak. Een succesvolle ontwikkeling veronderstelt het bij elkaar brengen van potentiële financiers en huurders, die derhalve van de merites ervan overtuigd moeten worden. Verschillende initiatiefnemers zullen daarbij vanuit verschillende motieven opereren. Ziekenhuisdirecties zullen van de zorgboulevard een beter imago verwachten en vooral die bedrijven willen aantrekken die daarvoor kunnen zorgen. Zijn die commercieel succesvol en treedt het ziekenhuis als uitbater van de boulevard op, dan kan dat financieel voordeel opleveren. Dat laatste staat bij reguliere projectontwikkelaars uiteraard voorop; zij zullen in het klassieke ziekenhuis met zijn medische kernfuncties een betrouwbare en zekere publiekstrekker zien – en zo profijt willen trekken van het tot op zekere hoogte onvrijwillige karakter van het consumeren van deze voorzieningen. Ook de gemeente kan het voortouw voor een zorgboulevard nemen; in dat geval is het streven naar het tegengaan van versnippering van bijvoorbeeld opvangvoorzieningen een voor de hand liggend motief. Gaat men ervan uit dat een *one stop center* de kosten van de zorg drukt, dan wordt de zorgboulevard ook voor de zorgverzekeraars interessant. In alle gevallen brengt de zorgboulevard partijen bijeen die binnen verschillende juridische en financiële regimes opereren: de commerciële partijen zijn gewend aan de kaders die de markt stelt, en die hebben te maken met het verwachte rendement, de hoogte van de daartoe vereiste investeringen, de mogelijkheden het ontwikkelde areaal succesvol te exploiteren, de verwachte aantallen bezoekers en consumenten. Voorzieningen die binnen de collectieve gezondheidszorg opereren hebben te maken met een uitgebreid netwerk van regels en richtlijnen, die feitelijk onverenigbaar zijn met de door de markt voorgeschreven flexibiliteit. Het is dus zaak alle gewenste partijen binnen een zo uitgekend mogelijk organisatiemodel bijeen te brengen. Aangezien de juridische kaders in principe vlottend zijn en bovendien te verwachten is dat het door de collectieve sector bepaalde deel van de gezondheidszorg zal krimpen ten gunste van het particulier initiatief laat de *Analytische*

Studie deze dilemma's goeddeels buiten beschouwing. In plaats daarvan wordt de potentiële initiator van een zorgboulevard, ongeacht welke partij als zodanig optreedt, een stappenplan aangeboden waarin het snijvlak van conceptvorming en concrete planontwikkeling centraal staat. Aangezien de zorgboulevard per definitie verschillende en ongelijksoortige partijen bijeenbrengt wordt in het vooronderzoek gepleit voor een zogenaamde *stakeholdersanalyse*, die de onderlinge verhoudingen in kaart brengt en de belangen van de verschillende deelnemers op elkaar afstemt, rekening houdend met de invloed van externe instellingen (met name de waakhonden van de voorzieningen die tot de collectieve sector worden gerekend: het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen en het College Tarieven Gezondheidszorg). Voor het overige bevat het stappenplan de gebruikelijke analyses van commerciële projectontwikkeling: marktanalyse, evaluatie van de fysieke distributie van mogelijk concurrerende voorzieningen, etc. Veel belang wordt vervolgens aan het 'businessplan' gehecht.

De zorgcomponent

Veel plannen voor zorgboulevards hebben ziekenhuizen tot onderwerp. Toch bevatten juist de ziekenhuizen bijna zonder uitzondering een aantal medische kernfuncties die zich maar moeilijk lenen voor de 'verwinkeling' die zo'n essentieel onderdeel van het model van de zorgboulevard is; het winkelen wordt hier binnengehaald als een brug tussen deze kernfuncties en de stad, met de zogenaamde zorggerelateerde functies als intermediair. Dat verklaart wellicht waarom juist ziekenhuizen zich zozeer inspannen om zich opnieuw als zorgboulevard uit te vinden. Toch lijkt het veel eenvoudiger om de zorgboulevard buiten de ziekenhuizen te realiseren, in constellaties waar wel kernzorgfuncties noodzakelijk zijn, maar waar die slechts een ondersteunende rol hebben. Bij verpleeghuizen en woonvoorzieningen voor ouderen staat het zo 'normaal' mogelijk wonen voorop. In plaats van 'gewone' functies aan zorg en zorggerelateerde functies toe te voegen wordt de omgekeerde weg gevolgd: alleen de hoognodige zorgfuncties worden toegevoegd aan het wonen, dat dan wel is aangepast aan de specifieke eisen van de categorieën bewoners die zich er bevinden – de term patiënt ligt hier al minder voor de hand. Zijn deze zorgfuncties hier nog een noodzakelijk complement van de woonvormen voor mensen die zorg nodig hebben, bij de zogenaamde 'zelfstandige' zorgboulevard is zelfs dat niet het geval. Daar worden zorgvoorzieningen toegevoegd omdat ze een zekere meerwaarde geven aan recreatieve, op het onderhoud van lichaam en ziel gerichte activiteiten: sauna's, zwem-

baden, sportvoorzieningen, meditatiecentra, etc. Toch wordt ook hier de zorg tot de medische kernfuncties gerekend, zodat het resultaat binnen de Stagg-definitie van zorgboulevards valt. Hier wordt de brug tussen de gezondheidszorg en de maatschappij gebouwd vanuit de maatschappij; bij ziekenhuizen wordt geprobeerd de omgekeerde weg te volgen. De plaats en de functie van de zorgvoorzieningen is echter hoe dan ook bepalend voor de gedaante die de zorgboulevard aanneemt. In deze studie ligt de nadruk op de zorgboulevard bij ziekenhuizen. Doel is na te gaan in hoeverre de klassieke instellingen, vooral zieken- en verpleeghuizen, zich laten de-institutionaliseren en vermaatschappelijken door ze zoveel mogelijk om te vormen tot boulevards waar het winkelen de dominante en smaakmakende factor is; het belangrijkste hulpmiddel het onderscheid in zes functietypologieën. Elf bijdragen waren het resultaat.

	assortiment	winkelruimte met indicatie zintuigen	consumentengedrag
1. passage	luxe-duurzaam	kijken	vergelijkend, recreatief, impuls
2. warenhuis	luxe-duurzaam	kijken/voelen	vergelijkend, recreatief, impuls
3. supermarkt	dagelijks	kijken/ruiken/proeven	doelgericht
4. winkelcentrum	dagelijks, luxe-duurzaam, horeca	luisteren, verder afhankelijk van winkeltipe	vergelijkend, recreatief, impuls
5. woonboulevard	luxe-duurzaam	kijken/voelen	vergelijkend
6. virtuele winkel	luxe-duurzaam	alleen kijken	doelgericht, vergelijkend
7. zorgboulevard	doelgericht, efficiënt, degelijk	kijken, proberen	doelgericht

Een typering van zes typen van winkelruimten uit *Machine en Theater*, ontwerpconcepten van winkelgebouwen van Dion Kooijman waaraan de zorgboulevard is toegevoegd

Noten

- 1 Verslag Analytische Studie Zorgboulevards, 4.
- 2 Stagg, *Verblijven of wonen; zorg voor eenieder*, Amsterdam 2000.
- 3 NVZ vereniging van ziekenhuizen, *Het ziekenhuis van de toekomst. Een inspirerende visie op curatieve zorg in 2010 en later...*, Utrecht 2002.
- 4 Sloane, David Charles and Beverlie Conant Sloane. *Medicine Moves to the Mall*, Baltimore 2003.

Ontwikkelmodel zorgboulevards

Ronald van de Grift en Robert Muijsers

Het initiatief

Het initiatief voor een zorgboulevard kan door verschillende partijen en personen worden genomen. Bijvoorbeeld door een ziekenhuis(directie), projectontwikkelaar, gemeente of een zorgverzekeraar. Er wordt bewust gesproken van partijen én personen aangezien een dergelijk initiatief veel persoonlijke overtuigingskracht, daadkracht en energie vergt.

Wat zijn de beweegredenen voor het ontwikkelen van een zorgboulevard? Het is van belang dit te weten aangezien de ambities en doelstellingen van de initiatiefnemer(s) kunnen verschillen. De scope van de initiatiefnemers zal verschillend zijn en het proces beïnvloeden. De doelstellingen van de initiatiefnemer(s) kunnen uiteenslopen van zorginhoudelijke argumenten tot het realiseren van bouwproductie. Voorop staat dat de (potentiële) ontwikkeling een positieve bijdrage levert aan de ambities van de initiatiefnemer, ongeacht of die van financiële, economische of maatschappelijke aard zijn.

Proces

De ontwikkeling van een zorgboulevard is vergelijkbaar met het opzetten van een nieuwe onderneming. Voorop staat het streven naar een renderende exploitatie van alle delen van de zorgboulevard. Onderstaand wordt het proces vanaf het initiatief tot de inge-

bruikname weergegeven. Hoewel de diverse onderdelen van het proces aan elkaar gekoppeld zijn verloopt het proces zelden lineair. Vaak zal er sprake zijn van terugkoppeling en het invoeren van nieuwe bevindingen uit een voorgaande fase. Na iedere fase moet men zich afvragen, gaan we door of niet? In dit model wordt het businessplan gezien als een overgang van visieontwikkeling en haalbaarheid naar het concreet ontwikkelen en realiseren van de zorgboulevard. Dit businessplan is de integrale onderlegger van de zorgboulevard.

Initiatief en inventarisatie

In de verkennende fase dient de initiatiefnemer zijn visie en ideeën te ontwikkelen en op papier te zetten. Belangrijk voor de initiatiefnemer is de vraag of hij een dergelijke ontwikkeling alleen of met derden moet realiseren. Capaciteit, kennis en kapitaal zijn in deze afweging sleutelbegrippen. Indien partijen gaan samenwerken dient er één gezamenlijke visie te zijn. Gezamenlijk worden de ambities (producten en diensten), het imago en de uitstraling bepaald voor een locatie. Het concept van een zorgboulevard is gebonden aan deze locatie. De lokale omstandigheden bepalen de uitgangspunten voor de zorgboulevard. Een zorgboulevard direct gekoppeld aan een academisch ziekenhuis zal bijvoorbeeld een andere uitstraling hebben dan een zorgboulevard die aanhaakt bij een verzorgingshuis. In het eerste geval zullen kennisintensieve ondernemingen

het karakter bepalen, in het laatste voorzieningen die op de wijk zijn gericht.

Let op! Een zorgboulevard hoeft niet allesomvattend te zijn. Er zijn mogelijk specifieke doelgroepen te onderscheiden waarop de zorgboulevard zich kan richten. Dit is vooral van belang voor initiatieven bij bijvoorbeeld kleinere ziekenhuizen of scenario's waarbij men (zeer) klein begint. Zoek hierbij een niche en ontwikkel een eigen, marktgerichte, identiteit. De initiatiefnemer zal in deze fase zijn financiële kaders globaal bepalen en als hulpmiddel een plan van aanpak kunnen opstellen voor de volgende fasen.

Draagvlak en commitment

Na het initiatief en de globale verkenning wordt dieper ingegaan op de vragen: wat willen we? Wat kunnen we? Vraag en aanbod zijn hierbij bepalend. Wie willen we van dienst zijn en hoe groot is deze markt? Hiermee wordt ook de relatie gelegd met de (potentiële) schaal van de zorgboulevard. Om de zorgboulevard te kunnen realiseren is draagvlak en *commitment* noodzakelijk. Een *stakeholdersanalyse* zal aantonen welke belangen en posities de verschillende partijen hebben. De analyse geeft mede inzicht in de partijen die we nodig hebben. Te veel partijen aan tafel in een te vroeg stadium zal leiden tot ellenlange discussies die het doel niet dichterbij brengen. Een *stakeholdersanalyse* is een prima instrument voor een deel van de risicobeheersing.

In deze fase wordt een eerste aanzet gegeven tot het programma van eisen en het benodigde aantal vierkante meters. De inschatting van de ruimtebehoefte wordt vervolgens gebruikt voor de eerste ruimtelijke schetsen. Op basis van kengetallen worden de financiële aspecten nader bekeken, zodat zicht komt op de haalbaarheid. Belangrijke aandachtspunten in deze fase zijn de fiscale aspecten en mogelijke subsidies. Vaak vergt het analyseren van deze onderdelen veel tijd. Het is van belang hiermee in een vroeg stadium te beginnen. Een intentieovereenkomst kan het startpunt zijn voor de verdere ontwikkeling van de zorgboulevard. In veel gevallen zal een juridische entiteit belast worden met de verdere ontwikkeling en exploitatie van de zorgboulevard.

Programma

De programmafase is eigenlijk de laatste fase waarin de financiële inspanning nog enigszins beperkt is. In deze fase wordt het programma verder uitgewerkt tot een definitief programma van eisen. Op basis hiervan worden de exploitaties opgezet en in detail inzicht gegeven in de financiële haalbaarheid. Alvorens een verdeling

plaats vindt van gebruikers, is het van belang inzicht te krijgen in welke *stakeholder* het beste in staat is welke risico's te dragen. Op basis hiervan worden risico's neergelegd bij die partijen die deze het beste kunnen en willen dragen. Dit onderdeel maakt deel uit van de aanbestedingsstrategie. Tevens worden de toekomstige eigendoms- en gebruikssituaties (eigendom/belegger/gebruiker) in beeld gebracht.

Alle onderzochte onderdelen worden vervat in een businessplan 'zorgboulevard' waarmee potentiële financiers kunnen worden aangetrokken. Belangrijk is hoe de 'zorgboulevard', met al haar toekomstige functies voor deze locatie, in de markt wordt gezet. Op basis van het businessplan wordt een samenwerkingsovereenkomst opgesteld tussen de toekomstige eigenaren, beleggers, overheid en gebruikers. In deze samenwerkingsovereenkomst wordt onder meer vastgelegd hoe de partijen met elkaar omgaan en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Ontwerp

Met het definitieve programma van eisen, het businessplan en de samenwerkingsovereenkomst kan de zorgboulevard verder worden vormgegeven. De ontwerpfase dient te leiden naar een uiteindelijke gunning voor de feitelijke realisatie van de zorgboulevard. Met de verschillende functies in de zorgboulevard zullen er overlappen zijn in de organisaties. In deze fase wordt een aanzet gegeven voor het opzetten van bijvoorbeeld één integrale, faciliterende organisatie. De synergievoordelen worden verder uitgewerkt en financieel vertaald. De essentie van een zorgboulevard is het vermengen van zorgfuncties met meer commerciële functies. Vooral de zorgfuncties hebben hierbij hun eigen wetmatigheid. De functies die vergoed worden vanuit de AWBZ worden gehuisvest binnen de kaders van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) houdt toezicht op het ontwikkelen van deze voorzieningen. Hiermee zijn specifieke procedures gemoeid. De zorgprocedures lopen veelal niet parallel aan de procedures die in het kader van de ruimtelijke ordening vereist zijn (bestemmingsplanwijziging, art. 19, bouwvergunning, etc.). Hierdoor ontstaan er twee parallel lopende ontwikkeltrajecten: zorg en ruimtelijke ordening. Voor een optimaal proces is een goede afstemming tussen beide trajecten essentieel. Door vanaf het begin hiermee rekening te houden kunnen verrassingen worden voorkomen.

Realisatie

De realisatie van de onderdelen van de zorgboulevard kan vergeleken worden met andere complexe bouwopgaven. Essentieel voor de uiteindelijke exploitatie en start van de zorgboulevard is dat de inrichting van het openbaar gebied en de infrastructuur (inclusief parkeren) eerder gereed is dan de eerste oplevering van de zorgboulevard. Vanaf de opening dient de zorgboulevard zich maximaal te kunnen profileren. In de realisatiefase wordt de organisatie van de zorgboulevard verder vorm gegeven, geformaliseerd en operationeel gemaakt zodat na oplevering direct kan worden gestart. Tevens wordt in deze fase de zorgboulevard krachtig in de markt gezet door middel van uitgewerkte marketing- en communicatieplannen.

Exploitatie

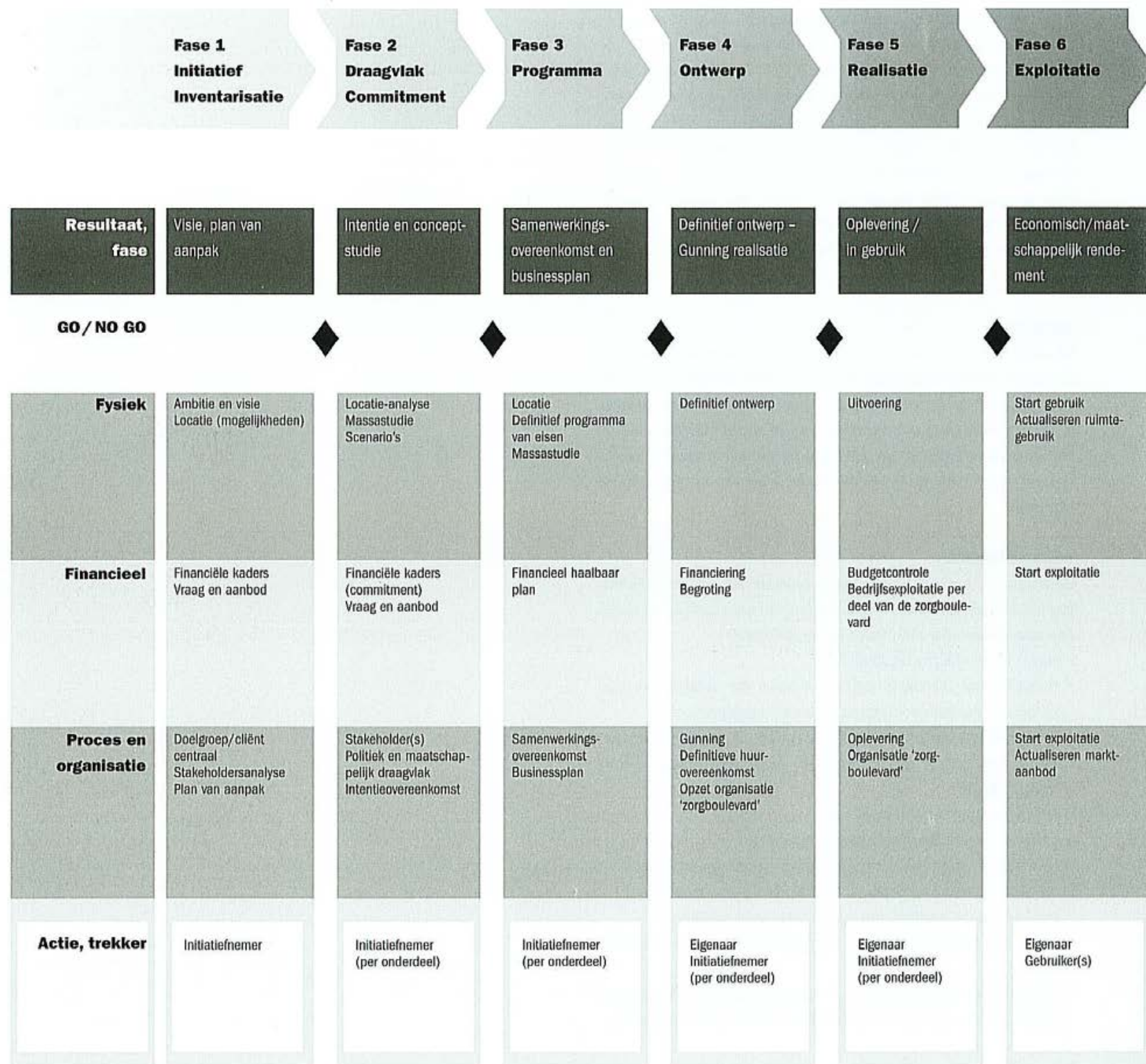
De zorgboulevard wordt een commercieel succes. Wonen, zorg, welzijn en commercie ontmoeten elkaar hier. Het 'vermarkten' van de zorgboulevard is een continu aandachtspunt gedurende de exploitatie. Het monitoren van de vraag, nieuwe soorten zorgaanbod en de financiële exploitatie van de zorgboulevard is belangrijk om te kunnen sturen naar groei of een andere wijze van invulling van de boulevard.

Succesfactoren

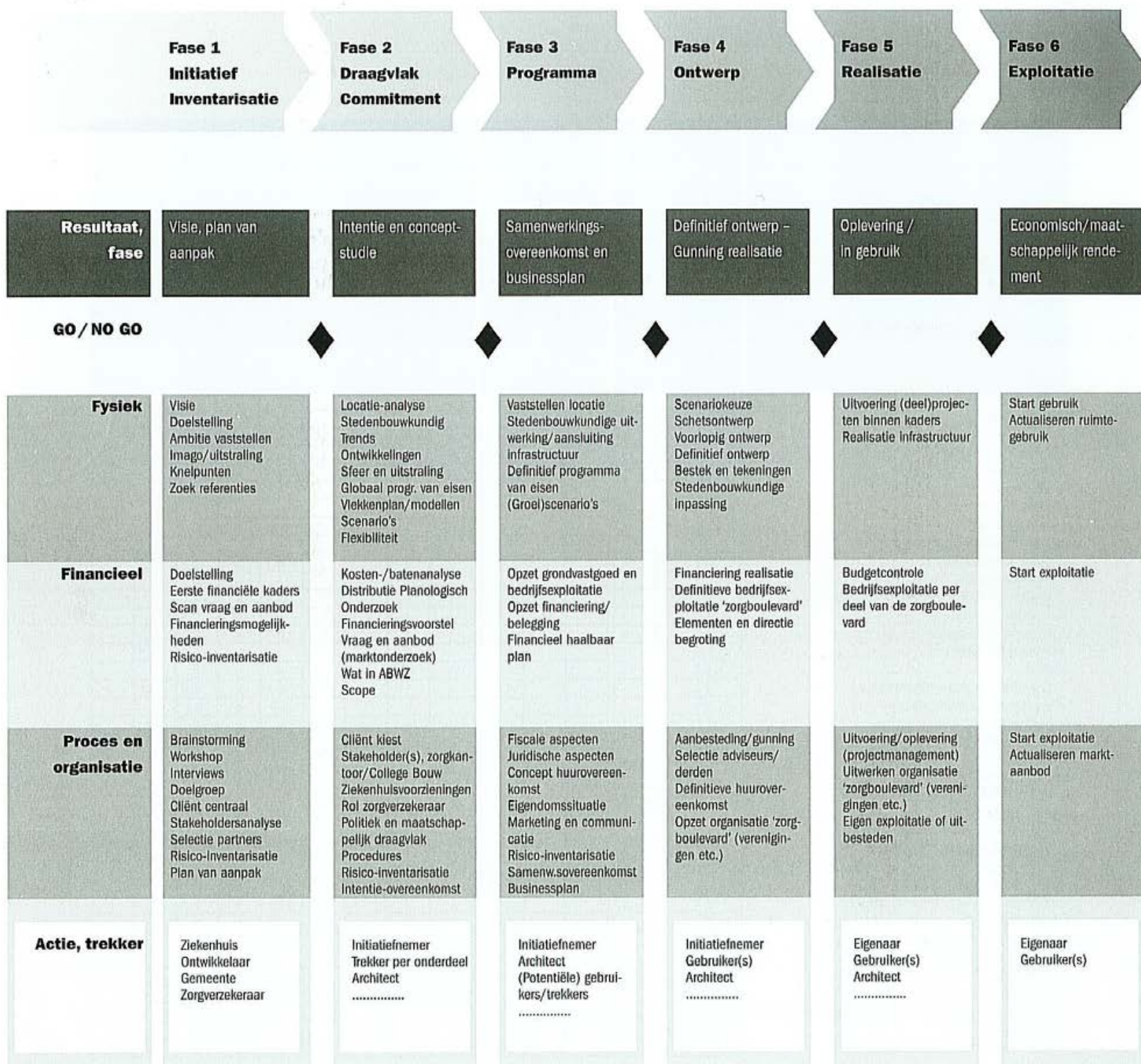
Bovenstaand is een mogelijk proces omschreven van de ontwikkeling van een zorgboulevard. Welke succesfactoren kunnen we nu als een rode draad door het proces onderscheiden?

- Neem de locatie als uitgangspunt.
- Ontwikkel een duidelijke visie ten aanzien van doelgroepen, aan te bieden diensten en uitstraling van de zorgboulevard.
- Zorg voor een pakkend en enthousiasmerend, ruimtelijk beeld.
- Streef naar één integrale doelgroep; biedt alleen datgene waar vraag naar is.
- Durf desnoods klein te beginnen.
- Zorg dat de ambities financieel haalbaar zijn.
- Focus op de exploitatie(periode) van de zorgboulevard en niet op de benodigde investeringssommen (ontwerp en realisatie).
- Haal alleen die partijen aan boord die je echt nodig hebt.
- Zorg vanaf het begin voor een maatschappelijk en politiek draagvlak.
- Marketing en communicatie zijn belangrijk, zet de zorgboulevard krachtig in de markt en houdt hiermee rekening in de begroting.

Ontwikkelmodel zorgboulevards



Ontwikkelmodel zorgboulevards (in detail, te gebruiken als checklist)



Componenten zorgboulevards

Component	plek			kenmerken			haalbaarheid / klandizie								
	1 = kleine opzet 3 = grote opzet						w/s/r	h/l	j/n	m/b/p	g/k	g/k	j/n		
	ziekenhuis	zorg- / verpleeginstelling	wijkcentrum	daglicht / arbo	indicatieve omvang	CC / PS / WD / VR 1)	minimale omvang: Wijk / Stad / Regio	frequentie bezoek 2)	aantal klanten / mnd	belang patiënten	medew. / bezoekers / patiënten	doelgroep groot / klein	belang instelling groot / klein	winstgericht	max. huurbedrag / m²
Advies en informatiebemiddeling	1	-	-			P+S	w	l		j	p	k	g	n	
Antirookpoli	3	-	-			P+S	s	l		j	p	k	k	n	
Apotheek/drogist	2	1	1			W+D	w	h		j	p	g	g	j	
Arbeidsreïntegratie	2	-	3			W+D	s	l		j	p	k	g	n	
Arbo-dienst	1	-	3			W+D	w	l		j	m	k	k	n	
Audiologisch centrum	1	2	3			W+D	w	l		j	p	g	g	j	
Bartiméus, slechtzienden	3	2	3			W+D	s	l		j	p	k	k	n	
Beautycentrum	2	3	1			W+D	w	h		j	m/p	g	k	j	
Bloemen cadeaushop	1	1	1			W+D	w	h		j	b	g	g	j	
Boeken en tijdschrift	1	1	1			W+D	w	h		j	b	g	g	j	
Burgelijke stand	1	-	3			P+S	s	l		j	p	k	g	n	
Consult onbegrepen lichamelijke klachten	3	2	3			C+C	s	l		j	p	k	g	j	
Consultatiebureau	1	-	1			P+S	w	l		j	p	k	k	n	
Cosmetische chirurgie	2	-	3			C+C	s	l		j	p	k	g	j	
Diagnostisch centrum	1	3	-			C+C	s	l		j	p	k	g	j	
Diëtist	1	2	3			C+C	w	l		j	p	g	g	j	
Fietsenmaker rolstoelreparaties	3	1	-			W+D	s	l		j	p	k	k	j	
Fitness/welness centrum	1	2	2			P+S	s	h		j	m/p	g	k	j	
Fysiotherapie	1	1	1			C+C	w	h		j	p	g	k	j	
Gehoorapparaten	1	1	1			W+D	s	l		j	p	g	g	j	
Geldautomaat	1	1	2			W+D	w	h		j	m/b/p	g	g	j	
Homeopathie	2	3	1			W+D	r	l		j	p	k	k	j	
Huid- en oedeemtherapie	2	2	3			C+C	s	l		j	p	k	k	j	
Huisartsenpraktijk	1	3	1			C+C	w	h		j	p	g	g	j	
Informatiecentrum zorgverzekeraars	1	3	2			P+S	w	l		j	p	g	g	n	
Informatiepunt zorginstellingen	1	3	2			P+S	s	l		j	p	g	g	n	
Instrumentenmaker	2	2	3			W+D	s	l		j	p	g	g	j	
Kapsalon en pruikenmaker	1	1	1			W+D	s	h		j	p	k	g	j	
Keuringsdienst voor de arbeidsmarkt	2	-	2			W+D	r	l		j	m/p	k	k	j	
Kinderdagverblijf	1	-	1			W+D	w	h		n	m/b	k	g	j	
Kliniek voor zwaarlijvigen	3	3	-			C+C	r	l		j	p	k	k	j	
Kookwinkel, cursussen gezond eten	3	3	2			V+R	s	l		j	m	k	k	j	
Kraamzorg	1	-	2			C+C	w	l		j	p	k	g	j	
Laserkliniek	3	3	3			C+C	s	l		j	p	k	k	j	
Lezingen, cursussen, voorlichtingsbijeenkomsten	2	1	-			P+S	s	l		j	m/p	k	g	n	
Lichttherapie	2	3	3			C+C	s	h		j	p	g	g	j	
Maatschappelijke hulpverlening	1	2	2			C+C	w	h		j	m/p	g	g	n	

Component	plek			kenmerken			haalbaarheid / klandizie							
	1 = kleine opzet 3 = grote opzet						w/s/r	lv	j/n	m/b/p	g/k	g/k	j/n	
	ziekenhuis	zorg- / verpleeginstelling	wijkcentrum	daglicht / arbo	indicatieve omvang	CC / PS / WD / VR →	minimale omvang: Wijk / Stad / Regio	frequentie bezoek 2)	aantal klanten / mnd	belang patiënten	medew. / bezoekers / patiënten	doelgroep groot / klein	belang instelling groot / klein	winstgericht
														max. huurbedrag / m²
Massage	2	2	2			V+R	s	l		j	m/p	k	k	j
Medische en sportkeuring	2	2	2			P+S	s	l		j	m/p	g	k	j
Medische hulpmiddelen	2	1	2			W+D	s	l		j	p	g	g	j
Opleidingscentrum	3	-	-			W+D	r	h		n	m	k	g	j
Opticien	1	1	1			W+D	w	l		j	m/b/p	g	g	j
Opvoedwinkel	3	-	3			P+S	s	h		j	m/p	k	k	n
Pedicure/manicure	1	1	1			W+D	w	h		j	m/p	g	k	j
Podotherapeut	1	2	2			C+C	s	l		j	p	k	g	j
Praktijkvoering specialisten	2	3	3			C+C	s	l		j	p	g	g	j
Protheseverkoop	2	2	2			W+D	s	l		j	p	g	g	j
Pruiken/haarwerken	2	2	2			W+D	s	l		j	p	g	k	j
Psychiater	2	3	3			C+C	s	h		j	p	k	g	j
Psycholoog	2	3	1			C+C	w	h		j	p	g	g	j
Reisbureau, kuurreizen gehandicapten	3	3	1			W+D	r	l		j	m/p	k	k	j
Restaurant, juice bar en caféfuncties	3	1	1			W+D	s	h		j	m/b/p	g	g	j
Sauna	3	2	2			V+R	s	h		j	m/p	k	k	j
Schoenmaker	3	2	1			W+D	s	l		j	m/b/p	k	k	j
Schoonheidsspecialist	2	2	1			W+D	s	h		n	m/b/p	g	k	j
Squashbanen	2	-	2			V+R	s	h		n	m/b	k	k	j
Stomerij	2	2	2			W+D	s	h		j	m/b	k	k	j
Tandartsen-, mondhygiëniste- en	1	2	1			C+C	s	h		j	p	g	g	j
Thuiszorgwinkel	1	1	2			W+D	s	l		j	p	g	g	j
Timemanagement, stress verhelpen	2	-	3			P+S	r	h		j	m/p	k	k	j
Trainers voor sociale vaardigheid	3	-	3			P+S	r	l		n	m	k	k	j
Travel health clinic	3	-	3			P+S	r	l		j	m/b	k	k	j
Uitzendbureau gezondheidszorg	3	3	3			W+D	r	l		n	m	k	g	j
Vaccinatie	2	3	2			P+S	r	l		j	m/b	g	k	j
Verhuur televisies en telefoonlijnen	1	-	-			W+D	-	l		j	p	g	g	j
Verloskundigenpraktijk	1	-	1			C+C	w	h		j	p	g	g	j
Verzekeringwinkel	1	2	1			W+D	w	l		j	p	g	g	j
Wandel- en fietsvereniging	3	3	3			V+R	r	h		j	m/b	k	k	n
Zorghotel	2	3	3			C+C	r	l		j	p	k	g	j
Zoutwaterzwembad	3	3	3			C+C	r	h		j	p	k	k	j
Zwangerschapsfitness	1	-	2			P+S	s	h		j	p	k	k	j

1) Cure + Care / Preventief + Service / Winkel + Diensten / Verblijven + Recreëren

2) frequentie wanneer er gebruik van wordt gemaakt

Het zorgpark: een architectonische uitdaging

Han Westelaken

36

Bij elk ziekenhuis een zorgboulevard?

Deze studie van de Stagg richt zich op de actuele aandacht voor zorgboulevards of zorgparken bij ziekenhuizen. Waar komt die aandacht zo ineens vandaan? Waarom bestaat er behoefte aan een zorgpark?

Als we ons beperken tot de ziekenhuizen, dan wordt het bezoek aan een ziekenhuis, zowel door de patiënt als de bezoeker, ervaren als een licht deprimerende aangelegenheid. Dit wordt voelbaar zodra je de drempel van het ziekenhuis overgaat. In een tijd waarin mensen steeds assertiever worden en vaker in de gelegenheid willen zijn zelf een rol te spelen in de stemming die over hen komt, zich niet meer willen onderwerpen aan de sfeer die anderen voor hen hebben voorbereid maar daarin een keuzevrijheid wensen te hebben, is het begrijpelijk dat er wordt nagedacht over hoe dit in de context van een ziekenhuisbezoek verwezenlijkt kan worden.

De wereld wordt meer hectisch beleefd dan vroeger en men begint daar aan te wennen. Dwarsverbanden tussen alledaagse activiteiten worden daadwerkelijk beleefd en de simultane aanwezigheid ervan is vanzelfsprekend geworden. Integratie van functies is daar het gevolg van en wordt positief ervaren vanwege de stimulerende werking die uit de interactie van voorheen zelfstandige sociaal-culturele functies kan voortkomen. De school wordt gecombineerd met de bibliotheek, met het buurtcentrum, met de kinder-

opvang en zelfs met de supermarkt. (In 1970 ontwierp architect Van Klinger al Het Karregat in Eindhoven, waarmee hij zijn tijd ver, te ver vooruit was.) In navolging van het onderwijs begint het binnen de wereld van de gezondheidszorg nu ook te kriebelen. Hier wil men ook af van het louter zakelijke, reeds genoemde deprimerende imago van het ziekenhuis. Men wil de mensen feitelijk een veel zachtere overgang bieden van de buitenwereld naar het medische centrum van het ziekenhuis. Als dit zou kunnen met functies die naast een vriendelijke ambiance rond en in het ziekenhuis, waarmee patiënten, bezoekers én het eigen personeel gedurende de wachttijden zich kunnen vermaken, ook nog eens een groot gebruikersgemak kunnen brengen, dan slaat men drie vliegen in een klap. Ten eerste is daar de mooie, vriendelijke omgeving met de allure die de kritische patiënt, bezoeker of medewerker zich wenst. Ten tweede is er de mogelijkheid om de wachttijden op een aangename wijze te verdrijven, zodat het wachten minder storend wordt beleefd. En ten derde wordt hiervoor het financiële draagvlak gecreëerd doordat de vestiging van functies die geïntegreerd zijn in de medische wereld van het ziekenhuis voor de gewenste kruisbestuiving kunnen zorgen.

Hoe dit te bereiken?

Natuurlijk is het mogelijk te inventariseren welke functies, die niet direct tot de basisactiviteiten van de ziekenhuiszorg behoren, in of in de nabijheid van een ziekenhuis zouden kunnen liggen. Men neemt de Gouden Gids en zoekt geschikte functies. Een orthopedische schoenmaker, een audiologisch centrum met winkel, een opticien, een diagnostisch centrum, een paradontoloog, een apotheek en een huisartsenpost, ... of de traditionele bloemenwinkel, de boekenwinkel, de cadeaushop en het restaurant, ... maar ook een schoonheidssalon, een zonnebankcentrum, een kapsalon, een reisbureau en een therapeutisch bad met sauna, etc.

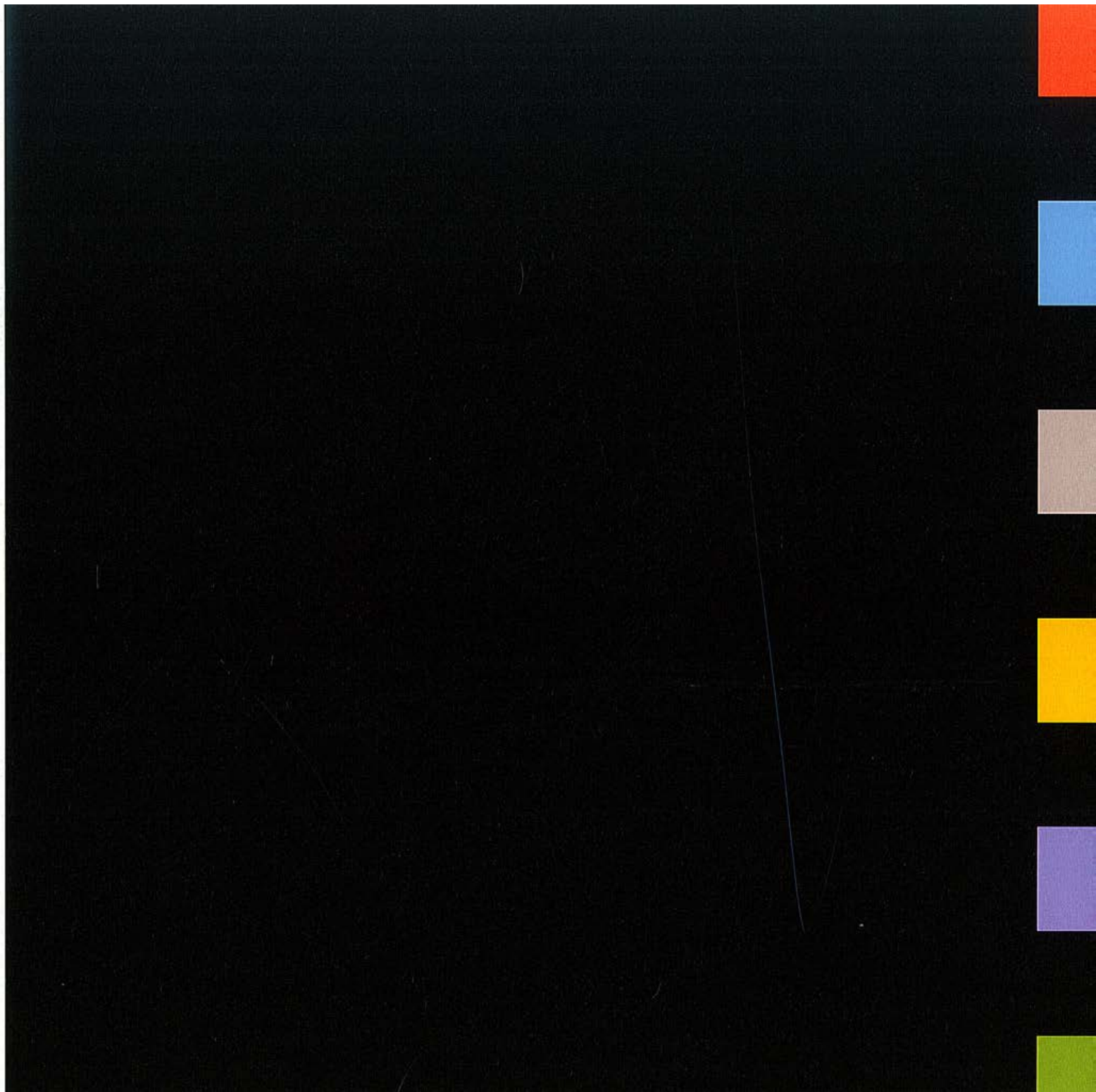
Met andere woorden: het functionele aanbod kan heel groot zijn. Waar dan te beginnen? Welke potentiële partners worden het eerst benaderd?

De behoefte aan een zorgboulevard komt even sterk voort uit de expliciete wens om bepaalde functies in de buurt van het ziekenhuis te hebben als uit de behoefte dat men de wereld van het ziekenhuis wil koppelen aan andere, sociaal-culturele functies. Juist om het ziekenhuis uit haar isolement te halen en meer in te bedden in de wereld van alledag, moet de invalshoek wellicht niet in eerste instantie in de Gouden Gids worden gezocht.

De wandeling naar het ziekenhuis moet er een zijn die wel doelgericht is maar anderzijds gelegenheid biedt tot zinnen verzettend

flaneren, zoals men in de stad een boodschap doet.

Daarmee wordt de opgave van de realisatie van een zorgpark ook meer een architectonische dan een programmatisch functionele en is het beoogde resultaat niet zo zeer het gevolg van een inventarisatie van exact de juiste functies maar meer van een oriëntatie op de gewenste ambiance.





Deel B **Ontwerpstudie**

Inleiding ontwerp- studie

Noor Mens

40

De analytische studie is het uitgangspunt van het feitelijke ontwerp-onderzoek. Het is geen programma, van de deelnemers werd verwacht dat zij dat zelf opstellen. Evenmin is het ontwerp-onderzoek in de vorm van een competitie gegoten. De uitkomsten zijn daarvoor te weinig vergelijkbaar: de deelnemers mochten zelf een keuze maken uit de zes typologieën uit de analytische studie van de Stagg en konden bovendien refereren aan voorbeelden uit de eigen praktijk. Opvallend is dat de meeste inzenders tamelijk pragmatisch te werk gingen en zich niet verloren in de utopische visioenen waartoe het concept van de zorgboulevard toch ook voldoende aanknopingspunten bevat. Deze opstelling lijkt echter naadloos aan te sluiten bij initiatieven uit de praktijk en daarmee te beantwoorden aan het doel van de studie: de expertise van de ontwerpers te verdiepen en tegelijkertijd onder de aandacht te brengen.

Maar weinig inzenders refereren in hun ontwerpen aan de fysieke kwaliteiten van de boulevard, die altijd lineair is en in staat moet zijn betrekkelijk grote verkeersstromen af te wikkelen, waarvan een groot deel uit passanten bestaat die niet direct van het aanbod aan voorzieningen gebruik maken, zij het dat ze uiteraard een doelgroep vormen voor de etalages en de *billboards*. Wel wordt in verschillende ontwerpen geprobeerd routes te ontwikkelen die voorzieningen binnen en buiten het ziekenhuisterrein op elkaar betrekken, maar het begrip boulevard blijft toch vooral een metafoor, een 'container-

begrip' dat zich in de praktijk op een groot aantal manieren uit laat werken. De relatie tussen deze ontwerpen en de Amerikaanse *mall*, die door Victor Gruen tot volwassenheid werd gebracht, lijkt directer. En dat is niet zo vreemd: als David Charles Sloane en Beverlie Conant Sloane de medische *mini-mall* tot het ideale model voor een 'automobile centered urban form of the city' verklaren, refereren ze uiteraard aan de dominante suburbane woonvormen in de Verenigde Staten, maar die vertoont inmiddels veel overeenkomsten met de suburbane uitverlekking in Nederland – hoewel vrijwel elke ruimtelijke nota die tot voor kort probeerde in te dammen, blijkt de *urban sprawl* ook hier niet te stuiten. Neemt men in aanmerking dat de ziekenhuizen sinds de jaren zestig uit de stedelijke centra zijn vertrokken om zich in de buitenwijken te nestelen, dan wordt duidelijk dat deze complexen feitelijk, zij het onbedoeld, aan dezelfde vestigingseisen voldoen als de suburbane *shopping mall*. De transformatie van deze ziekenhuizen tot medische *mall* volgt de aanbevelingen van Gruen: het ziekenhuis moet, als het een succesvolle *mall* wil zijn, gemeenschapscentrum worden. De resultaten van de Stagg-studie lijken erop te wijzen dat de eerste fase in dit op termijn wellicht onvermijdelijke proces de boulevard als metafoor, en de *mall* als concreet voorbeeld nemen.

Opmerkelijk is dat de grootstedelijke boulevard in geen van de plannen domineert. In plaats daarvan levert de studie een grote

diversiteit aan medische centra op, uiteenlopend van een op zichzelf staande, betrekkelijk kleine zorgboulevard opgebouwd rond zorg- en zorggerelateerde functies maar zonder 'zware' medische voorzieningen, tot een voorstel een bestaand ziekenhuis om te bouwen, uiteraard met behoud van hoogwaardige medische kernfuncties, tot een uitgebreide zorgboulevard die niet door deze kernfuncties, maar juist door gezondheidsbevorderende en preventieve (sport) functies wordt gedomineerd. Een ander project neemt de toenemende behoefte aan woningen voor ouderen als uitgangspunt voor een plan dat volledig in een nieuw te bouwen woonwijk, die is opgevat als een sociaal-economisch rijk gevarieerde gemeenschap waarin woningen en woonvoorzieningen voor alle leeftijdscategorieën zijn opgenomen. De zorg-, zorggerelateerde en niet-zorggerelateerde voorzieningen die in het verlengde van de complexen ouderenvoningen worden voorgesteld sluiten hier naadloos op aan, waarmee optimale integratie gegarandeerd is. Als het winkelen de meest universele alledaagse bezigheid is en dus de beste aanknopingspunten biedt voor het integreren van de zorg in de samenleving van alledag, dan ligt het voor de hand de zorgboulevard geschikt te maken voor het soort consumentengedrag dat men in winkelcentra kan verwachten. Een van de meest cruciale kenmerken van het winkelen is de mogelijkheid keuzes te maken – is daarvoor geen ruimte, dan kan men onmogelijk van winkelen spreken. Keuzevrijheid is het kernthema van een van de inzenders, die het palet van voorzieningen waaruit te kiezen is uitbreidt met tal van zorg- en zorggerelateerde functies. Van een andere orde is het voorstel een bestaande megastructuur, in dit geval van een academisch ziekenhuis, te koppelen op een betrekkelijk grootschalige, open structuur daarbuiten, die als zorgboulevard wordt ingericht en de brug moet vormen, ook letterlijk, met de planvorming voor de directe omgeving van het ziekenhuis. Dat het model van de zorgboulevard zich leent als een handvat voor de verkenning van toekomstmogelijkheden die inderdaad op een andere leest zijn geschoeid dan het huidige gezondheidstelsel wordt duidelijk uit een 'analytische ontwerpstudie' voor een zorgboulevard bij een bestaand streekziekenhuis, dat er feitelijk door wordt ingepakt – letterlijk en misschien ook figuurlijk. Soms neemt de ambitie om zorgvoorzieningen in de samenleving te integreren onverwachte vormen aan. Wat te doen wanneer een instelling voor de opvang en verzorging van verstandelijk gehandicapten een deel van zijn bewoners ziet vertrekken, een gevolg van de vooral in de psychiatrie sterk gevoelde wens de geïsoleerde, in de vrije natuur neergelaten terreinen te verlaten? Als het gebouwcomplex voldoende kwaliteit heeft ligt het

voor de hand het te blijven gebruiken en het aan te passen voor een mengeling van zorgbehoevende en zelfstandige bewoners. Ten opzichte van de tendensen die in de psychiatrie zo lang dominant geweest zijn markeert deze strategie een omkering. Het resultaat is een kleinschalige zorgboulevard waarin het wonen centraal staat.

Zorgboulevard Zorgcentrum 't Boveneind te Veenendaal

A12 Architecten bna

42



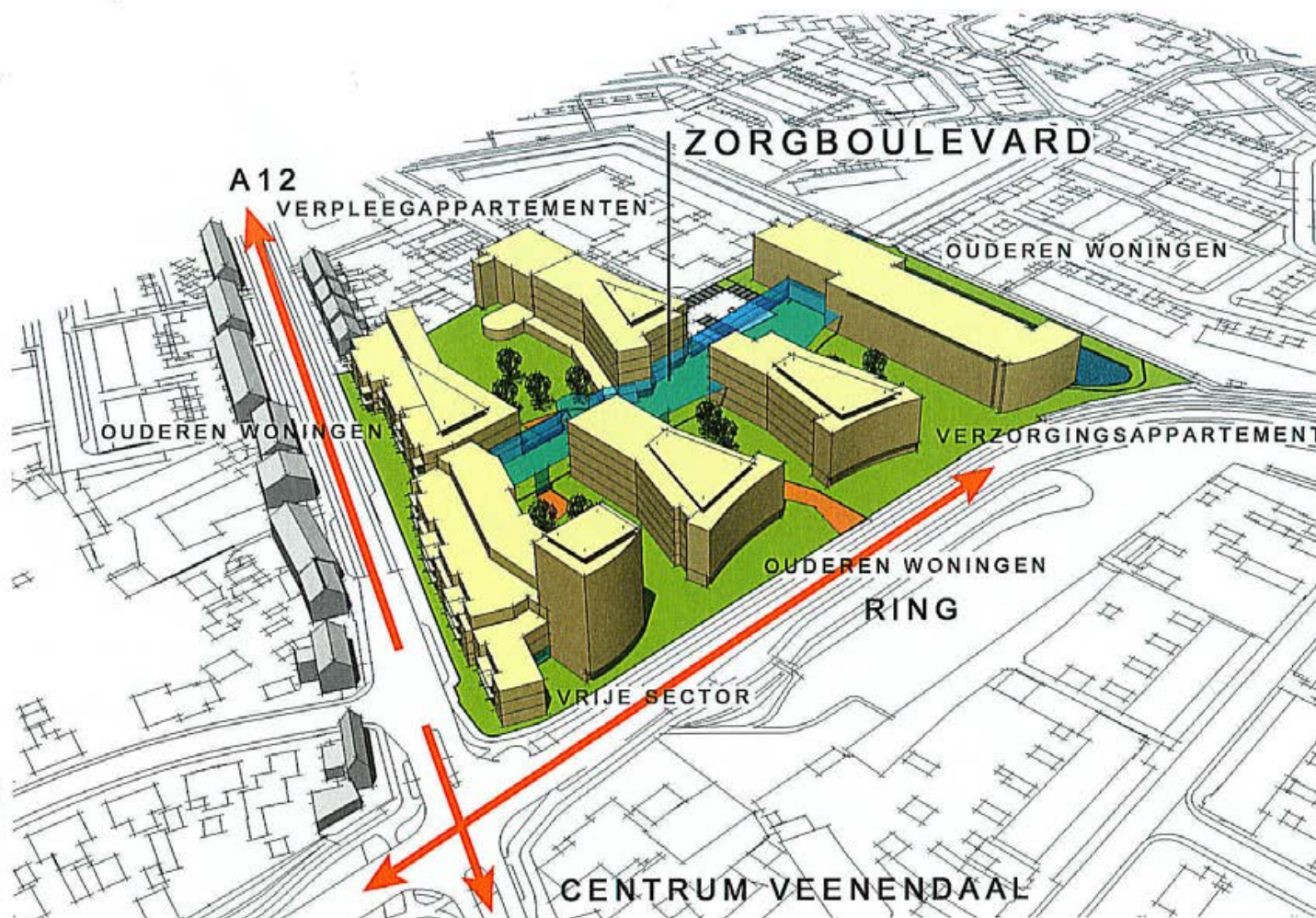
Huidige situatie zorgcentrum 't Boveneind

Vraag

Op loopafstand van het centrum van Veenendaal ligt een zorgcomplex dat typerend is voor de jaren zeventig. Een groot parkeerterrein voor de recreatiezaal, de entree ernaast gelegen, en eromheen vier tot vijf lagen hoge bebouwing waar ouderen hun dagen slijten. De enige personen die er naar binnen gaan zijn het personeel en de familieleden die hun naasten een bezoek brengen. Vaak brengen die hun tijd door in een naargeestige recreatiezaal waar de tijd maar langzaam voortschrijdt. Bewoners zijn buiten het centrum niet of nauwelijks te vinden. De vraag die wij onszelf gesteld hebben: 'kan er aan deze situatie daadwerkelijk iets veranderd worden, zodanig dat er een nieuwe relatie ontstaat tussen deze oudere, feitelijk opgesloten mensen, en de dynamische, hectische wereld waarin wij allen leven, en wat is de rol van de architect in deze?'

Ambities

Het uitgangspunt is het creëren van mogelijkheden om mensen elkaar te laten ontmoeten. We wilden de bewoners van de wijk en de stad samenbrengen met de bewoners van het complex en de wederzijdse betrokkenheid vergroten. Dit gaat verder dan het maken van een zijte in de hal of de verbreding van een gang. Het gaat hier min of meer om een zogenaamde hotellobby van de wijk, de ontmoetingsruimte voor bewoners en wijk. Een gebied waar men vertoeven kan, waar men moet zijn voor een boodschap, of waar men plezierig wat tijd kan doorbrengen. Het mag niet meer uitmaken of men bewoner is van het centrum of van buiten het complex komt. Het maken van deze openbare ruimte moet zinvol zijn voor zowel, in ons geval, Veenendaal, als het zorgcomplex. Deze wezenlijke schakel, een sociale katalysator, dat noemen wij de zorgboulevard.



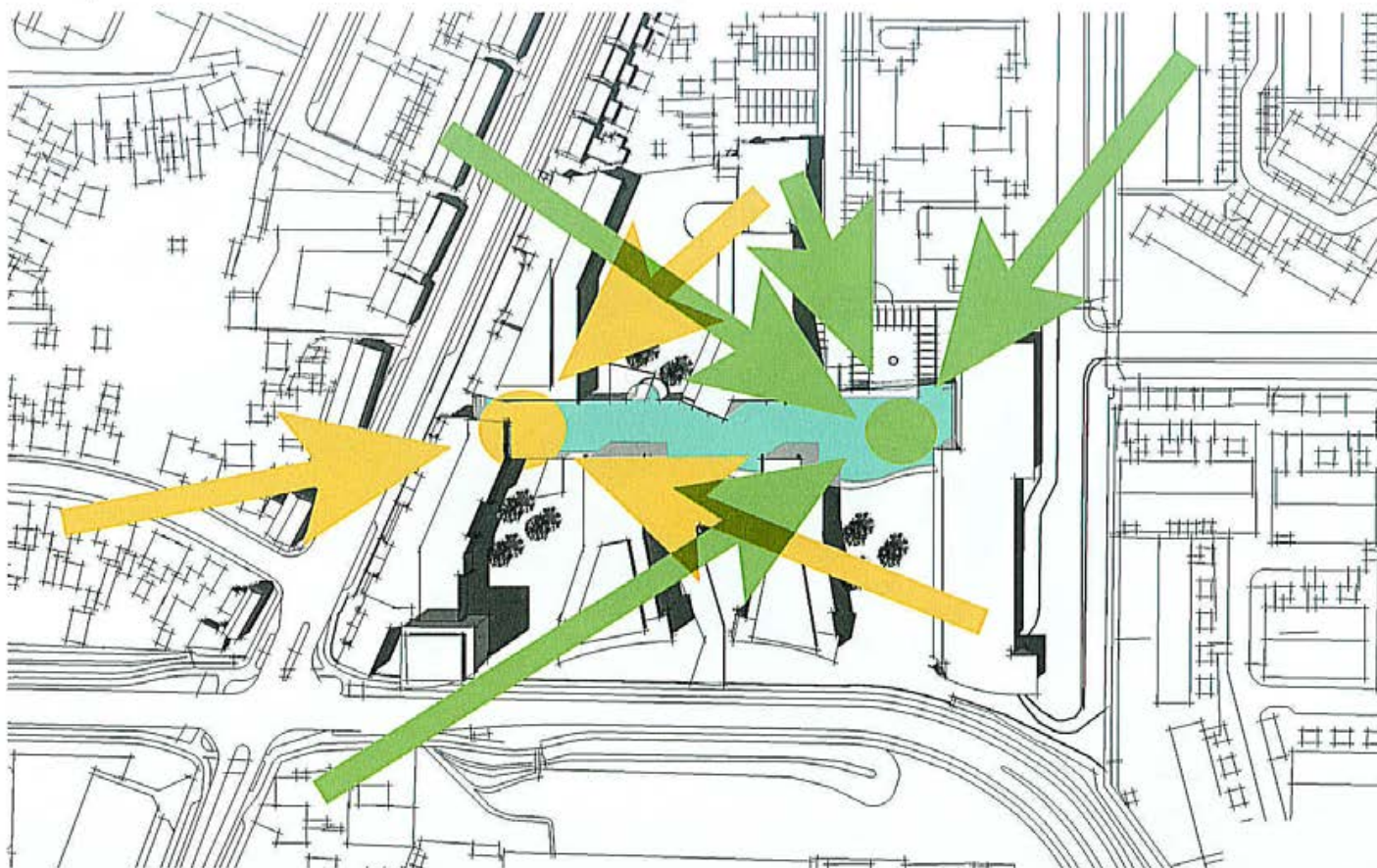
Programmaverdeling toekomstige situatie

En waarom dan zorgboulevard? Omdat door het inbrengen van zorggerelateerde functies zowel recht wordt gedaan aan een vraag uit de maatschappij als uit het zorgcentrum. De openbare ruimte is dan niet alleen maar ontmoetingsruimte, maar heeft maatschappelijke betekenis gekregen door de inbreng van deze zorggerelateerde functies.

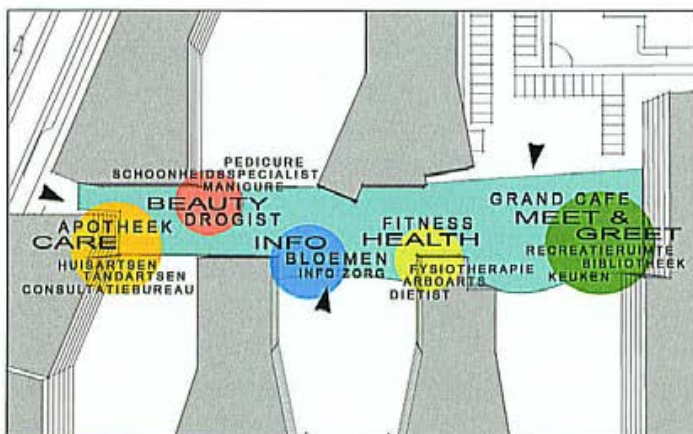
Zorgboulevard

Door grootschalige uitbreiding en vernieuwing ondergaat het hierboven omschreven zorgcomplex een transformatie die het geschikt maakt voor de huisvesting van ouderen in de meest brede zin van het woord. Het gamma reikt van ouderenwoningen sociale huur en vrije sector, via zorgappartementen (intra- en extramuraal), tot ver-

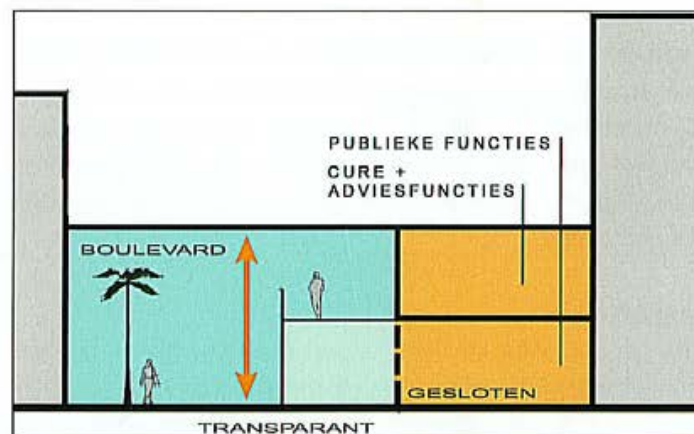
pleegzorg. Flexibiliteit is gewaarborgd door 'omkeerbaar' te bouwen en de mogelijkheid zorg op maat in elke wooneenheid van elk afzonderlijk gebouw aan te bieden. De vijf bouwdelen zijn zelfstandig in hun opzet, maar onderling verbonden door middel van de openbare zorgboulevard. Het programma van de zorgboulevard is gebaseerd op de stedelijke omvang van Veenendaal en heeft een juiste mix van welzijn en zorg, verdeeld over de functiegroepen *care*, *beauty*, *info*, *health* en *meet & greet*. Deze functies zijn gespreid over twee lagen in openbare en minder openbare ruimten. Op de begane grond zijn vooral publiekstrekkers ondergebracht en op de eerste verdieping de advies- en *cure*functies. Omdat het programma het karakter van de zorgboulevard bepaalt, is het vooral geen winkelcentrum.



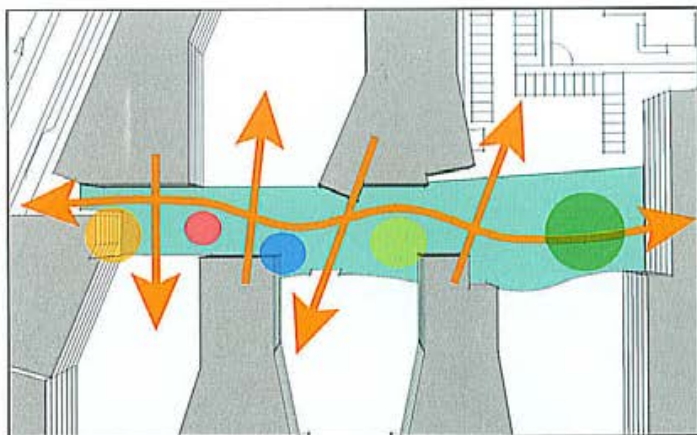
Relatie wijk - zorgcentrum



Hoofdfunctieverdeling zorgboulevard



Doorsnede zorgboulevard



Relatie omgeving zorghboulevard



Bovenaanzicht zorghboulevard



Interieur zorghboulevard



Zorgboulevard als koppelend element

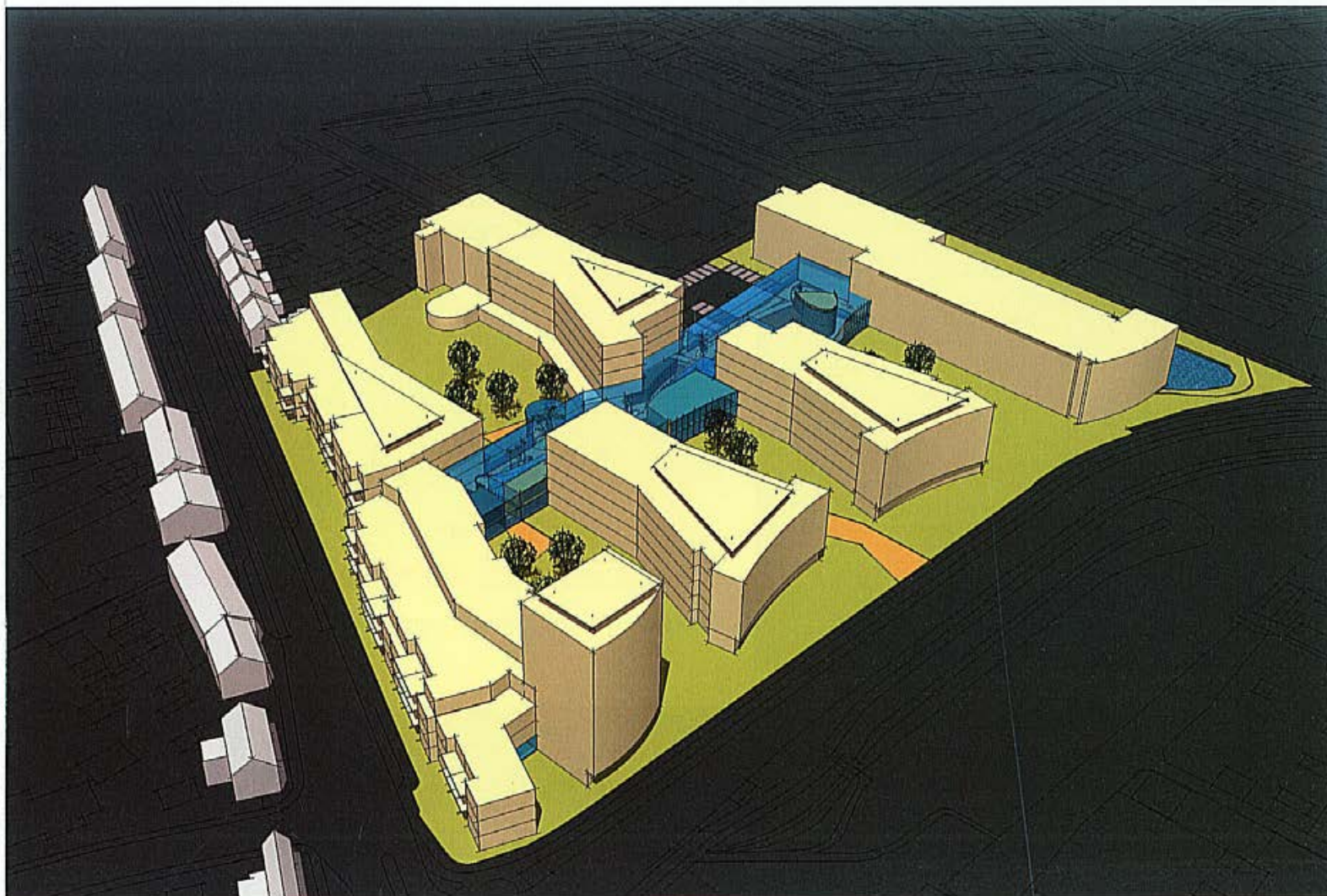
Ontwerp

De toegankelijkheid van de zorgboulevard is sterk afhankelijk van de openbare sfeer. Zorg is ondergeschikt, maar wel aanwezig. Voor het aanleveren van zorg op maat heeft de zorg, via de eerste verdieping, toegang tot de vijf bouwdelen, zonder dat dit zichtbaar is vanaf de begane grond. Men moet niet het gevoel hebben in een zorgcomplex te zijn. Men betreedt de afzonderlijke gebouwen, ook de zorgdelen, vanuit de openbare zorgboulevard. Zo vervult de boulevard tevens de rol van openbare looproute vanuit het stelsel van straten eromheen en zijn er meerdere ingangen (ook vanuit de eronder gelegen parkeergarage). De gebouwen zijn zo rond de boulevard gerangschikt, dat er zichtrelaties zijn naar de tussenliggende thema-tuinen. Samen met de dubbelhoge ruimte in de boulevard worden

zo plekken gecreëerd waar mensen kunnen vertoeven en elkaar kunnen ontmoeten. De boulevard is dus vooral een niet te vermijden schakel tussen de gebouwen en hun functies, vergelijkbaar met de pleinen in een stad.

De rol van de architect

De rol van de architect bestaat vooral uit het aantonen van de potentie en de aantrekkelijkheid van het idee van een zorgboulevard op deze locatie. Hij kan dit doen door middel van beeldmateriaal en heeft de taak duidelijk te maken dat een zorgboulevard een katalyserende functie kan hebben in de relatie tussen maatschappij en zorgcentrum.



Zorgboulevard als sociale katalysator tussen wijk én wijkcentrum



Het FIT-STOP concept

Architecten aan de Maas

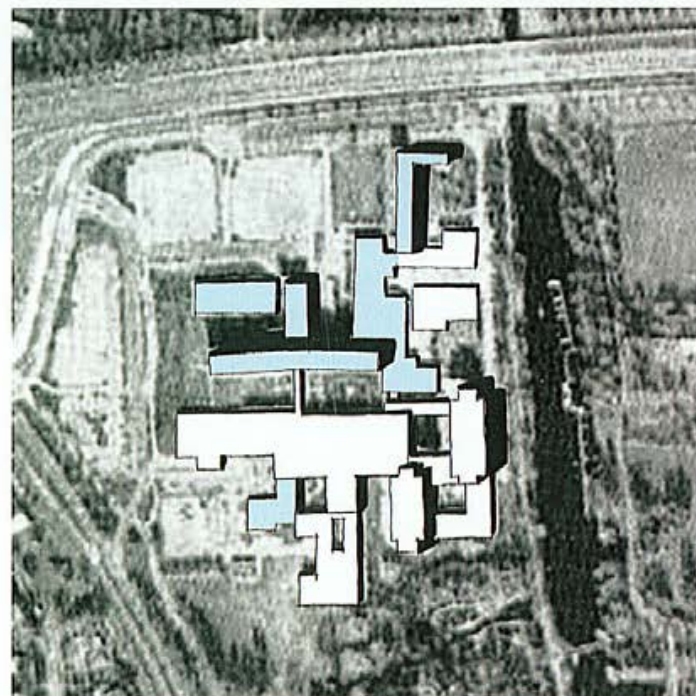
48

Van ziekenhuis naar gezondheidsboulevard

Het FIT-STOP concept combineert *cure*, *care* en preventie gericht op sport. Het complex is ontwikkeld vanuit een bestaand streekziekenhuis, het Zaans Medisch Centrum en anticipeert op een mogelijke stedenbouwkundige ontwikkeling van het gebied. Gezien de huidige ontwikkelingen, gericht op meer marktwerking en keuzevrijheid voor de cliënt, zal het ziekenhuis van de toekomst zich duidelijk moeten profileren. Het Zaans Medisch Centrum kenmerkt zich als een breed maatschappelijk georiënteerde organisatie. Hoewel gelegen aan de hoofd verkeersontsluiting van Zaandam en tussen grote woonwijken, maakt de zorginstelling nu ruimtelijk en functioneel geen deel uit van het stedelijk weefsel. In het FIT-STOP concept wordt het stedelijk weefsel over de ziekenhuislocatie doorgetrokken waarmee het ziekenhuis wordt ingebed in de stad.



Zaans Medisch Centrum inbedden in stedelijk weefsel



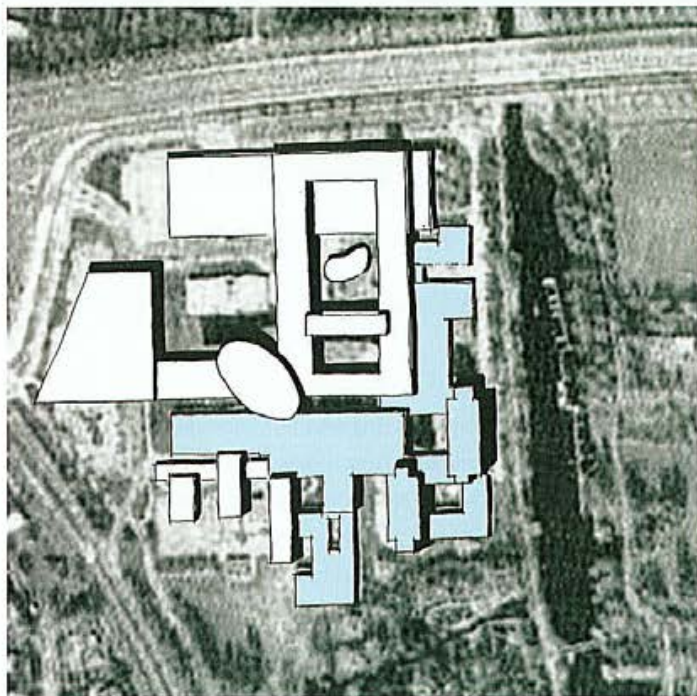
Bestaande situatie



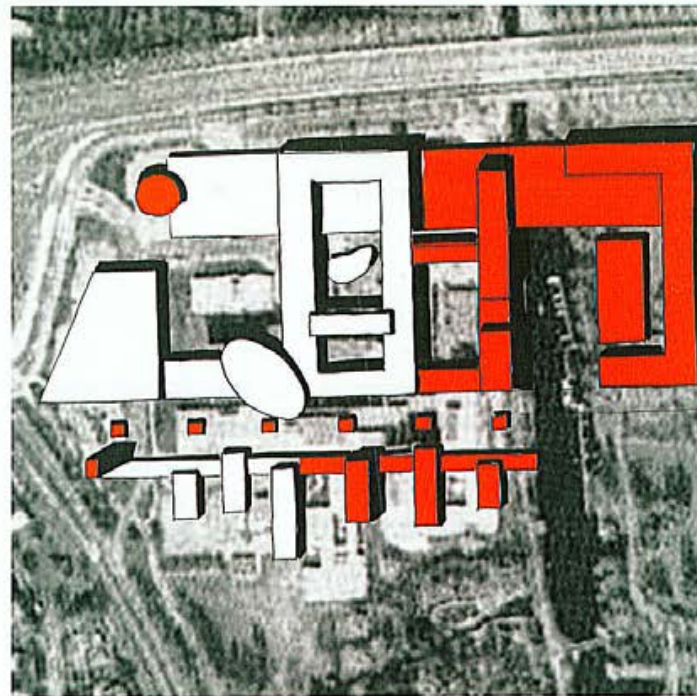
Step 1



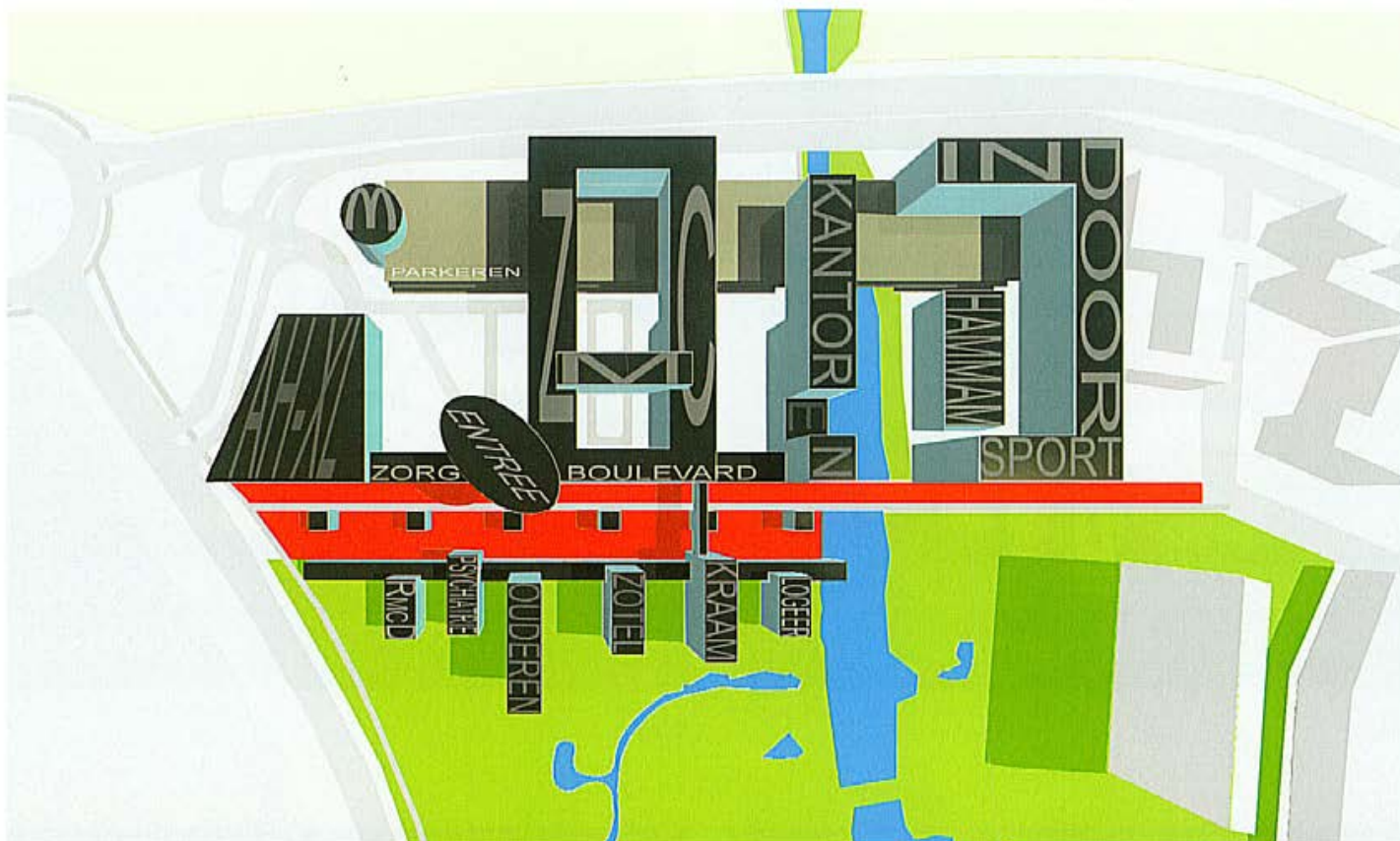
Step 2



Step 3



Step 4



Regio- en wijkgebonden functies

Beeld van de 'strip' →

Het gebied kent een aantal schaalniveaus, van regio naar wijk, die zich in het FIT-STOP model ruimtelijk en functioneel manifesteren. Aan de regionale zijde, aan de Poort van Zaandam vormt een aantal grote volumes een grootstedelijke structuur. Deze volumes, het ziekenhuis, een indoor sportcomplex en een zorgkantorencomplex worden verbonden door een parkeerstructuur.

De verbinding tussen de rotonde en de woonwijken aan de andere zijde van het terrein vormt een harde grens tussen het stedelijke en kleinschaligere niveau, gelegen aan de parkzijde. De woongebouwen aan deze zijde worden verbonden door een wijkstraat met voorzieningen, de 'strip'.

Groei-model

De eerste stap in de ontwikkeling van het concept is de geplande nieuwbouw van poliklinieken, *front office* functies en parkeergelegenheid. Samen met Albert Heijn en Eevee Zorg wordt daarbinnen een 'gezondheidsboulevard' ontwikkeld als eerste aanzet voor een *one stop-shopping* concept gericht op de vermaatschappelijking van de zorg.

De entreehal manifesteert zich als een plein waar vanuit de gezondheidsboulevard op de eerste verdieping bereikt wordt. De functies aan deze route vermengen zich met de *front office* functies van het ziekenhuis en sluiten aan op de AH-XL die zich richt op





Vanuit het park gezien



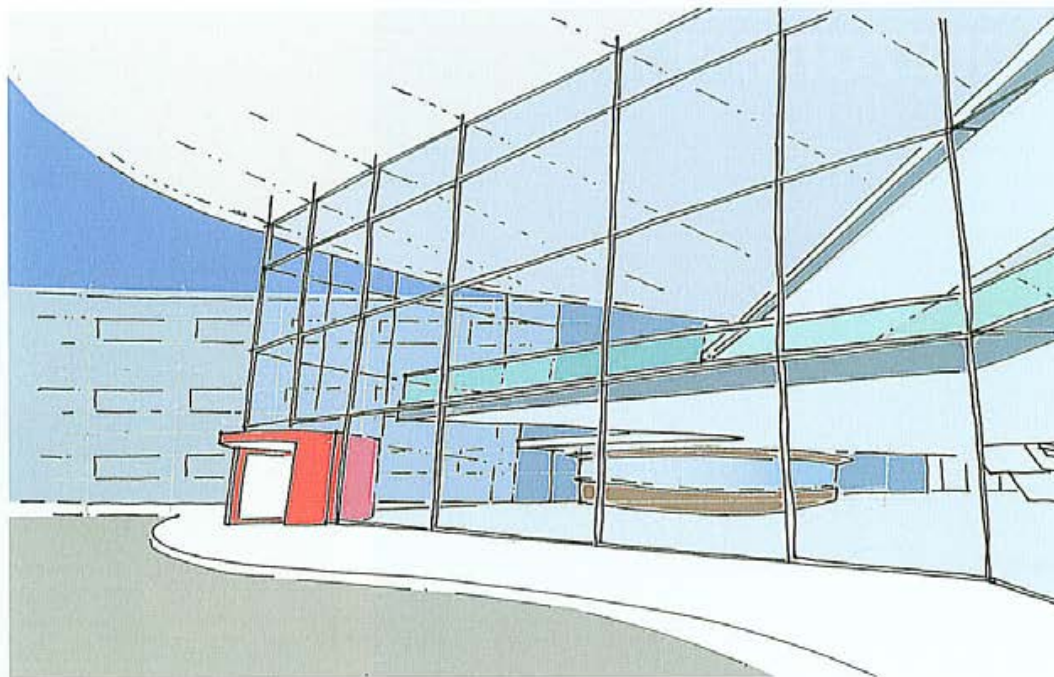
Vanuit het park gezien

gezonde voeding. De volgende vernieuwing van het ziekenhuis kan aan de noordzijde van het complex plaatsvinden. Deze volgende stap in het concentreren van *cure* functies biedt vervolgens, door sloop van het 'oude' ziekenhuis ruimte aan de realisatie van meer *care* functies en functies gericht op preventie. Deze lange termijn visie laat een groeimodel zien, vergelijkbaar met de ontwikkeling van een stad. De *care* functies aan de zuidzijde van het complex zijn gericht op logies- en woonfuncties. De verschillende doelgroepen hebben hun eigen 'huizen' die verbonden zijn door een 'strip'. In de strip bevinden zich de ontsluitingen naar de woon- en logiesgebouwen en vanaf de straat ontsloten winkels en andere binnenstedelijke plintfuncties. Het dak van de strip is te gebruiken als terras en heeft een ruimtelijke en visuele relatie met de promenade en het

park. De route tussen de strip en het ziekenhuis wordt door de plaatsing van paviljoens (viskraam, bloemenkiosk) verdeeld in een fietsroute en een wandelpromenade, beide op maaiveldniveau. De fietsroute sluit aan op de verbinding vanuit de naastgelegen wijk en op de rotonde, die de verbinding vormt naar de rest van de stad.

Stedelijkheid door functiemenging

De toevoeging van woonfuncties maken het gebied tot een stedelijk weefsel. Bovendien kunnen de verschillende doelgroepen gebruik maken van de voorzieningen in het FIT-STOP complex. Het kraamhotel heeft een directe verbinding (loopbrug) met het behandelhuis. Autistische kinderen die gebruik maken van het logeerhuis en jongeren die onder begeleiding zelfstandig kunnen wonen, kun-



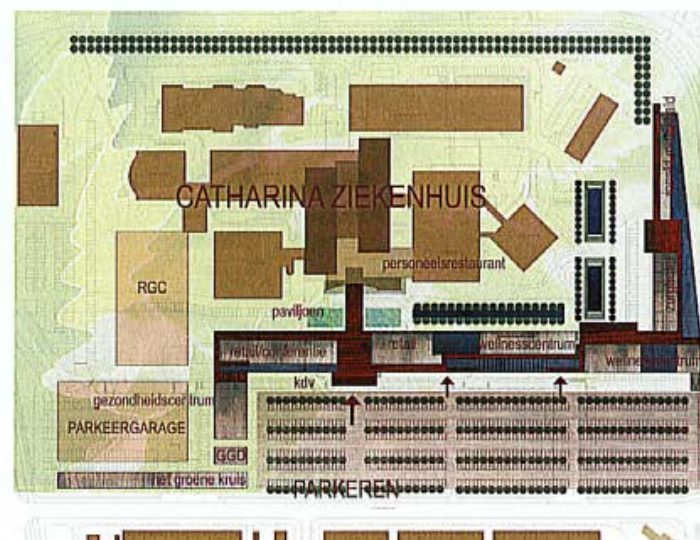
Gezondheidsboulevard binnen: front office ziekenhuis

nen zowel binnen als buiten sporten. Bovendien zijn er scholen in de nabijheid van het complex. Ouderen kunnen dicht bij zorg- en winkelvoorzieningen wonen. Deze bevolkingsgroep neemt ook in Zaandam in de komende jaren sterk toe. Voor revaliderende patiënten is er de mogelijkheid om tijdelijk in een zotel te verblijven. Psychiatrische patiënten wonen midden in de stad en toch in een rustige parkachtige omgeving. Ook een Ronald Mc Donaldhuis past aan deze strip.

De outdoor sportvoorzieningen zijn in de huidige situatie al aanwezig, indoor sportvoorzieningen echter nauwelijks. In zo'n complex is plaats voor een fitnesscentrum, wielerved, zwembaden, ski-helling en wanneer meer gericht op *leisure* ook een kartbaan en bioscoopcomplex. De kracht van dergelijke functies is dat deze zowel

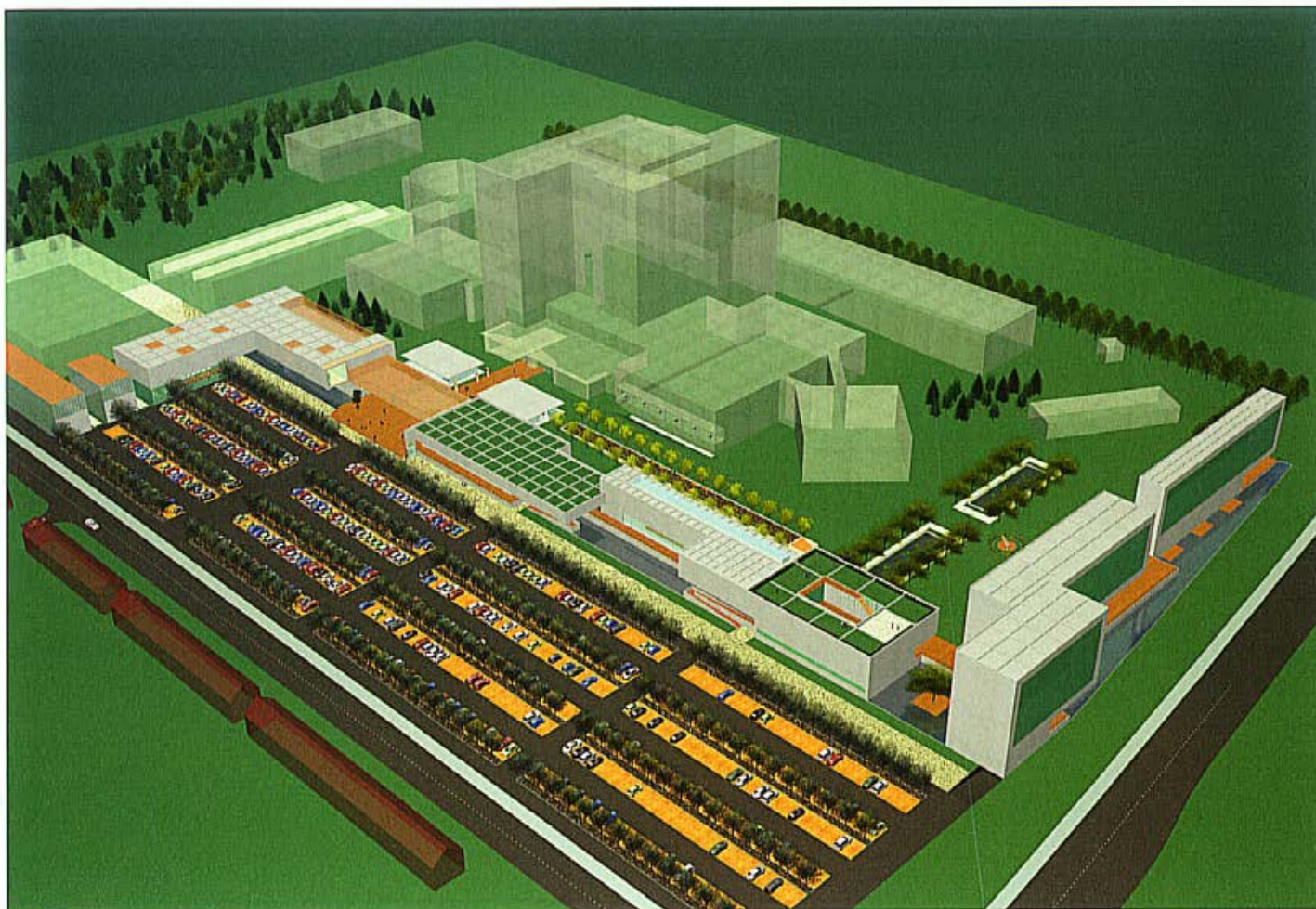
een bovenregionale doelgroep als ook de bevolking uit de wijk (en de strip) bedienen. Hetzelfde geldt voor de AH-XL, de diverse zorg- en winkelvoorzieningen en natuurlijk het ziekenhuis. De vele (met name fiets-)bewegingen en de bezoekers en bewoners geven het FIT-STOP complex zo een groot draagvlak en maken de zorg laagdrempelig, letterlijk en figuurlijk goed bereikbaar voor de bevolking van Zaandam en omgeving. Bovendien genereert FIT-STOP werk en opleidingen.

Een hoog verblijfsklimaat scheppen, niet enkel in, maar ook aan de randen van de zorginstelling is een doel op zich. De mogelijkheid van patiënten en hun familie om een keuze te maken van welke zorginstelling ze gebruik wensen te maken, geeft de zorginstelling de kans zich te profileren, uiteraard zorggericht maar ook in relatie tot de sfeer die de zorgomgeving uitstraalt. Het is dan ook belangrijk een gewenste ambiance – mooi, verzachtend, fascinerend en doeltreffend – na te streven die op een realistisch lucratieve manier is te ontwikkelen. Hierbij is de sfeer die een complex en zijn directe omgeving uitdraagt belangrijker dan de exacte functionele invulling. Bij de meeste ontwerpgegevens is er een functioneel program-



ma van eisen dat dient te worden vertaald. Omdat het zwaartepunt in de ontwikkeling ligt op de te creëren ambiance dient het architectonisch ontwerp als uitgangspunt voor de functionele invulling. Het betreft zowel klein- als grootschalige zorgboulevards: de vraag die men zich stelt, is wat de meerwaarde van de extra voorzieningen zal zijn voor de zorginstelling.

Het is belangrijk ruimten te ontwerpen die geschikt zijn voor zowel de patiënt op weg naar een afspraak of verblijvend in het ziekenhuis, familie en vrienden die een bezoek brengen en medewerkers die elke dag aanwezig dienen te zijn. Dit gebeurt met name als er veel aandacht aan zowel de binnen- als de buitenruimten wordt



Oppervlakten

paviljoen		200 m²
	bedrijfsbureau	
gezondheidscentrum		2400 m²
	apotheek	
	chiropractor	
	diëtiste	
	fysiotherapie	
	huisartsen	
	tandarts	
het groene kruis		600 m²
GGD		600 m²
conferentiecentrum		2000 m²
retail		5600 m²
	boekhandel	
	gehoorapparatuur	
	gebitprothese	
	haarwerken	
	medisch speciaalzaak	
	opticien	
	orthopedisch schoenmaker	
	reisbureau/travel clinic	
	verpleegartikelen	

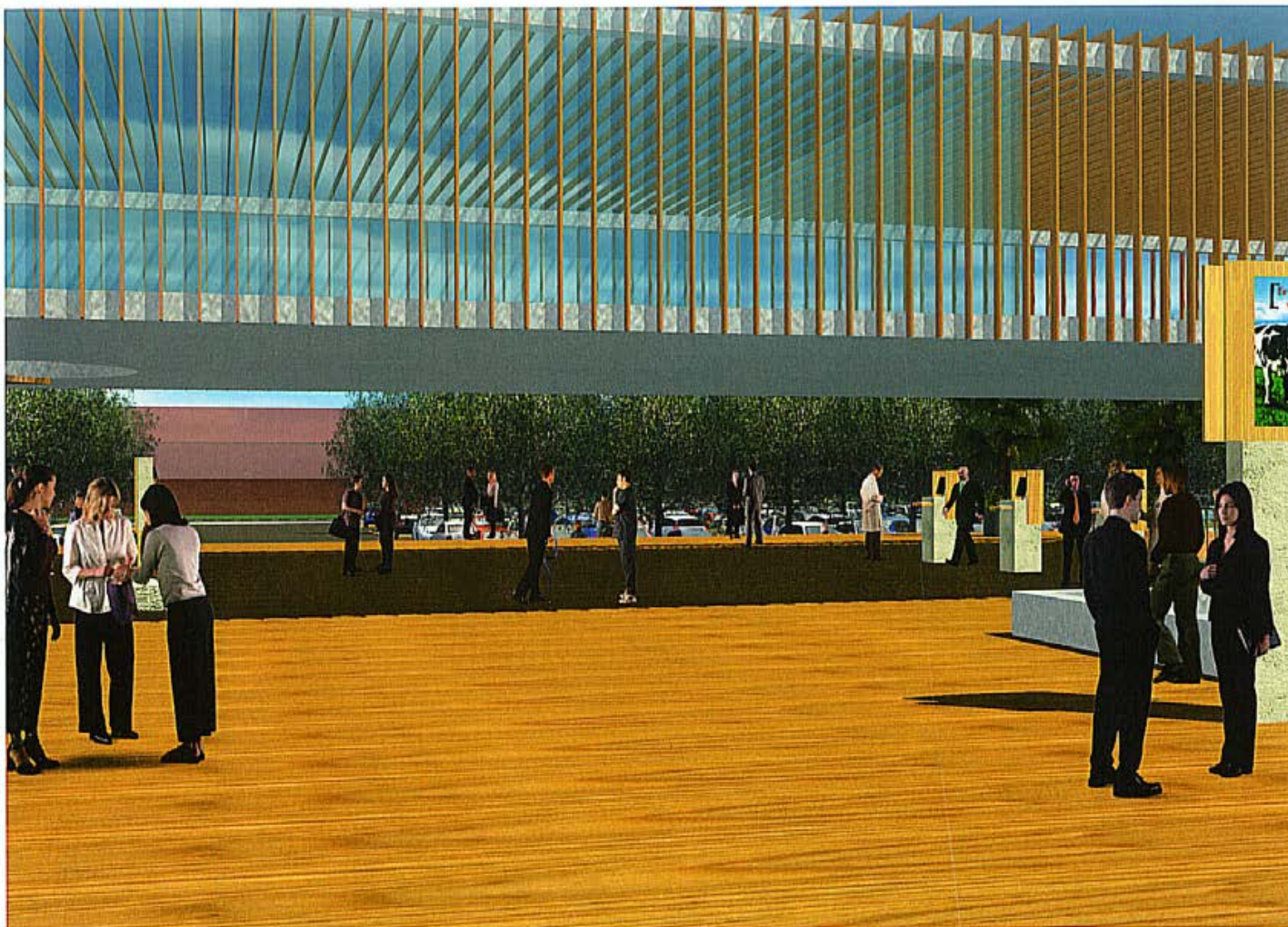
kinderdagverblijf		580 m²
wellnesscentrum		5250 m²
	acupunctuur	
	anti-rookpoli	
	cosmetische chirurgie	
	dermatologisch dagbehandelcentrum	
	fitnesscentrum	
	kliniek voor zwaarlijvigheid	
	massagesalon	
	saunalandschap	
	schoonheidssalon	
	solarium	
	yoga/meditatieruimte	
	zwangerschapskliniek	
	zwembad	
zorghotel		5000 m²
	herstelzorg	
	kraamhotel	
	'orthotel'	
gezinshotel		2400 m²
zorgappartementen		2400 m²



besteed. De entreegebieden van zowel de parkeergelegenheid als van het pad van het openbaar vervoer naar de entree van de zorgboulevard kunnen een bijdrage leveren aan het welbevinden van de gebruikers: wanneer de groenstructuur is geïntegreerd in het plan en bomenrijen, waterpartijen, bankjes, pergolaconstructies, mooi verzorgd en vol aandacht zijn ontwikkeld, zullen bezoekers aan de zorgboulevard het idee krijgen welkom te zijn in een omgeving die goed toegerust is om patiënten te behandelen maar die ook zorgdraagt

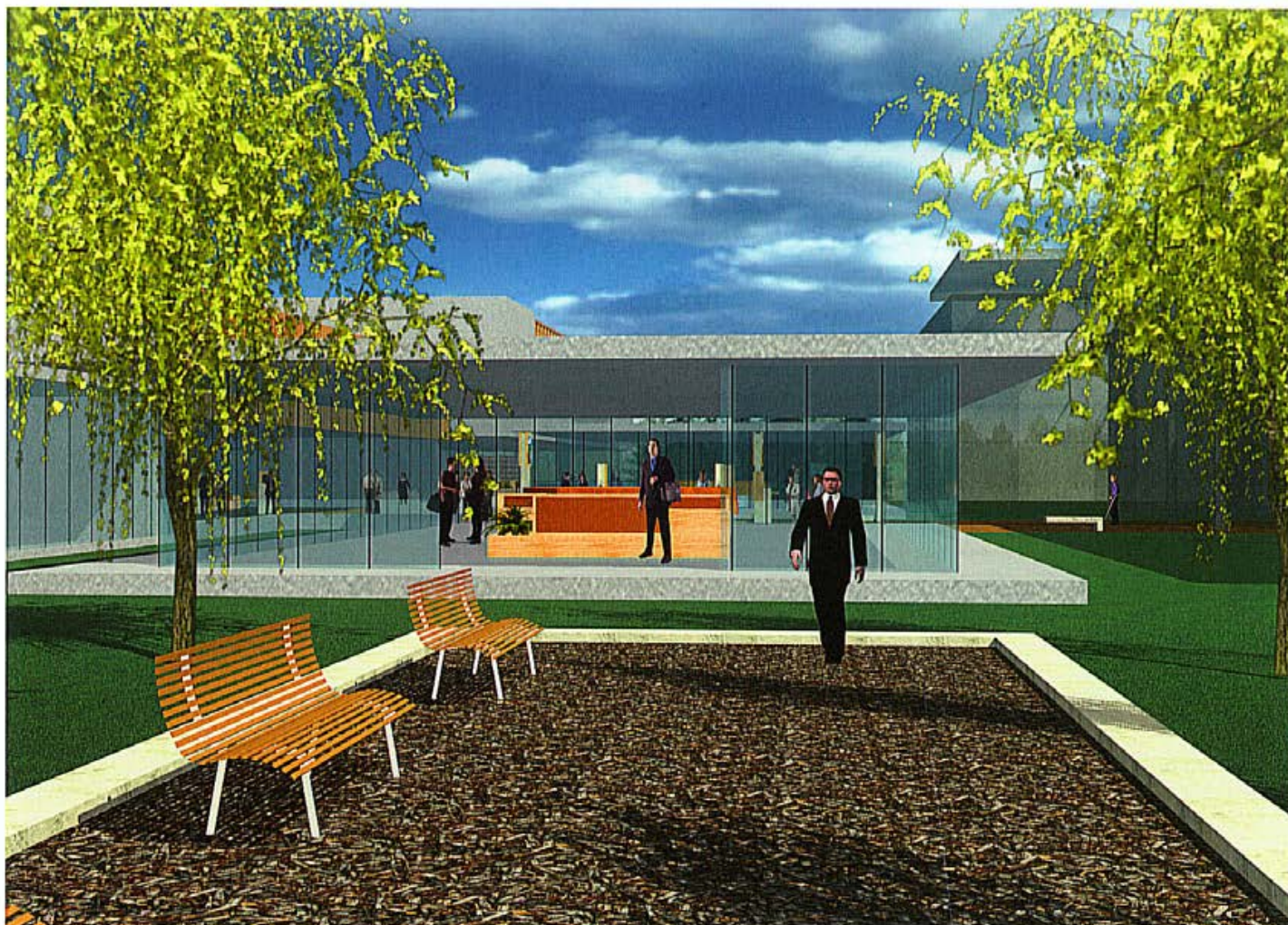
voor het welbevinden op andere niveaus. De ambiance die de bezoeker tegemoet komt kan een filter zijn tussen de samenleving en de medische wereld in de zorginstelling. Het is belangrijk de patiënt, bezoeker en medewerker met respect te ontvangen waardoor wachten, pauzeren en verblijven een minder belastende ervaring zal zijn.

Het thema 'filter' is in het plan ZorgZone + vertaald naar een architectuurplan. Er is, rondom het bestaande Catharina Ziekenhuis in Eindhoven, een zone ontworpen, bestaand uit waterpartijen,



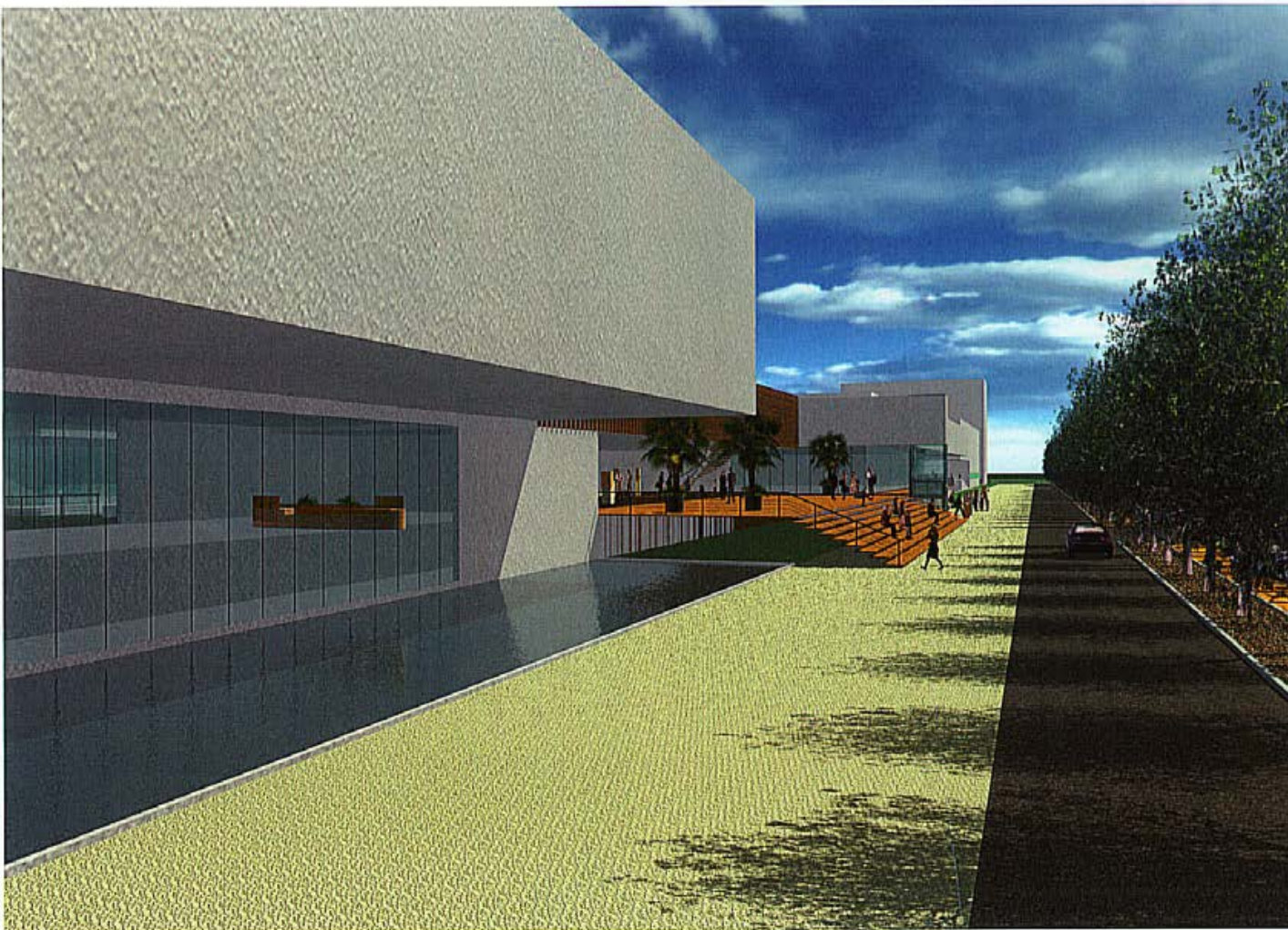
paden en gebouwen, die een intermediair vormt tussen het leven in het ziekenhuis en het alledaagse leven. Vanuit deze zone is het mogelijk op diverse wijzen het ziekenhuis te benaderen. Vanuit de parkeergelegenheden kan de bezoeker verschillende paden bewandelen. Elk bezoek zal zo de gelegenheid bieden tot een andere ervaring. Het wachten op een afspraak wordt een verpozing in een aangename omgeving: een kop koffie drinken op een terrasje, een krant kopen en deze lezen op een bankje aan de vijver. Pauzeren met col-

lega's in een fitnesscentrum, of een wandeling maken langs een boekenwinkel, een cadeaushop en eventueel een supermarktje. Er kan een plek worden gereserveerd waar een orkestje op zondagmiddag een muziekkuitvoering ten gehore kan brengen. Men kan ervoor kiezen een kop koffie te drinken in een zone met terrasjes, een grandcafé, een internetcafé of een eetcafé. Er kan voor de zorginstelling een conferentiegelegenheid worden gekoppeld aan de horecafuncties, waar congressen plaats kunnen vinden. Werk-



nemers kunnen gebruik maken van *wellness*-functies welke tevens tijdens polikliniekuren dienst doen als dermatologisch dagbehandelcentrum, functieonderzoek hart- en longfalen, polikliniek plastische chirurgie, *anti-aging* poli, anti-rook poli, kliniek tegen overgewicht en vele andere zorggerelateerde functies. Medewerkers kunnen na werktijden gebruik maken van fitnessruimten, zwembaden en schoonheidssalons. Deze dwarsverbanden maken de functies goed te exploiteren.

Wanneer een ontspannen sfeer ontstaat, zal deze bijdragen aan het welbevinden van medewerkers, patiënten en bezoekers. Ook de medisch gerelateerde meerwaarde dient niet te worden onderschat. Na een bezoek aan een specialist in staat zijn, zonder gebruik te hoeven maken van een auto of openbaar vervoer, medische artikelen aan te schaffen, is een comfort dat patiënten en bezoekers kan worden geboden. In de directe nabijheid van het ziekenhuis kan, na bezoek aan een KNO-arts, een hoorapparaat



worden aangemeten. De patiënt kan zich laten informeren en eventueel direct tot koop overgaan. Een patiënt orthopedie kan een oefenruimte gebruiken in het fitnesscentrum annex het ziekenhuis, waar ook medewerkers na werktijd of in een pauze kunnen sporten. Het veelvuldig inzetten van ruimten, lees dure oppervlakten, zal de exploitatie vergemakkelijken.

Ook kan, samen met een gehospitaliseerd familielid een wandeling worden gemaakt naar een terrasje dat niet langer direct deel

uitmaakt van de technische wereld van het ziekenhuis of de instelling. Het fysiek filteren van de samenleving en de medische wereld geeft rust en geeft de mogelijkheid je terug te trekken en afstand te nemen. Fysiek maar ook psychisch.

Het AMC als centrum van de gezondheidsstad

Architectengroep Duintjer, A12 Architecten bna en Buro Sant en Co. landschaps-architectuur

60



Het AMC als monoliet

De aanleiding voor dit project was tweeledig: de vraag de ruimtelijke ontwikkelingen rondom het AMC te bestuderen en de mogelijkheid deel te nemen aan de Stag-studie naar de zorgboulevard. Het AMC manifesteert zich als een monoliet in zijn omgeving en de huidige planvorming die in verstedelijking van de directe omgeving voorziet, doet niets om daarin verandering te brengen. De in de structuur van het AMC besloten mogelijkheden om het gebouw in het stedelijke

weefsel te verankeren blijven onbenut. Typerend voor de gebrekkige aansluiting van het AMC in zijn omgeving is station Holendrecht. Dit wordt nog benadrukt doordat de hoofdentree waarop de route van en naar dit station aansluit, op een alles behalve vanzelfsprekende manier aansluit bij de straten- en pleinenstructuur van het ziekenhuis. Die structuur zelf functioneert echter nog uitstekend en verleent het AMC zelfs zijn karakteristieke identiteit.

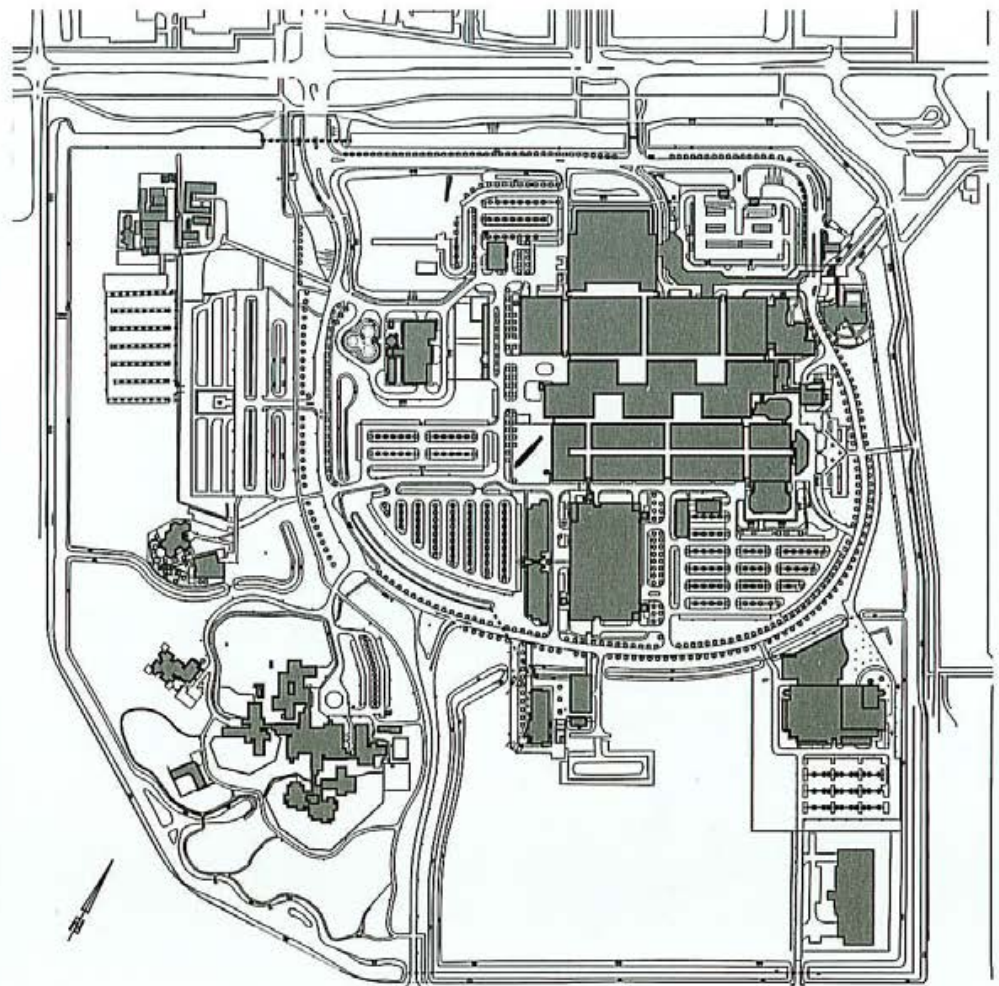


Integratie van het AMC

Het lag voor de hand het model van de zorgboulevard als leidraad te nemen voor een onderzoek naar de mogelijkheden het AMC in het stedelijk weefsel te integreren. Het gebied rondom het ziekenhuis ontwikkelt zich tot een complete gezondheidsstad. Het AMC wordt daardoor onderdeel van een groter geheel. De gezondheidsstad bestaat uit een breed scala van functies en voorzieningen; van gezondheidszorg tot leisure, van onderwijs tot business, van detail-

handel tot stadsnatuur. De structurerende componenten van de gezondheidsstad zijn de ringontsluiting met meerdere toegangen, zoals de Meibergdreef, de Tafelbergweg en het station Holendrecht. Daarbinnen bevindt zich een orthogonaal stratenpatroon en een centrale verblijfszone, de zorgstrip.

Het bestaande complex manifesteert zich zeer duidelijk in de omgeving door de 'ruggengraat' van ca. 40 meter hoogte en ca. 250 meter lengte die vanaf de A2 goed zichtbaar is. Ons plan ver-

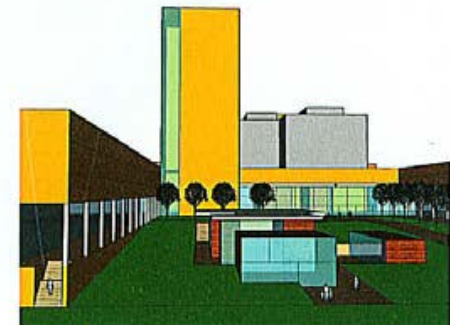
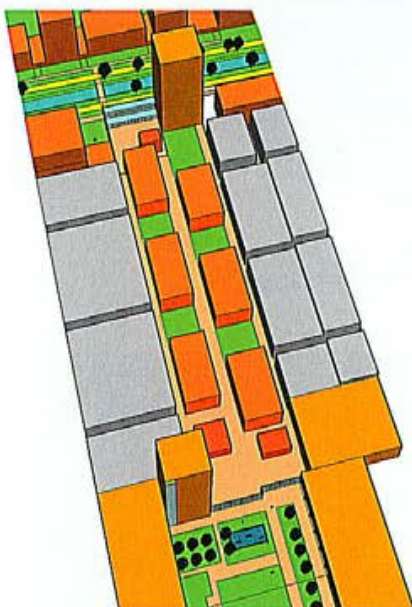
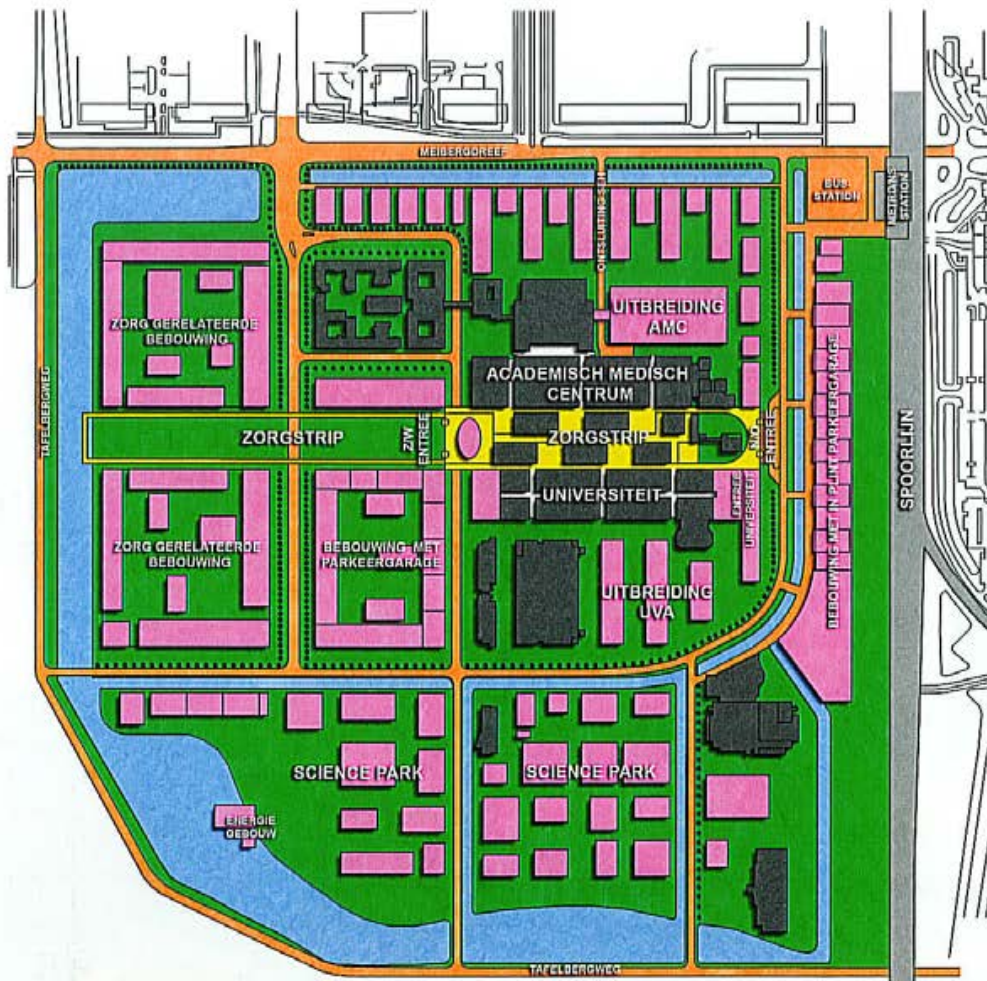


Bestaande situatie

sterkt deze ruggengraat door aan de beide kopzijden hiervan een hoofdentree te maken. Door de 'interne' ruggengraat van het AMC te verlengen wordt een stedenbouwkundige as gevormd, de zorgstrip. De zuidwestzijde van deze zorgstrip sluit middels een hellend maaiveld aan op het niveau van de binnenstraten van het AMC. Beide gebieden worden door middel van thematische tuinen op elkaar betrokken. Deze tuinen fungeren als een oase van rust in hun omgeving.

Na een periode van isolement wordt het AMC weer integraal

onderdeel van de nieuwe gezondheidsstad en krijgt het meer betekenis voor haar directe omgeving door de mogelijkheden van synergie en ontmoeting. Het AMC gaat fungeren als katalysator voor de totale gebiedsontwikkeling rondom het gebouw en versterkt haar positie als wetenschappelijk topinstituut. De invulling van functies in de zorgboulevard zal gericht zijn op het vergaren en uitwisselen van kennis (patiënteninformatie, internetcafés, congresfaciliteiten, boekwinkels en dergelijke), commerciële exploitatie (zorggerelateerd en niet-zorggerelateerd) en *leisure*.





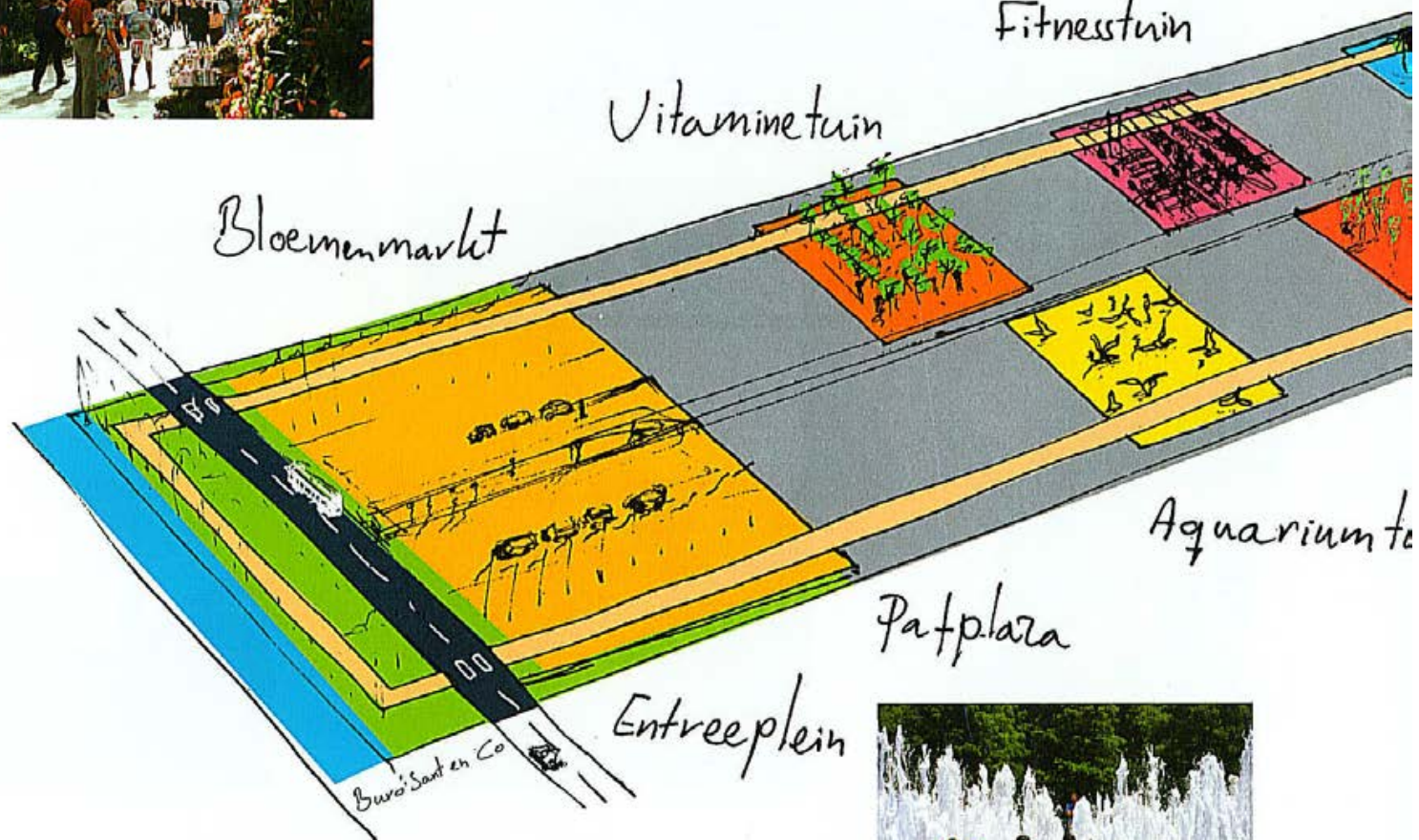
Sauna

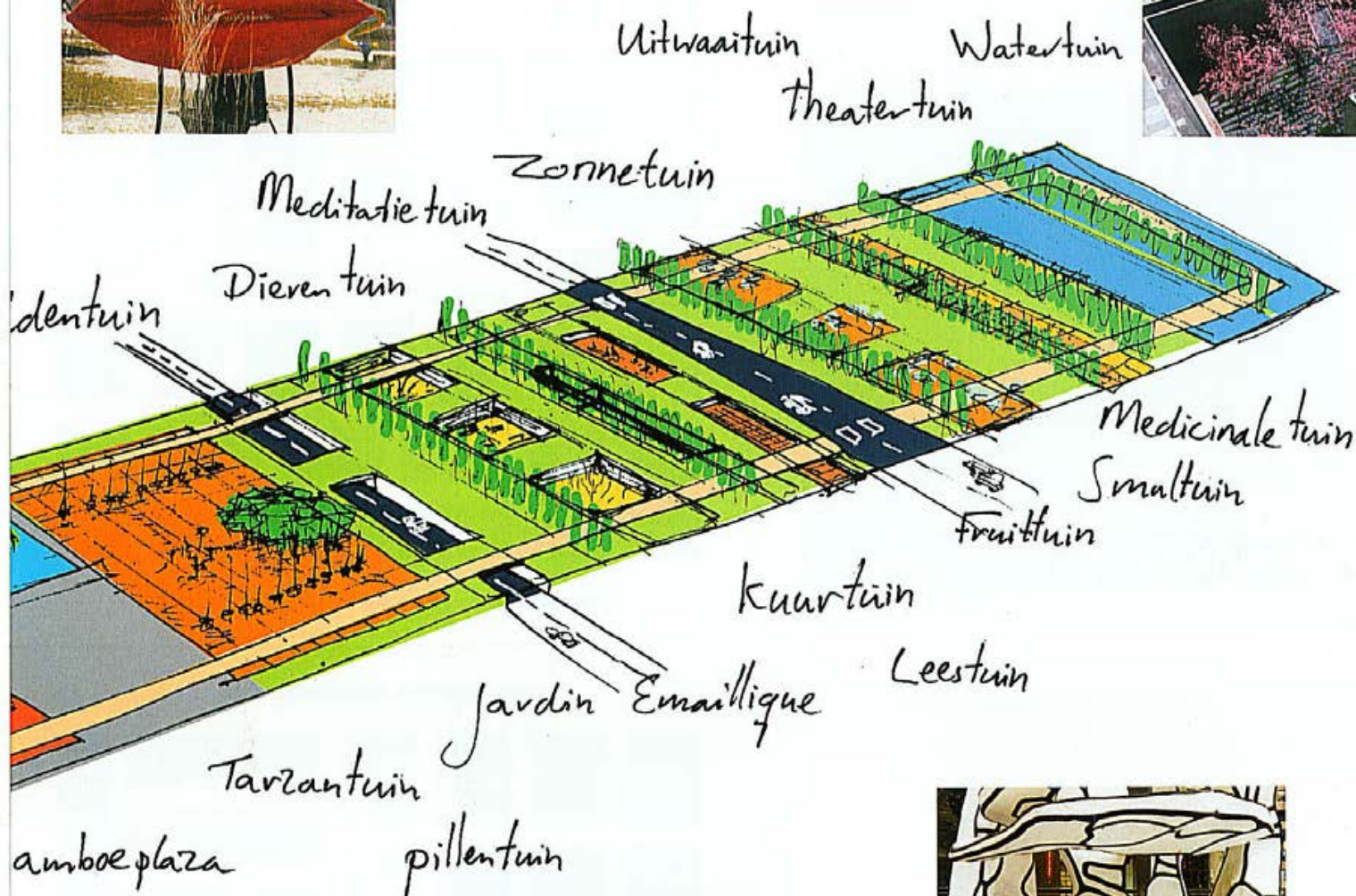
Palmentuin

Fitness tuin

Vitaminetuin

Bloemenmarkt





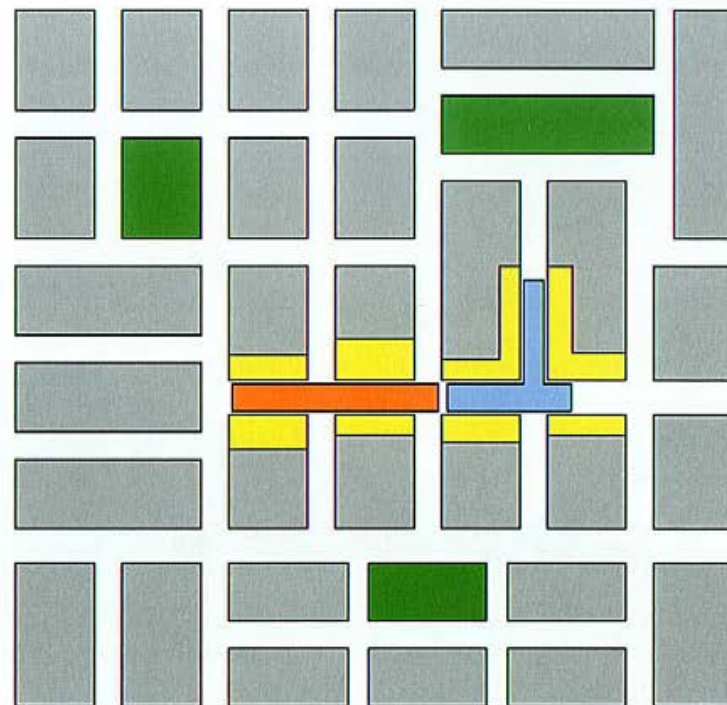
Een zorgboulevard rond ouderen- huisvesting

**Architectengroep Naarding
Straesser Van der Linden**

66

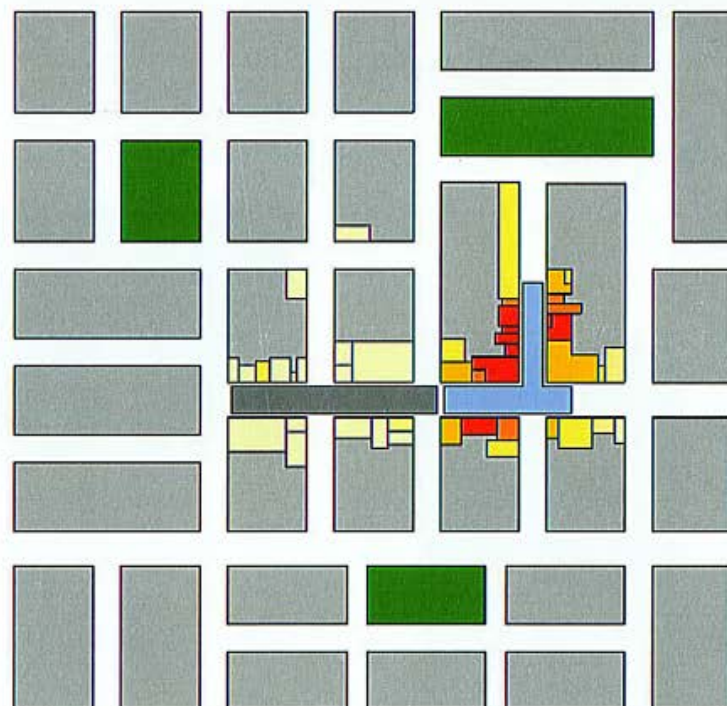
Schema

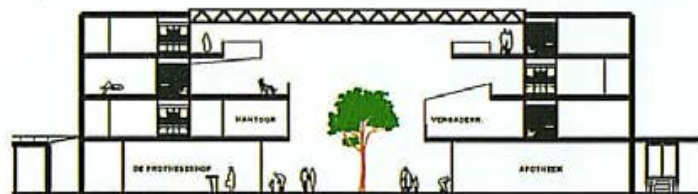
Onze bijdrage aan de Stag-studie 'zorgboulevard' richt zich op de inpassing in de wijk. Dit voorstel sluit aan bij een haalbaarheidsstudie voor een woonzorgcentrum in een uitbreidingswijk in Amersfoort, waarin we de studie hebben geïmplementeerd. Het gaat voornamelijk om ouderenhuisvesting met bijbehorende zorgfuncties. Wij zagen hierin een kans om de kwaliteiten van een zorgboulevard te combineren met andere wijkcentrumfuncties. Ze kunnen elkaar versterken, en het onderlinge draagvlak vergroten. Omdat er nog geen stedenbouwkundige verkaveling bekend was zijn we uitgegaan van een opzet in bouwblokken. Het project is in het stadium van haalbaarheidsstudie en dus schematisch gehouden. We hebben echter wel een beeld willen schetsen van de kansen en ruimtelijke uitdagingen.



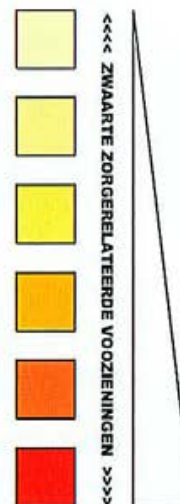
ZORGOVERLENING & COMMERCIELE DIENSTVERLENING

CONCENTRATIE DIENSTVERLENING



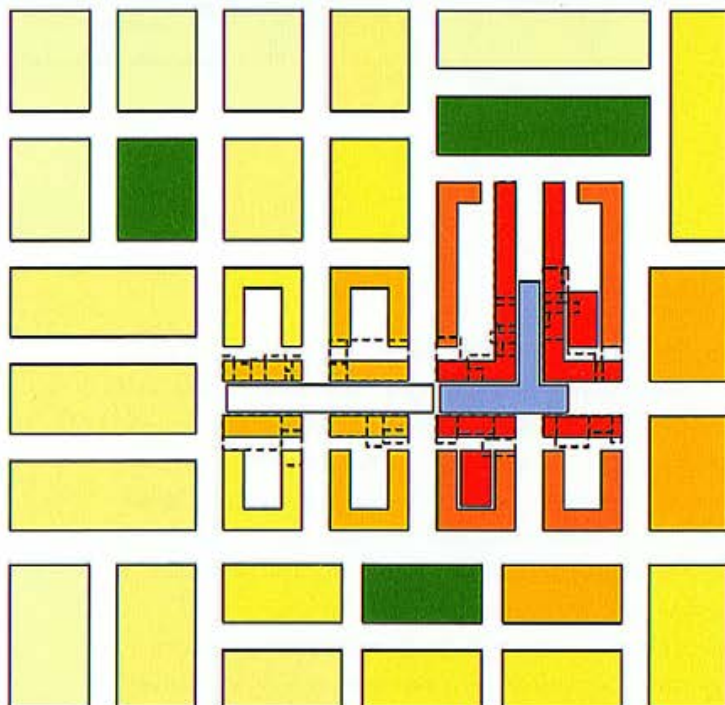


VIDEOTHEEK
 SNACKBAR
 RESTAURANT
 SUPERMARKT
 BAKKER/SLAGER/GROENTENMAN
 BOEKHANDEL/BLOEMIST
 ZONNESTUDIO/SAUNA
 ZALENVERHUUR
 TANDARTS
 BANKFILIAAL/POSTAGENTSCHAP
 KINDERDAGVERBLIJF
 CONSULTATIEBUREAU
 FITNESS
 SCHOONHEIDSSALON
 DROGIST
 PROTHESES
 HUISARTS
 MAATSCHAPPELIJK WERK
 DIETIST
 KAPPER
 THUISZORGBALIE
 APOTHEEK



0 50 100 200 300 500 M

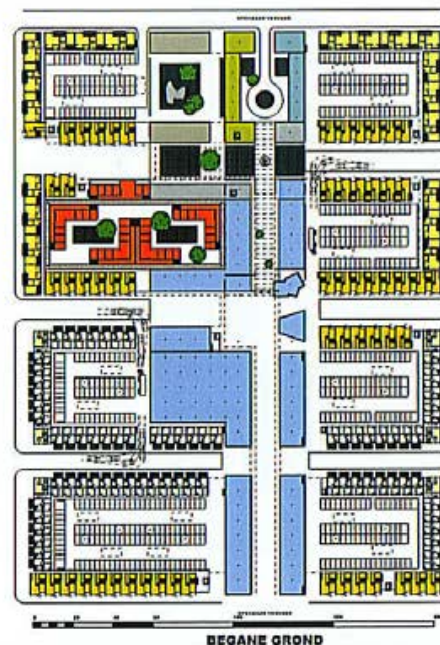
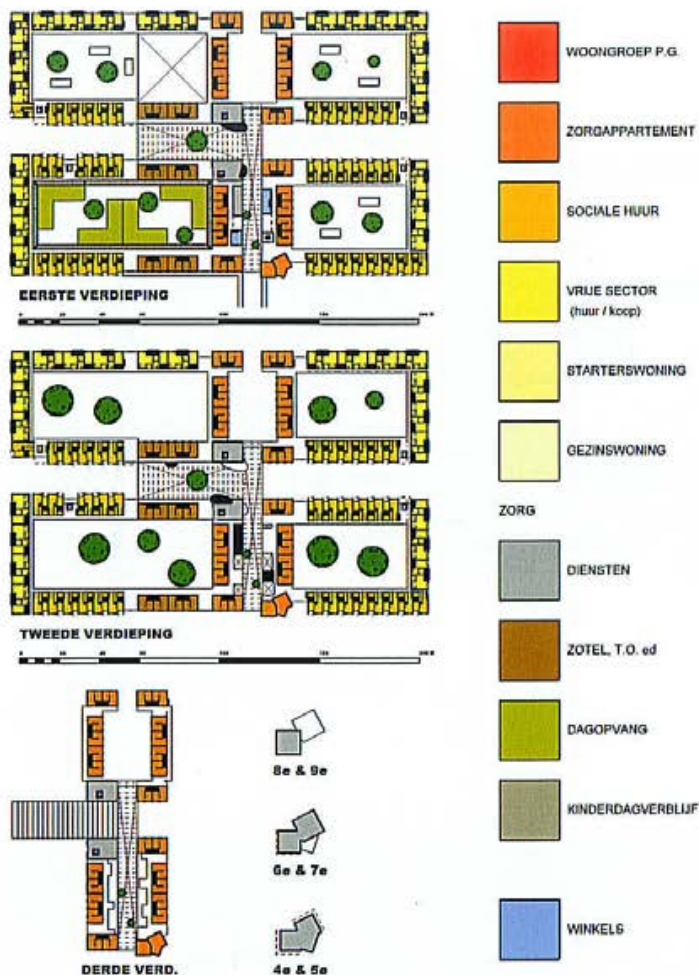
CONCENTRATIE ZORGWONINGEN



<<<< ZWAARTE ZORGERELATEERDE WONINGEN >>>>



GEZINSWONING
 Aangepaste woning
 Aanleunwoning
 Groepswonen
 Begeleid wonen
 Zorgappartement
 Meerzorg
 P.G.-afdeling



Uitgangspunt is een levensloopbestendige wijk, die in staat is zijn bewoners langere tijd aan zich te binden – een voorwaarde voor het ontstaan van een vitale stedelijke gemeenschap.

Veel verschillende woonprogramma's moeten hun plaats krijgen. Van starterswoningen, eengezinswoningen tot groepswoningen en ouderenhuisvesting. Ondanks de concentratie van woningen voor ouderen in, en in de buurt van de zorginstelling, hebben we geen 'grijs getto' willen maken. We zien meer in een diversiteit van de bevolkingssamenstelling. De wisselwerking die daar van uitgaat, praktisch en sociaal, vinden wij belangrijk. Ook zou er rekening

gehouden moeten worden met tendensen ten aanzien van woonwensen. Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Met zorg op korte afstand. Technische ontwikkelingen maken dat ook steeds beter mogelijk. Maar ook de huisvesting kan hier een oplossing bieden. Groepswonen voor ouderen wordt steeds populairder.

Woningen zijn te kwalificeren naar zorgbehoefte. Hoe groter de zorgvraag, des te centraler gelegen ten opzichte van de zorgboulevard. Er ontstaat zo een radiale verdeling in de wijk.

De zwaarste behoefte komt van de psychogeriatrische bewoners in de zorginstelling. Hen wordt een beschermd woonmilieu geboden



in het midden van een bouwblok, met eigen buitenruimte en loopcircuit. Ondersteunende functies zijn direct in de buurt. De zorgappartementen (en ook het zotel en de tijdelijke huisvesting) bevinden zich allen in het hoofdgebouw, de activiteiten- en recreatieruimten zijn allen gelegen in of aan de zorgboulevard.

In de vier (schematisch) uitgewerkte bouwblokken is het volgende programma bedacht:

- ca. 30 plaatsen psychogeriatrische cliënten (in 5 groepswoningen van 6 bewoners)
- ca. 20 plaatsen dagbehandeling
- 750 m² kinderdagverblijf
- ca. 85 tweekamer zorgappartementen
- ca. 24 zotel en tijdelijke huisvesting
- ca. 170 aanleunwoningen met bijbehorende zorginfrastructuur (108 sociaal, 64 vrije sector)
- een groot aantal vierkante meters commerciële ruimte

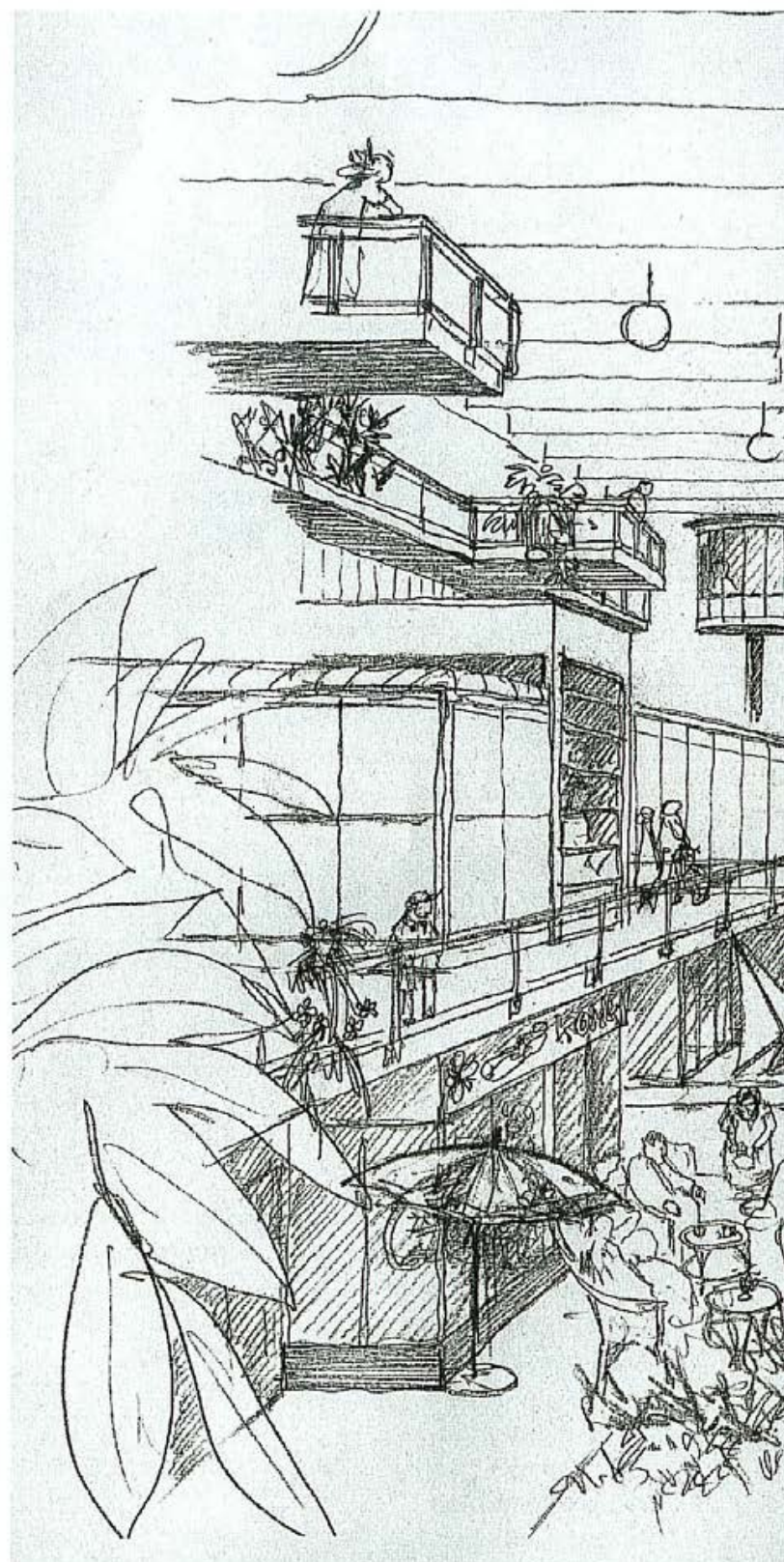
De voorzieningen zijn binnendoor bereikbaar voor al deze woningen en vice versa voor zorgverlening.

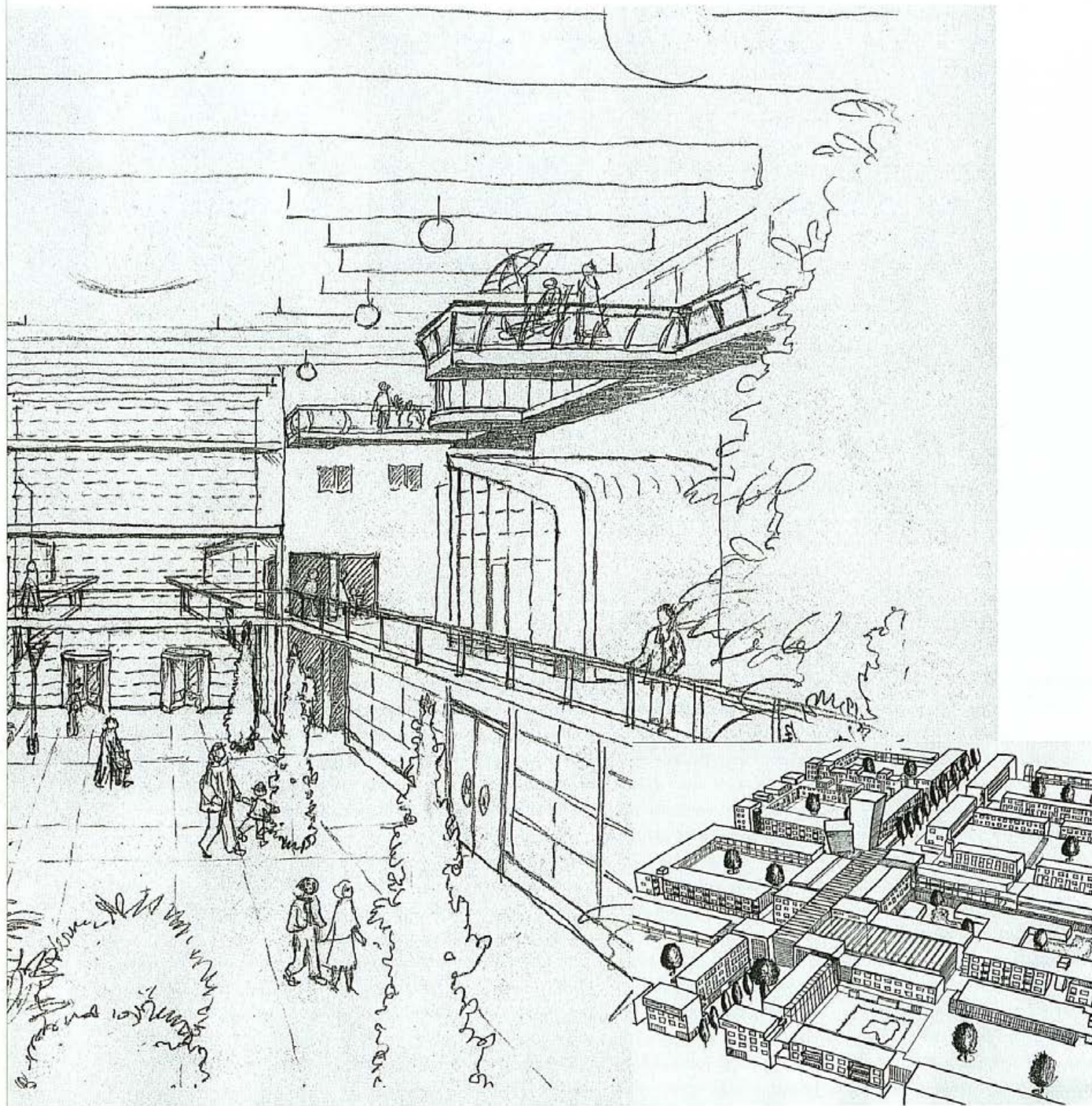
Dienstverlening

Wij hebben de zorgboulevard vormgegeven als een grote passage. Op de begane grond is het een verlenging van de gewone winkelstraat, maar dan overdekt. Op de verdiepingen bevinden zich de galerijen van de bewonersappartementen, maar ook zithoekjes, vergaderruimten en commerciële ruimten (eventueel aanvulling op de begane grond). De verschillende activiteiten maken de ruimte dynamisch. De overdekte winkelstraat kan bovendien dienst doen als wintertuin, een plek om in een beschermd (en geconditioneerd) buitengebied te vertoeven.

Ook de winkels zijn in te delen naar zorgrelevantie. Voor een snackbar of videotheek zal in een zorginstelling niet zoveel markt zijn. Maar functies als apotheek, fitness/fysiotherapie, (tand)artsenpraktijk, kapper, diëtist en thuiszorgbalie zijn goed te combineren met wijkvoorzieningen. Het draagvlak neemt hiermee toe. Ze kunnen dan ook prima in de passage ondergebracht worden en deze verlevendigen. Na openingstijden wordt het afgesloten. Winkels als drogist, bloemenzaak en slijterij zouden in de directe omgeving moeten liggen en droog bereikbaar moeten zijn voor de bewoners van het zorgcentrum. Zo wordt een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de bewoners bevorderd.

Een zorgcentrum van de voorgestelde omvang heeft invloed op de parkeerdruk van de buurt. Ook de centrale winkelvoorzieningen vergroten dit probleem. Wij stellen voor om dit binnen de bouwblokken op te lossen. De woningen zijn zoveel mogelijk naar de buitenzijde van de bouwblokken georiënteerd. Boven de parkeervelden bevindt zich een vloerdek met (private en gezamenlijke) terrassen, speelplaatsen en dergelijke.





Keuzemenu

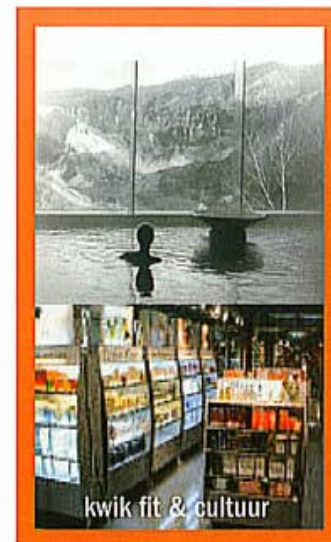
**Burger Grunstra Architecten
Adviseurs**

72

Concept

In ons onderzoek naar concepten voor een zorgboulevard hebben we ons in eerste instantie gericht op (toekomstige) verwachtingen en behoeftes vanuit de consument. Al snel werd duidelijk dat er een grote diversiteit was te ontdekken in behoeftes en de sfeer waarin in deze behoeftes zou moeten worden voorzien. Belangrijk vonden we de vrijheid om zelf keuzes te kunnen maken en zodoende het gewenste (zorg)pakket eigenhandig te kunnen samenstellen. Op voorhand is een keuzemenu opgesteld met een zevental 'voorbeeldroutes' door het zorglandschap met een zeer rijke diversiteit van aanbieders. Iedere route wordt gekenmerkt door een onderscheid in doelstelling, te weten: sport & voeding, kwik fit & cultuur, kuur & schoonheid, medisch, toekomst, good habit en meditatie.

Belangrijk vonden we het ook om onderscheid te maken in de sfeer waarin de zorg geconsumeerd wordt. Zo maakt het veel uit of een massage gegeven wordt in een actieve sfeer (bijvoorbeeld sportmassage), passieve sfeer (bijvoorbeeld ontspanning) of in een

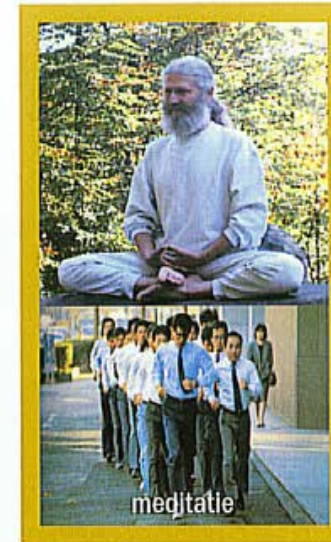
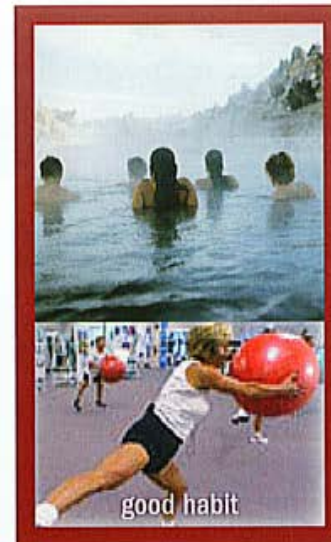
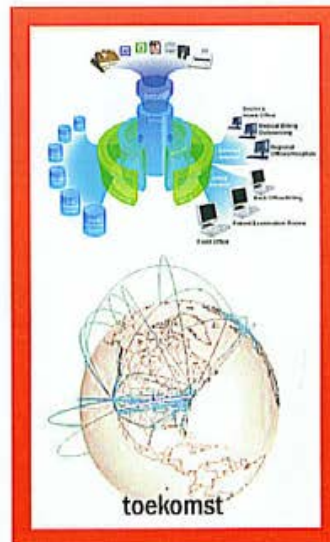
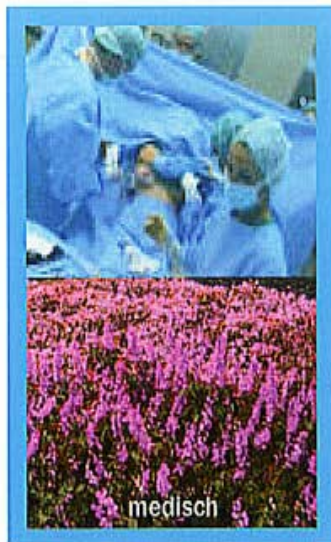


Keuzemenu gezond & service

reactieve sfeer (bijvoorbeeld revalidatie). De handeling is in principe niet verschillend, maar menging van de sferen is ongewenst. Een groot aanbod 'gezond programma' is geplaatst in een diagram met sfeervelden, het ene aanbod sterker sfeerafhankelijk en -bepaald dan het andere. Bij het samenstellen van een programma van een zorgboulevard is sfeer een sterk bindend dan wel scheidend element.

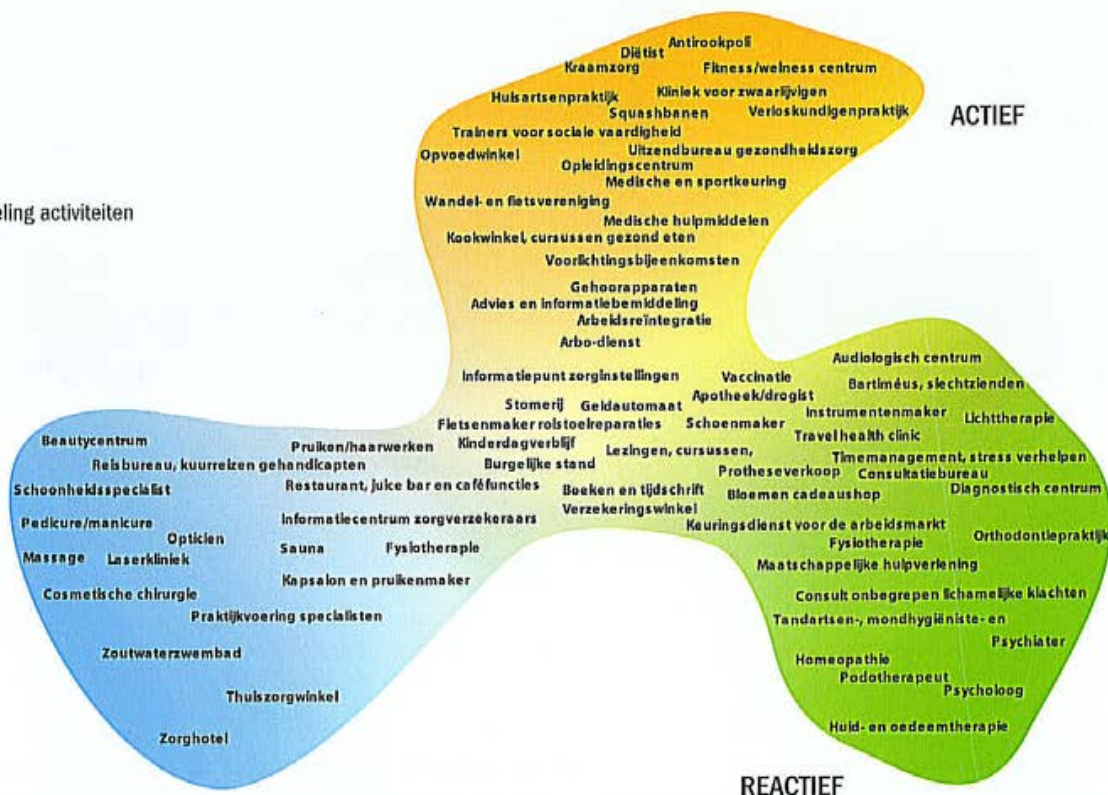
Een drietal gebouwtypologieën vormen de basis voor de ruimtelijke opzet van de zorgboulevard in haar stedenbouwkundige en landschappelijke context. De typologieën beschrijven op drie schaalniveaus de keuzes van entree, flexibiliteit, massa's, ruimte, oriëntatie, infrastructuur en organisatie.

Bij de opzet van een zorgboulevard zal ruimtelijke programmering plaats moeten vinden naar zowel de te verwachten consumptieroutes als in sferen. De stedelijke en landschappelijke context bepaalt welke gebouwtypologie voor de zorgboulevard het beste bij het gekozen programma past. Samen kunnen ze zorgen voor een boeiend en contrastrijk project.



3 sferen, indeling activiteiten

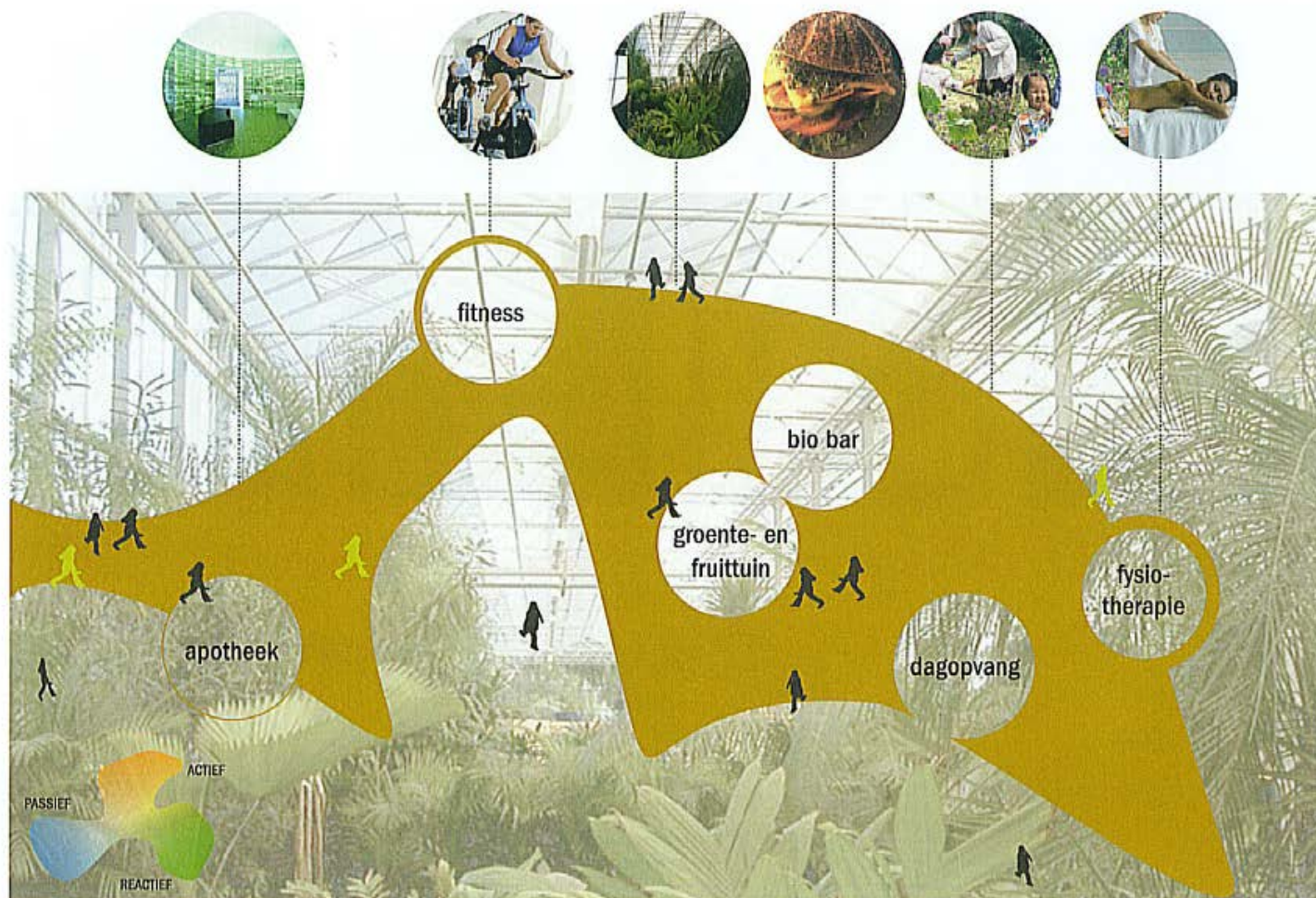
PASSIEF



Sferen

Uit drie sferen zijn voorbeeldroutes samen te stellen. De sfeer bepaalt het karakter van de programmaonderdelen die bij elkaar kunnen worden geplaatst. De drie sferen worden in principe niet

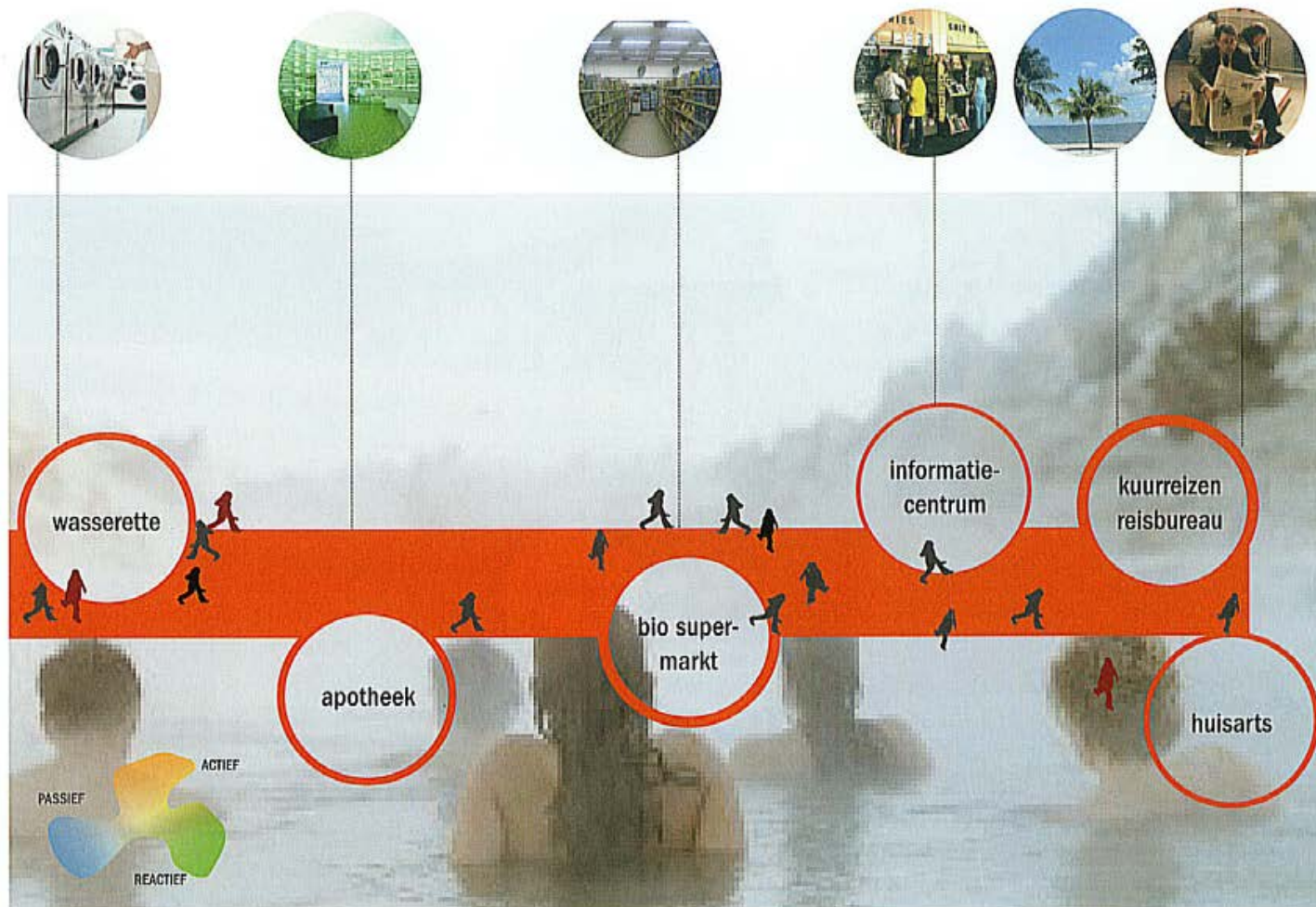
met elkaar gemengd, maar juist in karakter versterkt. Een revaliderende bezoeker kan eenzelfde masseur hebben als een vakantievierende badgast, maar zij treffen elkaar pas weer op straat.



Voorbeeldroute 1: sport & voeding

De revaliderende sporter kan deelnemen aan verschillende sporten en trainingen in sequentie geplaatst in het activiteitenlandschap. Na de training biedt de 'biobar' een goede gelegenheid om met een frisse shake de afspraken door te nemen voor de komende week. De bar vormt een centraal punt tussen de verschillende aan sport en voeding gerelateerde activiteiten. De medisch opgeleide sportleraar

geniet, naast de groepstrainingen op het sportlandschap, van de contacten die gemaakt kunnen worden in de bar. Daar kunnen ervaringen tussen de verschillende bezoekers worden uitgewisseld. De bezoekers zijn zeer divers en variëren van kantoor mensen die tussen de middag komen trainen om RSI te voorkomen tot revaliderende topsporters die proberen hun blessuretijd te verkorten.

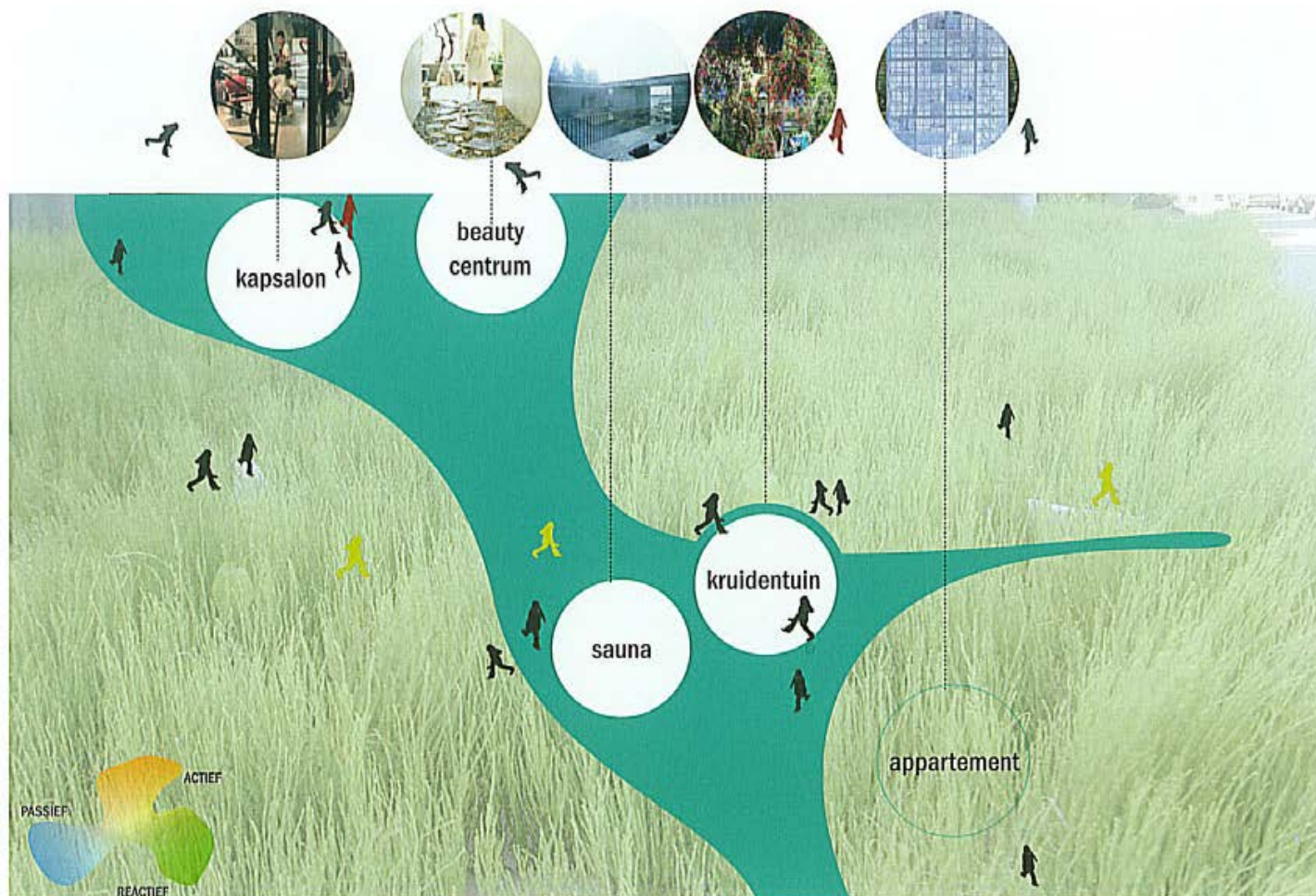


Voorbeeldroute 2: kwik fit & cultuur

Dit veld biedt een programma met thematisch gebruik dat is terug te vinden in het meer neutrale middengebiet uit de 'sferenmatrix'. Het extraverte karakter en de korte duur van het verblijf zijn voelbaar in de visuele verbindingen en de toegankelijkheid van de voorzieningen. Door transparanties stimuleren een reisbureau of een informatiecentrum eens een kijkje te nemen in de andere mogelijkheden

van het 'kwik fit & cultuur' keuze menu.

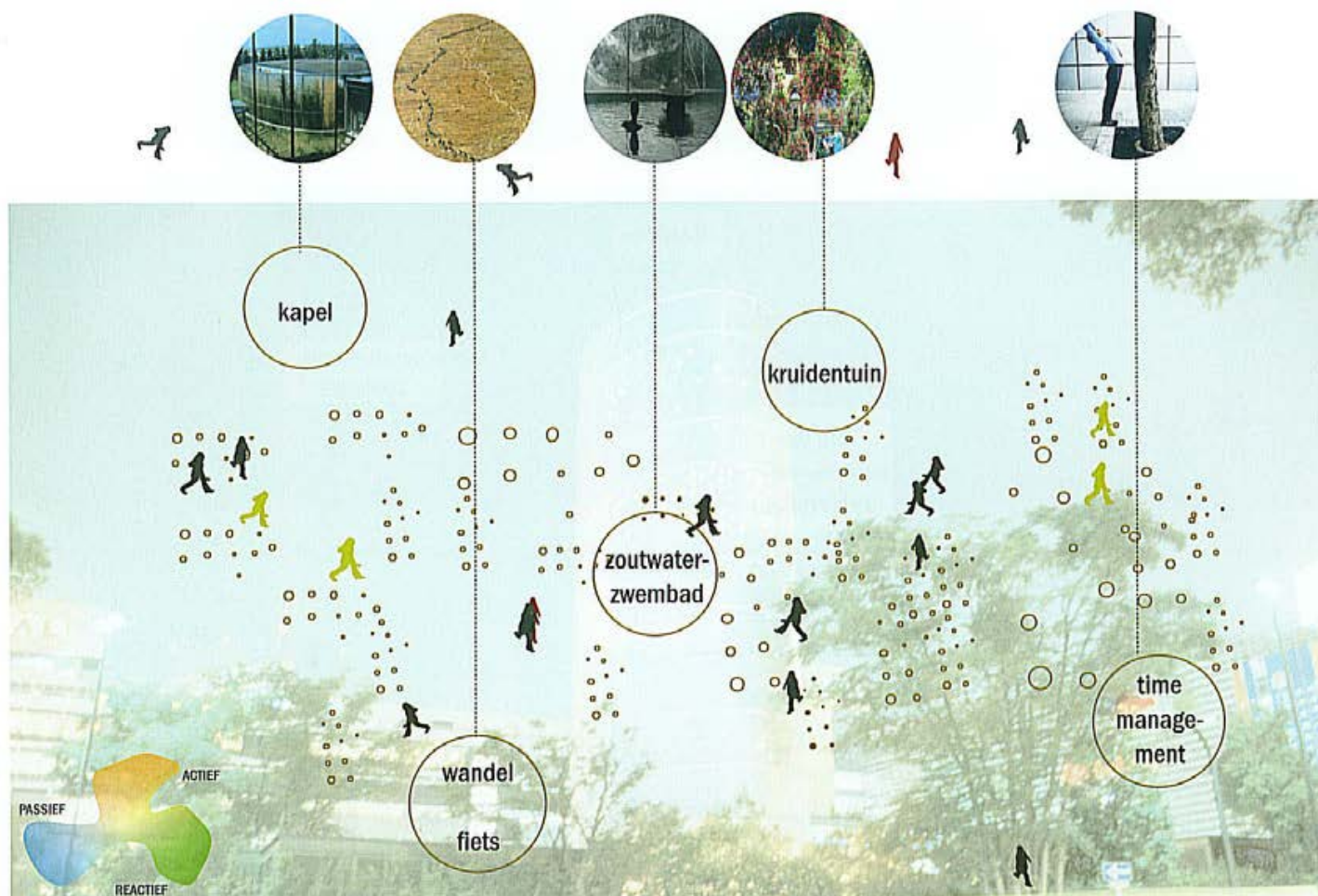
Bij het halen van een wekelijkse hoeveelheid geneesmiddelen en wat biologische producten uit de supermarkt is de passieve 'gezond & service' shopper zeker geïnteresseerd in het boeken van een weekendkuur in een ver oord.



Voorbeeldroute 3: kuur & schoonheid

De route 'kuur & schoonheid' biedt een arrangement voor een middag, een dag of een weekend ontspanning en verzorging in de passieve sfeer. Via internet kan een kuurweekendje worden geboekt. De buurtbewoner kan eenvoudig een bezoek aan de sauna of de kapper

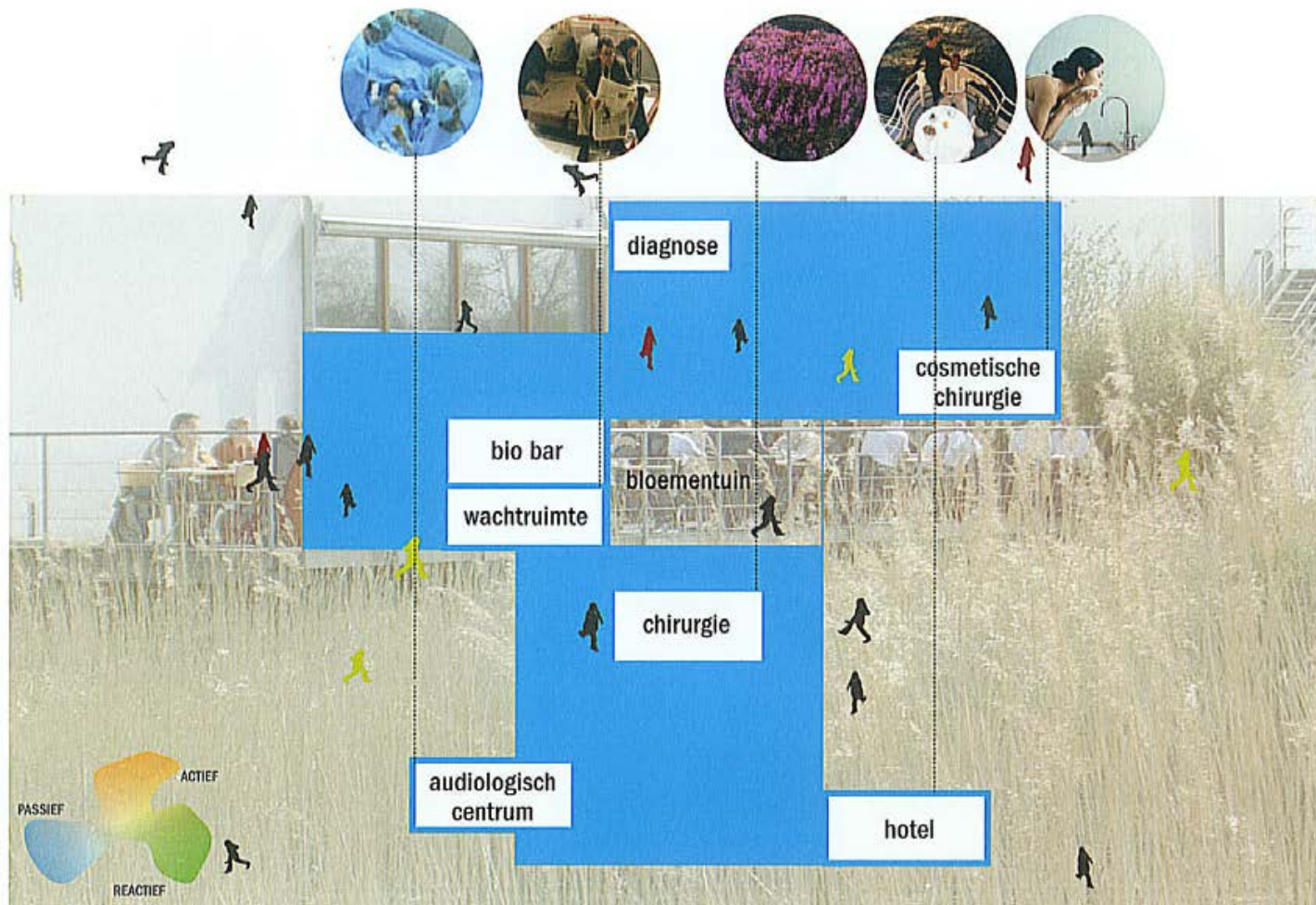
brengen. De combinatie van programmaonderdelen voor eenmalig en frequent bezoek stimuleren een gebruik op schaal van de directe omgeving en op schaal van de regio.



Voorbeeldroute 4: meditatie

De 'meditatieroute' is te vinden in de preventieve sfeer. Concentratieoefeningen en voorzieningen met een zekere mentale prikkeling zijn de basis voor bijvoorbeeld de timemanagementtrainingen. De manager met een burn-out kan groepstraining of individuele

begeleiding krijgen in de pauze tussen het werk door, of op een rustig moment op de vrije dag.



Voorbeeldroute 5: medisch

De 'medische route' bestaat uit programma's in de reactieve sfeer. De organisatie en ruimtelijke programmering bepalen het karakter van deze route. De rustgevende sfeer waarin men verblijft wordt ver-

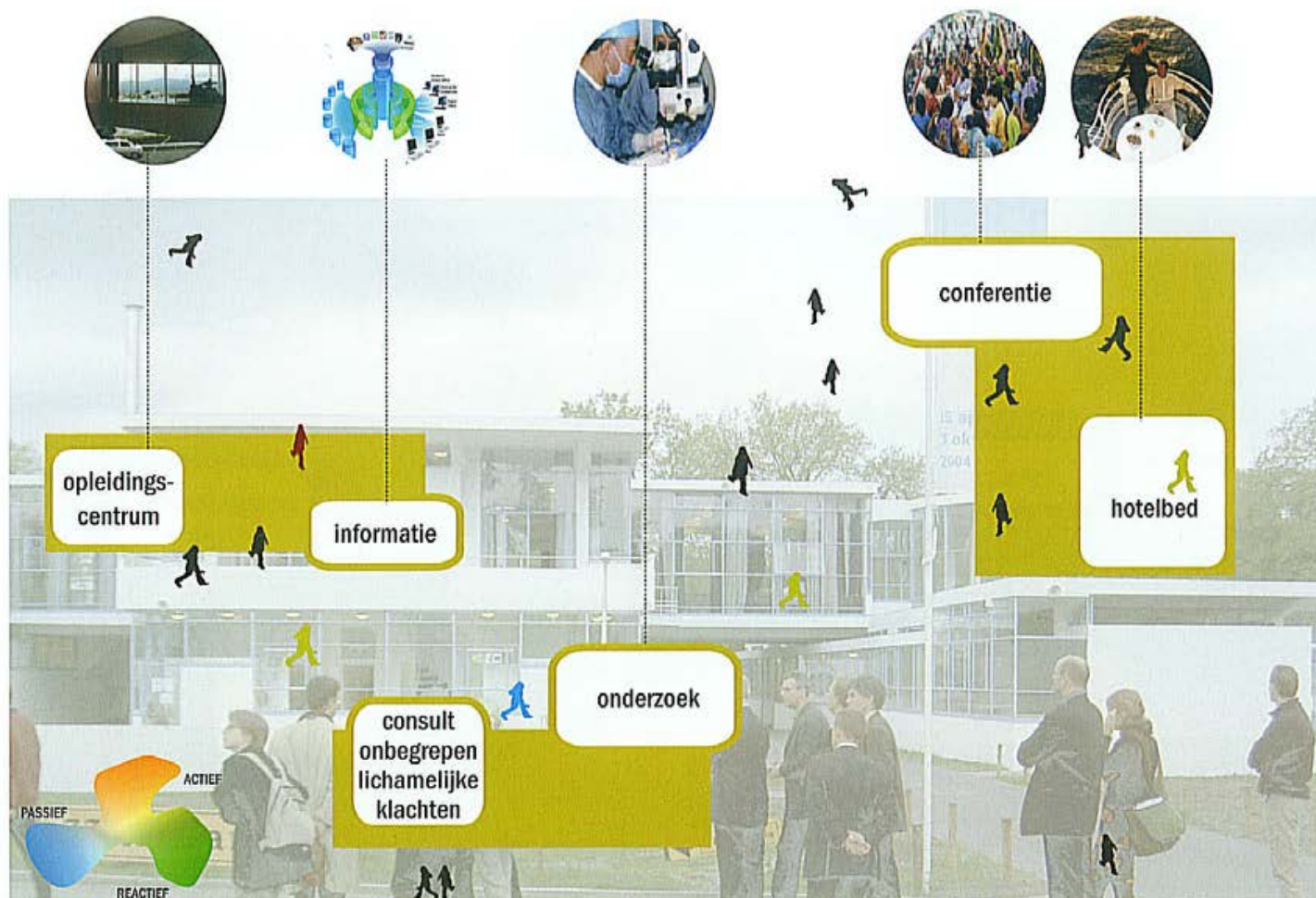
sterkt door programmaonderdelen van een bar gekoppeld aan een bloementuin. Deze route kan afhankelijk van de typologie en de context van de stad raakvlakken krijgen met andere consumptieroutes.



Voorbeeldroute 6: good habit

Een verzameling van voorzieningen in de reactieve sfeer wordt gekenmerkt door een groepsmatig karakter. Het frequente bezoek gedurende een langere periode in het jaar biedt vooruitzicht op de

controle op bijvoorbeeld overgewicht en ongewenste gewoontes. Begeleiding vindt individueel maar meer nog in groepsverband plaats. Dit maakt van deze route tegelijkertijd een ontmoetingspunt.



Voorbeeldroute 7: toekomst

Kennis, onderzoek en consult staan in deze route centraal. Bezoekers kunnen zich laten informeren over medische ontwikkelingen

en voorzieningen. Tijdens conferenties met een internationaal karakter kan gebruik gemaakt worden van rust- en overnachtingsruimtes.



3 typologieën, 9 voorbeelden op schaalniveau van wijk, stad en regio

Losse elementen bevinden zich in een landschap waar plaats is voor verschillende werelden. Elk afzonderlijk element is uitwisselbaar en heeft een eigen oriëntatie in de omgeving. Gemeenschappelijke functies zijn van elkaar losgekoppeld. Het systeem is additief en uitgestrekt. De structuur is geschikt als groeistructuur maar ook om bestaande delen van de stad of een landschap te combineren in het ontwerp. Het verkeersgebied is losgekoppeld van het gebouw waardoor het landschap een verbindend element vormt tussen de onderdelen.

Autonoom object is te benaderen vanuit een beeld met een duidelijk eindresultaat. Alle voorzieningen zijn geïntegreerd opgenomen in het object en werken samen als een organisme. Het geheel krijgt een

eigen gezicht met een gezamenlijke entree en een autonome wereld daarbinnen. Binnen vormen verschillende werelden samen één geheel, maar zijn moeilijker uitwisselbaar en uit te breiden.

Schakelketting kan objecten als losse of modulaire elementen aan elkaar koppelen en een geheel vormen van verschillende werelden die gemeenschappelijke voorzieningen delen of aanbieden. Een gemeenschappelijk binnengebied benadrukt het introverte karakter ten opzichte van de buitenwereld, maar is tegelijkertijd een menggebied tussen de verschillende schakels in. Verschillende entree's van buiten, maar ook vanuit het hof vormen afzonderlijke verbindingspunten met schakels aan de ketting.

Transformatie- model zorgboulevard

Mas Architectuur

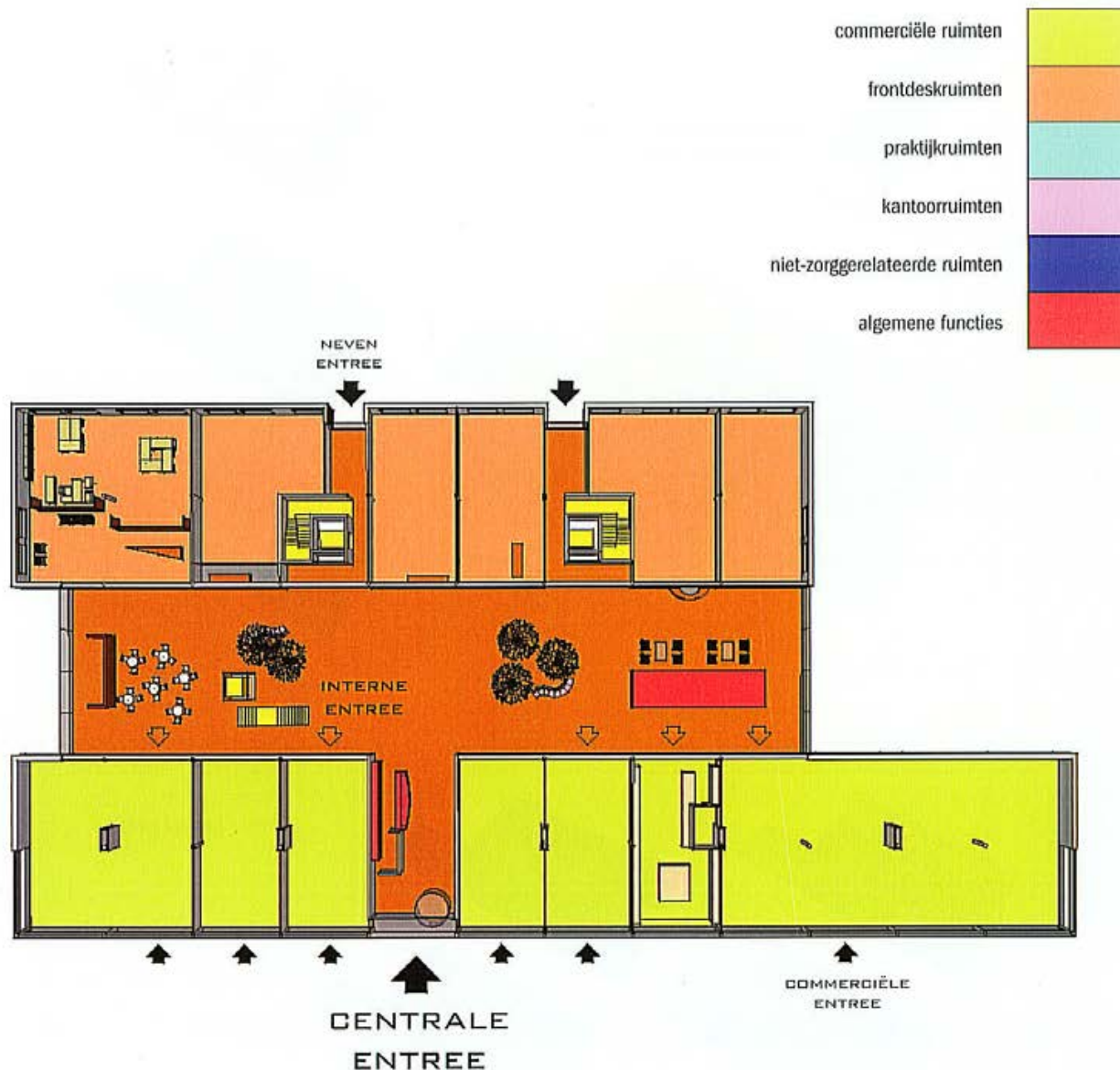
82

Aanleiding

De aanleiding voor de ontwikkeling van dit 'transformatiemodel' is het initiatief van een ontwikkelaar, die een wervend plan wenste om daarmee potentiële deelnemers (huurders) te kunnen interesseren. Wat het project voor hen aantrekkelijk moet maken is de samenbundeling van verschillende functies; daardoor ontstaat een *one stop* centrum dat iedereen die een beroep op de zorg moet doen naar zich toetrekt. Inmiddels hebben zich al verschillende partijen gemeld: drie huisartsengroepspraktijken, een fysiotherapeut, een apotheker en een zorginstelling.

Het aanbod in dit centrum zal breed moeten zijn:

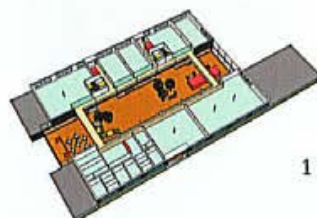
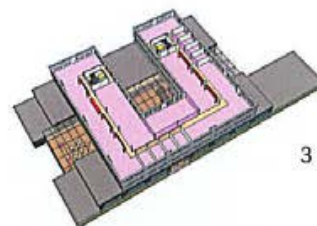
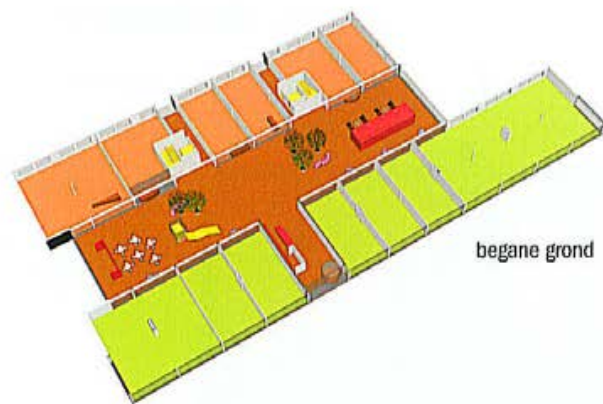
- commerciële ruimte voor de apotheek, opticien, audicien, thuiszorgwinkel, etc.
- praktijkruimte voor huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, privé-klinieken, etc.
- (kantoor)ruimte voor een consultatiebureau, instelling medische keuringen, kruisvereniging, coördinatiepunt thuiszorg, etc.
- *frontoffice* voor de participanten, die daar behoefte aan hebben: zorgloket, 'polikliniek aan huis', infobalie, etc.



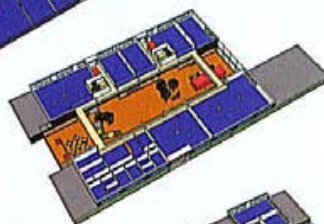
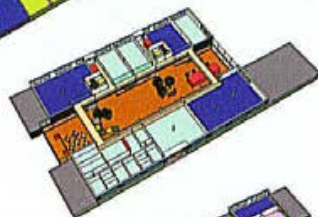
Logistiek

Het streven naar deze grote variatie aan gebruikers stelt hoge eisen aan het beheer van het gebouw. Er zal rekening moeten worden gehouden met onderling variërende openingstijden. Kantoortijden, winkeltijden met openstelling op zaterdag, avondopenstelling in het kader van de dienstverlening, avond-, nacht en weekenddiensten. Het concept heeft wel een centrale entree, maar er zijn diverse neven-ingangen. De commerciële ruimten hebben toegangsmogelijkheden direct vanaf de straat, maar ook eventueel vanuit de centrale hal. De bovengelige kantoorruimten kunnen eigen entree's krijgen, die

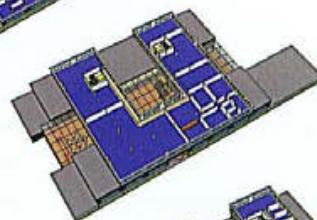
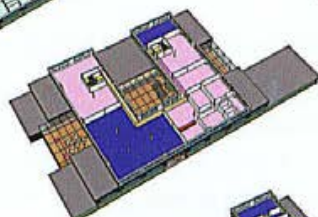
eventueel ook te gebruiken zijn voor de avond-, nacht en weekend-diensten. Gekozen is voor een concept met een centrale ruimte om het gemeenschappelijke te benadrukken. De centrale ruimte kan ook helpen bij de oriëntatie en geeft de verschillende participanten de mogelijkheid iets van een eigen identiteit te presenteren. Tevens kan deze ruimte dienst doen als centrale wachttruimte en is het de plaats voor een koffiehoek.



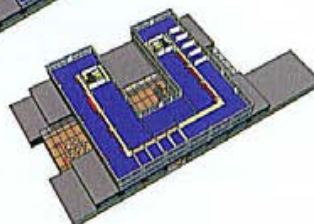
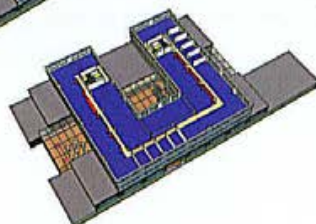
begane grond



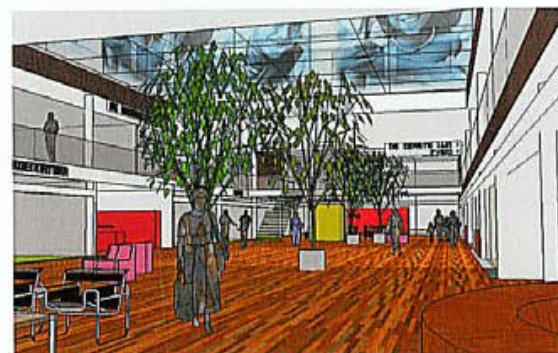
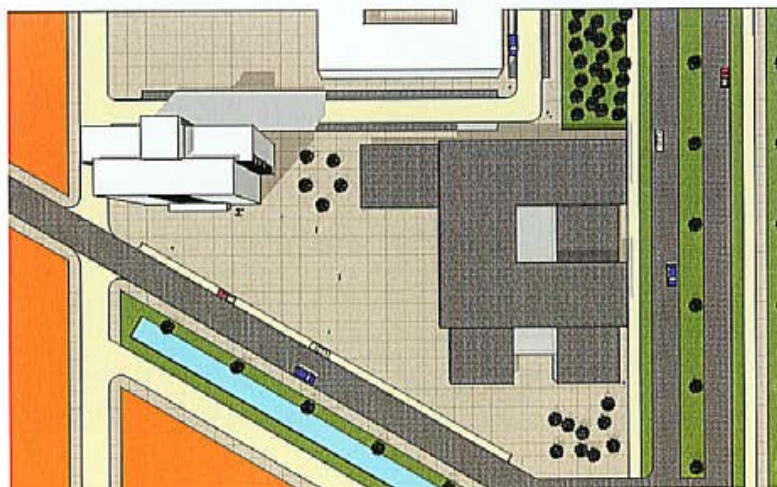
1



2



3



Flexibiliteit

Om een investeerder voor het project te interesseren, zal het gebouw een grote mate van flexibiliteit moeten bezitten.

- een flexibel concept ten behoeve van de ontwikkeling
- flexibel in gebruik naar het aantal en de omvang van de participanten
- alle ruimten zullen alternatief bruikbaar moeten zijn. Dat wil zeggen dat ook voor niet-zorggerelateerde bedrijven een eigen identiteit mogelijk moet kunnen zijn
- een combinatie van zorg- en niet-zorggerelateerde bedrijven en instellingen moet mogelijk zijn

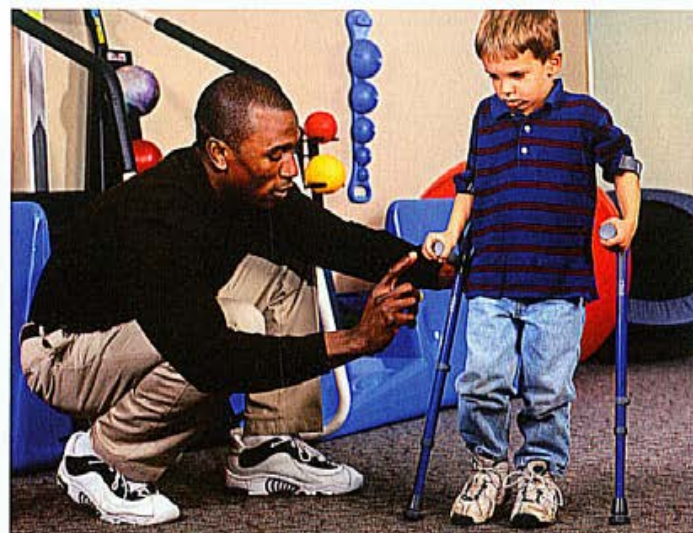
Als stramienmaat is in dit model de 7,2 meter maat gehanteerd, waarin de meeste functies efficiënt zijn onder te brengen. De uiteindelijke vorm is afhankelijk van de situatie. Om eenvoudig op veranderingen te kunnen inspelen is gekozen voor een fijnmazig schachtensysteem ten behoeve van de technische installatie. Ook is rekening gehouden met indelingsvrijheid en met verbouwingen met minimale verstoringen voor overige gebruikers.

Vanwege de doelgroep zal het gebouw ontworpen moeten worden met het uitgangspunt 'sober, doelmatig, mooi'. Niet meer liften en trappen dan strikt noodzakelijk, efficiënt gebruik van vierkante meters, etc.

Het Zorgcircuit: een ruimtelijk structurerend voorstel

Nijst Idema architecten

86



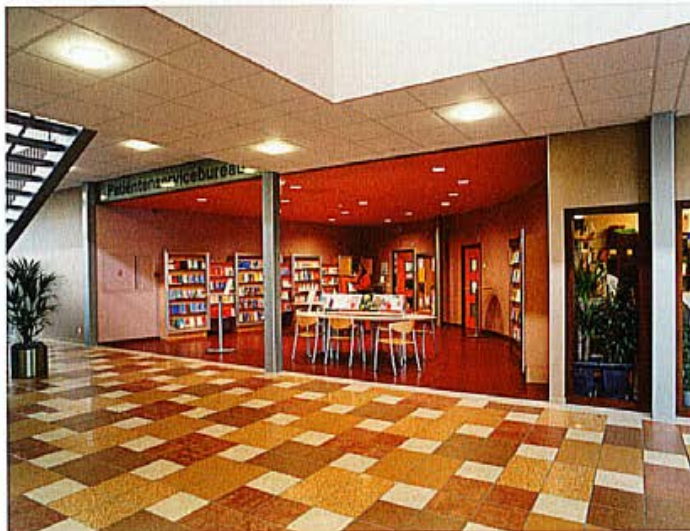
Strategie

Het doel van deze studie is het Twenteborgziekenhuis in Almelo een handvat te geven om adequaat in te spelen op ontwikkelingen gerelateerd aan 'zorgboulevards' in alle breedheid van het onderwerp. Eerst onderscheiden we een drietal principiële benaderingen, te weten assimilatie (nieuwe functies voegen zich aan de bestaande hoofdstraat in de bestaande kamstructuur), additie (nieuwe func-

ties worden toegevoegd buiten de fysieke grenzen van het ziekenhuisgebouw), en utilisatie (het toevoegen van functies aan het ziekenhuis gebruiken voor opwaardering van het bestaande gebouw). Elk van de genoemde benaderingen hebben hun eigen karakteristiek met voordelen en nadelen. Hiernaast worden deze puntsgewijs aangehaald.



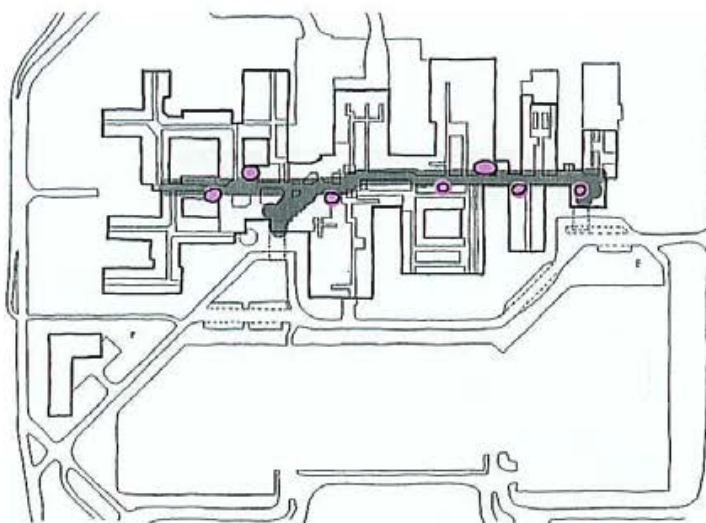
Twenteborgziekenhuis te Almelo



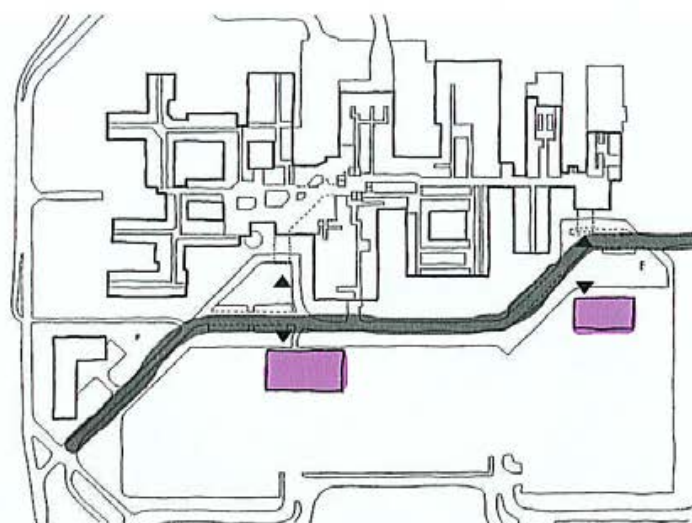
Assimilatie

- Opnemen van nieuwe programmaonderdelen in bestaand ziekenhuis.
- Gebruik maken van aanwezige hoofdstraat en functie daarvan versterkend.
- Positie van nieuwe functies gekoppeld aan bestaande functies (bijvoorbeeld opticien bij poli oogheelkunde).
- Vermaatschappelijking van het ziekenhuis.
- Middel tot upgradering van bestaande ziekenhuis.
- Ontwikkeling, dynamiek naar binnenhalen in plaats van aan de zijlijn te gaan staan.

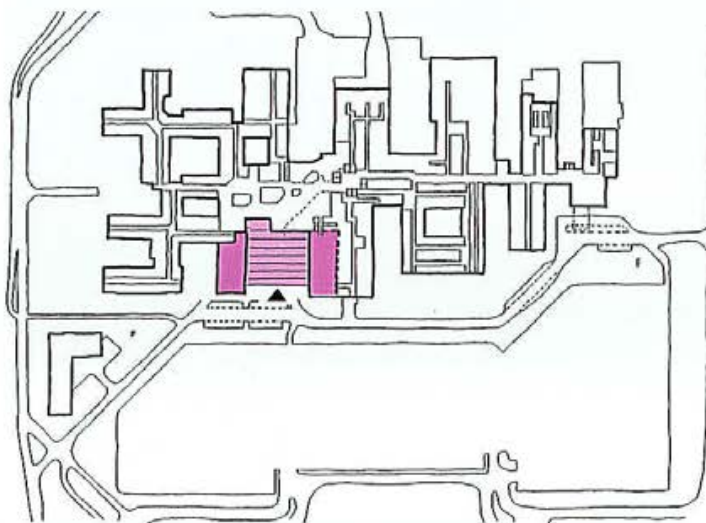
Voorbeeld van utilisatie: Medische Boulevard bij het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, door Nijst Idema architecten.



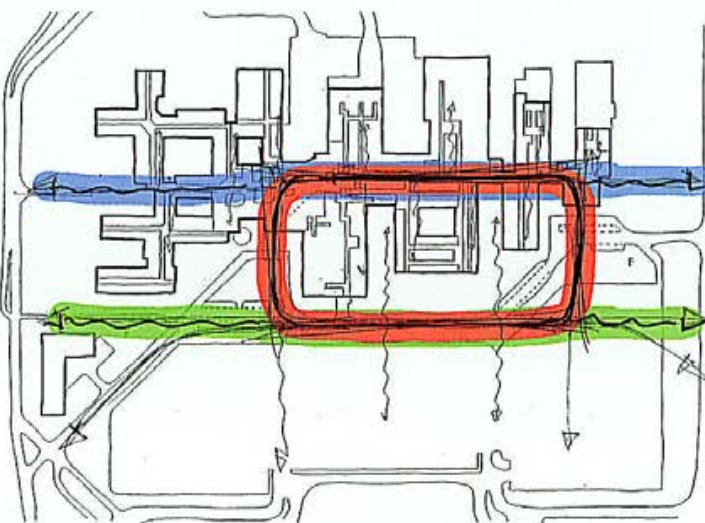
Assimilatie



Additie



Utilisatie



Het 'zorgcircuit'

Additie

- Toevoegen nieuwe gebouwen.
- Vrijheid in ontwikkeling (minder bemoeienis, schaal, uitbreiding).
- Scheiding tussen zorg en commerciële functies, ofwel ziekenhuis blijft waarvoor het bedoeld is.
- Scheiding publiek – privaat is duidelijk.
- Ziekenhuis als zelfstandig onderdeel in zorgpark.

Utilisatie

- Toevoegen aan bestaande ziekenhuis gebruik makend van aanwezige functies.
- Gebruik maken van nieuw programma om betere entreehal te realiseren.
- 'Schoonhouden logistieke hoofdsstraat'
- Gebruik maken van bezoekersstromen.



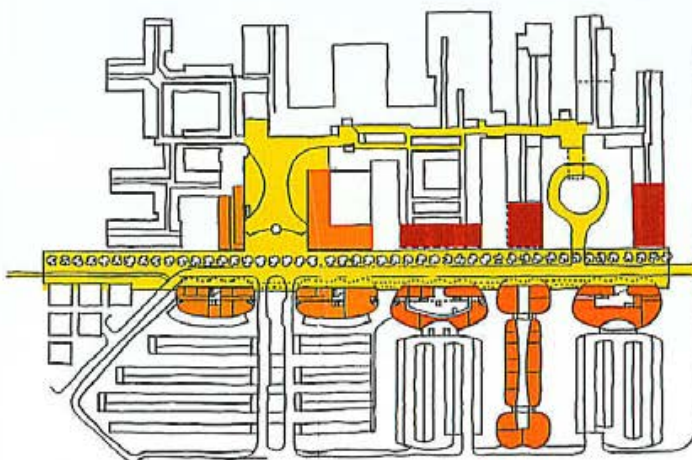
Huidige situatie



Structuur



Mogelijke bebouwing



Voorbeeld plattegrond bij initieel programma

Structuur

'Het zorgcircuit' verbindt, door gebruik te maken van de hoofdingang en de polikliniekangang, de oorspronkelijke hoofdstraat (binnenas) met de toegevoegde parallelstraat (buiten-as). Door nadruk te leggen op 'het zorgcircuit', en dit vast te leggen in een nieuw structuurplan, kunnen afgewogen keuzes gemaakt worden ten aanzien van de positie van nieuwe zorggerelateerde en te verplaatsen functies. De huidige ziekenhuisstructuur (kamstructuur met hoofdstraat en tanden als bouwdeelen met open einden) blijft waardevol ten aanzien van

kleinere programmaveranderingen en -toevoegingen. De structuur van 'het zorgcircuit' verbindt het ziekenhuis met nieuwe ontwikkelingen op het ziekenhuisterrein. Omdat 'het zorgcircuit' zich deels binnen en deels buiten het huidige ziekenhuis bevindt, kunnen de voordelen van de respectievelijke benaderingen worden gecombineerd en de nadelen uitgesloten. De ontwikkelingen kunnen groot of klein zijn en zich afspelen tussen nu en vijftig of meer jaar. Een goede ruimtelijke structuur biedt op deze wijze maximale vrijheid voor ontwikkeling.

Zorgboulevard Alphen aan den Rijn

**Rothuizen van Doorn 't Hooft
Architecten Stedenbouw-
kundigen**

90

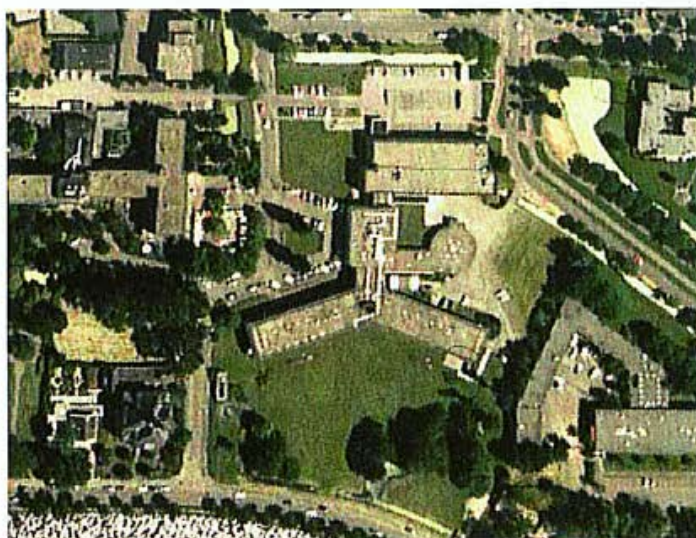


Herstructurering

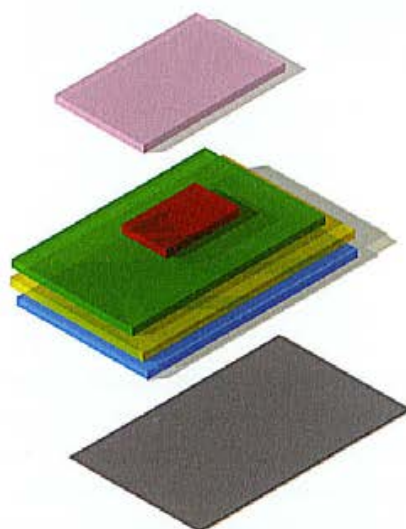
Alatus Zorggroep Zuid-Holland Noord vroeg een ontwerp voor een zorgboulevard op de locatie van het Rijnland Ziekenhuis in Alphen aan den Rijn. Het betreft een herstructureringsproject dat in bewoonde toestand gefaseerd zal worden uitgevoerd, en huisvesting gaat bieden aan Verpleeghuis en Reactiveringscentrum Oudshoorn, Rijnland Ziekenhuis, Zeehospitium Katwijk en commerciële zorgfuncties.

Het structuurplan bestaat uit een parkeergarage en drie bouwblokken rondom een binnenstraat, die onderdeel gaan uitmaken

van een nieuwe parkomgeving langs de Oude Rijn. Een bouwdeel van circa 3.900 m² is bestemd voor verhuur aan commerciële zorgfuncties. Tijdens de bouwwerkzaamheden zal het bovendien fungeren als tijdelijke huisvesting. In de toekomst biedt het ook ruimte aan eventuele groei van ziekenhuisfuncties. De volgende huurders zullen deel gaan uitmaken van de zorgboulevard: apotheek, tandarts, huisartsenpost, geestelijke gezondheidszorg, fysiotherapie, verloskunde, neurologie, bloedbank, mensendieckpraktijk en een kinderdagverblijf. Eind 2004 is de start van de bouw gepland.

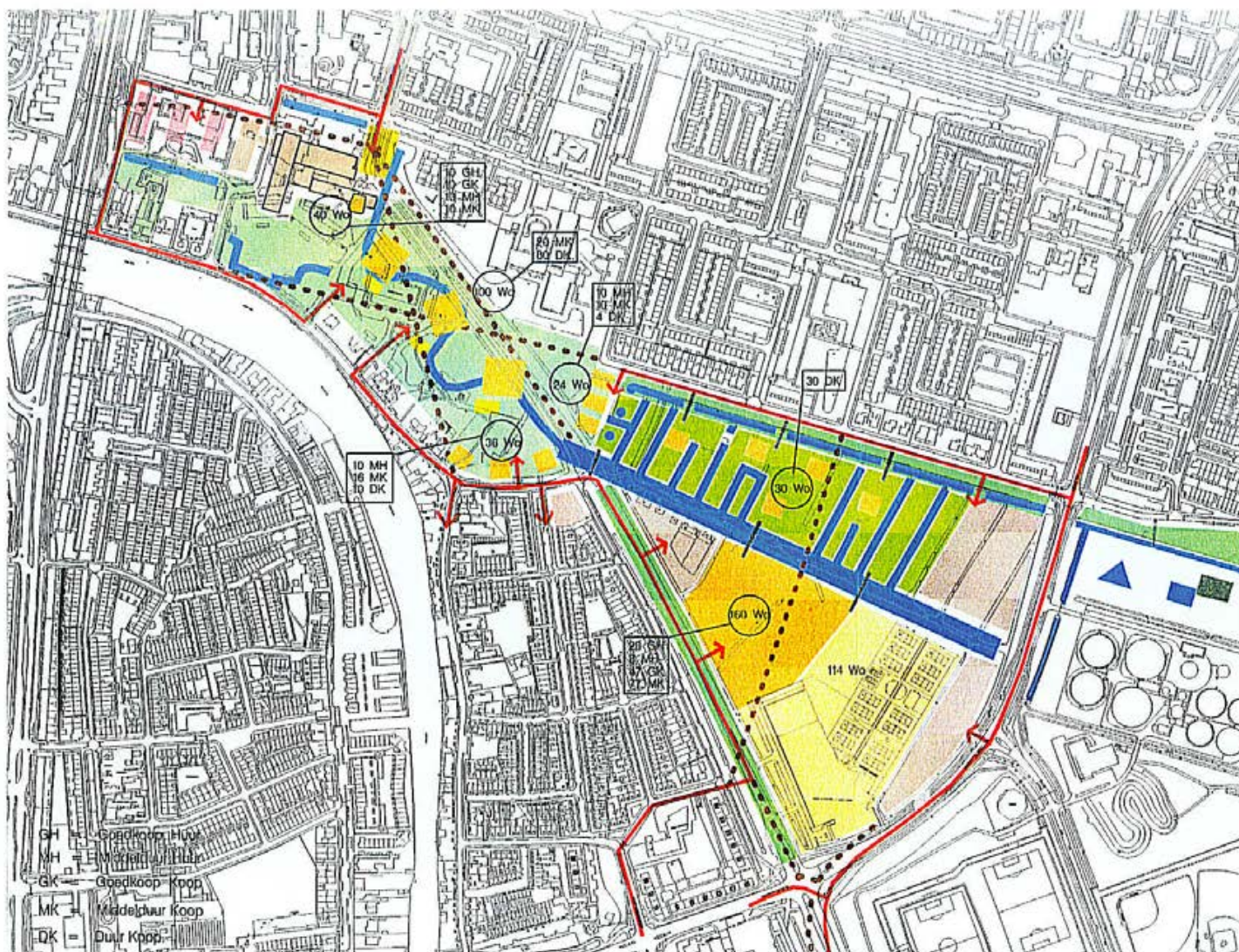


Bestaande situatie



Programma van elsen

renovatie	2100 m ²
zeehospitium	540 m ²
verhuur	3900 m ²
verpleeghuis	4600 m ²
ziekenhuis	4700 m ²
230 parkeerplaatsen	4600 m ²
totaal	20440 m ²



Stedenbouwkundig ontwerp

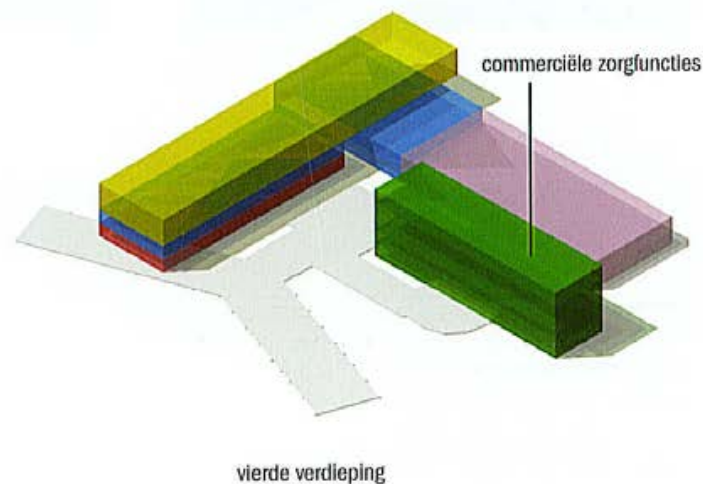
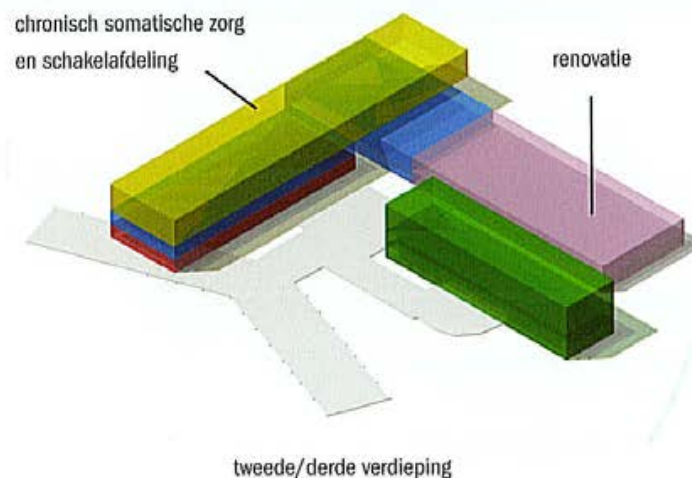
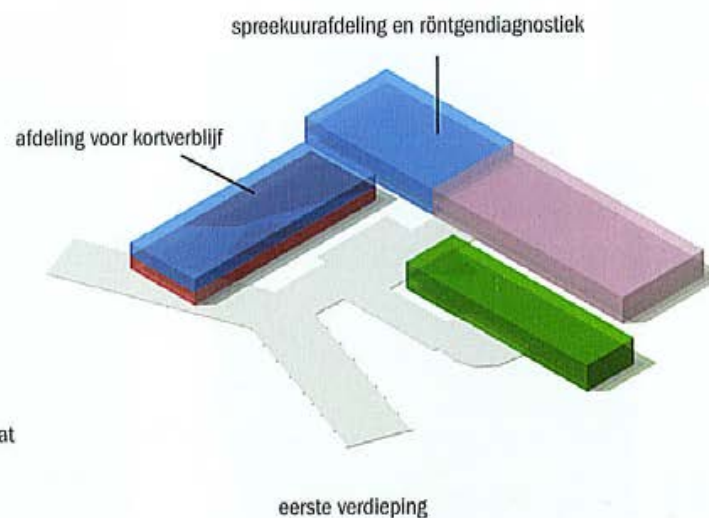
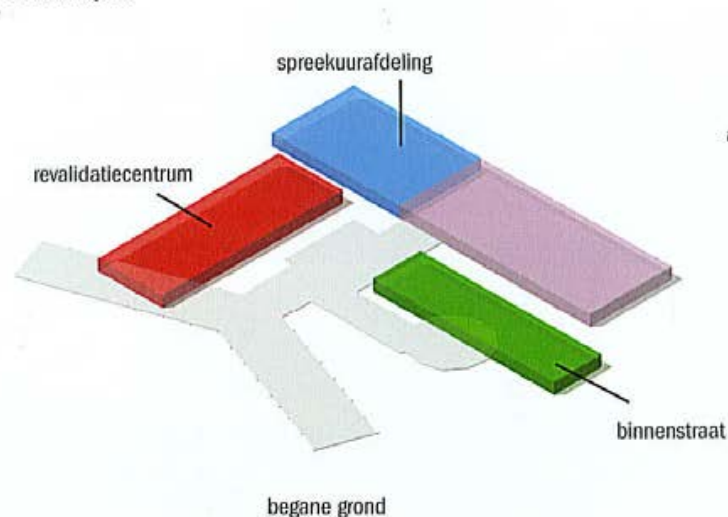
Inbreidingsstudie

Voor de ontwerpstudie van de Stagg heeft Rothuizen van Doorn 't Hooft onderzocht hoe de zorgboulevard in Alphen aan den Rijn in de toekomst is uit te breiden met zorggerelateerde winkels. In tegenstelling tot commerciële zorgdiensten die hoge eisen stellen aan Arbo-normen (daglicht, uitzicht en ventilatie) hechten winkeliers

juist waarde aan een zichtlocatie, goede bereikbaarheid, reclame-mogelijkheden en flexibel in te delen verkoopruimte. In bestaande zorgcomplexen zullen zij een plaats wensen in binnenstraten en atria, bij voorkeur nabij de hoofdentree.

Ondergrondse inbreidingen kunnen een antwoord zijn op deze ruimtelijke wensen. In de zorgboulevard in Alphen aan den Rijn kan

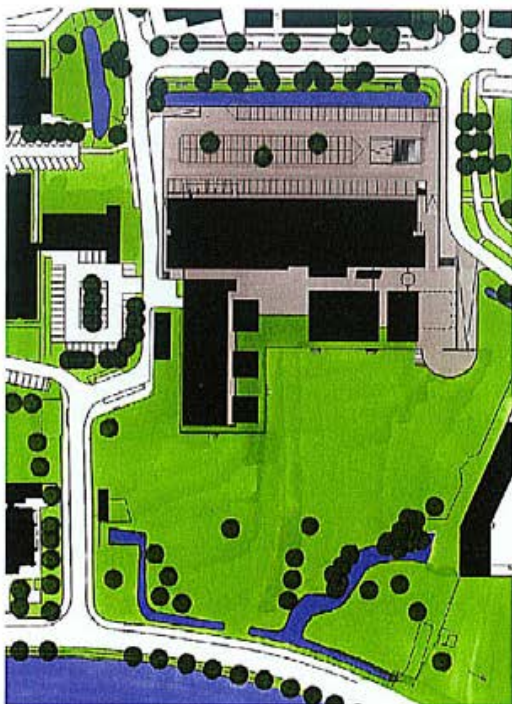
Structuurplan



de binnenstraat worden opgedeeld in drie opeenvolgende pleinen: ontvangstruimte, winkelplaza en recreatieplein. Ziekenhuisfuncties en zorggerelateerde winkels worden hierbij niet vermengd maar verticaal gestapeld. Het 'verdiepte' winkelplaza van 10 bij 25 meter is vormgegeven als nieuwe begane grond door de gevelafwerking van de bestaande bouwblokken door te zetten en de vloer van de

binnenstraat te vervangen door een passerelle. Eventueel is een doorgang naar de parkeergarage te maken.

Potentiële huurders voor zorggerelateerde winkelruimte kunnen zijn: opticiens, thuiszorgwinkel, winkel/cadeaushop, orthopedische schoentechniek, kapsalon/pruikenverkoop of een domotica-store.



Analyse

diensten

actueel

commerciële zorgdiensten

B-locatie



werkruijnte

receptie/wachten

arbo-eisen werkruijnten

privacy cliënten

winkels

toekomstscenario

zorggerelateerde commerciële verkoop

A-locatie



opslag

winkelruimte

openbaar gebied

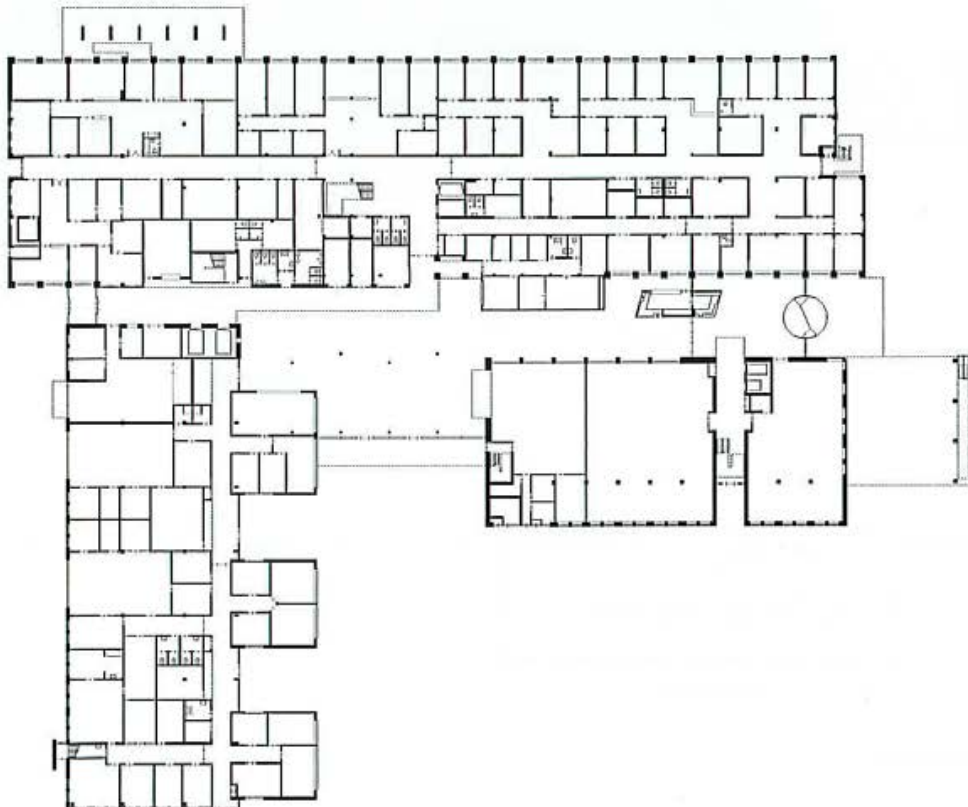
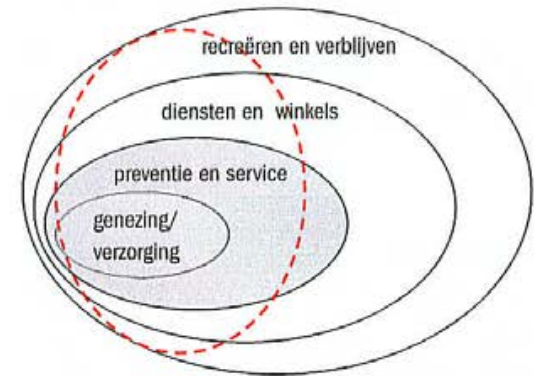
winkelfront

gevelreclame

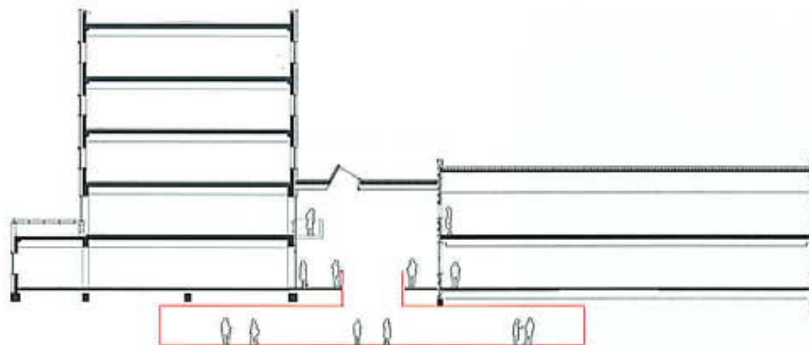
flexibele indeling



Functie/schaaldiaagram

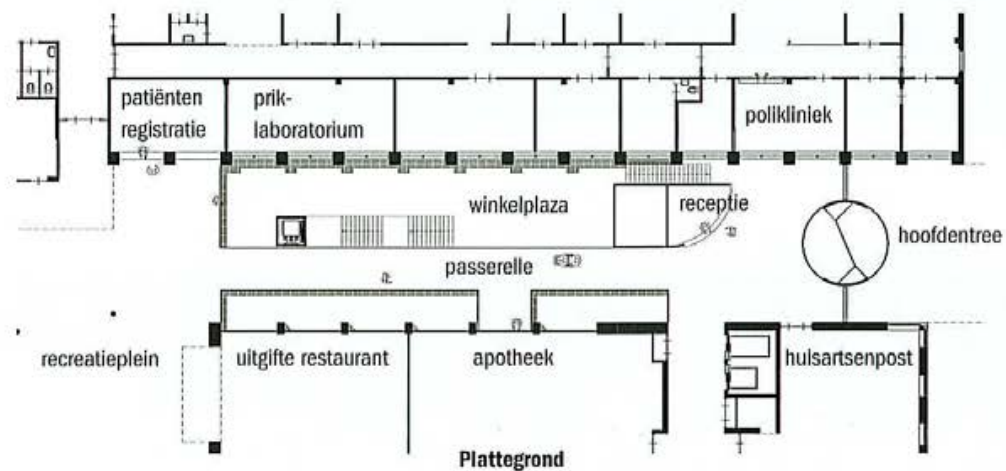


Binnenstraat

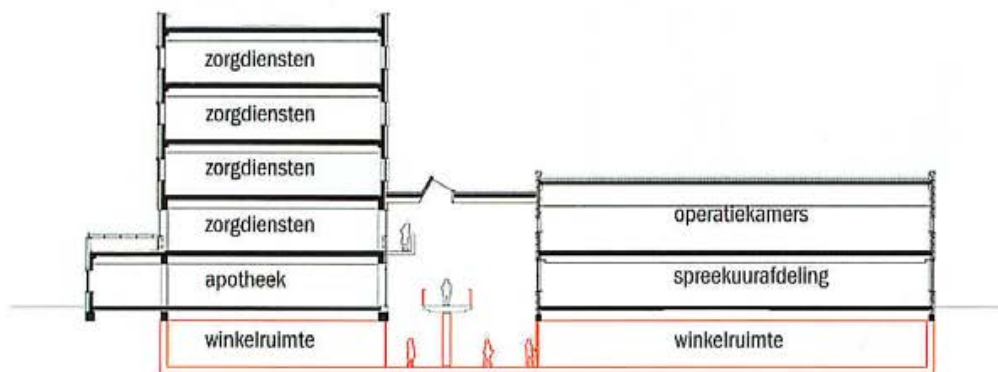


Inbreidingsmodel

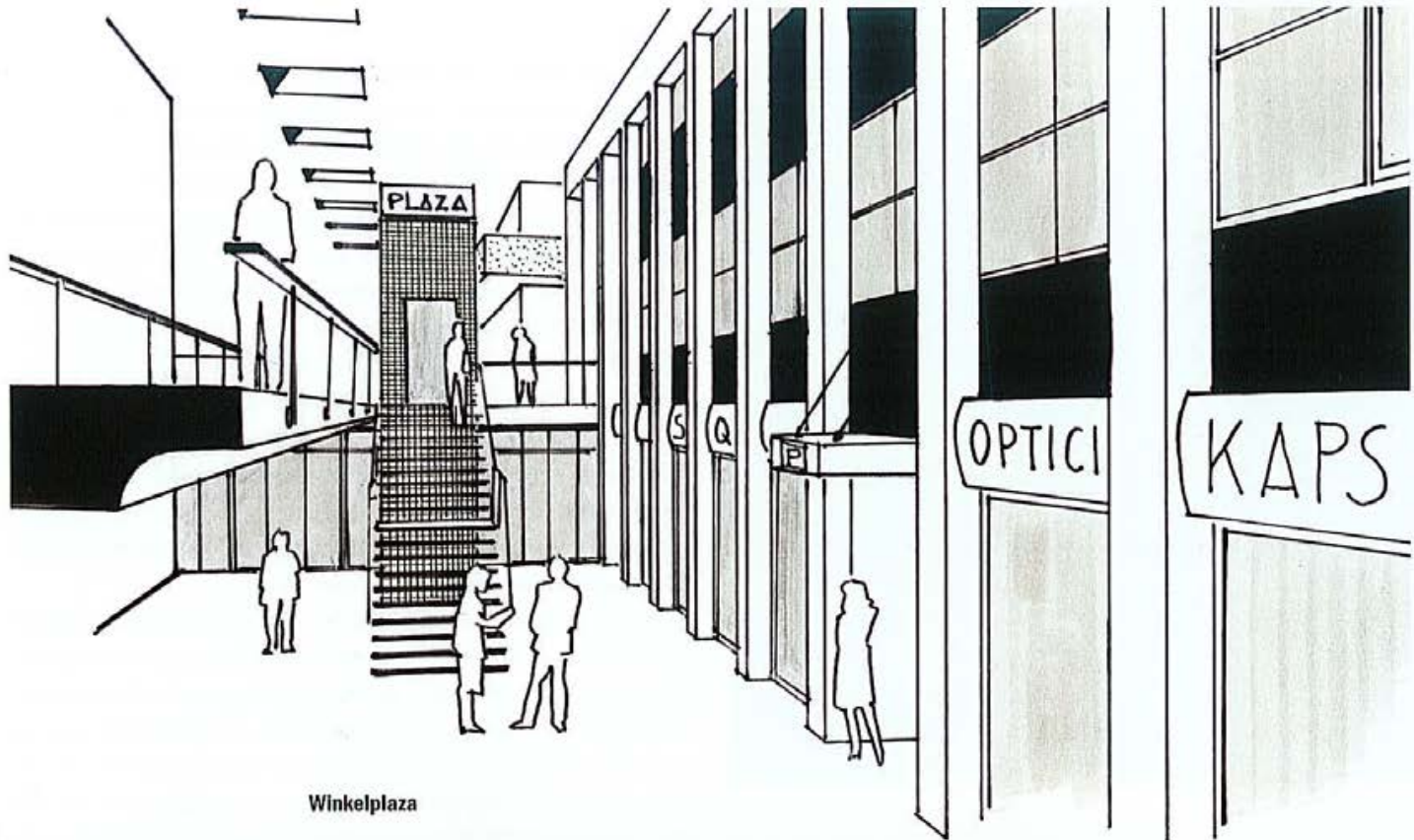
Ontwerp



Plattegrond



Doorsnede



Winkelplaza



Huize Assisië

RDG alynia bv BNA

98

Omgekeerde omgekeerde integratie

De locatie, Huize Assisië in Bleezenmortel, tegenwoordig beheerd door Prisma, is door haar ligging, historie, en ontwikkelingspotentie een bijzonder gebied. Door de jaren heen is er veel veranderd in gebruik en beleving. Onder invloed van de gewijzigde normen voor huisvesting van verstandelijk gehandicapten heeft de locatie een deel van haar bestaansrecht verloren.

Zowel de afwezigheid van geschikte woongebieden in de omgeving als de huisvestingsmogelijkheden op het terrein zelf vragen om 'omgekeerde-integratie'. Nieuwe (oudere) bewoners zouden zich op hetzelfde terrein als de verstandelijk gehandicapten kunnen huisvesten, waarmee de integratie alsnog is gerealiseerd.

Met de zorgvraag van de nieuwe bewonersgroep kan Prisma de aanwezige zorgfunctie uitbreiden van een specifiek (bewoners) tot een lokaal (omliggende gemeenten) of zelfs regionaal verzorgingsniveau (provincie). Daarmee ontstaat een basis voor een zorgboulevard die daarmee ook meteen bestaansrecht krijgt.

De entourage van het gebied en de historische stedenbouwkundige opzet geven aanleiding om het gebied in de sfeer van een landgoed te ontwikkelen. De oorspronkelijke hoofdas waaraan het hoofdgebouw, de kerk, de modelschool en de modelboerderij zijn gevestigd zal weer gaan dienen als drager van het gebied waaraan alle (zorg)functies kunnen worden gevestigd.

Met de realisatie van vrijstaande woonzorgcomplexen ontstaat een aanbod van woningen voor een oudere doelgroep die al afhankelijk is van zorg, of daar in de toekomst verwacht afhankelijk van te worden. Het rustige en groene gebied, in combinatie met de nabijheid van alle noodzakelijke (zorg)voorzieningen en bijkomende faciliteiten voor ontspanning en geestelijke zorg maken van het gebied een aantrekkelijke woonomgeving waarin ook sociaal-maatschappelijk gezien met voldoening kan worden geleefd.

Concept

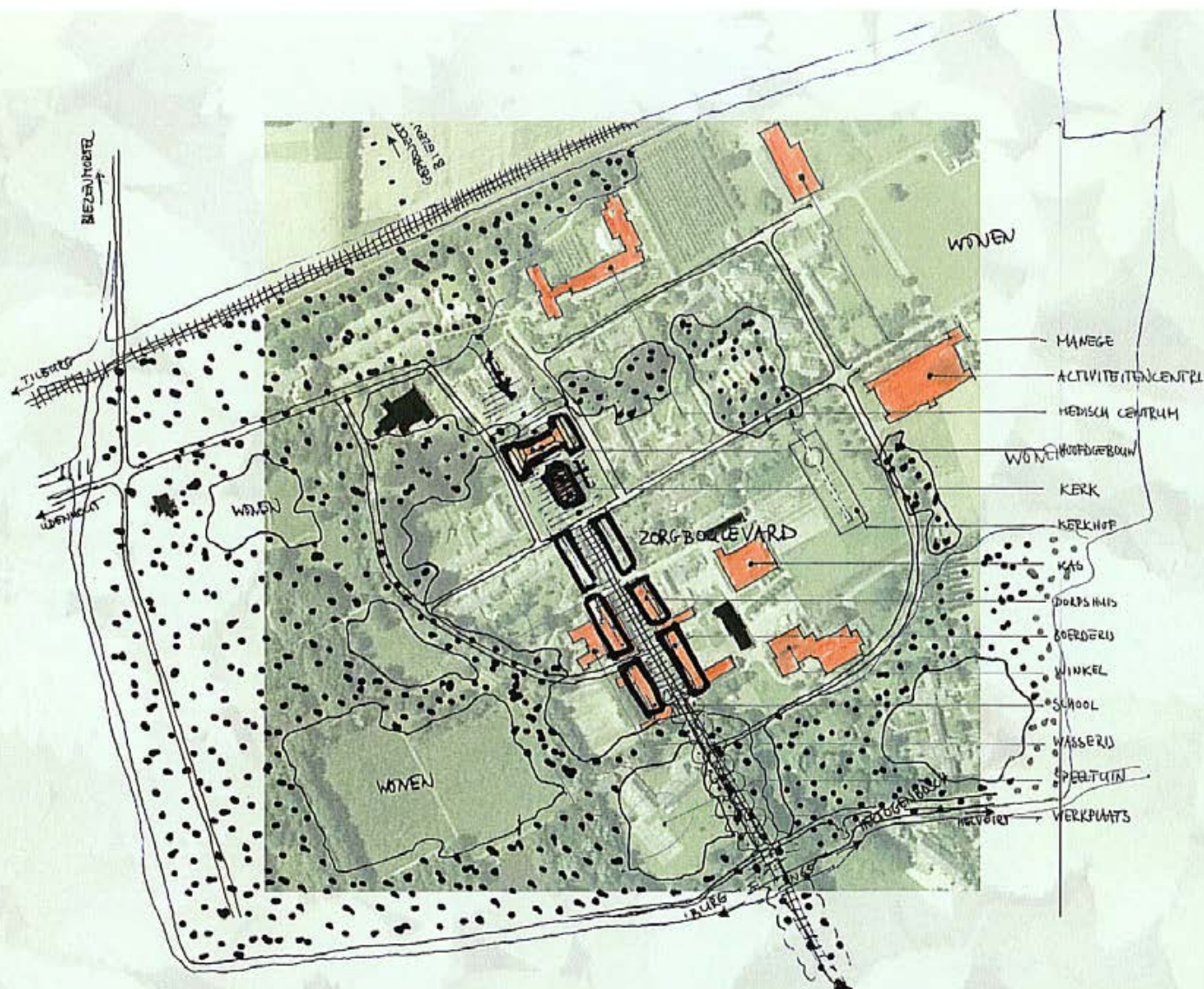
De historische centrale bebouwing wordt in ere hersteld. Nieuwe bebouwing completeert en versterkt deze as. Alle nieuwe en aanwezige zorgfuncties worden geconcentreerd langs de centrale as. De woningen zijn decentraal op de open plekken in het groen gesitueerd. De overige infrastructuur heeft een informeel en morfologisch karakter.

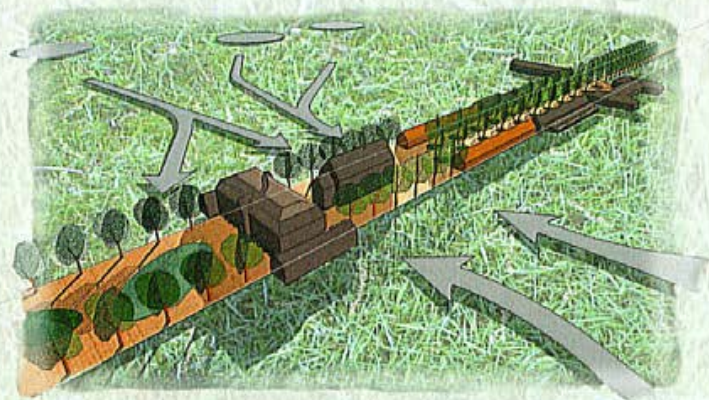
De zorgboulevard bevat diverse zorg- en sociale functies gehuisvest in bestaande, ten tijde van de oprichting vooruitstrevende bebouwing. De nieuwe bebouwing dient passend maar met eenzelfde vooruitstrevendheid toegevoegd te worden. Op deze manier ontstaat er een promenade van waaruit alle functies bereikbaar zijn. Het is het hart van het gebied met op de kop een hoofdgebouw waardoor de entree van de zorgboulevard loopt. Dit gebouw krijgt vooral een sociale functie met op de verdieping een zorghotel ('zotel'). De benadering van buiten af loopt over het plein met terras door het hoofdgebouw heen langs een centrale receptie waar informatie kan worden verkregen over de aanwezige functies in het gebied.



STEDENBOUWKUNDIGE RELATIES







Hoofdgebouw hergebruik
begane grond
 centrale receptie
 (prisma/zorgverzekeraar/wonen/zotel)
 horeca: cafe/restaurant
 kantoren prisma/zorgverzekeraar

verdieping
 Zotel (herstellingsoord)

zijvleugels
 fitness/voedingscentrum/massage/
 pedicure/manicure/sauna

huisartsenpost
 fysiotherapie
 tandarts
 apotheek/drogist
 psycholoog
 thuiszorgwinkel

buurtwinkel (o.a. verkoop eigen producten)
 boodschappendienst
 postkantoor
 technische dienst /reparateur
 kapsalon

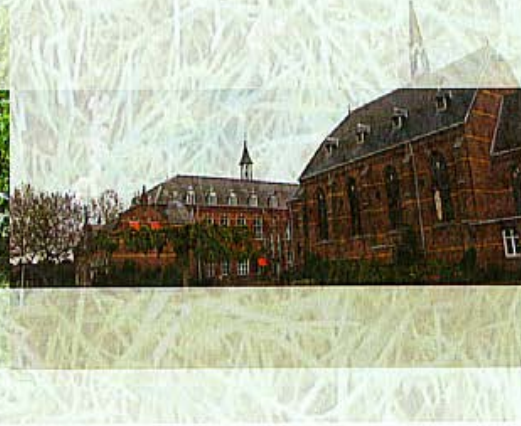
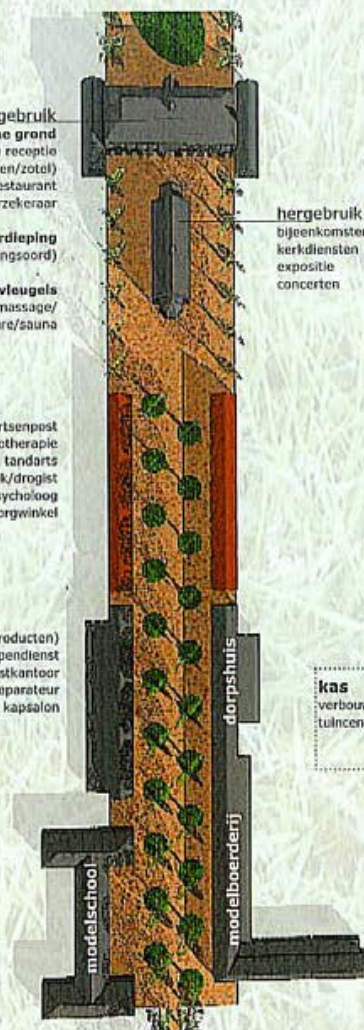
hergebruik kapel
 bijeenkomsten
 kerkdiensten
 expositie
 concerten

kas
 verbouwen eigen producten
 tuincentrum

Bestaande bebouwing

Nieuwe bebouwing

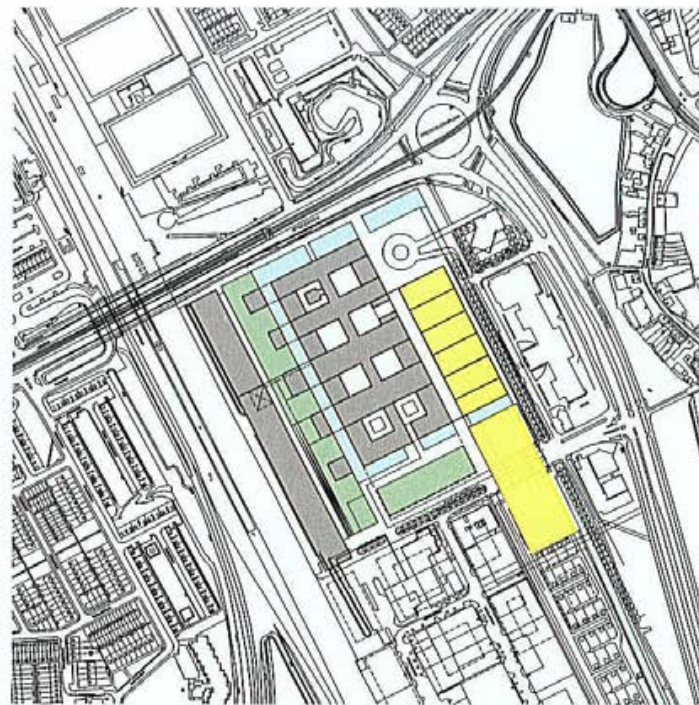
Bestaande bebouwing



Medi-mall voor het Medisch Centrum Rijnmond Zuid

Wiegerinck Architecten Arnhem

102



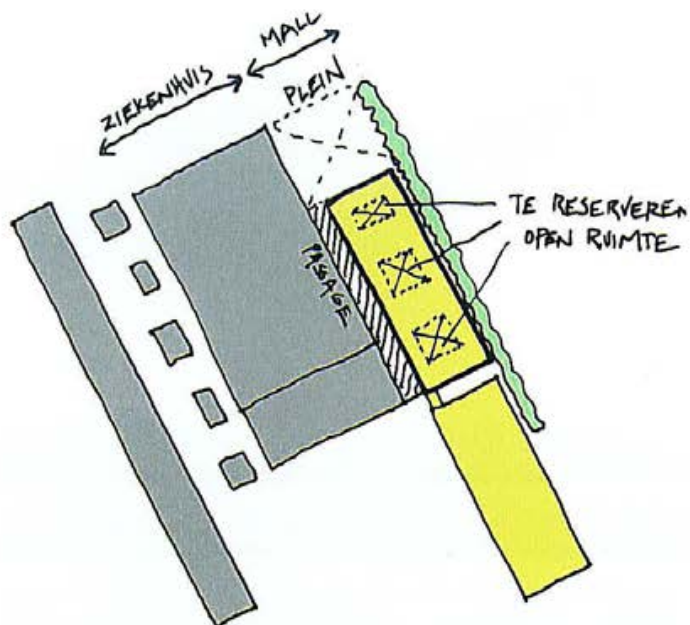
De architect als scenarioschrijver

'Het ontstaan van een goede film begint met een scenario dat de juiste condities schept.' De scenarioschrijver bedenkt hoe het verhaal zich ontwikkelt, maar het script waarin alle scènes zijn uitgewerkt volgt pas later. De architect zou in de beginfase van de ontwikkeling van een zorgboulevard de rol van scenarioschrijver moeten vervullen. Laat hem de voorwaarden creëren, een strategie bepalen voor het ontstaan van een ruimte, die de kwaliteit en flexibiliteit heeft om verschillende functies een plek te geven. Bij het toevoegen van functies aan een ziekenhuis of zorginstelling, voorwaarde voor het ontstaan van een zorgboulevard, spelen veel onze-

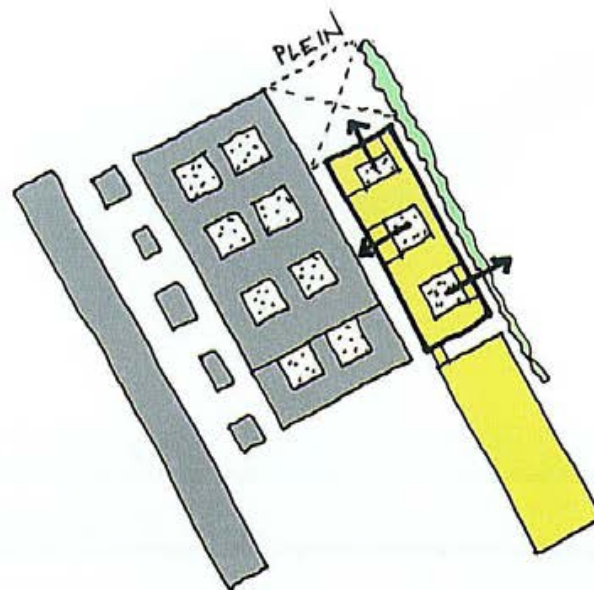
kere factoren een rol. Hoe wordt het project gecoördineerd? Wie nemen er aan deel? Hoe groot wordt het? Wat is het draagvlak? Ook na een haalbaarheidsonderzoek of businessplan blijven onduidelijkheden en onzekerheden bestaan. Een scenario neemt die niet weg maar zorgt ervoor dat de kwaliteit bewaakt wordt.

Een nieuw ziekenhuis voor Rotterdam-Zuid

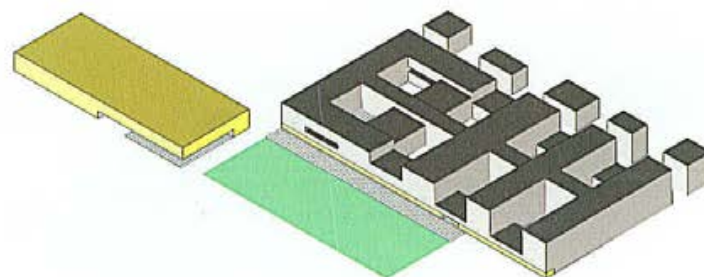
De zorgboulevard dient onafhankelijk gesitueerd te zijn van zijn anker, het ziekenhuis. Doch bij de ontwikkeling van het gebied kan de keuze van de plek een meerwaarde opleveren, zoals het ontstaan van een plein of een straat. De kwaliteit van de plek dient in



Volume/open ruimte



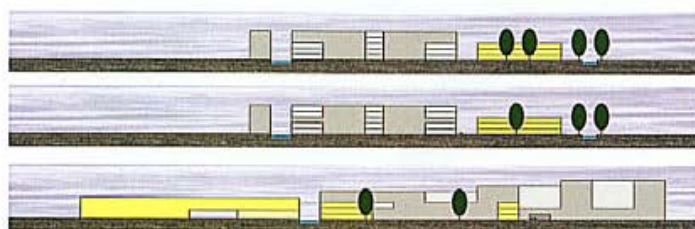
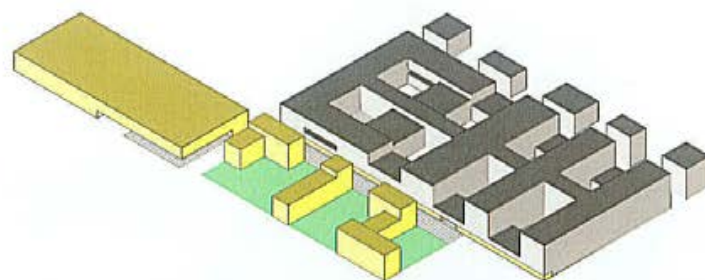
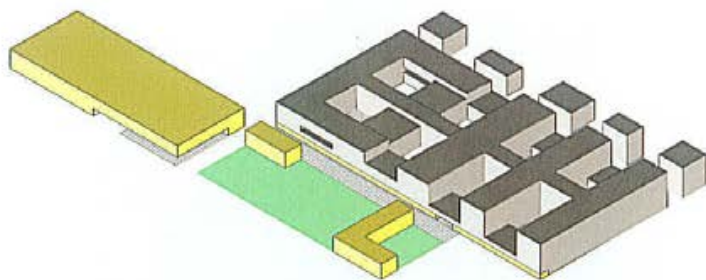
Oriëntatie



alle fasen gewaarborgd te worden, of er nu uiteindelijk niets komt of een enorm programma. Door aan te geven hoe de opgave zich ontwikkelt, afhankelijk van de grootte en inhoud van het programma, kun je het proces in alle stadia beheersen. Een scenario voor de intensivering van de plek zorgt voor kwaliteitsbewaking. Open ruimte en gebouwhoogte zijn daarin essentieel. Een universeel raster voor het hele gebied zorgt ervoor dat de verschillende functies hun invulling kunnen krijgen en het geeft het ziekenhuis tevens de mogelijkheid om uit te breiden: optimale flexibiliteit is gegarandeerd.

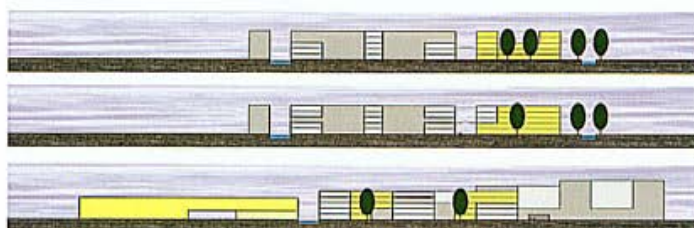
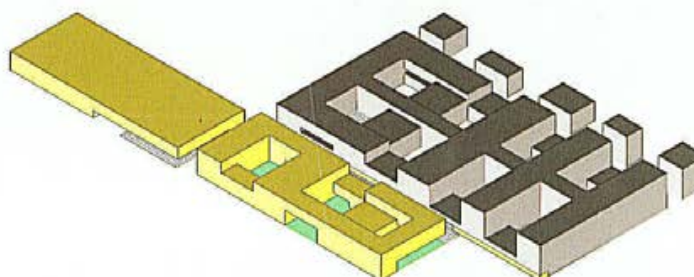
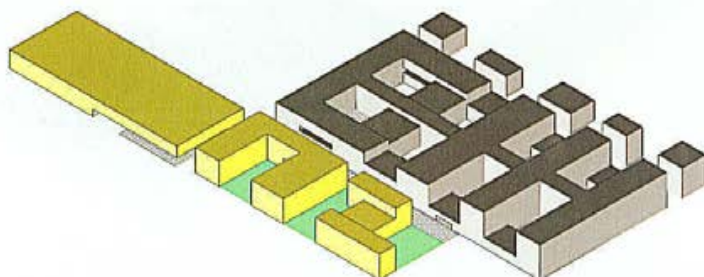


Fase 0



Fase 1

Fase 2



Fase 3

Fase 4



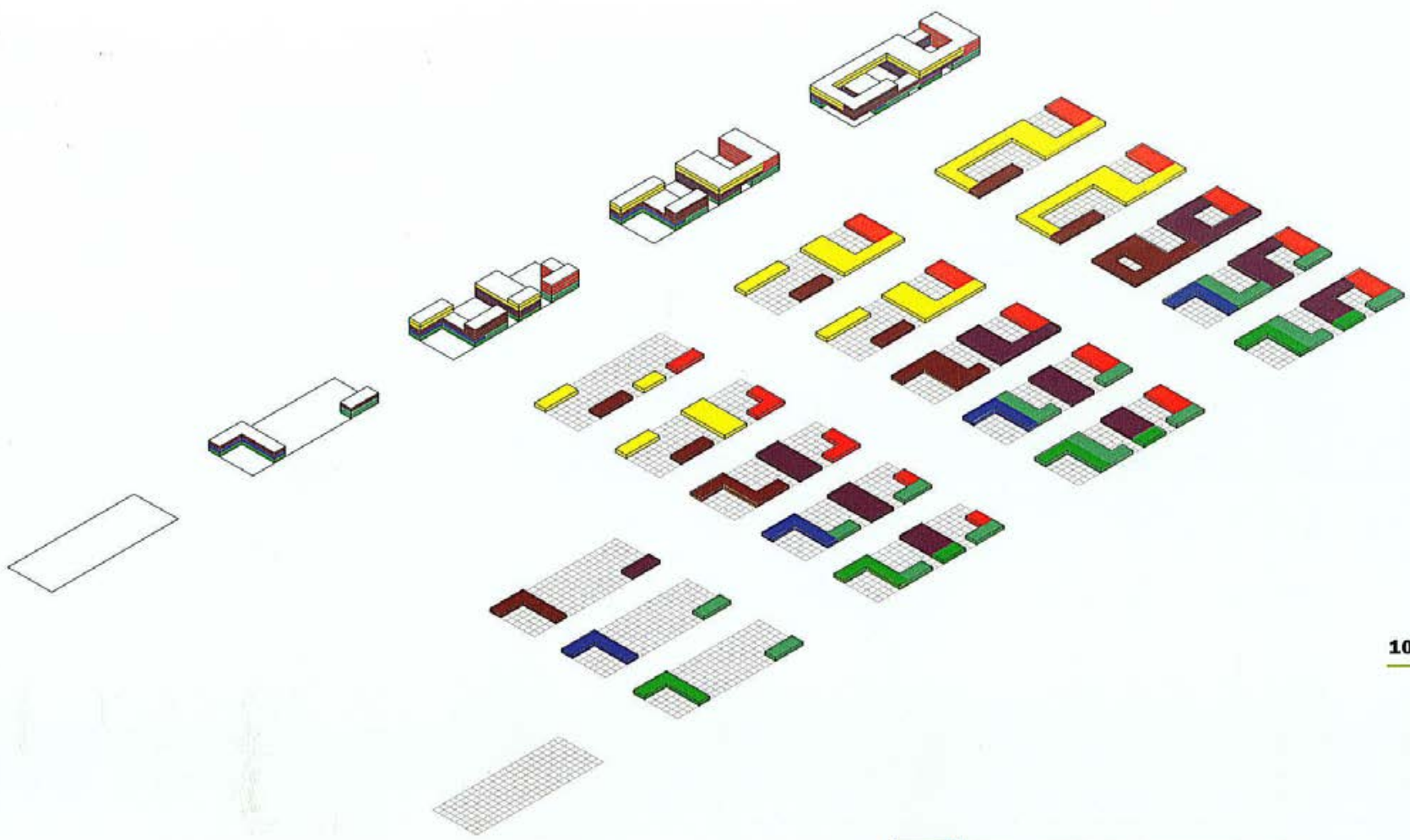
Beeld

Uiteindelijk moet het programma en de plek een ruimtelijk beeld opleveren. Dit is door het registreren van plaats en ontwikkeling te sturen. In vier fasen laten we zien hoe men, van open park tot ste-

delijk blok, de ruimtelijke kwaliteiten kan vastleggen. Daarnaast kunnen we, doordat het een reële opgave betreft, laten zien hoe een programma zich kan ontwikkelen in de zone voor het ziekenhuis. De architect heeft een visie, maar kan geen toekomst voorspellen. De



onzekere factoren bij de ontwikkeling van de zorgboulevard kunnen ruimtelijk geregisseerd worden, waardoor het resultaat bij elke uitkomst kwaliteit kan toevoegen aan de opgave. Van park tot blok een prettige plek om te verblijven.



Fasering functies

- Commerciële functies niet-zorg gerelateerd
- Commerciële functies zorg gerelateerd
- Hotel functies
- Psychiatrische zorg
- Kinderopvang
- Revalidatie
- Korte verpleging



Appendix

Geraadpleegde literatuur

- W.H.N. van de Braak, *Zorgparken*, [niet gepubliceerde afstudeerscriptie Technische Universiteit Delft 2003]
- Chung, Chuihua Judy, Jeffrey Inaba, Rem Koolhaas, Sze Tsung Leong (ed.), *Project on the City 2. Harvard Design School Guide to Shopping*, Keulen 2001
- Cusveller, Sjoerd, Anneke de Jong, Kirsten Schipper (red.), *Ruimte voor openbaarheid. Ontwerponderzoek naar het alledaagse openbare gebouw*, Bussum 2002
- Delft, Stef van, 'Boulevard voor Zorgconsumenten', *Zorgvisie 11* special 2001, 27-29
- 'Detailhandel op zorgboulevard moet dienstverlening verbeteren', *Detailhandelmagazine*, april 2003
- Erven, René, 'Zorgomgevingen en welbevinden. Nieuwe ontwerpogaven in de zorgsector', *de Architect Interieur 7*, maart 2002, p. 54-59
- Guinn, Robert M., 'The outpatient Hospital, a hospital without beds', *World hospitals and health services*, vol.33, no.1, p. 33-42
- Jeroen Bosch ziekenhuis *Nieuwbouwnieuws 1*, februari 2004
- Kooljman, Dion, *Machine en theater. Ontwerpconcepten van winkelgebouwen*, Rotterdam 1999
- Mens, Noor, Annet Tijhuis, *De architectuur van het ziekenhuis. Transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederland*, Rotterdam 1999
- Mens, Noor, *De Architectuur van het Psychiatrisch Ziekenhuis*, Wormer 2003
- NVZ vereniging van ziekenhuizen, *Het ziekenhuis van de toekomst. Een inspirerende visie op curatieve zorg in 2010 en later...*, Utrecht 2002
- Sloane, David Charles, Beverlie Conant Sloane, *Medicine Moves to the Mall*, Baltimore 2003
- Stagg, *Verblijven of wonen; zorg voor eenieder*, Amsterdam 2000
- Richard Stegers, 'Versnippering wordt tegengegaan en toegankelijkheid vergroot. Ziekenhuis SMT stuit op gemeentegrens', *Stedenbouw 606*, oktober 2003, p. 84-86
- Verderber, Stephen, David. J. Fine, *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*, z.p. 2000
- 'Ziekenhuis met extra's. Zorgparken in opkomst', *Zorgvisie 12*, december 2003, p. 34-37
- 'Zorgboulevard: shoppen volgens Hema-concept', *Zorgvisie 3*, maart 2003, p. 15

Fotoverantwoording

b = boven; m = midden; o = onder

Architecten aan de Maas omslag, p. 23 o, 25 o
Academisch Ziekenhuis Groningen p. 25 b
Guide to shopping p. 13, 14
Victor Gruen p. 14
Noor Mens p. 13, 15, 16 o, 17, 21, 22 b, 23 b
Musées de la Ville de Paris p. 16 b
Nijst Idema architecten p. 22 m en o, 26 b
Orbis medisch en zorgconcern, Sittard p. 23 m

De afbeeldingen bij de inzendingen zijn afkomstig van de desbetreffende architectenbureaus.

Deelnemers

Deelnemers analytische studie

A12 Architecten bna, Veenendaal

Architecten aan de Maas, Maastricht en Rotterdam

Architectengroep Duintjer BV, Amsterdam

Architectengroep Naarding Straesser van der Linden, Amsterdam

Burger Grunstra Architecten Adviseurs, Alkmaar

GelukTreurniet Architecten, Vlaardingen

HET ARCHITECTENHUIS borkent & plug bv, Apeldoorn

Jorissen Simonetti architecten, Doetinchem

Mas Architectuur bv, Rotterdam

Nijst Idema architecten, Amsterdam

RDG alynia bv BNA, 's-Hertogenbosch

Rothuizen van Doorn 't Hooft Architecten Stedenbouwkundigen, Goes

VBW architecten, Velp

Wentink Torsing Architecten Baarn BV, Baarn

Wiegerinck Architecten Arnhem, Arnhem

Dank voor de bijdragen tijdens de studie gaat uit naar:

Ir. W.H.N. van de Braak, Heijmans IBC Bouw en Vastgoedontwikkeling,
Rosmalen

P.J.M. Franken, architect AvB BNA, Heerlen

Ir. R.J. van de Grift MBA en drs. ing. R. Muljers, Bonum Zorg en Vastgoed,
Rosmalen

Ir. J. Heuvelink, Quara, Voorburg

Prof.dr. R. Huismans MBA, hoogleraar integraal zorgmanagement Erasmus
Universiteit Rotterdam, voorzitter Stag

Dr. H.J. Linzel, locatiemanager Archipel, Zorggroep Almere, Almere

Ir. F.J. Schoof, senior projectontwikkelaar Siemens Nederland, Den Haag

Ir. H. Westelaken, architect-directeur Architecten aan de Maas, Maastricht

Deelnemers ontwerpstudie

Zorgboulevard Zorgcentrum 't Bovenelnd te Veenendaal

A 12 Architecten bna, Veenendaal (Ton Bons, René Rutgers)

Het FIT-STOP concept

Architecten aan de Maas, Rotterdam (Ir. Sabine Bernds en,
Ir. Beatrice Timm; adviezen: Ir. Ronald van de Grift, Bonum Zorg en
Vastgoed, Rosmalen)

Zorgzono+

Architecten aan de Maas, Maastricht (Sylvie Smeets AvB)

Het AMC als centrum van de gezondheidsstad

Architectengroep Duintjer, Amsterdam (Hans Liscaljet, Joost Koldewey)
Buro Sant en Co landschapsarchitectuur, Den Haag (Edwin Sandhagen)
A12 Architecten bna, Veenendaal (Ton Bons, Jan Jacobs)

Een zorgboulevard rond ouderenhuisvesting

Architectengroep Naarding Straesser van der Linden, Amsterdam
(Luuk Naarding, Mario Hummeling)

Keuzemenu

Burger Grunstra Architecten Adviseurs, Alkmaar (Arnold Burger,
Edin Bultenhuis)

Transformatiemodel zorgboulevard

Mas Architectuur bv, Rotterdam

Het Zorgcircuit: een ruimtelijk structurerend voorstel

Nijst Idema architecten, Amsterdam (Ir. F.A. Burger, Ir. T. Vrijlandt)

Zorgboulevard Alphen aan den Rijn

Rothuizen van Doorn 't Hooft Architecten Stedenbouwkundigen, Goes
(Ir. Taco Tuinhof, Jean-Paul Janse AvB)

Hulze Assisië

RDG alynia bv BNA, 's-Hertogenbosch

Medi-mall voor het Medisch Centrum Rijnmond Zuid

Wiegerinck Architecten, Arnhem (Paul Numan, Micha Willemse,
Jarno Nillissen)

Stagg-ledenlijst

A12 Architecten bna
Postbus 1180
3900 BD Voerendaal
0318 51 90 08
www.a12architecten.nl

Allant architecten B.V.
Postbus 376
4460 AT Goes
0113 21 45 52
www.fkoch.nl/allant.htm

Archikon b.v.
Postbus 2075
4460 MB Goes
0113 22 36 20
www.archikon.nl

Architecten aan de Maas
Postbus 3061
6202 NB Maastricht
043 35150 00
www.architectenaandemaas.com

het architectenforum
Keizersgracht 450
1016 GD Amsterdam
020 555 01 11
www.architectenforum.nl

Architectengroep Kok & De Haan bna bv
Dijkhoornseweg 43
2635 EK Den Hoor
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

Ad Backx achitect BNA
Engelenburg 53
2036 RB Haarlem
023 545 06 10
www.backx.archined.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.compositie5architectuur.nl

Architectengroep Duinjtje BV
Postbus 67015
1060 JA Amsterdam
020 614 92 29
www.duinjtje.nl

Architectenbureau Duijzens & Moyer Viol b.v.
Eureglopark 4
6467 JE Kerkrade
045 566 03 05
www.duijsensmeyerviol.nl

EGM architecten b.v.
Postbus 298
3300 AG Dordrecht
078 633 06 60
www.egm.nl

Eleman Postma Van den Hork Architecten
Postbus 27
5340 AA Oss
0412 64 69 48
www.opha.nl

Gelderblom Bultelaar Spaans Architecten B.V.
Zijde 133
2771 EV Boskoop
0172 21 37 46

GelukTourniet Architecten
Postbus 199
3130 AD Vlaardingen
010 434 57 62
www.geluktourniet.nl

Grelner Van Goor Architecten b.v.
Schipplundlaan 4
1062 HE Amsterdam
020 676 11 44
www.gvg.nl

Grunstra Architecten Groep BNA
Postbus 128
8700 AC Bolsward
0515 57 36 46
www.grunstra.nl

Terry van der Helde Architecten b.v.
Waldorpstraat 17 Q
2521 CA 's-Gravenhage
070 445 23 00
www.tvdh.nl

IAA Architecten
Postbus 729
7500 AS Enschede
053 480 44 44
www.iaa.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 491
2800 AL Gouda
0182 55 52 22
www.djga.nl

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

Lengkeek Architecten en Ingenieurs b.v.
Postbus 59
3730 AB De Bilt
030 220 15 87
www.lengkeekarchitecten.nl

Iulijten | smoulders architecten bv
Wilhelminapark 11
5041 EA Tilburg
013 536 05 30
www.iulijten-smoulders.nl

Manten en Lugthart architecten BNA
Backershagen 99 b
1082 GT Amsterdam
020 404 46 75

Mas Architectuur bv
Postbus 76
3000 AB Rotterdam
010 413 68 56
www.masarchitectuur.nl

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

Architectengroep Naarding Straesser van der Linden
Postbus 90059
1006 BB Amsterdam
020 512 64 64

Nijst Idema architecten
Postbus 9261
1006 AG Amsterdam
020 408 92 22
www.niarchitecten.nl

Odeon Architecten b.v.
Postbus 1280
5602 BG Eindhoven
040 244 77 16
www.odeonarch.nl

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

Architecten en Ingenieursbureau
Oomen Havermans Waltjen bv
Postbus 4916
4803 EX Breda
076 560 22 55
www.ohwarchitecten.nl

Pauw Architectenburo
Postbus 182
5700 AD Helmond
0492 54 90 01
www.pauwarchitecten.nl

PI,unlimited bv
Hertog Reinoudsingel 156
5913 XH Venlo
077 351 70 56
www.piunlimited.nl

Architectenburo Plas en Van Twillert b.v.
Rijksstraatweg 212
3634 AN Loenersloot
0294 29 34 19
www.plasenvantwillert.nl

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

Architectenbureau Reus en Loeuwenkamp BV BNA
Postbus 405
1800 AK Alkmaar
072 515 16 44
www.ronl.nl

RDG alynia bv BNA
Reitscheweg 1 a
5232 BX 's-Hertogenbosch
073 621 31 35
www.rdg-alynia.nl

Rothuizen van Doorn 't Hooft
Architecten Stedenbouwkundigen
Postbus 233
4460 AE Goes
0113 27 68 68
www.rdh.nl

Ruijsenaars-Cretier architectenburo
Postbus 364
3700 AJ Zeist
030 691 98 49

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

Stam Architecten BNA
Zuidervaartdijk 14b
1561 ZE Krommenie
075 628 53 62
www.home.tiscall.nl/~stambna

Team 4 Architecten b.v.
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 Verwojl 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
Postbus 24
1398 ZG Muiden
0294 29 90 77
www.wentink.nl

Wentink Torsing Architecten Baarn BV
Waldeck Pymontlaan 22
3743 DE Baarn
035 542 20 26
www.wentink-torsing.nl

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

Boulevards zijn grootstedelijke hoofdstraten waarin het gehele palet aan stedelijke voorzieningen onderdak vindt: winkels, kantoren, woningen, musea, bioscopen, theaters, sportscholen, sauna's en cafés. In *Zorgboulevards – Verkenningen in het zorglandschap van morgen* presenteren elf ontwerpteams hun visie op een nieuw fenomeen: de zorgboulevard.

De zorgboulevard wil een antwoord zijn op de behoefte de muren van het medisch-technologisch bolwerk te slechten en de gezondheidszorg in de alledaagse samenleving te integreren. Wat is daarvoor beter geëlgend dan het model van de boulevard?

Geconfronteerd met het toekomstbeeld van de patiënt als zelfbewuste consument, ontwikkelden architecten, consultants, ziekenhuisdirecties, projectontwikkelaars en kennisinstituten concepten om het aanbod aan de veranderende vraag aan te passen en daarbij zoveel mogelijk van het schijnbaar liberalere klimaat te profiteren.

De zorgboulevard is het meest vergaande voorbeeld van het sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw actuele streven de gezondheidszorg te vermaatschappelijken en biedt in architectonisch-stedenbouwkundig opzicht mogelijkheden voor radicale innovaties.

WWW.THOTH.NL

ISBN 90 6868 384 5

