

Lectoraat ZorgGericht Bouwen

Tussenstand

Juni 2012



H A N

Lectoraat
ZorgGericht Bouwen

Tussenstand

Lectoraat ZorgGericht Bouwen

Juni 2012

Colofon

Titel:

Tussenstand

Datum:

Juni 2012

Redactie:

Hanse, Sharianne

Balder, Marijtje

In opdracht van:

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Lectoraat ZorgGericht Bouwen

Ruitenberglaan 26, Arnhem

www.zgb.nu

Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden vereenvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, video of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Lectoraat ZorgGericht Bouwen van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Inhoud

Colofon	
Voorwoord	5
Over het Lectoraat ZorgGericht Bouwen	7

Scenario's in wonen, zorg en welzijn	11
---	-----------

- Iedereen is jong geweest, niemand oud
- Nu even niet
- Krimp kun je bijsturen
- De GroenGrijze Blik
- Het blijft een uitdagende puzzel
- Wonen met een zorgvraag in 2030

Column: "Zonder geitenwollensokken. Er warmpjes bij zitten."

Schaal op maat	63
-----------------------	-----------

- Bouwen voor oud worden in eigen huis
- Nieuwe generatie woonzorgcomplexen
- Klein maar fijn. Of toch niet?
- Kleinschalig wonen... optimaal?
- 101 Innovations for active aging
- Onderzoek naar kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: past and future
- "The Desirable Scale", impact of scale on group mix and social quality in assisted living facilities
- Choices in scale, guided by quality or legislation

Column: "Winterse zorgen"

Bijzondere ouderenhuisvesting	117
--------------------------------------	------------

- Opwaarderen van de serviceflats
- Verlenging levensverwachting door zelfvoorzienende huisvesting
- ZorgGericht modulair bouwsysteem
- Serviceflats, een eigentijdse huisvestingsvorm

Column: "Sailing Seniors..."

Healing environments	143
- Menselijke maat in de Zorgarchitectuur - Waarom die drempel tot ontmoeten	
Column: “Met munch meer mans (m/v)?”	

Duurzame oplossingen in de cure	163
- Van de Wieg tot de Wieg - Cradle to Cradle - Cradle to Cradle en de couveusekamer - Cradle to Cradle in de zorg: De operatiekamer - Cradle to Cradle in de zorg: De verpleegkamer - Architectuurbeschrijvingen voor ICT in Zorg - Het verdiepen en professionaliseren van het toegepaste onderzoek binnen het Lectoraat ZorgGericht bouwen	
Column: “Witwijze wieven”	

Intreerede	207
Over de auteurs	235

Voorwoord

In de loop van 2008 werd besloten voor een periode van vier jaar een Lectoraat Zorggericht Bouwen in te stellen. Dat begon 1 mei van dat jaar met zijn werkzaamheden. De voorbereiding was grondig geweest, want het lectoraat beschikte al van het begin over lectoren, een kenniskring, een (overigens kleine) staf, betaalde opdrachten en belangstelling van de zijde van studenten. Op 12 november 2008 hielden we onze lectoraatsrede en presenteerden daarmee het lectoraat aan de samenleving, in ieder geval aan die van de HAN.

Inmiddels zijn we vier jaar verder. Het College van Bestuur heeft recent besloten het lectoraat te verlengen. Dat zou er op kunnen duiden, dat het lectoraat een erkende rol is gaan vervullen. Bovendien wordt er een nieuwe, zelfs prestigieuze naam aan meegegeven: Architecture in Health. Daarmee wordt een verbinding gelegd tussen het lectoraat, en nationale en internationale initiatieven die zich de laatste jaren onder die naam hebben aangediend.

Inhoudelijk is er tussen toen en nu nog al wat gebeurd. We (dat zijn kenniskringleden van binnen en buiten de Hogeschool, docenten, studenten en lectoren) hebben ons met een veelheid van naar hun thematiek verschillende onderwerpen bezig gehouden. We verdiepten ons in de betekenis van cradle tot cradle voor de zorgbouw, maar hielden ons met evenveel interesse bezig met kangoeroewoningen in Nederland en een woningbouwproject in Nigeria dat voor de bewoners gezondheidswinst zou kunnen opleveren. Al doende werden duidelijker contouren zichtbaar van de onderwerpen waarop het lectoraat zich zou moeten richten.

Dat zijn

- healing environment
- zorg op afstand
- kleinschalige voorzieningen voor dementerenden
- het ziekenhuis 3.0
- woonwensen voor ouderen en
- de wenselijke schaal van woonzorgcomplexen in de ouderenzorg (gekoppeld aan het promotieonderzoek van Dort Spierings).

Dat zijn actuele onderwerpen met een grote maatschappelijke relevantie die bovendien de gelegenheid bieden van samenwerking met andere kennisinstituten en (wat de HAN noemt) het bedrijfsleven.

Over deze en andere onderwerpen is een reeks publicaties verschenen die we U in gebundelde vorm aanbieden; er is een aantal voor deze gelegenheid vervaardigde artikelen aan toegevoegd. Het geeft een tussenstand weer. Het lectoraat maakt een duidelijke inhoudelijke groei door. Uitgegroeid zijn we bepaald niet, maar evenmin schamen we ons voor wat is bereikt.

Het boekje verschijnt bij het neerleggen van ons lectoraat. Het was een goede tijd. We wensen het lectoraat en allen die daarbij betrokken zullen zijn vitaliteit, creativiteit en veel vrucht toe.

Jarno Nillesen
Tom Vroon

Over het Lectoraat ZorgGericht Bouwen



Er is een grote behoefte aan toepasbare kennis op het gebied van het bouwen voor mensen met een zorgvraag, zowel wanneer het de woonomgeving betreft als wanneer het gaat om de omgeving waarin curatieve zorg wordt aangeboden. Die behoefte aan kennis wordt voor een belangrijk deel ingegeven door de veranderingen in het denken over onze zorgvoorzieningen. De vergrijzing van de bevolking heeft ertoe geleid dat de gebruiker en zijn eisen en wensen aan het veranderen zijn, dat de zorgvraag in zijn geheel toeneemt en ook van karakter verandert en dat de bekostiging van ons collectieve zorgstelsel in toenemende mate ter discussie wordt gesteld.

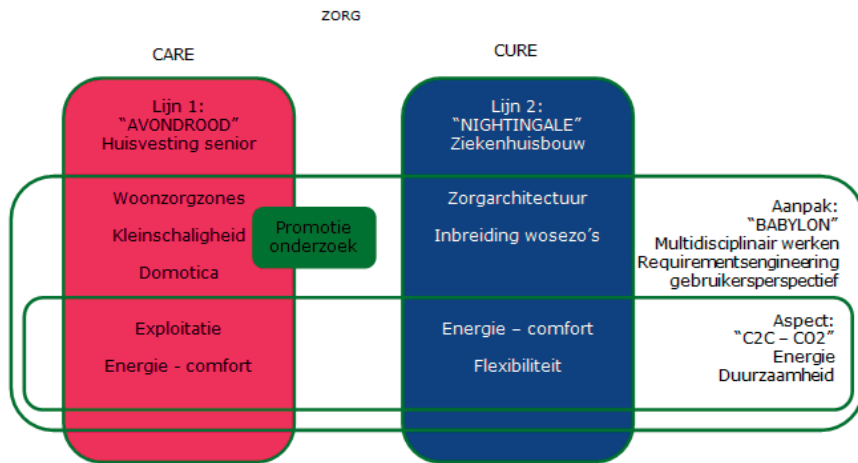
In dit veld heeft het Lectoraat ZorgGericht Bouwen zich de afgelopen vier jaren gepositioneerd als multidisciplinaire onderzoeksgroep. Zij richt zich op vraagstukken binnen de bovenstaand geschetste problematiek, waarbij die vraagstukken zich bevinden op het snijvlak van bouwen en zorgverlening. Op dit moment zijn er lopende projecten op het gebied van kleinschalig wonen, schaalgrootte (De Wenselijke Schaal), domotica, zorg op afstand, Healing Environment, de operatiekamer en de verpleegkamer in het ziekenhuis. Binnen de onderzoeken wordt de gebruiker centraal gesteld; uiteindelijk draaien zowel de zorg als de bouw om het uiteindelijk gebruik ervan door mensen.

Het Lectoraat bevordert actief de wisselwerking tussen het beroepsonderwijs en de beroepspraktijk. Studenten en docenten worden via de diverse onderzoeken in contact gebracht met marktpartijen in de bouw- en zorgsector. Studenten vanuit verschillende opleidingen van binnen en buiten de HAN worden bij de onderzoeksopdrachten betrokken door middel van afstudeeropdrachten, minoropdrachten en stages. Daarnaast organiseert het Lectoraat op regelmatige basis lezingen, workshops en excursies rondom het thema zorggericht bouwen.

De basis voor het lectoraat werd de afgelopen vier jaar gevormd door lector Tom Vroon en associated lector Jarno Nillesen, ondersteund door coördinator, onderzoeker en promovendus Dort Spierings. Aan het Lectoraat is een kenniskring van HAN-docenten verbonden. Gaandeweg is het lectoraat uitgebreid met jongere mensen: de junior onderzoekers. Het meest recent is de uitbreiding van de kenniskring met de externe leden Masi Mohammadi (Technische Universiteit Eindhoven), Selma te Boekhorst (Vivium Zorggroep), Monique Wijnties (Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg) en Roberto Traversari (TNO). Zij leveren een bijdrage aan de projecten van het Lectoraat vanuit hun praktijkervaring en hun ervaring met het uitvoeren van onderzoek.

De onderzoekslijnen

Bij aanvang van het Lectoraat in 2008 werden twee belangrijke onderzoekslijnen binnen het aandachtsveld onderscheiden die logisch volgen uit het werkveld. Ten eerste is dat een onderzoekslijn die zich richt op vraagstukken in de Care, de sector verpleging, verzorging en thuiszorg. De tweede lijn richt zich op vraagstukken in de Cure, de curatieve zorgsector. De twee lijnen kregen de respectievelijke namen Avondrood en Nightingale mee.



In de beide onderzoekslijnen wordt aandacht besteed aan het aspect duurzaamheid onder de naam C2C – CO2. Zowel de zorgsector als de bouwsector zijn op vele vlakken grootverbruikers wanneer het aankomt op het energieverbruik. Gezien de klimaatproblematiek spreekt het voor zich dat dit aspect niet onbelicht mag blijven. Energie, het hergebruik van materialen (Cradle to Cradle) en de duurzaamheid van materialen, gebouwen en gebruik zijn onderwerpen die in de onderzoekslijnen worden meegenomen.

De onderzoeksaanpak wordt gekenmerkt door multidisciplinair werken vanuit gebruikersperspectief. Deze methode wordt geborgd door de aanwezigheid van vele verschillende expertises bij de lectoren, onderzoekers en in de kenniskring. Op deze wijze wordt de veelzijdigheid van het werkveld op het snijvlak van de disciplines in de zorg en de bouwkunde vertaald in het onderzoekswerk.

In dit boek worden de publicaties van de afgelopen vier jaren gepresenteerd. De artikelen zijn hierbij gerangschikt in vijf hoofdstukken. In de eerste vier hoofdstukken worden voornamelijk de publicaties gepresenteerd die zijn ontstaan uit onderzoek onder de lijn Avondrood, het vijfde hoofdstuk bevat de publicaties vanuit de onderzoekslijn Nightingale.



Scenario's in wonen,
zorg en welzijn

Auteurs: Arent Wesseling, Johan Bos, Dort Spierings, Jonathan van Deutekom

Jaar: December 2007

Gepubliceerd in: Hanblad nr. 8

Iedereen is jong geweest, oud niemand

'Vergrijzing', het klinkt als een bedreiging, maar is voor velen een kans. Het kan een groeimarkt zijn. Voorwaarde is dat marketingmensen er nu eens werk van gaan maken. Nóg richten TV-reclames zich strikt op jongeren en nóg staat seniorenmarketing in de kinderschoenen. Maar dat zou wel eens snel kunnen veranderen. In diverse sectoren werkt de HAN met partners samen om in beeld te krijgen wat senioren – rijker en fitter dan ooit - nou eigenlijk willen.

Nederland telt vijf miljoen vijftig-plussers en elk jaar komen er honderdduizend bij. Hun vermogen is twee keer zo groot als dat van een gemiddeld gezin. Tachtig procent van al het privé-kapitaal is in handen van vijftig-plussers. Ongeveer de helft van alle nieuw e auto's wordt gekocht door mensen boven de 55.

HAN-docent Commerciële Economie Arent Wesseling illustreert met zulke cijfers de unieke kenmerken van de babyboomgeneratie anno 2007. 'Een goed verzekerde groep die de erfenissen ziet binnenstromen. Zo'n rijke en fitte generatie hebben we niet eerder gekend in de geschiedenis. Dus: ondernemers grijp je kans.'

Anticiperend op die toenemende belangstelling is Wesseling dit studiejaar gestart met een keuzemodule 'Seniorenmarketing'. 'Nu nog alleen voor economiestudenten, maar per februari volgend jaar een minor die voor alle HAN-studenten openstaat.'

Angst

De belangstelling vanuit het bedrijfsleven voor deze nieuwe marketingdiscipline houdt nog niet over. 'Vooralsnog kijken de meeste ondernemingen de kat uit de boom', zo moet Wesseling na een rondgang langs marketeers constateren. Daarom ook richten reclames op tv zich altijd op dertigers. 'Omdat de opdrachtgevende bedrijven dat willen. Het is deels te verklaren uit het feit dat ouderen jong zijn geweest en zich in die groep kunnen verplaatsen. En dus werkt de reclame ook bij hen. Maar het heeft ook te maken met angst.' Angst dat je product het stigma krijgt van oud en versleten; passé; dicht bij het sterfhuis. 'Er zijn genoeg campagnes die zich richten op ouderen, maar juist gebruikmaken van dat stigma, om middeltes tegen rimpels en grijs haar aan de man te brengen.'

Silver Market

Eén van de schaarse uitzonderingen is volgens Wesseling de campagne van Dove die wel het lef heeft oud als iets moois neer te zetten, met modellen van vijftig, zestig jaar oud waaraan niets is verbouwd. Vrouwen waaraan bijvoorbeeld te zien is dat ze een kind hebben gekregen. 'Een dergelijke stap wagen, vraagt vaak meer lef dan een gemiddelde marketingmanager kan opbrengen. Om bijvoorbeeld een auto aan te prijzen met eigenschappen die ouderen aanspreken - als degelijk, veilig, eenvoudig te bedienen en comfortabel.' De durvers zijn nog uitzonderingen. Of ze regel worden is de vraag. In de VS is meer onderzoek gedaan naar seniorenmarketing - vrijwel alle boeken over dat onderwerp komen uit dat land - en de babyboomgeneratie is er vijf à tien jaar ouder. De Angelsaksische wereld loopt voorop met aandacht voor de 'Silver Market'. 'Ze zijn daar verder; er zijn helemaal op rijke ouderen ingerichte wijken en belangverenigingen die niet louter zorggericht zijn.'

Voelbare standen

Hoe dan ook, ons land kent sinds kort het eerste bureau voor oudere modellen - Mature Models. En ook Wesseling is begin september met zijn seniorenmarketingmodule van start gegaan. De helft bestaat uit kennisvergaring over de doelgroep en uit marktonderzoek. De andere helft is een bedrijfsopdracht. De eerste opdrachtgever: ATAG ETNA Pelgrim Homeproducts. 'Mijn studenten gaan in teamverband de voorkeuren van senioren bij keukenapparatuur onderzoeken en manieren bedenken om hen te benaderen.'

Een 'focusgroeponderzoek', zo noemt Johan Bos, hoofd productmanagement van het bedrijf, deze vorm van marketingresearch. De onderneming wil achterhalen hoe senioren staan tegenover dat deel van haar assortiment dat speciaal voor hen is geselecteerd. 'Het gaat om apparatuur die makkelijker te bedienen is, waarvan de leesbaarheid van de instellingen wat beter is en waarbij veiligheid bijzondere aandacht heeft gekregen.' Nee, weet Bos nu al uit deskresearch, wij zullen geen reclame gaan maken met een speciale 'seniorenlijn'. 'Want de doelgroep wil niet aangesproken worden op het oud-zijn. Toch zijn er natuurlijk wel zaken die ouderen aanspreken. Onze inductiekookplaten bijvoorbeeld bedien je normaal gesproken met touchcontrol, drukgevoelige plaatsen in de glasplaat. Wij denken dat senioren liever echte knoppen hebben en schakelaars met voelbare standen. Daar zijn ze mee vertrouwd.'



De SeNa
(senior-navigation),
een inpendig werkende
route-navigator voor
ouderen.

Verbaasd

Maar of dat aansluit bij de behoeften van ouderen moeten de HAN-studenten achterhalen. Bos is wel verbaasd dat zijn bedrijf het eerste is dat samen met de hogeschool werk maakt van seniorenmarketing. 'Je zult ook van deze doelgroep de wensen en behoeften moeten inventariseren. Gezien de demografische ontwikkelingen liggen hier kansen voor ons bedrijf. Maar ik kan me voorstellen dat dit ook voor heel veel andere bedrijven geldt. Senioren zijn bijvoorbeeld erg bezig met hun vitaliteit. Dus ook voor de handel in sportartikelen is het een belangrijke doelgroep. Ja, die terughoudendheid van anderen verbaast me wel.'

www.homeproducts.nl

De HAN op seniorenmarkten

De woonmarkt Een van de seniorenmarkten is de bouw. Ook ouderen willen prettig wonen, liefst zelfstandig. Tegelijk is het onmogelijk die groeiende groep voldoende professionele thuiszorg te bieden, dus moeten er nieuwe oplossingen komen. Het lectoraat in oprichting 'Zorggericht Bouwen' werkt daaraan. Het begeeft zich op een voormalig toepassingsgebied van het lectoraat Embedded Systems. Dit werkveld heeft nu een eigen multidisciplinaire kenniskring gekregen met hoofddocent en architect-stedebouwkundige Dort Spierings als een van de kwartiermakers.

Een nieuw lectoraat - dat nog zoekt naar een lector - maar al kan bogen op een fors aantal afgeronde en lopende projecten, legt Spierings uit.

Spierings stelt dat er levensloopbestendig moet worden gebouwd. 'Al een halve eeuw geleden zijn buurten opgezet voor gemengd wonen: jongeren én ouderen naast en door elkaar. Als jonge burenhulp kunnen geven, kunnen ouderen langer zelfstandig wonen.' Bouwkundig vertaalt zich dat tegenwoordig in zogenaamde 'woonzorgcomplexen': woningen met een flexibele plattegrond. 'Een seniorenpaar waarvan de kinderen zijn uitgevlogen, gaat kleiner wonen en doet bijvoorbeeld twee slaapkamers over aan jonge burenhulp met gezinsuitbreiding.'

Op verschillende plaatsen in het land zijn zulke woonzorgcomplexen gepland of in de maak, met huisartsen, apotheken en scholen op loopafstand. De HAN draait in sommige projecten mee. 'Zorggericht Bouwen' is betrokken bij de bouw van vierhonderd woningen door de Stichting Kasteelschap in Almelo, en bij een wat priller traject in opdracht van GGNet. Spierings: 'Dat moet resulteren in een wooncomplex in de binnenstad. Balast Nedam heeft een programma van eisen opgesteld waarmee onze studenten aan de slag zijn gegaan.' Niet alleen Bouwkundestudenten, maar ook studenten Gezondheidszorgtechnologie en van de Informatica en Communicatie Academie. Kortom, multidisciplinair. De studenten van Gezondheidszorgtechnologie hebben de relatie gelegd tussen het programma van eisen en de behoeften van ouderen.'

Een ander aansprekend multidisciplinair project is SeNa (senior-navigation) dat onlangs resulteerde in een inbandig werkende routenavigator voor ouderen. 'Twee jaar hebben studenten eraan gewerkt. Hij wijst ouderen met oriëntatieproblemen de weg naar hun woning of huisarts. Studenten Gezondheidszorgtechniek hebben gekeken naar het gebruiksgemak; bouwkundigen onderzochten hoe je een plattegrond simplificeert.' Spierings wil de komende tijd nog zo'n tien projecten initiëren en opstarten.

De mondzorgmarkt Nóg een groeimarkt: mondzorg. Vergrijzing impliceert méér mensen met slechte gebitten en een gebrekkige mondhygiëne. Wat het nog erger maakt: het kunstgebit is 'uit'. Een bonte verzameling kronen, bruggen en plaatjes doet nu het kauwwerk maar is moeilijker te reinigen. En dat terwijl er nu al te weinig tandartsen zijn. Daarom hebben de HAN-opleiding Mondzorgkunde, de Zorggroep Zuid- Gelderland, de afdeling Geriatrische Tandheelkunde van de Radboud Universiteit en de sector Zorg & Welzijn van het ROC Nijmegen de koppen bijeen gestoken in het project 'Naar een betere Mondzorg voor Ouderen'. Studenten Mondzorgkunde zullen de inventarisatie van de problemen ter hand nemen. En ook welke preventiemogelijkheden er zijn in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg, legt mede- initiator Jonathan van Deutekom van het HAN Smart Business Center uit. 'Doordat mensen langer thuis wonen bestaat het risico dat mondproblemen pas laat binnen het blikveld van tandarts of mondhygiëniste komen. Dat vraagt extra aandacht, bijvoorbeeld van thuiszorgmedewerkers. Mogelijk moeten ze daarvoor scholing krijgen.'

Duidelijk is nu al dat dit alles niet kàn zonder aanpassingen in het onderwijs, vanaf het wetenschappelijke niveau tot en met de mbo's, aldus Van Deutekom. Het project moet inzicht geven in de vereiste opleidingsinvesteringen en in de baten die ze opleveren. De regio Nijmegen staat vooraan bij de implementatie van de inzichten die vervolgens aan andere regio's ter beschikking worden gesteld. Tegelijk zal heel de mondzorgketen worden doorgelicht. Worden signalen in de ene schakel wel verderop opgepakt? Van Deutekom: 'Willen we dit vergrijzingsprobleem oplossen dan moet de zorgketen beter samenwerken.' HAN-studenten zullen daartoe aanbevelingen doen. Voorts zullen ze in kaart brengen welke technische oplossingen en hulpmiddelen er nodig zijn. Op voorhand kun je denken aan nieuwe poets- en spoeltechnieken waarbij het regionale bedrijfsleven kan worden betrokken.

Auteurs: Mr. Tom Vroon, ing. Marijtje Balder, ing. Eugenie Heemink

Jaar: juni 2010

Gepubliceerd in: Senior

Nu even niet

Alles goed regelen, o zeker, maar wanneer begin je daarmee? Op je 50e of 60e kun je al van alles regelen, zodat je kinderen dat niet hoeven doen. Misschien word je wel 70 of 80, of erger nog, 90... Opruimen, afscheid nemen, geen nieuwe poes of hond aanschaffen, kleiner gaan wonen, vaker met de trein gaan, opschrijven hoe je je uitvaart verzorgd wilt zien, foto's nog eens bekijken en oude brieven lezen en veel ervan verscheuren, die vriendin van vroeger opzoeken... Nu even niet, misschien volgende maand of volgend jaar."

Nu even niet, zegt de 56-jarige Annerose in 'Ik ben senior'. Nu even niet, zegt een groot deel van de senioren haar na, ook als het gaat om de keuze voor andere vormen van huisvesting, die meer afgestemd zijn op de status van senior. Onderzoek heeft geleerd dat 80% van de ouderen inderdaad tot het laatst in de oorspronkelijke eigen woning blijft wonen, maar het is niet gezegd dat dit percentage constant blijft.

Eenzijds zet het overheidsbeleid er sterk op in dat senioren zolang mogelijk in het eigen huis blijven wonen. Ze heeft daartoe met het concept van scheiden van wonen en zorg een alternatief ontwikkeld voor de traditionele intramurale instelling en flankerend daaraan maatregelen getroffen, zoals de mogelijkheid relatief zware zorg buiten de intramurale setting aan te bieden (volledig pakket thuis). Dit gaat hand in hand met een restrictief indicatiebeleid voor intramuraal verblijf.

In de praktijk wordt dit beleid ondersteund door twee hardnekkige in de samenleving gekoesterde beelden: een nog steeds negatief beeld van het aanbod aan ouderenhuisvesting en een opmerkelijk positieve voorstelling van de senior. Die laatste is buitengewoon vitaal, nog vol op actief in het sociale leven, gaat drie maal per jaar op vakantie en rijdt onvermoeibaar de rest van het jaar in een sportauto naar de golfbaan of de haven waar zijn zeilboot ligt aangemeerd. Iemand die bij een Midden-Europese maatschappij zijn levensverzekering heeft afgesloten blijft waar hij woont. Daar staat wat tegenover. De gemiddelde levensverwachting neemt toe. Voor mannen bedraagt die, heeft het CBS berekend, op 65 jarige leeftijd 17,3 en voor vrouwen 20,5 jaar. Hiervan wordt de gezondheid 10 resp. 11 jaar als goed ervaren. Terwijl de gemiddelde leeftijd stijgt is dit aantal constant. Lichamelijke beperkingen blijven 12 en 11 jaar achterwege (dat getal stijgt), maar het aantal jaren zonder chronische ziekten daalt tot gemiddeld vier. Omdat afnemende gezondheid zoals we later zullen zien een belangrijke reden voor verhuizing van senioren is, zou op grond van deze cijfers een toegenomen verhuisbeweging mogen worden verwacht.

Die zou kunnen worden versterkt doordat het aanbod erg verbeterd is: de pluriformiteit is vergroot, de woonkwaliteit op een hoger peil en de stedenbouwkundige inpassing met het oog op de nabijheid van voorzieningen meer adequaat. Het is dus ook aantrekkelijker geworden om naar alternatieven om te zien.

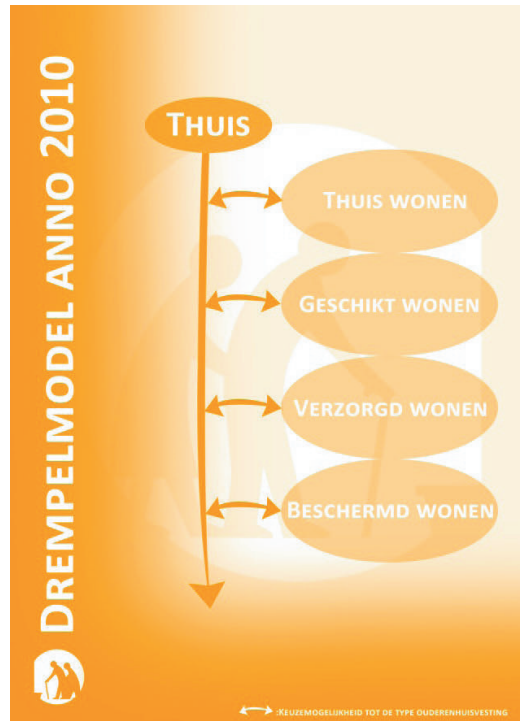
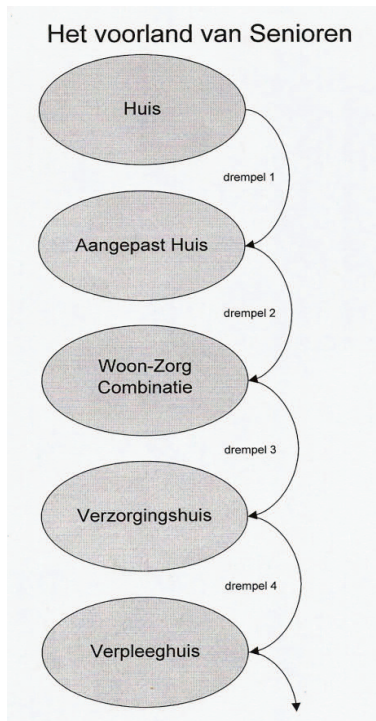
Wat geeft bij senioren de doorslag als het gaat om andere huisvesting? Op grond van de literatuur en een eerste eigen onderzoek komen wij uit op vier redenen, die vaak in combinatie met elkaar blijken te spelen.

- Er zijn vooruitziende senioren die, mogelijk door ervaringen van anderen in hun omgeving, voordat de omstandigheden daartoe dwingen kleiner, comfortabeler en dichter bij voorzieningen gaan wonen. Die groep is niet zo groot.
- Groter is het aantal senioren dat besluit te verhuizen als gevolg van een incident: het overlijden van de partner, het wegvallen van een mantelzorger of een poging tot inbraak.
- Sterke druk van de omgeving, met name van kinderen die zich zorgen maken en zelf geen verantwoordelijkheid op zich kunnen of willen nemen, speelt in het besluitvormingsproces ook een belangrijke rol.
- De grond voor die druk ligt veelal in de vermindering van de zelfredzaamheid als gevolg van afnemende gezondheid. De meeste ouderen krijgen vroeg of laat te maken met fysieke beperkingen (bewegingsapparaat, zintuigen, hart en vaten), emotionele problematiek (eenzaamheid, angst, gevoel van onveiligheid) of psychische narigheid (dementie, depressie).

Dat brengt ons op de verschillende types van huisvesting. Waar kunnen senioren dan zo al bij uitkomen?

W. Hendriksen heeft in het begin van dit decennium onder de naam drempelmodel een ordening aangebracht in de verschillende typen seniorenhuisvesting (figuur1). Het denken over die huisvesting is, daarin gestimuleerd door een ingrijpende wijziging van de AWBZ, sindsdien voortgeschreden. Opvallend is het nog nadrukkelijker accent op keuzevrijheid, scheiden van wonen en zorg en extramuralisering. Wij zijn daarom op een nieuwe ordening uitgekomen (figuur 2). Daarin staat

- thuis wonen voor wonen in de eigen woning met kleine aanpassingen en/of (niet 24 uren) zorg
- geschikt wonen voor wonen in de eigen, ingrijpend aangepaste woning, of een nultredenwoning, geen 24 uren zorg in de nabijheid
- verzorgd wonen voor een seniorenwoning, waarbij via een nabij gelegen zorgsteunpunt of verzorgingshuis op afroep verpleging of verzorging kunnen worden ontvangen
- beschermd wonen voor wonen met 24 uren zorg (verpleeg- en verzorgingshuizen; kleinschalig wonen voor dementerenden)



Figuur 1 – Drempelmodel W. Hendriksen Figuur 2 – Drempelmodel anno 2010

De terminologie zelf is niet nieuw; TNO werkt er ook mee. Omdat het systeem flexibeler is geworden kan een meer pluriform huisvestingsaanbod worden ontwikkeld.

Er valt dus wat te kiezen. Gelukkig maar. Toch gaat dat niet vanzelf. Voor sommigen is de drempel naar hun nieuwe huis als een horde. Welke problemen kunnen zich zoal voordoen?

Allereerst emotionele. Verhuizen betekent immers het opgeven van wat bekend en vertrouwd is, en waar ervaringen liggen die door de jaren heen als steeds positiever worden beoordeeld. Daarbij komt dat elke verandering lichamelijke en geestelijke veerkracht vergt. En juist die ontbreekt, ook bij mensen die zich bij de onontkoombaarheid van de verandering hebben neergelegd. Bovendien gaat het onmiskenbaar om de laatste etappe van iemands leven. Onderzoek in Amsterdam leert dat een aanzienlijk aantal ouderen moeite heeft met de sterfelijkheid van het bestaan en in ontkenning vlucht.

Mogelijk moeten ook financiële hordes genomen worden voordat iemand zich elders kan vestigen. Wat zijn de feiten? Van de 2,5 miljoen AOW'ers die Nederland in 2008 telde kreeg, opnieuw volgens het CBS, ruim 70% een aanvullend pensioen, maar bij een derde van de AOW'ers ging dat om € 500 of minder. 15% heeft maandelijks een aanvulling van € 1.500 of meer. Het aantal mensen dat geen volledige AOW geniet, stijgt. Het beeld van de welgestelde, vakantievierende, zeilende, golfende senior geldt dus maar een beperkt deel van de groep.

Vervolgens kan er een probleem zijn met de beschikbaarheid van de gewenste huisvesting. Dat valt te verklaren uit de sterke stijging van het aantal senioren. In ronde getallen: van ca 2,5 miljoen in 2010 naar meer dan 4 miljoen tussen 2030 en 2040. Toepassing van Horizonline (een door TNO ontwikkeld instrument) en kennisname van de cijfers van ABF research leert dat het aantal zelfstandige woningen die geschikt zijn voor senioren met een eventuele zorgvraag, maar zonder 24 uren zorg, nu al 70.000 te laag is. Voor verzorgd wonen (wel 24 uren zorg in de nabijheid) ontbreken 50.000 woningen. Deze aantallen stijgen, als geen doortastende maatregelen worden genomen, zeer sterk.

Tenslotte kan het probleem er in gelegen zijn dat indicatiestelling nodig is, omdat de huisvestingslasten uit de AWBZ worden betaald. Dan hebben we het over huisvesting in een verzorgingshuis of een verpleeghuis.

Er kán dus sprake zijn van een horde, maar gelukkig zijn er velen die de drempel toch weten over te gaan. Waar senioren ook terecht komen, de huisvesting zal steeds moeten voldoen aan eisen van comfort, waarbij rekening wordt gehouden met de bij de leeftijd horende fysieke mogelijkheden, van veiligheid en nabijheid. Recent gerealiseerde projecten voldoen steeds sterker aan deze eisen.

“Nu even niet” of “Dan toch maar wel”?



*Auteurs: Gerard Marlet, Mark Rutherglen, Martha van Biene, Willy Waalderbos, Dort
Spierings*

Jaar: najaar 2010

Gepubliceerd in: Hanblad nr. 16

Krimp kun je bijsturen

De bevolking van Nederland neemt naar verwachting toe tot zeventien miljoen in 2035, waar na het aantal inwoners daalt. Komende decennia groeien vooral de oude steden, met een aantrekkelijk voorzieningenniveau. Landelijke gebieden aan de rand van Nederland lopen leeg. Ook nieuwe steden en groeikernen krimpen. Momenteel zoeken verschillende partijen naar antwoorden op deze ontwikkelingen.

Bevolkingskrimp heeft negatieve gevolgen: personeel is moeilijker te krijgen, er is minder bedrijvigheid, voorzieningen verdwijnen en er komt leegstand. Ondertussen stijgt de zorgbehoefte; er komen meer ouderen die een hogere leeftijd bereiken.

Hoewel de bevolking van Nederland de komende 25 jaar toeneemt tot zeventien miljoen, dreigt in sommige gebieden leegloop. Zo ontvolkt en vergrijsst het platteland aan de randen van Nederland: Oost-Groningen, Zeeuws-Vlaanderen, Zuid-Limburg. Ook de Achterhoek heeft, sinds 2005, te maken met krimp. Verder dreigt vooral de bevolking te dalen in *new towns* als Almere en groeikernen als Apeldoorn en Ede. Bovendien vergrijsst de populatie hier sneller, omdat er in het verleden massaal jonge gezinnen neerstreken, waardoor een eenzijdige bevolkingsopbouw ontstond.

Naar schatting heeft in 2025 ruim de helft van de Nederlandse gemeenten een negatief bevolkingssaldo.

Jongeren belangrijk

De bevolking in ons land krimpt niet overal. De oudere, grotere steden behouden hun inwoners of krijgen er zelfs bij, zo meldt de Atlas voor gemeenten (april 2010). Daarbij speelt een aantal factoren een rol.

Groei of krimp hangt vooral af van de aanwezigheid van jongeren. Mensen tussen de vijftien en dertig jaar zoeken de stad op om er te studeren of te werken. Traditionele universiteitssteden en steden met hbo-opleidingen, waaronder Nijmegen en Arnhem, zijn daarom populair onder mensen in de eerste fase van hun wooncarrière. Mensen in de tweede fase, tussen de dertig en veertig, hebben veranderende behoeften en verlaten de stad weer. Ze krijgen bijvoorbeeld elders een baan of stichten een gezin. Jonge gezinnen verhuizen dikwijls naar het buitengebied bij de stad. ‘Zaak is dus om ervoor te zorgen dat de instroom van jongeren de uitstroom van gezinnen overtreft’, stelt Gerard Marlet, samensteller van de Atlas voor gemeenten.

Niet alleen tússten maar ook bínnen de steden zullen verschuivingen optreden, doordat de woningmarkt waarschijnlijk verruimt. Marlet: ‘Bij een woningoverschot, dalen de prijzen. Dat maakt huizen in niet populaire steden wellicht betaalbaarder, wat weer mensen aantrekt.’ Wonen rond het stadscentrum blijft populair. De tendens is om binnensteden te verdichten. Maar de minder aantrekkelijke wijken, ver van het centrum, zullen eerder leeglopen. Mogelijk gaan in kansarme gebieden en wijken nog meer kansarmen wonen, vanwege de goedkope woningvoorraad. Tegenstellingen tussen arm en rijk worden dan groter.

Aantrekkelijk

De woonaantrekkelijkheid van een stad stijgt fors als de bereikbaarheid van banen toeneemt. Daarom werkt de Stadsregio Arnhem-Nijmegen aan betere bereikbaarheid van deze regio. Uit de Gelderse Stedenmonitor blijkt dat files de regionale economie bedreigen, dus die moeten worden aangepakt.

Andere elementen die een stad aantrekkelijk maken zijn het culturele aanbod, de veiligheid, het aantal koopwoningen en het historische karakter (huizen van voor de Tweede Wereldoorlog). Verder spelen de nabijheid van natuurgebieden en de kwaliteit van het culinaire aanbod mee. Redenen genoeg waarom het vooral in Nijmegen goed toeven is.

Ook neemt de aantrekkelijkheid toe als de woningen en voorzieningen worden aangepast aan de veranderende woonbehoeften (meer ouderen, kleinere huishoudens). 'Wijken slopen en, in lagere dichtheid, nieuwe woningen terugbouwen die aansluiten bij de werkelijke behoeften is één van de mogelijkheden', aldus Mark Rutherglen van adviesbureau PRC.

Met voorzieningen als robotica, domotica en een goede digitale infrastructuur kunnen ouderen langer thuis wonen, meent Martha van Biene, lector Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief. Zorg en diensten worden steeds vaker aangeboden in de directe omgeving van bewoners (woonzorggebieden). 'Maar dat is niet voldoende. Door krimp zijn er minder professionals beschikbaar. Informele sociale netwerken gaan daarom een grote rol spelen. Vanaf nu zijn er veel goed opgeleide 55-plussers die over een aantal jaren met pensioen gaan. Zij zijn fit, hebben kennis van de samenleving en zullen de 'trekker' worden van een sociale economie. Vrijwilligerswerk van ouderen zal toenemen', verwacht Van Biene. Ook denkt zij dat 'nieuwe ouderen' zelf woonvormen scheppen, waarin zij naar eigen wens leven, eventueel met andere ouderen en al dan niet met zelf ingekochte zorg en diensten.

Natuurlijk proces

Over naar het platteland. De Achterhoek telt in 2040 naar schatting 15.000 inwoners minder dan in 2008. Het idee dat je mensen binnenhaalt met veel woningen en industriegebieden lijkt inmiddels achterhaald. 'Krimp is een natuurlijk proces, dat houd je niet tegen. Maar je kunt wel bijsturen. Daarbij kunnen wij adviseren. Bijvoorbeeld dat ze de huidige – enorme - woningbouwprogramma's aanpassen', zegt Willy Waalderbos, voorzitter van de Vereniging van Kleine Kernen (VKK) in Gelderland. 'We maken onder meer toekomstvisies en dorpsontwikkelingsplannen, samen met bewoners. En we adviseren dorpen goed te kijken naar de werkelijke woningbehoefte, ook in de toekomst. Die kan per kern verschillen. Zo was er in Meddo behoefte aan starterswoningen. Die zijn er gekomen. Je moet oppassen dat je niet alleen aan vergrijzing denkt.'

Minder woningen en huishoudens betekent voor een gemeente minder inkomsten (OZB) en minder voorzieningen, zoals een school, een dorpshuis of een supermarkt. Waalderbos: ‘Je kunt niet in alle kernen voorzieningen handhaven, dus je moet de koppen bij elkaar steken: welke voorzieningen kunnen we voor alle kernen samen handhaven en waar moeten ze komen, zodat zoveel mogelijk mensen ervan profiteren? Ik pleit wel steeds voor een realistische aanpak. Je moet het vitaal kunnen houden. Geen werk? Dan ook geen woningen. En ik vind dat je zoveel mogelijk partijen erbij moet betrekken, zoals gemeenten, provincie en woningbouwcorporaties.’

Kannibalisme voorkomen

Ook adviesbureau PRC, onderdeel van ARCADIS, pleit voor een aanpak met alle betrokken partijen samen, met een regierol voor de provincie. Dat moet onderlinge concurrentie en ‘kannibalisme’ voorkomen. Mark Rutherglen is als senior adviseur Gebiedsontwikkeling & Wonen betrokken bij een pilot van het ‘Ontbouwingsplan’ in het Friese Holwerd. ‘In krimpgebieden treedt altijd waardevermindering op. Om die zoveel mogelijk te beperken, is een mix van ingrepen nodig, afhankelijk van het gebied. Het kan betekenen dat je in één dorp huizen afbreekt en inruilt voor nieuwe natuur. Als je zorgt dat je aansluit bij de ecologische hoofdstructuur of doelen op het gebied van waterberging, kun je subsidie krijgen, wat de waardevermindering beperkt. Slimme cofinanciering is de sleutel voor uitvoerbare ontbouwingsplannen.’ Rutherglen pleit verder voor regionale verevening, waarbij woningcorporaties, projectontwikkelaars en overheden een percentage storten van de opbrengsten van nieuwe ontwikkelingen bij steden, om daarmee sloop elders in een krimpregio te bekostigen.

Brede aanpak

De HAN richt zich op de regio in al haar facetten. Vandaar dat er meerdere opleidingen en lectoraten betrokken zijn bij het vraagstuk van krimp, vergrijzing en ontgroening:

- Lectoraat Kunst, cultuur en economie;
- Lectoraat Lokale dienstverlening vanuit klantperspectief;
- Lectoraat Onder nemerschap;
- Lectoraat Innovatie van de Publieke sector;
- Lectoraat ZorgGericht Bouwen.

Sterker hbo-onderwijs, vitalere Achterhoek

Niet alleen vergrijst en ontgroent de Achterhoek, ook ligt hier het opleidingsniveau lager dan in vergelijkbare regio's. Versterking van de kennisinfrastructuur en innovatie moet de regio vitaal houden. De gemeente Doetinchem en de HAN bekijken daarom of het realiseren van sterker hbo-onderwijs in de regio, met de focus op duurzaamheid en innovatieve maakindustrie, kan bijdragen aan deze vitalisering. De HAN zou vanuit een ‘kennis- en transferpunt’ in Doetinchem regionale bedrijven, instellingen en anderen kunnen bedienen. De bedoeling is dat onderwijs en onderzoek vanuit de HAN nog beter aansluiten op de specifieke behoeften in de Achterhoek. De HAN kan gerichte bij- en nascholing ontwikkelen (een leven lang leren) zodat werknemers uit de regio zich de benodigde kennis en vaardigheden eigen kunnen maken. Onderzoek en projecten van de HAN-lectoraten vergroten de innovatiekracht van ondernemingen en trekken nieuwe bedrijven aan.

Krimp kan leiden tot een neerwaartse spiraal met toenemende leegstand en steeds minder voorzieningen. ‘Die moet je doorbreken. Over het clusteren van voorzieningen moeten op regionaal niveau strategische keuzes gemaakt worden, zodat daar het voorzieningenniveau op peil blijft. Belangrijk is dat ondernemers en bewoners meebeslissen. Zij weten als geen ander wat de sterke punten zijn van hun regio. Die kun je uitbuiten.’

Onderschatten

Dort Spierings, onderzoeker en coördinator bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen, is geschrokken van de neiging van woningcorporaties en bestuurders om vergrijzing en krimp te onderschatten. Dat merkte hij tijdens een onderzoek in Nijmeegse buurgemeenten, waarvoor het lectoraat de bevolkingsprognose tot 2040 vergeleek met de beschikbare woningvoorraad. ‘Ze denken dat het hen niet treft omdat ze dicht bij een aantrekkelijke stad liggen en zetten in op stabiliteit of groei. Maar jeugd en starters kiezen eerder voor de stad dan voor een buurgemeente. En vergrijzende gemeenten zijn minder aantrekkelijk voor jonge gezinnen.’

De woningvoorraad in de onderzochte buurgemeenten bestaat voor zeventig tot tachtig procent uit eengezinswoningen. Dat sluit niet aan bij de toekomstige woonbehoeften van ouderen. Spierings: ‘Bovendien staat vastgoed er zo’n dertig tot veertig jaar, dus alles wat je neerzet moet ‘krimpgericht’ zijn. Dat is lastig als je gewend bent om te denken in groei. Dus, eerst moet je die krimp accepteren, wil je passende scenario’s kunnen ontwikkelen.’

www.vanmeernaarbeter.nl

www.atlasvoorgemeenten.nl

www.prc.nl

www.vkkgelderland.nl

martha.vanbiene@han.nl

dort.spierings@han.nl



Auteur: Ir. Dort Spierings

Coauteurs: ir. Jidske Kohlmann, ing. Toine van Lieshout

Jaar: mei 2011

Gepubliceerd in: SeniorVAK

De GroenGrijze Blik,

Analyse-instrument van bestaande en nieuwe woonserviceconcepten

Kiezen met krimp

Met voor de komende decennia enerzijds de vergrijzing anderzijds de krimp voor ogen proberen gemeenten, woningbouwverenigingen en zorginstellingen de juiste combinaties voor hun levensloopbestendige bestaande en nieuwe wijken te maken ten aanzien van wonen, zorg en service. De juiste combinaties, maar ook de juiste duurzame keuzes: welke woningen aan te passen en welke te slopen; waar kan een buurt met positionering van een extra voorziening het juiste welzijns- of zorgniveau bereiken? En..., waar dienen we, tot voor kort ongebruikelijke, krimpscenario's te hanteren? De overheid als voorschrijvende partij heeft zich bovendien daarvan teruggetrokken, keuzes en de financiële verantwoording daarvan worden aan de markt overgelaten.

Toolkit

Met een combinatie van data uit bestaande demografische databases, een inventarisatie van het woningbezit of de woonplannen en een analyse van loopafstanden variërend naar zorgprofiel, is een toolkit ontwikkeld om breed, snel maar toch met voldoende diepte opties in kaart te brengen. Gericht op keuzes, alternatieven en scenario's in wonen, welzijn en zorg, uitgaande van de demografische ontwikkeling van een gemeente of specifiekere locatie voor 20-30 jaar.

Opbouw toolkit “De GroenGrijze Blik”

De toolkit “De GroenGrijze Blik” is als eerste toegepast op twee kleinere gemeenten bij Nijmegen, die een deels onaangepast woningaanbod, een scala aan keuzes voor zorg- en welzijnsvoorzieningen en een prachtige groene ligging combineerden. De opdrachtgevers waren zorgcoöperatie Kalorama en woningbouwvereniging Oosterpoort (Lieshout et al., 2010).

Er is gestart bij de demografische ontwikkelingen in deze gemeenten, gericht op vergrijzing en krimp. Hiervoor zijn cijfers gebruikt uit Horizonline (TNO, 2007). Deze cijfers zijn naast die van de stadsregio en van de gemeenten Heumen en Ubbergen zelf gelegd. Hieruit konden de trends tot 2030 voor de zorgprofielen zoals TNO die onderscheid worden gehaald (TNO, 2010). Voor een overzicht van deze profielen zie tabel 1. Uit de gecombineerde data kon worden geconcludeerd dat beide gemeenten krimpen maar ook sterk vergrijzen, dat laatste veel sterker dan het landelijk gemiddelde, zie voorbeeld tabel 2.

Tabel 1: Zorgprofielen TNO gekoppeld aan ZZP's en bijpassende zorg en huisvesting (HAN ZGB, 2010)

Zorgprofiel TNO	Omschrijving	Zorgzwaarte-pakket	Loopcirkels voorzieningen	Zorg	Huisvesting
1	ouderen met weinig of geen beperkingen		700-1000 m	Geen zorg	Zelfstandig
2	ouderen met mobiliteitsbeperkingen	ZZP1 - ZZP2	circa 500 m	Planbare zorg	Extramuraal
3	ouderen met mobiliteitsbeperkingen, ongewild urineverlies en beperkingen persoonlijke verzorging	ZZP3 - (ZZP9)	circa 300 m	Planbare of oproepbare zorg of diensten	Extra of intramuraal
4	ouderen met veel fysieke beperkingen	ZZP6 - ZZP8 - ZZP10	circa 100 m	Niet planbare 24uurszorg	Intramuraal
Dementie	Ouderen met dementie	ZZP4 - ZZP5 - ZZP7	Onder begeleiding		

Tabel 2: Voorbeeld demografische ontwikkeling vanuit Horizonline (Primos, ABF Research, 2010)

Demografie Ubbergen	2010	2030
aantal inwoner	9.324	8.874
aantal 75-plussers	904	1.551
verschil t.o.v. 2010	-	+71,6%
Gemiddelde vergrijzing		
gemiddelde in Ubbergen	9,7	17,5
landelijk gemiddelde	6,9	11,5

In een aparte lijn is het bestaande vastgoed van de woningcorporatie geïnventariseerd, waarbij de plattegronden van de meest voorkomende typen op levensloopbestendigheid en aanpasbaarheid zijn gecheckt. De derde lijn is de inventarisatie van voorzieningen, zowel zorg-, welzijns- als algemene voorzieningen. En als laatste en belangrijkste stap zijn vastgoed, voorzieningen en demografie gekoppeld in een overall analyse. Daarbij zijn loopcirkels met steeds meer beperkende actieradius gekoppeld aan de verwachte zorgprofielen gecombineerd met vastgoed en voorzieningen.

30

Zie voor een voorbeeld figuur 2, waarin met rood de niet aangepaste woningen en met blauw de aangepaste woningen zijn aangegeven. De verschillende kleine cirkels staan voor voorzieningen, waarbij grotere cirkels belangrijkere voorzieningen zijn. Vervolgens zijn om de belangrijkste voorzieningen loopcirkels getrokken, in dit voorbeeld voor mensen met zorgprofiel 2 of 3, respectievelijk 500 en 300 meter. Tenslotte zijn de belangrijkste overlappende gebieden, waar de meeste voorzieningen binnen een geschikte loopafstand zich bevinden felgroen gemarkeerd.

Met een dergelijke inventarisatie en analyse kan een gemeente, woningbouwvereniging of zorg-coöperatie strategische keuzes maken. Het is nu mogelijk of strategisch woningen af te stoten, danwel aan te passen. Of door het verplaatsen of bijplaatsen van een voorziening bestaand vastgoed binnen de loopcirkels te brengen. Bij de cases in

Heumen en Ubbergen is wel gebleken is dat het denken in krimp nog een hele omslag vraagt. Ontkenning ligt nog erg voor de hand evenals het onderstrepen van de eigen uniciteit. Echter zal de krimp in elke regio toch ergens zijn effecten krijgen en wij denken dat voorbereid zijn op krimpscenario's alles behalve een overbodige exercitie is (Graaf, 2009; Heck, 2009).

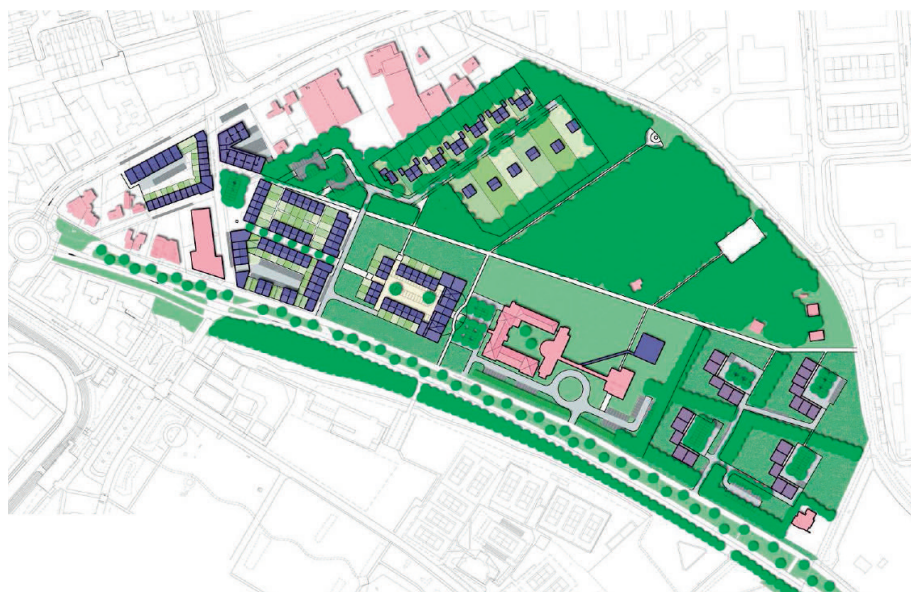


Figuur 2: Analyse bestaande wijk met vastgoedbezit en loopcirkels zorgprofiel 3 om voorzieningen (HAN-ZGB, 2010)

De tool in nieuwbouwplannen

In een tweede onderzoek met de GroenGrijze Blik is voorjaar 2011 een inbreidingsplan voor een kleine woonservicezone langs dezelfde analytische maatlat gehaald. Het gaat hier om de evaluatie van bestaande vastgoedplannen en het bepalen van de geschikte doelgroepen gekoppeld aan zorg- en welzijnsvoorzieningen. De opdrachtgever is SVUwonen te Uden (Kohlmann et al., 2011).

Het betreffende gebied is een semi-woonservicezone, vooralsnog geen volwaardige woonservicezone omdat de gemeente daarvoor andere meer voor de hand liggende bestaande woonwijken heeft aangewezen. Echter door de centrale ligging binnen de locatie van een bestaand kloosterverzorgingstehuis, en de nu geplande groei met 250 woningen voor dit gebied, zou het bij een juiste invulling alsnog een status als woonservicegebied kunnen krijgen. De opdracht is gericht op het vinden van geschikte varianten voor een invulling daarvoor.

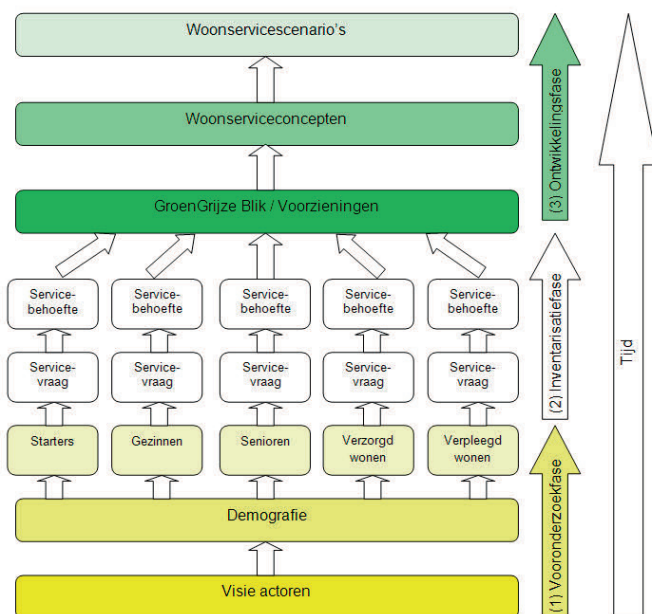


Figuur 3: Het te analyseren nieuwbouw woonservicegebied met invulling vastgoed en loopcirkels zorgprofielen om voorzieningen (HAN-ZGB, 2011)

Ook hier is gestart met een demografische analyse. Gebruikmakend van de cijfers van Horizonline, de gemeente en provincie. Daarnaast zijn de visies van de belangrijkste vijf actoren voor het gebied naast elkaar gelegd, waarbij verschillen en overeenkomsten helder werden. Deze accentverschillen zijn later gebruikt om de kleuring van de scenario's in te vullen. Deze vormen het eindresultaat van het onderzoek, ze zijn onderbouwd met de demografische data. Uitgangspunt voor alle scenario's is een beoogde mix aan doelgroepen van starters, gezinnen, zelfstandig wonende senioren en senioren die verzorgd of verpleegd willen wonen, een indeling die door het lectoraat ZorgGericht Bouwen eerder in het drempelmodel is uitgewerkt (Vroon et al., 2010).

32

Vanuit elke doelgroep is de zorgvraag maar ook de servicebehoefte bepaald. Dit is onder andere gebeurd in een focusgroep van potentiële bewoners maar ook door gesprekken met experts en vertegenwoordigers van de doelgroepen. De combinaties van zorgvragen en servicebehoeften worden uitgewerkt in woonserviceconcepten. De circa vijf verschillende scenario's tenslotte leggen de nadruk op een zekere doelgroep, of juist op het specifieke groene of stille karakter. De resultaten met de uitwerkingen van de woonserviceconcepten en scenario's worden deze zomer verwacht.



Figuur 4: Ontwikkeling van woonserviceconcepten en scenario's vanuit GroenGrijze Blik (HAN-ZGB, 2011)

Bewust kiezen

Samengevat kunnen we stellen dat de wereld van wonen, welzijn en zorg volop aan het schuiven is en blijft. De overheid trekt zich terug als financierder maar ook als regelgever, waarmee gemeenten, coöperaties uit zorg en bouw zoekende zijn naar de juiste handvatten voor het nemen van strategische beslissingen over de middellange termijn. Het aanvaarden van krimp als reëel scenario is daarbij nog lang geen gemeengoed.

We pleiten sterk voor bewustere keuzes op de thema's wonen, zorg en welzijn. Het spelen met de mogelijkheden door de opties letterlijk in kaart te brengen kan daarmee een opener discussie bevorderen. Bediscussieer deze vanuit duurzame demografische tendensen waarin geen ontkenning van krimp zou mogen plaatsvinden.

Dort Spierings, Jidske Kohlmann en Toine van Lieshout,
Lectoraat ZorgGericht Bouwen, april 2011.

Literatuur

Graaf (ed.) (2009) *Ruimte maken voor krimp, Ontwerpen voor minder mensen*. Amsterdam: BNA.

Heck, W. (2009) Accepteren maar, die krimp. Steden slopen leegstaande flats om verloedering te voorkomen, *NRC Next*, 11 december 2009

Kohlmann, J., B. van der Kemp & M. van Ruiswijk (2011) *Woonserviceconcepten Retraitehuis Uden*, Lectoraat ZorgGericht Bouwen, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Lieshout, T. van, R. Aalbers & T. Goossens (2010) *De groengrijze blik*, Lectoraat ZorgGericht Bouwen, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

TNO (2007) "Horizon: een instrument voor het ramen van de vraag naar verpleging en verzorging voor ouderen," in. Utrecht: TNO.

TNO (2010) "Kennisplein Zorg en Bouw."

Vroon, T., M. Balder & E. Heemink (2010) "Nu even niet." Senior, servicewonen in optima forma.



Auteur: Ir. Jidske Kohlmann

Coauteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: november 2011

Gepubliceerd in: weekblad facilitair management

Het blijft een uitdagende puzzel

Omgaan met de zorgbehoefte en zorgvraag van senioren

Wat is nu eigenlijk de zorgbehoefte en zorgvraag van senioren, en bestaat er wel zoiets als de senior? Het antwoord luidt: nee. Dit doordat alle 55+'ers anders zijn en andere behoeftes hebben. Hierdoor blijft het een uitdagende puzzel om dit soort vraagstukken op te lossen.

Vergrijzing

Nederland heeft te maken met een vergrijzende bevolking en hierdoor ontstaan er een viertal problemen. Dit zijn tekorten aan: behoefte aan seniorenbouw, geschikte locaties voor seniorenbouw, financiering en beroepskrachten. Al deze behoeftes hangen samen. Beginnend met een behoefte aan seniorenwoningen op een geschikte locatie, waarvoor financiering nodig is ook voor de zorg.

GroenGrijze blik

Als een geschikte locatie voor seniorenbouw gevonden is, is het belangrijk dat met behulp van een stappenplan gebaseerd op de GroenGrijze blik de behoefte aan senioren bebouwing in kaart gebracht wordt.

Wij onderscheiden daarbij:

1. Demografie en zorg in kaart brengen
2. Concrete zorgvraag
3. Voorzieningen in kaart brengen
4. Loopcirkels bekijken
5. Woonservice concepten
6. Woonservice scenario's

Zo wordt alle wezenlijke informatie in kaart gebracht om de juiste locatie te kiezen en het passende vastgoed te ontwikkelen. Elke stap levert input voor de volgende stap. De vijfde en zesde stap bieden oplossingsvarianten.

Casus

Gegeven was een bestaand verzorgings- verpleeghuis. De grond rondom dit gebouw is gekocht door een woningcorporatie die willen bouwen voor een mix van doelgroepen. De doelgroepen zijn: starters, gezinnen, medioren en senioren. De locatie is gelegen in een gemeente met 40.000 inwoners net buiten het centrum grenzend aan sportvelden en lichte industrie.



Stap 1: demografie en zorg

De eerste stap is het in kaart brengen van de demografie en zorg. In tabel 1 is te zien dat in deze case het aantal 75-plussers sterk groeit, daarnaast verdubbeld de gemiddelde vergrijzing. Uit de zorgcijfers (tabel 2) blijkt dat er steeds meer zorg nodig is, doordat het aantal mensen met een zorgprofiel groeit, waarvan profiel 2 mensen met een lichte zorgvraag het sterkst.

Tabel 1. Demografie

Demografie	2010	2030
Aantal inwoners	40.058	40.855
Aantal 75-plussers	2.490	5.767
Gemiddelde vergrijzing	2010	2030
Gemiddelde gemeente	6,20%	14,10%
Landelijk gemiddelde	6,90%	11,50%

Tabel 2. Zorgprofielen

Profiel	Omschrijving	2010	2015	2020	2025	2030
Profiel 2	Ouderen met mobiliteitsbeperkingen	369	460	558	657	740
Profiel 3	Ouderen met mobiliteitsbeperkingen ongewild urineverlies en beperkingen persoonlijke verzorging	349	429	524	618	694
Profiel 4	Ouderen met veel fysieke beperkingen	169	210	268	331	392
Dementerenden, zware zorg	Ouderen met dementie en zware zorg	134	171	221	274	330
Totaal		1.021	1.270	1.572	1.880	2.156

Tabel 3. Zorgdiensten (ZGB, 2011)

Zorgdiensten	0 -20 jaar	20 – 35 jaar	35 – 55 jaar	55+ jaar
Huisarts / Apotheek				
Fysiotherapie				
Logopedie				
Ergotherapie				
Tandarts				
Psycholoog				
Verloskundige / kraamzorg				
Diëtist				
Consultatiebureau				
Senioren consultatie				
Thuiszorg – verpleging				
Verpleeg- verzorgingshuis				

Legenda

	Behoefte
	Mogelijke behoefte
	Geen behoefte

Stap 2: Concrete zorgbehoefte

Als tweede stap wordt de concrete zorg bekeken. De zorgvraag is de absolute vraag naar zorg. Het gaat hier om de daadwerkelijk afgenomen zorg. De zorgbehoefte is meer dan de vraag naar zorg alleen, het gaat namelijk om de behoefte aan zorg. Het gaat om wat iemand nodig heeft, maar om wat iemand wil (of juist niet wil). De zorgbehoefte vanuit de betrokken persoon is veranderlijk. Per leeftijdscategorie is de zorgbehoefte in kaart gebracht hierbij is de haalbaarheid niet meegenomen.

Stap 3: Voorzieningen

Als derde stap worden alle voorzieningen in kaart gebracht, en onderverdeeld in verschillende categorieën.

De categorieën zijn:

- Gemeenschapsvoorzieningen
- Religieuze voorzieningen
- Commerciële voorzieningen
- Zorg- Welzijnsvoorzieningen
- Sportvoorzieningen
- Onderwijs

De belangrijkste voorzieningen worden weergegeven als servicedienst per leeftijdscategorie. Deze behoeftes zijn bepaald aan de hand van een focusgroep en interviews met lokale experts.

Tabel 4. Servicediensten (ZGB, 2011)

Servicediensten	0 - 20 jaar	20 - 35 jaar	35 - 55 jaar	55+ jaar
Kinderopvang				
Basisschool / Middelbare school				
Maaltijdvoorziening				
Sociaal contactpunt				
Supermarkt				
Ov halte				
Sportvelden				
Buurthuis				
Pinautomaat				
Bibliotheek				

Legenda	
	Behoefte
	Mogelijke behoefte
	Geen behoefte

Stap 4: Loopcirkels

Als vierde stap worden de loopcirkels weergegeven. Hiermee wordt in kaart gebracht welke voorzieningen voor senioren bereikbaar zijn en welke niet. De zorgprofielen (tabel 5) TNO zijn gekoppeld aan de zorgzwaartepakketten.

Tabel 5. Koppelingprofielen / zzp's (groengrijze blik, 2010)

Zorgprofiel TNO	Omschrijving	Zorgzwaartepakket	Loopcirkels	Zorg	Huisvesting
1	Ouderen met weinig of geen beperking		700-1000 m	Geen zorg	Zelfstandig
2	Ouderen met mobiliteitsbeperkingen	ZZP 1 – ZZP 2	Circa 500 m	Planbare zorg	
3	Ouderen met mobiliteitsbeperkingen ongewild urineverlies en beperkingen persoonlijke verzorging	ZZP 3 – (ZZP 9)	Circa 300 m	Planbare zorg of oproepbare zorg of diensten	Extramuraal
4	Ouderen met veel fysieke beperkingen	ZZP 6 – ZZP 8 - ZZP 10	Circa 100 m	Niet planbare zorg en 24 uur zorg	Extra of intramuraal
Dementie	Ouderen met dementie	ZZP 4 – ZZP 5 – ZZP 7			Intramuraal

Hiertoe zijn eerst de belangrijkste voorzieningen weergegeven en daaromheen de loopcirkels getrokken (figuur 1). Vanuit de nieuwbouwlocatie zijn veel essentiële voorzieningen zoals huisarts/apotheek en supermarkt niet bereikbaar. Minder essentiële voorzieningen zoals park sportvoorzieningen zijn wel bereikbaar.



Figuur 1. Loopcirkels profiel 3 (ZGB, 2011)

- Legenda**
 - Zorgcentrum
 - Ontmoetingsruimte
 - Kerk
 - Bushalte
 - Fysiotherapie
 - Supermarkt
 - Huisarts / apotheek
 - Centrum
 - Pinautomaat
 - Park
 - Sportvoorzieningen

Stap 5: Woonservice concepten

Als vijfde stap worden mogelijke woonservice concepten (tabel 6) weergegeven. De concepten worden gebaseerd op de doelgroepen gegeven door opdrachtgever en een beperkt aantal thema's. De thema's die gekozen worden voor de concepten zijn gebaseerd op: de locatie, interviews met opdrachtgever, zorgleverancier, gemeente, toekomstige bewoners en op de omgeving.

Tabel 6. Scenario's (ZGB, 2011)

Groen en rust		Thema	
		Wellness en bezinning	
Doel-groep	Mix van bewoners	X	
	Senioren dorp	X	X
	Beschermd wonen	X	

Aan de hand van deze concepten wordt gekeken welke voorzieningen nodig zijn op de locatie. Uitgesplitst naar het volledig faciliteren, faciliteren van een flexibele ruimte of het niet faciliteren afhankelijk van het draagvlak. In sommige gevallen is er niet voldoende draagvlak om volledig te faciliteren maar is de behoefte wel groot. In dit geval wordt aangeraden om een flexibele ruimte te faciliteren waar deze dienst voor bijv. 2 dagdelen per week gebruik van kan maken.

Tabel 7. Faciliteren zorg diensten (ZGB, 2011)

Zorgdiensten	Volledig faciliteren	Flexibele ruimte	Niet Faciliteren
Huisarts / Apotheek			
Fysiotherapie			
Logopedie			
Ergotherapie			
Tandarts			
Psycholoog			
Verloskundige / kraamzorg			
Diëtist			
Consultatiebureau			
Senioren consultatie			
Thuiszorg – verpleging			
Verpleeg- verzorgingshuis			
Servicediensten	Volledig faciliteren	Flexibele ruimte	Niet faciliteren
Kinderopvang			
Basisschool / Middelbare school			
Maaltijdvoorziening			
Sociaal contactpunt			
Supermarkt			
Ov halte			
Sportvelden			
Buurthuis			
Pinautomaat			
Bibliotheek			

Stap 6: Woonservice scenario's

De zesde en laatste stap is het maken van de woonservice scenario's. Aan de hand van de concepten zijn verschillende scenario's geschetst voor de locatie. Eén van deze scenario's is vitale 55+ in groen en rust (figuur 2). In dit scenario worden twee kappers en appartementen met en zonder zorg gerealiseerd voor vitale 55+, medioren en beschermd wonen. De voorzieningen in dit scenario worden gerealiseerd bij het bestaande verpleeg- verzorgingshuis omdat ze hier centraal en voor iedereen op loopafstand liggen.



Figuur 2. Scenario Senioren in Groen en Rust (ZGB, 2011)

Op zoek naar het sluitende stukje?

Het GroenGrijze blik stappenplan is een hulpmiddel om voor een geschikte locatie voor senioren de juiste bebouwing voor deze doelgroep in kaart te brengen. Hierbij is het belangrijk dat de wensen en eisen van de toekomstige bewoners meegenomen worden en dat deze dynamisch zijn evenals de zorgbehoefte en servicebehoefte. De senioren, starters en medioren van nu zijn niet die van de toekomst. Hierdoor is de puzzel dus nimmer af, het is een uitdaging om het volgende stukje te leggen.

Voor meer informatie zie www.zgb.nu.

Cv schrijver

Hoofd auteur – Jidske Kohlmann

werkzaam bij – Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN)

functie – Junior onderzoeker / coördinator stedelijke vernieuwing

relevante vooropleiding – TU delft Real Estate and Housing

Co auteur – Dort Spierings

Co auteur – Dort Spierings

werkzaam bij – Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN)

functie – Promovendus Radboud Universiteit Nijmegen

relevante vooropleiding – TU Eindhoven Architectuur en Stedenbouw

Auteurs: Ir. Martin Bouwman & ir. Jarno Nillesen

Jaar: april 2012

Wonen met een zorgvraag in 2030

Visies op vastgoed voor langdurige en chronische zorg in een veranderende context

Verskillende ontwikkelingen in Nederland hebben ertoe geleid dat de zorgsector zich in toenemende mate voor problemen gesteld ziet. Enerzijds zijn deze problemen een gevolg van de vergrijzing van de bevolking, de daarmee samenhangende forse toename van de zorgvraag en het groeiende gebrek aan personeel om in die zorgvraag te kunnen voorzien. Anderzijds wordt de zorgsector geconfronteerd met ingrijpende beleidswijzigingen van de overheid, waardoor de zorgsector met een gecontroleerde marktwerking moet leren omgaan. Daarbij wordt de sector geconfronteerd met een overheidsbeleid dat op delen nog volop in ontwikkeling is en de neiging heeft slechts zeer langzaam tot een definitieve vorm te komen. Als resultaat heerst op beleidsgebied een grote onzekerheid binnen de zorgsector.

Zorginstellingen zijn door het nieuwste overheidsbeleid in veel grotere mate zelf verantwoordelijk geworden voor een gezonde financiële basis voor hun activiteiten. Financiering vanuit de collectiviteit is alleen beschikbaar voor diensten die daadwerkelijk geleverd worden. Voor de financiering van grote investeringen in bijvoorbeeld specialistische apparatuur en vastgoed zijn instellingen afhankelijk geworden van degelijke businesscases. Daardoor zijn instellingen gedwongen om beter na te denken over de totale bedrijfsvisie en meer specifiek over de aan te spreken doelgroepen, marktontwikkelingen, bedrijfsprofilering en de rendabiliteit van het investeringsplan.

Een goed onderbouwde vastgoedstrategie zal een voorwaarde zijn om de financiering van investeringen in de vastgoedportefeuille van zorgondernemingen rond te krijgen. Voor een toekomstbestendige strategie is het noodzakelijk om een visie te ontwikkelen op de manier waarop de zorgonderneming om wil gaan met veranderingen in het zorglandschap. Toekomstscenario's kunnen zicht bieden op de spreiding van de mogelijke ontwikkelingen en kunnen zodoende een houvast bieden voor de ontwikkeling van een visie op de te volgen vastgoedstrategie voor de lange termijn. Binnen een organisatie zal een dergelijke visie in ieder geval uitspraken moeten doen over de positie die de organisatie in de markt wil innemen, de doelgroep die zij wil aanspreken en wijze waarop zij in de vraag van die doelgroep wil gaan voorzien.

45

In dit essay worden toekomstscenario's geëxploreerd met als vertrekpunt het boek *Diagnose 2025* van Philip Idenburg en Michel van Schaik. Zij presenteren in hun boek een veelomvattend onderzoek naar mogelijke toekomstscenario's voor de Nederlandse gezondheidszorg, waarbij vooral wordt ingegaan op de economische, sociologische en politieke aspecten die invloed hebben op de toekomstige ontwikkelingen.

De scenario's uit *Diagnose 2025* zijn geanalyseerd op hun betekenis voor het bouwen voor chronische en langdurige zorg. Uit deze analyse volgen zowel overeenkomsten als grote verschillen in de manier waarop in de toekomst mogelijk gebouwd zal worden in de verschillende scenario's. Het essay pretendeert niet om dé manier van bouwen gegeven een zeker scenario te presenteren. Daarvoor is de wijze waarop gebouwd kan worden te zeer afhankelijk van de bedrijfsvisie die van organisatie tot organisatie zal verschillen. Daarentegen geeft het essay een inzicht in de consequenties die verschillende scenario's zullen hebben voor met name de schaalgrootte waarop gebouwd zal worden voor chronische en langdurige zorg.

De zorgsector in een impasse

De demografische samenstelling van de bevolking van Nederland zal de komende jaren sterk gaan wijzigen door de vergrijzing van de bevolking. Het aantal 65-plussers, op dit moment circa 14 procent van de totale bevolking, zal toenemen tot ongeveer 25 procent in 2040. Deze toename gaat vooral ten koste van de omvang van de beroepsbevolking.¹⁾ Met dit verschijnsel heeft onze samenleving nog niet eerder te kampen gehad: sinds 1980 is de verhouding tussen de omvang van de beroepsbevolking en de omvang van de groep 65-plussers in onze samenleving nagenoeg gelijk geweest.²⁾ Hoewel de ontwikkelingen van de bevolkingssamenstelling getalsmatig met een redelijke betrouwbaarheid te voorspellen zijn, levert de vergrijzing toch grote onzekerheden op. Het is niet duidelijk hoe we met een toenemende zorgvraag kunnen omgaan, wanneer we tegelijkertijd worden geconfronteerd met een steeds krapper arbeidsmarkt en een chronisch tekort aan zorgverlenend personeel. Een duidelijke overheidsvisie op deze problematiek is nog volop in ontwikkeling, waardoor er geen eenduidig beleid met een heldere doelstelling kan worden geformuleerd.³⁾

Tegelijkertijd is er binnen de politiek wel degelijk een gevoel van urgentie ten aanzien van de collectieve kosten van de zorgsector, aangezien deze kosten een steeds groter deel omvatten van de overheidsuitgaven. Een einde aan deze kostenstijging lijkt nog niet op handen te zijn, aangezien er tot 2040 een forse toename van het aantal ouderen en daarmee een toename van de zorgvraag wordt verwacht. Mede door deze kostenontwikkeling heeft de overheid besloten om de financiering van de zorgsector te veranderen van een budgetgestuurd systeem in een prestatiegestuurd systeem. De heersende opvatting is dat de zorgsector goedkoper en klantgerichter kan werken door de introductie van marktwerking in de sector. Door deze verandering in het overheidsbeleid bevindt de hele zorgsector zich thans in een overgangsfase. De sector is zelf verantwoordelijk geworden voor de verantwoorde financiering van zijn bezigheden, ook ten aanzien van zijn vastgoed. Tegelijkertijd ontbreekt een betrouwbaar beleid ten aanzien van de wijze waarop (een deel van)

de huisvestingslasten van zorginstellingen in de nabije toekomst zullen worden bekostigd vanuit de collectieve financiering van de zorg. Daarmee is de onzekerheid voor investeringen in onder andere zorgvastgoed zodanig groot geworden, dat er vrijwel geen langlopende financiering vanuit de markt aan te trekken is. Het gevolg is dat de ontwikkeling van zorgvastgoed op dit moment zeer moeilijk is.⁴⁾

Denken in scenario's als basis voor vastgoedbeleid

De zorgsector heeft zowel binnen als buiten Nederland te maken met een sterk veranderende context voor de zorgverlening. Bij de ontwikkeling van nieuwe initiatieven is niet duidelijk met welke toekomstige context rekening moet worden gehouden met als gevolg dat de besluitvaardigheid in de sector afneemt. Met name ten aanzien van de financiering van grote investeringen in bijvoorbeeld vastgoed worden de ontwikkelingen sterk geremd door de onzekerheid over de toekomstige context waarbinnen de zorgsector moet functioneren.

Vastgoed in de zorgsector dat nu wordt ontwikkeld zal in 2030 nog niet aan een eerste grootscheepse renovatie toe zijn. Dat betekent dat de gebouwen die nu worden ontwikkeld in staat moeten zijn om te voldoen aan de eisen die er in 2030 aan gesteld zouden kunnen worden. Het voorspellen van die eisen is normaal gesproken al zeer lastig, maar is nu zelfs nog lastiger door de grote verschuivingen in de demografie, de ontwikkeling van de zorgvraag, de manier van zorg verlenen en het overheidsbeleid.

Een manier om de mogelijke consequenties van de veranderende context in kaart te brengen is het denken in scenario's. Vanuit de recente bewegingen in de markt, in de zorgsector en in de politieke opvattingen is het mogelijk om verschillende scenario's voor de toekomst te verkennen. Door middel van een dergelijk denkmodel is het mogelijk om het spectrum aan mogelijke ontwikkelingen en hun waarschijnlijkheid inzichtelijk te maken; de scenario's bieden een verkenning van de toekomst die zich aan de horizon aankondigt.⁵⁾

Het is misschien ook mogelijk om binnen de verschillende scenario's een aantal constanten terug te vinden. De scenario's en hun constanten kunnen een basis bieden voor de ontwikkeling van een langetermijnvisie op onder meer de ontwikkeling van zorgvastgoed. De zekerheden en onzekerheden kunnen worden benoemd en er kan actief beleid op worden geformuleerd, zowel op overheidsniveau als op instellingsniveau. Daarmee ontstaat mogelijk ook een betere basis om financiering voor de ontwikkeling van zorgvastgoed vanuit de markt aan te trekken.

Diagnose 2025: drie scenario's voor de toekomst van de gezondheidszorg

In het boek *Diagnose 2025: Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*, dat in 2010 is verschenen, publiceren Philip Idenburg en Michel van Schaik een gezamenlijk onderzoek van de Rabobank en BeBright naar mogelijke scenario's voor de Nederlandse gezondheidszorg in 2025. In het boek worden 17 meetbare en relevante trends beschreven die aantoonbaar een grote impact hebben op de ontwikkeling van de gezondheidszorg. De trends zijn middels een systeemdynamisch model met elkaar gecombineerd tot een drietal scenario's voor 2025 met de namen Virusscenario, Chronisch Ziekscenario en Breukscenario. De scenario's beschrijven drie mogelijke ontwikkelingen ten aanzien van de gezondheidszorg door het variëren van drie kernonzekerheden: de kostenontwikkeling, het economische klimaat en het politieke klimaat. Met elkaar benaderen de scenario's de reikwijdte van de horizon voor mogelijke toekomstige ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg. Hierna volgt een beschrijving van de verschillende scenario's uit *Diagnose 2025*. Zij vormen de basis voor de redenering in dit essay.

Virusscenario

De economie herstelt zich krachtig na de recessie van 2008 en keert terug op haar oorspronkelijke groeipad. De overheid treedt daadkrachtig op en ondersteunt het economische herstel met investeringen en grote hervormingen. De politiek is links georiënteerd en er is weinig vertrouwen in het oplossende vermogen van het marktmechanisme als het om maatschappelijke problemen gaat. Daarom neemt de overheid een regulerende rol op zich op maatschappelijk belangrijke gebieden zoals de gezondheidszorg. Nederland is beduidend meer solidair geworden: zowel maatschappelijk als politiek wordt er veel aandacht besteed aan formele en informele solidariteit.

In dit scenario wordt de grootste kostenstijging geprognosticeerd: de doorrekening van het scenario resulteert in 2025 in collectieve zorgkosten ter grootte van 149 miljard euro, tegen 70,9 miljard euro in 2008. Deze kostenstijging wordt geaccepteerd omdat een goede en toegankelijke gezondheidszorg wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor de economische welvaart in Nederland. De kosten worden collectief en solidair gedragen: de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten. Dat wil echter niet zeggen dat de kosten van de gezondheidszorg onbeperkt mogen toenemen. Er wordt actief gewerkt aan beperking van de kosten, maar dit mag niet ten koste gaan van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Zorg in de nulde lijn in de vorm van preventie en zelfzorg wordt ingezet om de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Mensen worden verantwoordelijk gemaakt en willen ook zelf verantwoordelijk zijn voor de eigen gezondheid. Nieuwe technologieën en digitalisering van het zorgproces ondersteunen deze ontwikkeling.

E-healthsystemen vergroten de toegankelijkheid van zorgprofessionals en technologische vindingen maken vroege diagnostiek en zelfzorg steeds eenvoudiger. In de gezondheidszorg komen de mens en zijn behoeften centraal te staan. Door een holistische benadering van lichaam en geest kan zorgvraag worden voorkomen, want wie zich prettig voelt zal minder zorgvraag ontwikkelen.

De aandacht voor het individu, ingegeven door de holistische benadering, sluit prima aan bij de persoonlijke benadering die door veel mensen wordt gevraagd. Binnen de gezondheidszorg zal steeds meer aandacht worden besteed aan de verschillen tussen mensen en het zorgaanbod wordt hierop aangepast. Deze aandacht voor de mens resulteert in een kleinschalige en klantgerichte benadering van de gezondheidszorg en een grote differentiatie in het aanbod.

In lijn met de verschuiving van de aandacht naar het individu en de toegenomen solidariteit zullen er naar verwachting nieuwe bouwvormen voor de gezondheidszorg ontstaan, vooral op het gebied van verzorging en verpleging. De huidige trend van kleinschalig bouwen zal zich doorzetten en wordt aangevuld met het bouwen voor specifieke (culturele) bevolkingsgroepen. Veel mensen zullen er de voorkeur aan geven om lang thuis te blijven wonen en nieuwe technologische hulpmiddelen maken dit mogelijk en beter betaalbaar. Wel zal in die situatie de vereenzaming van ouderen op de loer liggen. In reactie daarop zullen waarschijnlijk steeds meer gezamenlijke woonvormen voor ouderen ontstaan, waardoor vereenzaming wordt tegengegaan en onderlinge informele zorg wordt gestimuleerd. Deze kleine vormen van gemeenschappelijk wonen kunnen op eigen initiatief ontstaan, maar zullen ook vaak deel uitmaken van grotere organisaties die zich ieder met een eigen concept en filosofie in de markt onderscheiden.

Bij het ontwerpen zal er steeds meer aandacht uitgaan naar de individuele eisen en wensen van de bewoner en daardoor zal er een grote verscheidenheid aan typen gebouwen voor langdurige zorg ontstaan. Het Virusscenario zal waarschijnlijk resulteren in een vraag naar kleinschalige en specifieke gebouwen voor langdurige zorg met een grote diversiteit in verschijningsvormen.

Chronisch Ziekscenario

Nederland raakt in dit scenario in de greep van besluiteloosheid en stuurloosheid. De economie groeit wel, maar minder hard dan voor de recessie die in 2008 is begonnen. Er is een besef dat ingrijpen in de overheidsfinanciën noodzakelijk is, maar er is geen consensus over de manier waarop dat moet gebeuren. De politiek verkeert in een patstelling. Gebrek aan politieke daadkracht maakt dat noodzakelijke beslissingen worden uitgesteld tot er geen langer uitstel mogelijk is. Vervolgens worden er ad hoc besluiten genomen die de problemen op de korte termijn oplossen, maar geen houdbare langetermijnoplossing bieden. De aarzelende overheid geeft het initiatief uit handen; de rol van richtinggever wordt overgenomen door private partijen.

De zorgsector krijgt te maken met een grote hoeveelheid aan efficiencymaatregelen als gevolg van budgetoverschrijdingen in de sector. Dit gaat gepaard met relatieve bezuinigingen op het Budgettair Kader Zorg, omdat dit budget de groei van de zorgvraag niet kan bijhouden. Het gevolg is een verschraling van het zorgaanbod. Veel zorg verdwijnt op den duur uit het verzekerde pakket en moet door de zorgvragers zelf betaald worden, terwijl aan de andere kant de verzekeringspremies en het eigen risico toenemen. De kosten van zorg nemen voor de individuele burger toe en daarmee komt de toegankelijkheid van de zorg in het geding.

Ondanks alle bezuinigingen zullen de collectieve zorgkosten ook in dit scenario blijven toenemen, zowel nominaal als ook in percentage van het BBP. De collectieve kosten voor de zorg worden in het geval van het Chronisch Ziekscenario geraamd op 122 miljard euro, een toename van meer dan 50 miljard euro ten opzichte van 2008.

Collectieve solidariteit is in 2025 een uitgehold begrip geworden. Zorgkosten komen meer en meer op de schouders van de individuele zorgvragers terecht en worden daarmee onevenredig over de bevolking verdeeld. De mensen met de grootste ziektelast moeten ook het leeuwendeel van de kosten voor hun rekening nemen, zeker wanneer die ziektelast naar mening van de samenleving is veroorzaakt door slechte gewoonten en gedragingen. Gezondheid wordt gezien als iets dat stuurbaar is, iets dat mensen zelf in de hand hebben en waarvoor mensen zelf verantwoordelijk zijn. Wie de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid niet neemt, zal daarvan zelf de consequenties moeten dragen.

Nuldelijnszorg wordt onmisbaar bij het sturen van de eigen gezondheid en het beheersbaar houden van de individuele zorgkosten. Er wordt breedingezet op preventie om toch vooral gezond te blijven en het initiatief hiervoor ligt bij de individuele burger en het bedrijfsleven. Wie desondanks ziek wordt, probeert in de eerste instantie door zelfhulp tot een oplossing te komen. Technologische ontwikkelingen, bijvoorbeeld in de vorm van domotica producten of informatievoorzieningen via internet, maken deze zelfhulp mogelijk.

Solidariteit komt voornamelijk voor in kleine kring. Het is noodzakelijk om de (financiële) belasting van naasten met een zorgvraag te verlichten. Zorg is voor veel mensen met een intensieve zorgvraag vrijwel onbetaalbaar geworden en voor hulp zijn die mensen afhankelijk van de welwillendheid van de mensen in hun directe omgeving. Mensen met een zorgvraag kunnen alleen nog zelfstandig blijven wonen wanneer ze beschikken over behulpzame familie en voldoende eigen kapitaal om welzijnszorg en domotica in te kopen. Anderen zijn aangewezen op zorg in instellingen die door alle bezuinigingen noodzakelijkerwijs weer grootschaliger zijn gaan werken. De kwaliteit van deze instellingen laat te wensen over; door geldgebrek zijn de gebouwen verouderd en is de zorg in veel instellingen onder de maat.

Maar niet alleen geldgebrek leidt tot achterstallig onderhoud aan het zorgvastgoed: de besluiteloze overheid laat de onzekerheid over de kapitaallastenvergoeding lang bestaan en veroorzaakt daarmee een massale bouwstap in de zorgsector.

De toename in de zorgvraag maakt het noodzakelijk om efficiënt te werken en dat leidt tot reïstitutionalisering van de langdurige zorg. Kleinschaligheid is niet langer te bekostigen. Tegenover de collectieve zorginstellingen voor de massa staan de enkelingen die voldoende middelen hebben om zelf in hun zorgvraag te voorzien. Hun woningen worden voorzien van technologische hulpmiddelen die zelfzorg en informele zorgverlening ondersteunen. Het Chronisch Zieksценario is geen rooskleurig vooruitzicht, zeker niet waar het gaat om de kwaliteit van de gebouwde omgeving waarin zorg moet worden verleend.

Breukscenario

Er volgt een tweede economische dip en een langdurige periode van recessie die gekenmerkt wordt door een zeer lage economische groei, een forse toename van de werkloosheid en deflatie van de euro. De overheid heeft niet meer de middelen om te investeren in de economie en moet constant fors bezuinigen om de tekorten te kunnen dekken. De opeenvolgende rechtse kabinetten bezuinigen fors op de collectieve voorzieningen: collectiviteit wordt geminimaliseerd. Dat betekent voor de gezondheidszorg dat het basispakket wordt uitgekleed tot alleen de meest basale hulp en de zorg aan de allerarmsten nog collectief wordt geregeld. Desondanks zullen zelfs in dit scenario de collectieve kosten van de gezondheidszorg toenemen. In 2025 bedragen de kosten van dit scenario 101 miljard euro; nog steeds 30 miljard euro meer dan in 2008.

Er ontstaat een tweedeling in de bevolking voor wat betreft de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Voor wie geld heeft is er kwalitatief hoogstaande zorg beschikbaar, maar wie geen geld heeft is aangewezen op charitatieve zorg of thuis wegwijnen. Er gaat zodoende veel leed verscholen achter de voordeur.

Met de toename van de kosten van zorg verschuift het accent van genezen naar gezond blijven. Preventie wordt een belangrijk instrument voor mensen om de kosten van hun gezondheid beheersbaar te houden en om te voorkomen dat ze in een uitzichtloze situatie belanden. Bij ziekte moet zelfzorg de kosten beperken. Nieuwe technologische hulpmiddelen en digitalisering van de interactie met medische diensten moeten mensen bij hun zelfzorg ondersteunen. De arme onderzijde van de bevolking is in toenemende mate aangewezen op zelfhulp en hulp uit eigen kring; andere hulp is voor hen onbetaalbaar.

Als gevolg van de hoge kosten die verbonden zijn aan professionele zorg zal de vraag naar intramurale zorg afnemen en zullen veel instellingen de deuren moeten sluiten.

De overgebleven instellingen moeten fors bezuinigen en dat maakt dat er opnieuw grootschalig zal worden gewerkt. Privacy en kleinschaligheid worden onbetaalbaar voor het merendeel van de bevolking.

De tweedeling tussen arm en rijk in de samenleving zal zich ook vertalen in de gebouwen waarin zorg wordt aangeboden. Vanuit de rijke bovenlaag zal er vraag zijn naar kleinschalige woonvormen in specifieke gebouwen. De huidige ontwikkeling naar kleine leefgemeenschappen voor ouderen zal zich voor deze bevolkingsgroep waarschijnlijk doorzetten. Ook de mantelzorgwoning kan in een belangrijke behoefte gaan voorzien omdat steeds meer ouderen ook voor fysieke hulp aangewezen zullen zijn op familie en vrienden in de nabijheid. Algemene zorginstellingen voor de arme onderlaag zijn er steeds minder; het aantal cliënten neemt af omdat zorg zelfs bij deze instellingen voor grote groepen mensen onbetaalbaar is. Instellingen die desondanks overleven zijn door hun beperkte budget gedwongen om grootschalig te werken in verouderde gebouwen met verouderde apparatuur.

In het breukscenario wordt er amper meer gebouwd voor de zorgsector. De financiële ruimte ontbreekt om te kunnen bouwen. De enkele bouwprojecten die van de grond komen betreffen meestal kleinschalige projecten met een private financiering, bestemd voor de rijke toplaag van de bevolking.

De relevantie van de scenario's

De trends waarop de scenario's uit *Diagnose 2025* zijn gebaseerd staan niet op zich. Ook in andere publicaties worden soortgelijke trends genoemd als richtinggevende ontwikkelingen voor de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland. De door verschillende auteurs en organisaties los van elkaar genoemde trends komen samen in de scenario's uit *Diagnose 2025*, waardoor de context van de trends wordt versterkt.

Dat de kapitaallastenproblematiek verlamrend werkt op de ontwikkeling van vastgoed voor de zorgsector wordt vanuit de branche duidelijk benoemd in het *Overdrachtsdossier van zorgondernemers 2010* van brancheorganisatie ActiZ.⁶⁾ In hetzelfde dossier stelt ActiZ ook dat het volgens hen noodzakelijk is om de eigen verantwoordelijkheid en de eigen mogelijkheden van de burger en zijn sociale omgeving te stimuleren, omdat dit kostenbesparend kan werken. Hierin ziet ActiZ een aanleiding om meer keuzevrijheid in de zorg te realiseren. Dat kan weer een reden zijn voor het scheiden van wonen en zorg, wat dan moet resulteren in een meer gedifferentieerd woningaanbod voor het wonen met een zorgvraag.⁷⁾ Het standpunt van ActiZ over de zelfredzaamheid van de burger wordt uitgebreider onderbouwd in het rapport *Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven*.⁸⁾ De analyse die in dit rapport is gemaakt van de problematiek die speelt in de zorgsector komt vrijwel overeen met de analyse die is gemaakt in *Diagnose 2025*.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) doet in zijn adviesrapport *Perspectief op gezondheid 20/20* een aantal aanbevelingen aan de overheid om de zorg houdbaar en betaalbaar te houden. De RVZ ziet de toename van de eigen verantwoordelijkheid van de burger als een noodzakelijke verandering. Daarmee verschuift de nadruk in de gezondheidszorg van ‘zorg voor ziekte’ naar ‘gedrag en gezondheid’. Preventie en goed patiëntschap spelen daarbij een centrale rol. De autonomie van de burger met betrekking tot zijn gezondheid zal worden ondersteund door de wereldwijde ontwikkelingen in ICT en medische technologie. Voor zorgprofessionals ziet de RVZ een belangrijke taak weggelegd om te komen tot procesverbetering, arbeidsbesparing en een duidelijke kwaliteitsnormering. De overheid tenslotte heeft de taak om duidelijkheid te scheppen en transparantie aan te brengen in het beleid ten aanzien van de zorgsector. Zij dient, met andere woorden, een consistent beleid te formuleren en uit te voeren.⁹⁾

De verandering in het zorglandschap zal volgens de RVZ voor een belangrijk deel worden gedreven door medisch-technologische ontwikkelingen en ICT. Dit komt ook naar voren uit de trends en scenario's in *Diagnose 2025*. De rol die technologie mogelijk kan spelen bij de ontwikkelingen in het zorglandschap kan ook geïllustreerd worden met de verkenning *Van instituten naar netwerken* door onderzoekers van bureau Boer & Croon. Zij beschrijven hoe de curatieve zorg ingrijpend verandert door technologische ontwikkelingen en zij voorspellen dat onder invloed van deze ontwikkelingen het zwaartepunt in de curatieve zorg zal opschuiven in de richting van eerstelijnszorg en zelfzorg, omdat er steeds meer en eenvoudiger middelen worden ontwikkeld voor zelfzorg en zelfdiagnostiek.¹⁰⁾

Het lijkt waarschijnlijk dat het zorglandschap zal opschuiven in de richting van preventie en zelfzorg, met meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger. Technologische ontwikkelingen en ICT zullen bij deze verschuiving waarschijnlijk een belangrijke rol spelen. De verandering van het zorglandschap vereist ook veranderingen bij de zorgverleners, zowel in organisatie als in arbeidsethos. Het huidige zorgen vóór de cliënt zal plaats moeten gaan maken voor zorgen mét de cliënt: de mens en zijn persoonlijke wensen zullen veel meer centraal komen te staan in het zorgproces. Bij alle veranderingen in het zorglandschap heeft de overheid de belangrijke taak om met haar beleid een helder kader te bieden waarbinnen de zorgsector kan functioneren en transformeren.

De snelheid waarmee en de mate waarin het zorglandschap de komende jaren zal veranderen onder invloed van de genoemde trends is afhankelijk van de kostenontwikkeling en de economische en politieke ontwikkelingen, de drie kernonzekerheden aan de hand waarvan de scenario's in *Diagnose 2025* tot stand

zijn gekomen. De scenario's bieden daarmee een denkmodel om de waargenomen trends actief in te zetten om passend beleid te formuleren op de ontwikkeling van de kernonzekerheden.

Overeenkomsten en verschillen

De scenario's vormen met elkaar een denkmodel dat het scala aan mogelijke toekomstige ontwikkelingen inzichtelijk maakt. Deze ontwikkelingen hangen voor een belangrijk deel af van de ontwikkeling van de eerder benoemde kernonzekerheden. Hoewel de scenario's vooral van elkaar verschillen, zijn er ook overeenkomsten te benoemen. Een inventarisatie van de overeenkomsten en de belangrijkste verschillen ten aanzien van beleid, zorgorganisatie en de vraag naar een type vastgoed zal uitgangspunten kunnen bieden voor het formuleren van een vastgoedstrategie.

Het is opvallend dat de drie scenario's uit *Diagnose 2025* ieder een heel ander overheidsbeleid en een andere houding van de samenleving ten opzichte van gezondheidszorg schetsen, maar dat desondanks dezelfde trends herkenbaar zijn. Het verschil tussen de scenario's wordt dus niet zozeer veroorzaakt door wezenlijk verschillende trends, maar meer door de mate waarin bepaalde trends zullen doorzetten.

In alle scenario's is er sprake van een toenemende aandacht voor preventie en zelfzorg en een toenemen van de eigen verantwoordelijkheid van het individu. Deze verschuiving naar zelfredzaamheid wordt in elk van de scenario's mogelijk gemaakt door nieuwe technologische hulpmiddelen en toenemende digitalisering. Daarmee is de trend dat mensen zelf de regie willen voeren een constante in elk scenario, net als de ontwikkeling van nieuwe, ondersteunende technologie en een toenemende digitalisering van het zorgproces en de interactie tussen zorgvrager en zorgverlener.

Een belangrijk verschil tussen de drie scenario's is de richting waarin solidariteit zich in onze maatschappij zal ontwikkelen. Dit wordt voor een belangrijk deel ingegeven door de economische ontwikkelingen die bepalen of er budget is om financieel solidair te kunnen zijn. Een andere belangrijke factor is de politieke koers die wordt gevaren, wat weer afhankelijk is van het stemgedrag van de kiezers.

De economische situatie in ons land en de politieke koers zijn daarmee bepalend voor het motief waarmee we tot handelen komen. De scenario's verschillen vooral door de manier waarop we ons beleid formuleren. In het Virusscenario is er sprake van een duidelijke langetermijnvisie waarin goede gezondheidszorg wordt gezien als voorwaarde voor een hoog welvaartsniveau. Goede en toegankelijke gezondheidszorg

is als doel geformuleerd en het beleid wordt in dienst gesteld van het bereiken van dat doel. Tegenover deze duidelijke visie staat het Chronisch Ziekscenario met een grote mate van besluiteloosheid op beleidsgebied. Dat leidt tot ad-hocbeleid zonder duidelijk doel. Dit scenario is het meest gevaarlijk: het kost veel geld en levert weinig op in termen van gezondheid en welvaart. Het Breukscenario getuigt wel weer van meer visie, maar maakt vooral de beheersing van de kosten tot leidmotief voor overheidsbeleid. De eenzijdige focus op kostenbesparing lijkt in dit geval ten koste te gaan van de algemene volksgezondheid omdat de toegankelijkheid van goede gezondheidszorg te zeer wordt beperkt. Waar de visie in het Virusscenario getuigt van optimisme, kracht en wil om iets te bereiken, daar lijkt de visie in het Breukscenario vooral te worden ingegeven door pessimisme en onvermogen om een ingezette spiraal te keren.

Consequenties voor vastgoed voor langdurige en chronische zorg

De scenario's die in *Diagnose 2025* worden geschetst bieden aanknopingspunten om uitspraken te doen over de consequenties voor vastgoed voor langdurige en chronische zorg. De kosten van zorg, de politieke koers en de heersende opvattingen over solidariteit zullen grote invloed hebben op de schaalgrootte, de vorm en de diversiteit van het vastgoed. Door de scenario's uit *Diagnose 2025* vanuit het bouwkundig perspectief te beschouwen, ontstaat een beeld van de consequenties die de scenario's kunnen hebben voor het vastgoed in de langdurige en chronische zorgsector.

In het Virusscenario zal de focus liggen op het aanbieden van kleinschalige zorg met een grote aandacht voor de specifieke wensen en eisen van de zorgvrager. Voor de langdurige zorg zal dat betekenen dat de gebouwen kleinschalig zullen zijn met steeds meer aandacht voor de wensen van de bewoner. Zorgverlening zal zich dan ontwikkelen tot een ondersteunende dienst bij het wonen van de zorgvrager. De trend naar kleinschaligheid zal misschien zelfs doorschieten en zich ontwikkelen tot een scenario waarin elke zorgvrager zeer lang thuis en zelfstandig blijft wonen.

Het Chronisch Ziekscenario kenmerkt zich door budgetmaatregelen waarmee efficiëntie eenzijdig wordt afgedwongen. Gebrek aan visie op de wijze waarop deze efficiëntie moet worden gerealiseerd resulteert in terugvallen op een bekende oplossing: grootschalige zorginstellingen, primair ingericht op het zorgproces. Tegelijkertijd leiden de budgetkorting er ook toe dat weinig geld overschiet voor vernieuwing van het vastgoed. Met minimale middelen zal het vastgoed in de collectieve zorgsector geschikt moeten worden gemaakt voor grootschalige zorgverlening. Een tegenbeweging bevindt zich in een niche van de markt: private partijen ontwikkelen

kleinschalige combinaties van wonen en zorg voor eigen rekening van de bewoners, want de overheid zal in deze initiatieven niet langer willen bijdragen.

Het Breukscenario tenslotte zal leiden tot een grootschalige privatisering van de zorgsector. De overheid voorziet alleen in zorg voor de allerarmsten en deze zorg zal alleen het minimaal noodzakelijke omvatten. In de langdurige zorg bestaan voornamelijk (semi-) overheidsinstellingen voor de allerarmsten en deze instellingen werken op een grootschalige manier in sterk verouderde gebouwen. Vanuit de overheid zal er marginaal worden geïnvesteerd in vastgoed voor langdurige zorg.

Professionele zorg wordt duur en dat betekent dat het aantal instellingen fors zal gaan afnemen. In plaats daarvan zal er veel aandacht komen voor woonvormen die geschikt zijn om zolang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven, niet afhankelijk van professionele zorg. Het ontstaan van kleine leefgemeenschappen van ouderen is dan waarschijnlijk. Het initiatief voor de ontwikkeling van deze leefgemeenschappen zal in de eerste instantie vanuit de toekomstige bewoners zelf komen, maar het is niet ondenkbaar dat ook marktpartijen in vastgoedontwikkeling op deze vraag zullen inspelen.

Niet iedereen zal een woning in een ouderenleefgemeenschap kunnen betalen. Veel mensen zullen lang in de eigen woning blijven, die aan de zorgvraag wordt aangepast met behulp van domotica. Ook lijkt het voor de hand te liggen dat steeds meer kinderen een deel van de zorg voor de ouders op zich gaan nemen, wat mogelijk betekent dat de vraag naar mantelzorgwoningen of vergelijkbare concepten zal gaan toenemen.

Waar iemand woont zal in het breukscenario in grote mate afhankelijk zijn van zijn financiële mogelijkheden. In de samenleving ontstaat er een kloof tussen arm en rijk en de gebouwde omgeving zal deze kloof zichtbaar maken.

Uitgangspunten voor een toekomstbestendige vastgoedstrategie

Bij de ontwikkeling van vastgoed spelen veel vragen die antwoord behoeven om een verantwoord investeringsrisico te kunnen nemen. Rendement, kosten in exploitatie, restwaarde, flexibiliteit en mogelijkheden om op een veranderende context te anticiperen zijn de leidende onderwerpen in de vragen die spelen. De toegevoegde waarde van het gebouw voor de processen die erin moeten plaatsvinden zal een belangrijke voorwaarde zijn om een rendabel gebouw te kunnen realiseren.

Het antwoord op veel van deze vragen kan worden gegeven met behulp van een goede bedrijfsvisie. Uit de beschreven scenario's volgt dat de zorgmarkt zal gaan differentiëren naar de uiteenlopende behoeften die leven bij zorgvragers. Vanwege de geïntroduceerde marktwerking in de sector is het voor de organisatie van belang om de doelgroep van de organisatie te definiëren en aan de hand van de wensen van deze doelgroep te bepalen op welke manier de organisatie haar diensten aan deze

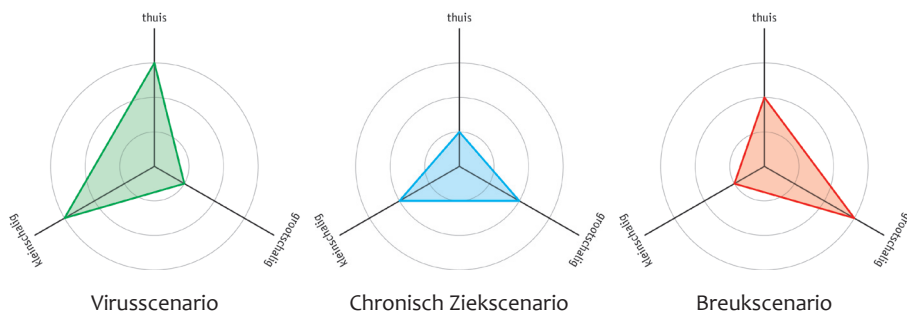
doelgroep gaat aanbieden. Wanneer de houding van de organisatie ten aanzien van de doelgroep en de wijze van zorg verlenen helder is, zijn daaruit ook de eisen te formuleren die aan het vastgoed moeten worden gesteld.

Bij de ontwikkeling van een toekomstbestendige bedrijfsvisie en een daaruit volgende vastgoedstrategie kunnen de scenario's helpen om de houding en de positie van de organisatie ten aanzien van toekomstige ontwikkelingen te bepalen. De constanten binnen de drie scenario's bieden een houvast omdat ze met een grote waarschijnlijkheid zullen gaan plaatsvinden; de variabelen die volgen uit de scenario's zijn maatgevend voor de flexibiliteit van een visie in een toekomstig zorglandschap.

Uit de drie scenario's volgt dat domotica, ICT en nuldelijnszorg naar alle waarschijnlijkheid een belangrijke rol zullen gaan spelen in de gezondheidszorg, ongeacht welk scenario realiteit zal worden. Zij zullen preventieve zorg en zelfzorg mogelijk maken en ondersteunen, waardoor de belasting van professionele zorgverleners per zorgvrager omlaag kan. Het lijkt verstandig om de zorgvisie van de organisatie af te stemmen op een forse toename van het gebruik van domotica en ICT. Bij de ontwikkeling van vastgoed kan de flexibiliteit van gebouwen worden vergroot door alvast rekening te houden met een forse uitbreiding van elektronische systemen en technologische hulpmiddelen. Een overcapaciteit, onder andere in ruimte die gereserveerd is voor leidingwerk, kan de bruikbaarheid van het gebouw op de langere termijn vergroten.

Ten aanzien van de toekomstbestendigheid van een beleidsvisie zijn de variabelen in de scenario's interessanter. Een analyse van de drie scenario's ten aanzien van de consequenties voor de langdurige en chronische zorgverlening leidt tot de opvallende waarneming dat er twee belangrijke ontwikkelingen met elkaar wedijveren. Enerzijds is er de ontwikkeling naar kleinschalige en zelfstandige woonvormen voor mensen met een langdurige of chronische zorgvraag. Deze ontwikkeling wordt ingegeven door de zorgvrager en zijn persoonlijke wensen centraal te stellen in het zorgverleningproces. De zorgvrager is in deze ontwikkeling op de eerste plaats een bewoner met eisen en wensen ten aanzien van zijn woning. Pas daarna is hij een zorgvrager die een zekere mate van zorg nodig heeft om zijn woonactiviteiten te kunnen uitoefenen. Anderzijds is er de ontwikkeling naar grootschalige zorginstellingen waarbij de eisen en wensen van het zorgverleningproces centraal worden gesteld. Grootschaligheid wordt gezien als oplossing voor het vergroten van de efficiëntie van de zorgverlening en zou om die reden een kostenbesparing in de zorg moeten genereren.

Gebouwen voor langdurige en chronische zorg zullen dus in schaal variëren al naar gelang het woonproces of het zorgproces voorrang krijgt in de beleidsvisies ten aanzien van de zorgverlening. De schaal van gebouwen zal dan grosso modo variëren tussen woning, kleinschalige clustering en grootschalige clustering. Per scenario is een rangorde te maken die inzichtelijk maakt welke schaalgrootte binnen dat scenario de overhand zal hebben. Het Virusscenario [figuur 1] spreekt zich duidelijk uit voor kleinschalige en woninggebonden oplossingen, waarmee vooral wordt ingespeeld op individuele wensen en eisen. Daar tegenover staat het Breukscenario [figuur 3], waar de oplossing vooral in grootschaligheid wordt gezocht door een focus op kostenbesparing. Thuisoplossingen zullen in dit scenario ook spelen, als privaat gefinancierde tegenhanger van de grootschalige oplossing. Het Chronisch Zieksscenario [figuur 2] geeft een lichte voorkeur voor kleinschalige en grootschalige oplossingen op instellingsniveau, als een twijfelachtige oplossingsrichting voor het vermeende efficiencyprobleem.



Figuren 1,2 en 3: schaalgrootte van gebouwen voor langdurige en chronische zorg in relatie tot de verschillende scenario's

Door de toenemende aandacht voor de individuele zorgvrager en zijn eisen en wensen zal een vastgoedstrategie steeds nauwer samenhangen met de doelgroep en de zorgvisie van de organisatie. De toekomstbestendigheid van de vastgoedstrategie is dan in de eerste instantie afhankelijk van het vermogen van de organisatie om haar doelgroep te identificeren en haar zorgvisie helder te formuleren. Doelgroepkeuze en zorgvisie kunnen op hun toekomstbestendigheid worden getest door de mogelijkheden ervan te onderzoeken middels scenariodenken. De scenario's uit *Diagnose 2025* bieden daarvoor een goed vertrekpunt.

De confrontatie met de toekomstscenario's zal een denkrichting kunnen geven voor het vastgoed van een specifieke organisatie, gegeven een specifieke doelgroep en zorgvisie. Met name de schaalgrootte van gebouw en organisatie van het zorgproces zullen daarbij variabelen zijn. Wanneer het vastgoed op dit punt een van tevoren overdachte flexibiliteit in zich draagt, zal een organisatie binnen haar vastgoed optimaal kunnen inspelen op een veranderende context in de gezondheidszorg.

Noten

- 1) Centraal Bureau voor de Statistiek; Tempo vergrijzing loopt op; 17 december 2010
- 2) Centraal Bureau voor de Statistiek; StatLine; <http://statline.cbs.nl/statweb/>
- 3) RVZ; Perspectief op gezondheid 20/20; p.19-20
- 4) ActiZ; Overdrachtdossier van zorgondernemers 2010; p.10-12
- 5) Idenburg, P.J. en Schaik, M. van; Diagnose 2025; p.323 e.v.
- 6) ActiZ; Overdrachtdossier van zorgondernemers 2010; p.10-12
- 7) ActiZ; Overdrachtdossier van zorgondernemers 2010; p.3-4, p.6-8
- 8) ActiZ; Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven; m.n. p.8-18, p.22
- 9) RVZ; Perspectief op gezondheid 20/20
- 10) Roon, J. van, Wullink, G. en Jansen, R.; Van instituten naar netwerken; m.n. p.10-17

Bronnen

- 1) Idenburg, P.J. & Schaik, M. van (2010). *Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg*. (3e druk). Schiedam: Scriptum
- 2) Kuiken, B. (2010). *Scenario 2025*. Geraadpleegd op 22 maart 2011, van http://www.managementenliteratuur.nl/2151/scenario_2025
- 3) Schrijvers, G. (redactie) (2011). In *2025 bestaat rijkeluiszorg en Aldizorg*. In Nieuwsbrief Unit Zorginnovatie nummer 423, 9 januari 2011. Gedownload op 22 maart 2011, van <http://www.juliuscentrum.nl/Julius/Portals/4/UploadFiles/Nieuwsbrief%20423.pdf>
- 4) Schrijvers, G. (redactie) (2011). *Beste Rabobank: Zorg is niet alleen collectieve lasten*. In Nieuwsbrief Unit Zorginnovatie nummer 423, 9 januari 2011. Gedownload op 22 maart 2011, van <http://www.juliuscentrum.nl/Julius/Portals/4/UploadFiles/Nieuwsbrief%20423.pdf>
- 5) Lucht, F. van der en Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- 6) Meijerink, M.H. et al. (2010). *Perspectief op gezondheid 20/20*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- 7) ActiZ (2010). *Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven. Een nieuwe ambitie voor langdurige zorg*. Utrecht: Actiz. Gedownload op 28 februari 2011, van <http://www.actiz.nl/website/actiz/publicaties>
- 8) ActiZ (2010). *Overdrachtdossier van zorgondernemers 2010*. Utrecht: ActiZ. Gedownload op 28 februari 2011, van <http://www.actiz.nl/website/actiz/publicaties>
- 9) Roon, J. van, Wullink, G. en Jansen, R. (2010). *Van instituten naar netwerken. Een verkenning van de “next generation” curatieve zorg*. Amsterdam: Boer & Croon
- 10) Plaats, W. van der. (2007). Vastgoedstrategie, een ‘must’. *Gebouwbeheer in de GGZ. ZorgInstellingen*, 2007 (2), 19-21.
- 11) Centraal Bureau voor de Statistiek (2010, 17 december). *Tempo vergrijzing loopt op*. [Persbericht PB 10-083]. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek

Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: juni 2010

Gepubliceerd in: Senior

Column:

“Zonder geitenwollensokken er warmpjes bij zitten.”

“

Woongroepen voor ouderen zijn in. Volgens het KennisCentrum-Wonen-Zorg waren er vorig jaar al meer dan 450. “meer een uitdaging... dan een rustig “onder de pannen zijn”.

Nieuw zilver, De Kakelhof, maar ook Kleinschalig bouwen voor medioren: alle klinkende namen, druipend van ambitie. Medior ben je als je junior bent geweest maar nog geen senior mag zijn? Kortom, duurzaamheid en zorgzaamheid die samengaan in één woonconcept, dat lijkt het nieuwe motto in woongroepeland.

Tja. Volgens een goede vriendin van mij zou ze, eenmaal bejaard, samen met een andere goede vriendin en met een hele goede vriend, wel in een woongroep voor ouderen willen wonen. Lekker rolstoel-rollerball in de deel. Gepast passen op elkaar. Partners zijn dan waarschijnlijk dood, of anderszins van ons gescheiden. Dus gratis gezelschap, goedkope rosé. En natuurlijk een gemeenschappelijk hulpje in de huishoudhandwasjes, mooi strak (m/v).

Waarom niet nu al een ferme boerderij of een fraai fabriekje aangekocht? “Goede vriend”, mogelijk val ik te zijner tijd wel onder die categorie. Zo lang ik m’n eigen luier maar mag omdoen, denk ik dan.

Maar ik denk ook: waarom jaren wachten als dit zo ideaal mag lijken? Waarom niet nu al een ferme boerderij of een fraai fabriekje aangekocht? Zodat zorgen en vermaak, woongenot en woonkosten kunnen worden gedeeld...

Is het het imago van de geitenwollensokken dat ons weerhoudt? Of de financiële perikelen? De vele bestaande initiatieven doen me geloven dat dat geen obstakel meer hoeft te zijn.

Ik kan niet wachten tot ik mag aanschuiven bij de gedeelde haard om te klinken op de gewonnen rosébokaal.

Chanté, changé!

”

Schaal op maat

Interview met: Ir. Dort Spierings

Jaar: 2009

Gepubliceerd in: Netwerk, tijdschrift KAN-regio

Bouwen voor oud worden in eigen huis

Uit de laatste CBS-cijfers blijkt dat vijftien procent van de Nederlanders 65 jaar of ouder is. De levensverwachting na pensionering van deze groep ligt tussen de zestien jaar (mannen) en twintig jaar (vrouwen). Nederland vergrijst. Veel ouderen brengen de laatste jaren door in een zorgrijke omgeving: een ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingstehuis of begeleide wooncomplexen. Soms kan met slimme aanpassingen aan de eigen woning dit voor velen weinig aantrekkelijk perspectief worden uitgesteld. Een van de doelstellingen van het HAN-lectoraat is het stimuleren van de wisselwerking tussen onderwijs, praktijk en kennis. Een ander doel is bij te dragen aan woonomgevingen die het best aansluiten bij de woonwensen van ouderen met zorgbehoeften. Dort Spierings mag zich de komende drie jaar helemaal vastbijten in dit thema; hij hoopt er in 2012 op te promoveren.

De titel van zijn onderzoeksvoorstel, “De wenselijke schaal” legt de vingers op een zere plek. Spierings: “In de jaren negentig lag het accent op de aanleg van woonzorgcomplexen. Vertrekpunt was niet de locatie maar waren de zorgvoorzieningen. Een hele verbetering, ook in de beleving van de bewoners. Tegenwoordig verschuift de aandacht naar de vraag wat er nodig is om in jouw eigen woning oud te worden. Waar je een woonzorgcomplex situeert, hoe je het integreert in wijk of dorp en hoe je daar bij met doelgroepen en voorzieningen omgaat.”

Het onderzoeksgebied van het lectoraat bevat enkele onderzoekslijnen. Specifieke aandacht is er voor de ziekenhuisbouw en de huisvesting voor senioren. Tegelijkertijd worden er multidisciplinaire verbanden gelegd met duurzaamheid en energiebesparing. Maar “vernieuwend” noemt Spierings vooral de aandacht voor de gebruikgerichtheid.

WoZo-Atlas

Spierings is doordrongen van het maatschappelijk nut van het onderzoek. Eén van de onderdelen, de Woonzorg Atlas, staat nu al stevig in de belangstelling van zorg- en marktpartijen. “De Atlas inventariseert de recent gerealiseerde woonzorgcomplexen in Nederland en brengt letterlijk in kaart wat de woonkwaliteit van het betreffende complex is. De Atlas waardeert elk complex aan de hand van criteria, zoals grootte afstand naar voorzieningen, doelgroepen in het complex, waardering van gebruikers. In totaal wille we zo’n twee-tot-driehonderd complexen in de Atlas opnemen.”

Spierings en zijn onderzoeksgroep hopen met de Atlas toekomstige initiatiefnemers, zoals woningbouwverenigingen, zorgcoöperaties, gemeenten en projectontwikkelaars, te helpen met het voorkomen van fouten. Ook kan de Atlas van dienst zijn voor gebruikers als zij een keuze maken uit de diverse mogelijkheden in hun omgeving. De website www.zorgatlas.nl gaat dit najaar online.

Al met al is het logisch dat het Lectoraat ZorgGericht Bouwen zich in de belangstelling mag verheugen van zowel de bouwsector als de professionele zorgverleners en bijvoorbeeld de mantel- en thuiszorg.

Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: juni 2010

Verwerkt in artikel: “Senioren worden minderheid in woonzorgcomplex” - Zorgvisie –
Krista Kroon - 24 juni 2010

Nieuwe generatie woonzorgcomplexen door sterkere doelgroepenmenging?

Woonzorgcomplexen veranderen van samenstelling en betekenis. Zo functioneren ze nu ook als hart van een woonservicezone. Meer doelgroepen, zowel zorg- als niet-zorggerelateerde krijgen een plek. Wordt de integratie daarmee bevorderd? En wat betekent dit voor de woonkwaliteit van de oorspronkelijke doelgroep, de zelfstandig wonende oudere?

De Wenselijke schaal zoekt naar antwoorden op deze prangende vragen. Hieronder staan de deels verrassende eerste resultaten van het bureauonderzoek op basis van data van het Bouwcollege en het Kenniscentrum Wonen Zorg.

In Malburgstaete Arnhem, eveneens anno 2009, zien we maar liefst vijf doelgroepen gehuisvest: 55-plussers naast psychogeriatric en somatiek, maar ook starters en gezinnen. De oorspronkelijke doelgroep wordt zowel door niet-zorggerelateerde als door zwaardere zorgdoelgroepen vergezeld.



67

Woonzorgcomplexen zijn passé stellen velen, woonservicegebieden zijn de nieuwe uitdaging. Toch constateer ik een voortgaande realisatie, vaak binnen een woonservicegebied en veelal , zoals hiervoor beschreven, met nieuwe doelgroepen.

De weging bij besluitvorming over doelgroepenmenging en voorzieningenniveau is vooral gericht op de exploitatie. Het toevoegen van doelgroepen wordt daarvoor ingezet, zodat er deels intramuraal kan worden gefinancierd.

De vaak genoemde argumenten van integratie en participatie kennen geen wetenschappelijke fundering vanuit onderzoek bij woonzorgcomplexen. Er is geen weging van de factoren die tot een hogere sociale woonkwaliteit leiden.

De vraag is: spelen inclusie, participatie en normalisatie wel een primaire rol bij de initiatiefnemers? En zo ja: is een wetenschappelijke weging mogelijk?

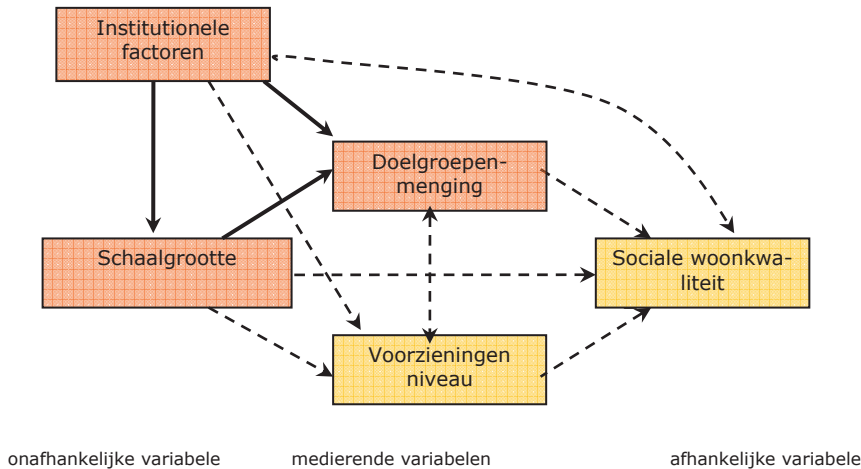


Fig 2: Conceptueel model totale onderzoek (oranje=huidig deel)

Begrippen vanuit architectuurtheorie en organisatieleer gecombineerd

Schaalgrootte is een begrip wat zowel in de organisatieleer als in de architectuur wordt gebruikt. Beiden zijn hier relevant.

In de organisatieleer beschrijven Zijp en de Groot een driedeling. Fysieke *schaalvergroting* is de verandering in de omvang van sociale en ruimtelijke eenheden. Onder *structurele schaalvergroting* wordt het proces, waardoor systemen worden opgenomen in meeromvattende patronen verstaan. Mentale *schaalvergroting* is een verandering in het cultuurpatroon van een groep. Bij dit onderzoek gaat het om de eerste twee begrippen: de fysieke schaalgrootte van woonzorgcomplexen: het aantal wooneenheden en de structurele schaalvergroting in de vorm van het woonzorgproces.

In de architectuur wordt door Boudon en Ching onderscheid gemaakt tussen het begrip *proportie*: de verhoudingen tussen objecten binnen dezelfde ruimte, en het begrip *schaal*: de ervaren maat in relatie tot een andersoortig object. Daarvan afgeleid onderscheid ik voor de fysieke schaalgrootte: die van het woonzorgcomplex ten opzichte van de omliggende wijk of het dorp: *de externe schaalgrootte*. Die ten

opzichte van andere, vergelijkbare complexen, *de relatieve schaalgrootte* en die ten opzichte van de aanwezige doelgroepen: *de interne schaalgrootte*.

Effect schaalgrootte op sociale woonkwaliteit

De fysieke schaalgrootte van woonzorgcomplexen is geïnventariseerd in 1998 door de SEV in de nationale survey woonzorgcomplexen, in 2004 geactualiseerd door het RIGO. Hierbij zijn bijna 1000 complexen geïnventariseerd. Daarnaast kent de database van het KCWZ momenteel bijna 1300 woonzorgcomplexen, gerealiseerd in de periode 1988-2010. Daarbij is gekeken naar de grootte van de complexen, situering, doelgroepen en voorzieningen. Het betreft kwantitatieve onderzoeken die de beleving van de woonkwaliteit buiten beschouwing laten.

Als we het wetenschappelijk onderzoek naar woonkwaliteit beschouwen lijkt dit na de jaren '80 gestopt. Recent onderzoek betreft technische kwaliteiten als gezondheid, veiligheid en energiezuinigheid. Er lijkt sprake van een verschuiving van de aandacht van wonen naar werken. Of is het kwaliteitsbegrip zelf veranderd van een centraal gestuurde standaard naar klantperspectief en burgerinvloed?

Naar de kwaliteit van leven bij kleinschalig wonen is wel veel onderzoek verricht. Studies van o.a. het Trimbosinstituut en Vilans naar effecten van groepsgrootte op de bewoner geven aan dat schaalgrootte hier nadrukkelijk verschil maakt. Of dit ook voor woonzorgcomplexen geldt blijft de vraag.

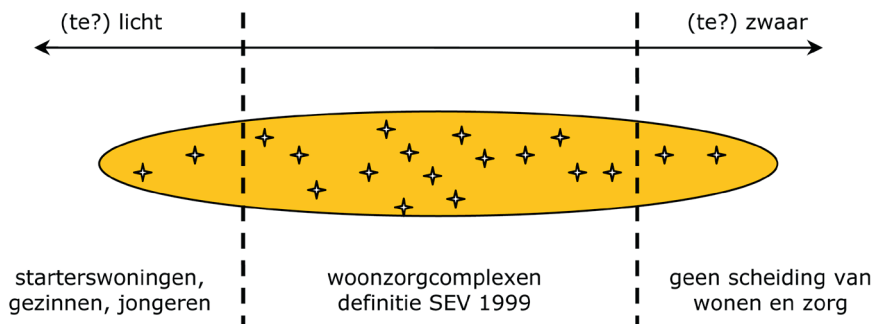
Gezien de nieuwe, doorgroeiende betekenis voor woonzorgcomplexen lijkt het dan ook gewenst naar het effect van de schaalgrootte op de sociale woonkwaliteit van deze woonvorm te kijken.

De stippenwolk en het tipping point

In de definitie van een woonzorgcomplex van de SEV uit 1999 wordt gesproken over zelfstandige woningen. We zagen in de recente voorbeelden echter dat de primaire doelgroep de laatste jaren steeds vaker vergezeld wordt van niet-zelfstandige wonende doelgroepen.

Singelenberg schetst dit in een stippenwolk met lichte en zwaardere varianten van de complexen uit de oorspronkelijke definitie. Op een vergelijkbare wijze ziet De Kam woonzorgcomplexen langs twee lijnen een nieuwe invulling krijgen: een zorggerelateerde en comfortgerichte.

De vraag is wat de begrenzingen van de definitie zijn, of deze dient te worden opgerekt, of dat er een nieuw, ruimer begrip voor deze woonzorg-accommodaties dient te worden geformuleerd? En, los daarvan: is er integratie en participatie van deze doelgroepen, als die al wordt beoogd? Bij welke doelgroepen gebeurt dit meer? Zijn de doelgroepverhoudingen daarvoor van belang?



Figuur 3. Stippenwolk met spreiding zorgzwaarte woonzorgcomplex (Singelenberg, 2009)

Jacobs stelt in haar theorie over sociale cohesie dat er een grenswaarde is voor de grootte van een uitgesproken doelgroep om integratie te bewerkstelligen, het zogenaamde tipping point. In Amerikaanse steden bleek dit rond de 7% te liggen. Of dit voor de Nederlandse woonzorgcomplexen ook opgaat, zal worden onderzocht in de casestudy komend najaar.

Vanuit de inclusie gedachte worden alle grenzen tussen doelgroepen geslecht, zou huisvestingsbeleid überhaupt op alle mogelijke bewoners gericht dienen te zijn. Is een percentage van welke doelgroep dan ook niet relevant. In dit onderzoek zullen we echter wel de doelgroepenmenging en de effecten daarvan meten. Zodat hierop gericht afwegingen in de initiatieffase kunnen worden gemaakt.

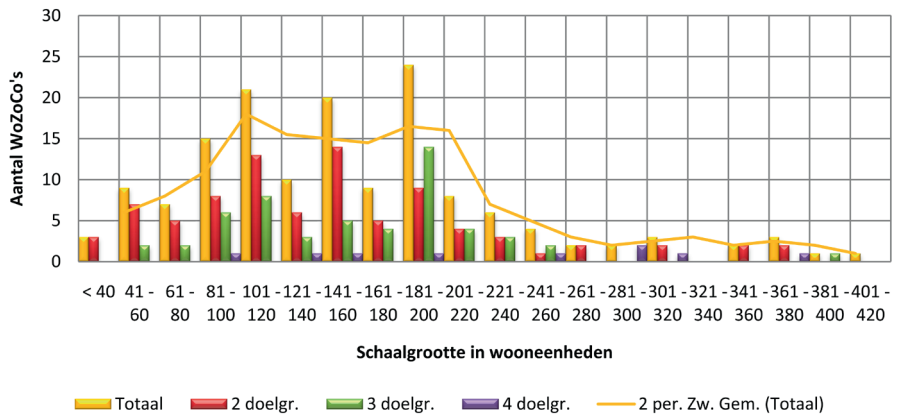
Gradaties in fysieke schaal. Doelgroepenmenging nadrukkelijker dan ooit?

Op basis van de eerste 150 onderzochte complexen geven de resultaten een spreiding van de relatieve, fysieke schaalgrootte tussen de 30 en 400 wooneenheden.

Helder wordt dat er nieuwe doelgroepen zijn opgenomen. De voorbeelden uit de pilots spraken dit al uit. Maar uit de analyse van met name het archief van het CBZ blijkt dat 40% van de complexen gebouwd in de periode 1998-2010 2 of 3 extra doelgroepen huisvest! Vooral psychegeriatrie en somatiek, een direct verband met de wijziging in de financiering: het doorvoeren van scheiden van wonen en zorg ligt hier voor de hand.

De menging met niet-zorgdoelgroepen is minder nadrukkelijk en meer van de laatste jaren. Hier zou de nieuwe betekenis als hart van een woonservicezone een verklaring kunnen zijn. Het woonzorgcomplex wordt daarbij een afspiegeling van de woonservicezone zelf.

Aantal WoZoCo's naar schaalgrootte en voorkomend aantal doelgroepen
(Archief CBZ, Sluiter 2010)



Nieuwe generatie woonzorgcomplexen

Samenvattend kan ik stellen:

- Het WoZoCo is nog immer actueel door zijn nieuwe plek in het hart van de woonservicezones en de huisvesting met meer doelgroepen.
- De fysieke, relatieve schaalgrootte van woonzorgcomplexen kent een spreiding van 30 tot 250 wooneenheden met uitzonderingen tot 400.
- De fysieke, interne schaalgrootte van woonzorgcomplexen is sterk gemengd door introductie van twee tot drie nieuwe doelgroepen per complex.
- De doelgroepenmenging is dusdanig groot, zowel in aandeel binnen een complex als in diversiteit, dat van een nieuwe generatie woonzorgcomplexen kan worden gesproken met een aangepaste definitie met ruimte voor niet-zelfstandige woningen.

Dit najaar start de meervoudige casestudy naar de effecten op de sociale woonkwaliteit.

Auteur: Mr. Tom Vroon

Jaar: januari 2011

Gepubliceerd in: Senior

Klein maar fijn. Of toch niet?

Het nieuwe kabinet heeft zijn voorkeur in de akkoorden die de basis vormen voor zijn optreden duidelijk gemaakt: kleinschalig moet het wezen, in de zorg én daarbuiten.

Daarmee zingt het kabinet inmiddels mee in een groot koor. De voorkeur voor kleinschalige vormgeving van de zorg – we spreken hier met name over dementerenden – is nagenoeg algemeen en slechts een enkeling heeft een andere partituur op de lessenaar staan. De vraag wordt dan actueel of het bij kleinschaligheid om een hype of om een meer bestendige voorkeur gaat. Om die vraag te kunnen beantwoorden is het van belang de achtergronden te kennen van het streven naar kleinschaligheid en te weten of de verwachtingen die overtuigde bestuurders, zorgverleners, cliënten en familieleden bij de introductie ervan koesterden in de praktijk ook daadwerkelijk uitkomen.

Maar eerst: wat bedoelen we eigenlijk wanneer we over kleinschalige zorg of kleinschalig wonen van dementerenden spreken? Getalsmatig hebben we het dan over 6 tot 10 cliënten die samen een groep vormen. Dit aantal komt overeen met wat we ook in het buitenland vinden. Inhoudelijke kenmerkt kleinschalig wonen (in de formulering van Pot en de Lange 1)) zich er door dat een bewoner in voor- en tegenspoed en tot het laatste toe een bewoner blijft. Het is zijn huis en dat blijft het ook als het hem minder goed gaat. Vervolgens wordt er een gewoon huishouden gevoerd: er wordt gewassen, gekookt en bezoek ontvangen. Huisdieren zijn welkom. Het personeel is onderdeel van dit huishouden. De bewoner bepaalt daarbij zo veel mogelijk zelf (vanzelfsprekend samen met familie en personeel) de inrichting van zijn leven: hij mag bijvoorbeeld opstaan, naar het toilet en naar bed gaan wanneer hij wil. De woonvorm lijkt tenslotte op een standaard woonhuis. In de meeste gevallen treffen we een clustering van een aantal groepen aan in een woonwijk dan wel op het terrein van een verpleeghuis, maar we vinden ook kleinschaligheid in een grootschalige setting terug waarbij een traditioneel verpleeghuis is omgebouwd tot een huis dat een aantal kleine groepen herbergt.

Hoe viel die duidelijke voorkeur voor kleinschalige zorg die zich op het einde van de jaren 80 van de vorige eeuw begon af te tekenen nu eigenlijk te verklaren?

Allereerst had dat veel te maken met de brede maatschappijkritiek die we hebben leren kennen met Schumachers woorden “small is beautiful” en die zich in dit verband keert tegen een situatie waarin de mens niet meer als individu gekend, erkend en behandeld wordt maar tot object geworden is. Niet zijn persoon, wensen en belangen staan volgens deze kritiek centraal, maar de grote zorgorganisatie met háár financiële en personele belangen. Zo’n organisatie moet wel abstraheren en standaardiseren, de liefdevolle toewijding van (vaak jonge) medewerkers ten spijt.

Kleinschaligheid moest ook het antwoord zijn op de medische oriëntatie van de traditionele verpleeghuizen die in zoveel opzichten op het algemeen ziekenhuis leken en gesymboliseerd werden door veel wit, meerpersoonsslaapzalen op grote afdelingen en personeel in uniform. Kleinschalige zorg heeft het daartegenover over bewoners, gezin, thuissituatie, begeleiding en over een belevingsgerichte benadering van bewoners.

Kleinschaligheid werd voorts beschouwd als noodzakelijke voorwaarde voor het welbevinden van cliënten. Eerste berichten spraken over verminderde onrust, agressie en incontinentie en over drastische beperking van medicijngebruik. Een kleinschalige voorziening in de wijk kon bovendien gemakkelijker integreren met de omgeving waardoor “buiten” als vanzelf “binnen” zou komen en de normalisatie werd gediend. Kleinschalig aanbod van zorg bevorderde vervolgens ook de spreiding. Volgens de gangbare normen van VWS en het Bouwcollege lag de ondergrens voor de capaciteit van een verpleeghuis tot het eind van de vorige eeuw immers op 120 plaatsen. Tenslotte bood de wetgever de mogelijkheid kleinschalige voorzieningen eenvoudig te realiseren, buiten de ingewikkelde procedures van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Toelating Zorginstellingen om.

Hoe dan ook, velen zijn met overtuiging tot de beginselen van de kleinschaligheid bekeerd. Maar wat heeft dit alles opgeleverd? Laten we nog eens nalopen, waarom zo sterk gepleit werd voor kleinschalig wonen.

Sinds het thema van de kleinschaligheid op de agenda is gezet, zijn door het hele land naar schatting 400 projecten gerealiseerd; 25% van de capaciteit zou inmiddels kleinschalig zijn vormgegeven (meer dan 12.000 plaatsen). De spreiding van voorzieningen is sterk vergroot. Dementerenden kunnen aanzienlijker dichterbij hun oorspronkelijke woonomgeving zorg ontvangen.

Wat blijkt de kleine schaal voor de **bewoner** verder te hebben betekend?

Bewoners in een kleinschalige woonvorm blijken volgens een onderzoek van Zuidema 2) aanzienlijk minder medicijnen te gebruiken zoals sedativa en antidepressiva. Dat zou kunnen samenhangen 3) met het verband tussen huiselijk wonen (en wonen als thuis), zich thuis voelen en activiteiten verrichten enerzijds en tevreden zijn anderzijds. Bovendien, hoe compacter de woning, hoe overzichtelijker die zal zijn en hoe groter de oriëntatie. Huiselijkheid en herkenbaarheid leiden tot vermindering van agitatie en agressie. Het lijkt er kort en goed op, dat de bewoner een grotere mate van tevredenheid kent

Hoewel **familieleden** een uitgesproken voorkeur voor kleinschalig wonen blijken te hebben, betekent dit niet automatisch dat ze om die reden ook vaker op bezoek komen, dat is vooral aan de orde indien het huis dichtbij winkels is gelegen, waar overigens een kleinschalige woonvorm op zichzelf beschouwd meer mogelijkheden voor biedt. Verder blijft de geestelijke achteruitgang van een dierbare voor een familielid een heftige en emotionele confrontatie, waar die ook verblijft.

Personeel werkt graag in een kleinschalige setting 4); die zou leiden tot een grotere verantwoordelijkheid voor en nauwere betrokkenheid bij de bewoners. Het resultaat is een lager ziekteverzuim. Sommigen, met name waar slechts één of een enkele groep op afstand van een hoofdlocatie functioneert, voelen zich geïsoleerd. Anderen hebben moeite met het feit, dat ze gegeven het beperkte aantal medewerkers per groep (vaak maar één tegelijkertijd), onder een zekere druk staan en van alle markten thuis moeten zijn.

Het **management** is veelal tevreden, met uitzondering van de bekostigingsmogelijkheden. Veel bestuurders achten de kleine schaal duurder en niet te dekken uit de gangbare vergoedingen.

Vanaf nu dus alles maar kleinschalig? Een paar overwegingen.

De zorg is nog al eens geneigd een met verve geïntroduceerd nieuw fenomeen kritiekloos te omarmen en er als met een geloofsartikel mee om te gaan (waarbij natuurlijk wel standaard opmerkingen gemaakt worden over tekortschietende bekostiging). In dit verband is het toe te juichen, dat de Universiteit van Maastricht nu juist systematisch onderzoek doet naar de verschillen tussen bewoners in een kleinschalige woonvorm en een meer traditioneel verpleeghuis. Een eerste uitkomst zou zijn 5), dat het voor de bewoner weinig uit maakt.

Dit zou te maken kunnen hebben met het feit, dat het traditionele verpleeghuis sinds de jaren '80 van de vorige eeuw, toen het denken over kleinschaligheid op gang kwam, sterk veranderd is. De laatste generatie nieuw gebouwde huizen kent een aanmerkelijk kleinere groepsomvang. In beginsel zijn er slechts éénpersoonskamers. Van een ziekenhuisuitstraling is geen sprake meer: er worden zichtbare pogingen gedaan vormen van huiselijkheid tot stand te brengen. De veelal aanwezige snoezelruimten vormen het symbool van een grotere gerichtheid op het individuele welbevinden van de bewoner.

Daarbij kiezen nog al wat instellingen uit exploitatieoverwegingen voor transitie van een traditioneel verpleeghuis naar een huis met een groot aantal kleine groepen waarin daadwerkelijk in een huiselijke opzet belevingsgerichte zorg wordt geboden. Kleinschaligheid in een grootschalige setting dus, al zijn daar niet alle gunstige effecten van kleinschaligheid daadwerkelijk te behalen.

Kortom: de verschillen zijn in veel opzichten minder groot geworden en dat brengt enige relativering in de discussie. Eerder werd die al aangebracht door Anne-mei The 6) en Geelen.7)

Spannend is, op welke voet de zorg voor dementerenden op langere termijn gefinancierd zal worden en wat de beweging naar scheiden van wonen en zorg voor deze groep betekent. Voorlopig doen we er goed aan ons er nog nadrukkelijker en consequenter in te verdiepen wat dementie ruimtelijk vraagt. 8) 9) Maar hoe belangrijk dat ook is, uiteindelijk is het de patiëntgerichte zorg die het verschil maakt.

mr. Tom Vroon

Lector Zorggericht bouwen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

- 1) Pot, A.M. en Lange, J. de, Monitor woonvormen dementie (Trimbosinstituut)
- 2) Zuidema, S.U., Neuropsychiatrische symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten
- 3) Liempd, H.M.J.A. van, e.a. in Evaluatieonderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie (Vilans & Akta)
- 4) Dit blijkt uit een databank, die gevuld is met door de HAN in het kader van verschillende onderzoeken verkregen gegevens.
- 5) NRC Handelsblad, 7 december 2010
- 6) The, A, In de wachtkamer van de dood
- 7) Geelen, R, in Denkbeeld
- 8) Zie ook Hoof, J. van Ageing-in-place
- 9) Inmiddels heeft Wiegerinck Architecten (Arnhem) vanuit het Planetree model een uitvoerige ontwerpstudie gemaakt.



Auteurs: Mr. T. Vroon, drs. ing. G. Thaens, drs. C.J.L. Swen en ing. T. van Lieshout 1)

Jaar: 2011

Kleinschalig wonen... optimaal?

Vastgoedpartijen die investeren in zorggericht vastgoed overzien regelmatig niet waaraan ze beginnen en wat bij deze investeringen de succesfactoren zijn. En dat terwijl dat juist nu zo hard nodig is, omdat AWBZ budgetten krimpen en marktwerking zijn intrede doet. Een goed voorbeeld daarvan is het beleggen in kleinschalige woonvormen voor dementerenden. Uit een recent onderzoek onder zorginstellingen blijkt, dat veelal een integrale businesscase ontbreekt en toevallige factoren (een beschikbare locatie, de bestaande bedrijfscultuur en faciliteiten) veelal leidend zijn. Als gevolg daarvan bestaan grote onzekerheden over de exploitatie en de toekomstige rendementen voor investeerders. Volgens ons is dit onnodig en kan investeren in dit soort vastgoed juist aantrekkelijk zijn, mits partijen vanaf het begin een gezamenlijke businesscase uitwerken rond zorg- en vastgoedexploitatie.

Kleinschaligheid in Nederland

Kenmerkend voor de Nederlandse samenleving is wel dat veel van wat zich voordoet als een geloofsartikel wordt benaderd en vervolgens even zoveel hartstochtelijke aanhangers als geharnaste bestrijders kent. Dat geldt ook voor het verschijnsel van de kleinschalige zorg voor dementerenden. Voor sommigen hét kenmerk van het ware, voor anderen van nog van onbewezen kwaliteit. Dat zou er al meteen op kunnen duiden, dat niet slechts één goed zorgconcept bestaat, maar dat de vraag of zo'n concept goed, laat staan het beste, is in verschillende situaties verschillend zal worden beantwoord. In sommige gevallen zal de zorgvisie van een instelling dominant zijn waarin een veelheid van afwegingen en keuzes wordt gemaakt. In andere gevallen de financiële mogelijkheden, de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit of de mogelijkheid een zekere schaal te realiseren om kwetsbaarheden te verminderen.

Het onderzoek

Er is de laatste jaren veel onderzoek verricht op het terrein van de kleinschalige voorzieningen voor dementerenden. Voorbeelden daarvan zijn dat van Zuidema 2), het Trimbosinstituut 3), Vilans en Akta 4), Te Boekhorst 5) en de Universiteit van Maastricht.

Het onderzoek Kleinschalig wonen. Optimaal? dat de HAN in opdracht van TUIM en ZBz Partners heeft ondernomen vormt een ander voorbeeld. Het onderzoek beoogt initiatiefnemers in staat te stellen een beter gefundeerde keuze rond de inrichting van kleinschalig wonen te maken en daartoe het inzicht te vergroten rond de groepsomvang, de omvang van de locatie en de exploitatiekaders die de AWBZ biedt.

Feitelijk zijn in dit laatste onderzoek vier onderzoeksvragen geformuleerd:

- welke spreiding in locatietype en groepsomvang constateren we in Nederland?
- welke richtinggevende kwalitatieve afwegingen hebben ten grondslag gelegen aan de keuzes van initiatiefnemers?
- van welke kengetallen gaan initiatiefnemers uit bij hun exploitatieberekeningen?
- wat bepaalt de keuze van deze initiatiefnemers bij het bepalen van de exploitatiemogelijkheden van een kleinschalige woonvorm?

Het onderzoek is in belangrijke mate gebaseerd op interviews met leidinggevendenden binnen zorginstellingen die vanuit de praktijk bekend waren met kleinschalig wonen voor dementerenden. De instellingen waarvan leidinggevendenden om een interview werd gevraagd werden willekeurig gekozen.

Welke spreiding in locatietype en groepsomvang wordt nu in Nederland aangetroffen?

“No best way to organize” lijkt het als je kijkt naar de grote verscheidenheid van verschijningsvormen. Overigens kent het merendeel van de initiatieven (90%) groepen van 6 tot 8 bewoners, maar groepen van 9 of meer zijn geen uitzondering. Veelal zijn deze groepen geclusterd in een aantal van 4 of meer; in verreweg de meeste gevallen ligt het aantal bewoners per locatie boven 28.

Welke richtinggevende kwalitatieve afwegingen hebben ten grondslag gelegen aan de keuze van de initiatiefnemer?

Bij het organiseren van de zorgexploitatie lijkt vooral de roostering van de nachtdienst dominant.

Dat wil vervolgens niet zeggen, dat geen opvattingen bestaan over kwalitatief-zorginhoudelijke aspecten, maar die hebben niet exclusief betrekking het kleinschalig karakter van het wonen. Dat is mogelijk wel het geval bij de selectie van cliënten: stadium van dementie en sociale vaardigheden bepalen wie wordt toegelaten. Ofschoon overplaatsing als een ethisch probleem wordt ervaren, vormen dwaalgedrag en gedragsstoornissen vanwege het effect op de andere bewoners en de noodzaak tot extra personele inzet toch vaak de aanleiding om overplaatsing te overwegen. Bewoners in een palliatieve fase worden niet meer overgeplaatst. Overigens wordt niet gestreefd naar (blijvende) homogeniteit van de groep in die zin dat elke bewoner zich in hetzelfde stadium van dementie bevindt.

Belevingsgerichte zorg is uitgangspunt, maar indien dat de dagelijkse inschakeling van bewoners bij huishoudelijke activiteiten betekent, wordt daarop nog al eens gereduceerd vanwege de extra inzet van personeel die dat vergt.

Van welke kengetallen gaan initiatiefnemers uit bij hun exploitatieberekeningen? Wat bepaalt hun keuze bij het bepalen van de exploitatiemogelijkheden van de kleinschalige woonvorm?

Een aantal feitelijke gegevens van de geïnterviewde groep:

- Het merendeel (80%) van de voorzieningen voor kleinschalig wonen is (zeer) centraal gelegen ten opzichte van de algemene voorzieningen van een grotere voorziening. Het kan niet anders of dit leidt tot een efficiëntere inzet van personeel;
- In tweederden van de gevallen is de overhead bij de instelling als geheel na introductie van kleinschalig wonen niet gewijzigd;
- De meest voorkomende personele inzet (excl. overhead) per bewoner ligt tussen 0,8 en 0,87 FTE, hetgeen een bedrag, inclusief werkgeverslasten vergt van € 35.200 tot € 37.000.
- De kosten voor de voeding ligt meestal tussen € 1825 en € 2000 per bewoner per jaar; de kosten voor welzijn komen neer op een bedrag tussen € 45 en € 75 per bewoner per jaar; de onderhoudskosten liggen meestal op € 2700 per jaar. De kosten voor overhead, de hotelmatige en algemene kosten zijn zeer divers.

Wat bepaalt de keuze van initiatiefnemers bij het bepalen van de exploitatiemogelijkheden van een kleinschalige woonvorm?

Wat motiveert een initiatiefnemer nu voor een keuze tot kleinschalig wonen?

Als het doel al **de verbetering van de exploitatie zou zijn**, dan wordt dat doel **niet** gehaald. Kleinschalig wonen leidt niet per definitie tot die platte organisatie en die vermindering van overhead die aanvankelijk wel als voordeel werden genoemd. Weliswaar neemt de beschikbaarheid van mantelzorg in kleinschalige woonvormen substantieel toe, maar de organisatie van de zorg in de nachtsituatie is niet zonder problemen en lijkt initiatiefnemers te stimuleren tot grotere groepen en tot clustering van meer groepen per locatie.

Is dan **het welzijn van de cliënt** leidend bij de besluitvorming? Ook dat lijkt in eerste aanleg niet het geval, ook al bieden de onderzoeken van Zuidema en Akta/Vilans daar alle aanleiding toe. Nagenoeg elke respondent verwijst bij kleinschalig wonen naar de algemene trend, de mode van het moment en naar de wetgeving, de financiering en het rijksbeleid en niet naar het welzijn van de cliënt. Een groter gebouw blijkt ook op het punt van welzijnsactiviteiten voor de bewoners aanzienlijk meer te bieden te hebben. De toegenomen inzet van mantelzorg vertegenwoordigt aanzienlijke toegevoegde waarde, maar de continue beschikbaarheid van mantelzorgers in de toekomst wordt betwijfeld.

Dat neemt overigens niet weg, dat géén van de geïnterviewden terug zou willen naar een situatie van de grotere verpleegafdelingen uit het verleden, al bestaat uiteindelijk geen eenstemmigheid over het de optimale verschijningsvorm.

Geeft soms de **andere ruimtelijke en functionele vormgeving** van kleinschalig wonen de doorslag?

Mogelijk wel. Vaak wordt daarbij gedacht aan het huiselijk karakter, zo gewoon mogelijk wonen in een familie achtige setting. De grootte van de verblijfsruimten/zitslaapkamers die in de onderzochte situaties wordt gerealiseerd, varieert van 20 tot 35m², en is in iets minder dan de helft van de gevallen tussen 28 en 35m² groot. Ze zijn daarmee ruim groter dan wat tot voor kort in de reguliere verpleeghuizen aangeboden placht te worden. Klaarblijkelijk heeft de in het midden van de jaren '90 ingezette privacybeweging nog niet haar eindpunt bereikt.

We vonden in dit verband nog wel een bijzondere correlatie: daar waar de bewonerskamers groter waren was de gemiddelde personele inzet kleiner. Of hier van een oorzakelijk verband sprake is kon overigens niet worden vastgesteld.

Opgeteld blijken bij de keuze rond het principe van kleinschalig wonen vooral overwegingen te spelen van trend en mode en van de klaarblijkelijke maatschappelijke appreciatie, en bij de keuze rond de vormgeving een hele reeks toevallige en exploitatie gerelateerde omstandigheden. Dat neemt niet weg dat de keuze voor kleinschalig wonen, indien eenmaal gemaakt, uiteindelijk toch ook vanuit zorginhoudelijke overwegingen met overtuiging wordt verdedigd.

Tot slot

Succesvolle woonvormen worden gevonden bij organisaties die een heldere visie hebben uitgezet waarin de behoeften en de vraag bewoner centraal staat. Van daaruit wordt een locatie geselecteerd, de indeling gemaakt en het zorg- en ondersteunend proces vorm gegeven. Vastgoedpartijen moeten zich verdiepen in deze materie en niet blijven hangen in exit scenario's (alternatieve aanwendbaarheid) in het geval de zorgexploitatie niet rendoert. De waarde van het vastgoed wordt, vergelijkbaar met een hotel, ontleend aan de mate van succes van de exploitatie.

Of kleinschalig wonen in absolute zin het beste zorgconcept biedt, is de vraag. Het is goed te bedenken, dat kleinschalige vormgeving van de zorg zoals die in het begin van de jaren '90 van de vorige eeuw ontwikkeld werd, tot op zekere hoogte een reactie vormde op het toentertijd grootschalige verpleeghuis, met zijn medisch getinte model, witte jassen, grote slaapzalen, beperkte privacy en een zekere onpersoonlijke, meer collectieve benadering van bewoners. Dát verpleeghuis bestaat niet meer.

Feitelijk zijn de twee naar elkaar toegegroeid: aan de ene kant zien we kleinschaligheid soms gepresenteerd worden in een grootschalige setting, anderzijds zijn ook in het grotere verpleeghuis belevingsgerichte zorg en de wensen van de individuele cliënt uitgangspunt. Uiteindelijk is de cliënt met name daarbij gebaat. Die zorg kan uitstekend geboden worden binnen een kleinschalige setting. Maar niet exclusief daar.

- 1) De schrijvers zijn respectievelijk lector ZorgGericht Bouwen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), oprichter Thaens Urban Investment & Management (TUIM), zorgvastgoed interim manager en consultant bij TUIM, junior onderzoeker bij het lectoraat ZorgGericht Bouwen.
- 2) Zuidema, S.U., Neuropsychiatrische symptomen bij Nederlandse verpleeghuispatiënten
- 3) Pot, A.M. en Lange, J. de, Monitor woonvormen dementie (Trimbosinstituut)
- 4) Liempd, H.J.M.A. van e.a., Evaluatie onderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie (Vilans & Akta)
- 5) Boekhorst, S. Te, Group living homes for older people with dementia. Concepts en effects

Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: 2012

101 Innovations for active aging

From the onset of mankind to nowadays

Name of the innovation

Assisted Living Atlas

Description of the innovation in its cultural setting

In order to support aging in place, Dutch elderly that cannot live at home any longer are housed in Assisted Living Facilities (ALF's). Here they live as independently as possible and can rely on care and services 24 hours a day. Nowadays the intended home-like atmosphere is threatened by the increasing number of inhabitants needing high levels of care. Initiators have to cope with this issue and have to decide on the most desirable scale of ALFs and the optimal mix of different user groups and facilities. The Assisted Living Atlas shows a huge number of different projects in a standard way, in order to help decision makers to be aware of different solutions and to find best practices.

Importance of the this innovation for active healthy aging

Decision making on Assisted Living Facilities in the Netherlands is mainly based on previous experiences, intuition and expectations and guided by policy letters and impact on exploitation. The Assisted Living Atlas can support decision makers to make well-considered and evidence based choices regarding scale, mix of tenants and mix of functions. The Atlas shows facts, figures, and reflections on safety, mutual informal care, social cohesion and facilitated active leisure. As such, the Assisted Living Atlas can be used as a decision support tool to establish maximum quality. It is based on the Dutch examples in the period 1998-2010, but the examples and guidelines can be extended to similar situations abroad.

Domain of daily living

Housing & Daily Living

Research / design / engineering domain

Architecture

Sociology

Inventors of this innovation

Dort Spierings MSc, PhD candidate

Institute of Management Research, Radboud University Nijmegen

Research group Architecture in Health, HAN University of Applied Sciences

1964, Netherlands, in co-operation with the Delft University of Technology

Technical specification

The Assisted Living Atlas is a hardcopy and web based decision making tool. It consists of the interrelated quantitative information of approximately 600 projects as well as the qualitatively information of 24 projects. Initiators can support their choices concerning scale, group mix, facility level in order to achieve a larger social quality of housing. It provides guidelines for minima, maxima, and optima of these variables and adds best practices and evidence based design principles and examples.

Is the innovation patented?

No

Actual use of the innovation on a local and global level

The definitive hardcopy version of the Atlas is available at the end of 2012. A preliminary draft was used, tested and further developed in 2010-2012 in connection to an analysis of hundreds of ASL-facilities and a multiple casestudy of 24 projects. Amongst others, initiators and managers were interviewed concerning their choices on scale, group mix, and facility level related to the social quality of housing. In the interviews the Atlas was presented as a possible decision making tool, on which the respond was clearly positive. The web designed version is planned to be launched in spring 2013.

The Atlas is developed to use in the pre initiative phase of a building process to decide on the Key Performance Indicators: scale, group mix, facility level. In terms of Corporate Real Estate Management, a better balance is possible between strategic, financial and functional level by knowing the effects of these KPI's from the physical on the functional level, in particular the social quality of housing. The executed ex post evaluation and analysis of 24 projects provide more evidence based answers to ex ante decision making and modelling of Assisted Living Facilities.

Observed impact of the use of this innovation

Initiators and managers in the interviews expressed serious interest in the concept version of the Assisted Living Atlas. Both managers of the care corporations as well of the housing associations were comfortable in using the Atlas. The first use in the decision making phase of new projects by multiple stakeholders will take place in the first half of 2012 and will be observed.

An expected side effect is to bridging distrust in the multidisciplinary process; the Atlas provides a communication document for sometimes suspicious stakeholders. At first it will help to cover misconceptions between the social world of the care sector and the technical world of the housing sector. In the end it could lead to more inclusive design, allowing end users to join decision making, obviously representing the active aging inhabitants.

ISG*ISARC2012

Dort Spierings, MSc, PhD-candidate

Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: 2012

**“The Desirable Scale”, impact of scale on group mix
and social quality in assisted living facilities**

Dort Spierings^{1*}, Theo van der Voordt², and Martha van Biene³

¹*Institute of Management Research, Radboud University, Nijmegen*

²*Faculty of Architecture, Delft University of Technology, Delft*

³*HAN University of Applied Sciences, Nijmegen*

** Corresponding author (dort.spierings@han.nl)*

In order to be able to age in place, Dutch elderly are being housed in Assisted Living Facilities (ALFs) for over 25 years. Here they can live independently and rely on care and services. The physical scale of ALFs ranges from 30 up to 300 residents. This paper presents the findings of a multiple case study of 24 projects regarding the impact of physical scale on group mix and social quality. The projects in the population included groups with heavier care need than presumed, leading to two contrary effects: a positive influence of vital elderly on social interaction and informal care, and a negative influence on vital elderly being confronted by the perspective of a more care demanding future, especially due to the inclusion of people with dementia. However, due to a changing policy and housing demands of elderly, they live longer at home, leading to a higher care needing population within ALFs. These changes undermine the concept of Assisted Living Facilities.

The location and the appreciation of scale are related as well: small scale projects are more appreciated in villages, large scale projects in cities. Safety experience is more assured by small scale. In villages there is more informal contact and social cohesion which leads to both positive and negative effects of severe social control. In city environments, a lower level of social control is one of the major drivers in the appreciation of large scale. Ultimately, relational aggression has a strong negative influence, especially in small scale projects.

Keywords: *social quality of housing; physical scale; group mix; assisted living facilities*

Introduction

Housing and care for the elderly in the Netherlands are changing constantly. In the last decades, previously appraised care in elderly homes has been substituted by home care. Nursing homes that provide care to the very old in a prolonged, systematic multidisciplinary way, in an intramural setting¹, have partly been replaced by small-scale housing facilities². Since the eighties, vital elderly have been housed in assisted living facilities, preferably in areas with integrated neighborhood services³. The goal of these changes is to support aging in place with better social quality of housing and to reduce the costs.

Assisted living facilities (ALF) have been built since 1983⁴. They accommodate elderly people that live independently but can rely on care and services within the project when needed. The latest survey on ALFs goes back to 2005⁵. Nowadays ALFs are often considered to be outdated because of the need for cutbacks on care and the strong 'care mark' that discourages younger seniors to choose for this concept. This may explain why ALFs are less popular as a research subject. Nevertheless, they are still

being built and, more importantly, they are changing in character since a larger variety of target-groups is being housed nowadays, including both people with a low need for care and with a very high need for care⁶. Present definitions should be stretched to cope with this change, see Fig. 1. An important question is whether an extensive mix of target groups leads to more or less integration and social quality of ALFs.

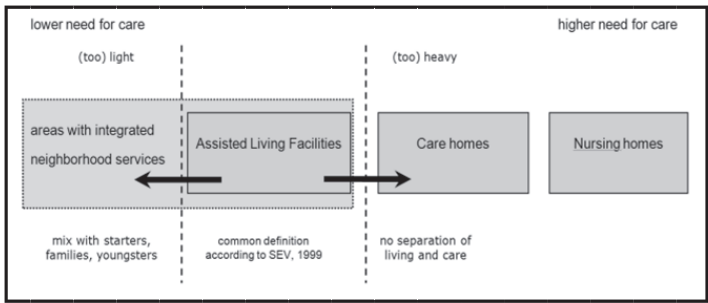


Figure 1. Changing severity of care of ALF's

Within the field of care for dementia, studies on-scale^{2,7} showed that small scale group living has a positive effect on work satisfaction of professional caregivers and, to a somewhat lesser extent, on wellbeing of residents. Inhabitants living in projects with less or smaller groups are more active and go outside much more, but are visited less frequently. These results have led to revaluation of small scale in legislation. Objections arise as well, pointing at the less opportunities to find favourite tenants and the adaptations to this new approach for the staff⁸.

The impact of the physical scale of assisted living facilities on social quality of housing – directly and indirectly via its impact on the number and heterogeneity of tenants - has not yet been explored. Initiators have to decide on the basis of previous experiences, intuition and good intentions, and are usually guided by policy letters and a focus on exploitation costs. Due to a lack of data “evidence based choices” using quality indicators are not well possible. For this reason a PhD-research project was started on “The desirable scale”. In addition to a scientific thesis with sound conclusions and recommendations to support evidence based decision making, a web based tool and a hardcopy atlas showing findings and best practices of small, medium and large projects will be produced to contribute to this end.

Preliminary interviews showed that many initiators of ALFs are lacking knowledge about the optimal scale of the facility, which groups should be accommodated regarding to age, need for care, and social origin, and which supporting facilities should be included if not present nearby. Generally, the aim is to establish maximum quality, but regulations and budgets create tight boundaries. Besides decision making

is often supply driven and not primarily directed at demands and user participation. On the basis of a review of literature and these preliminary interviews a conceptual model has been developed, that connects the physical scale of ALFs with group mix and social quality (Figure 2).

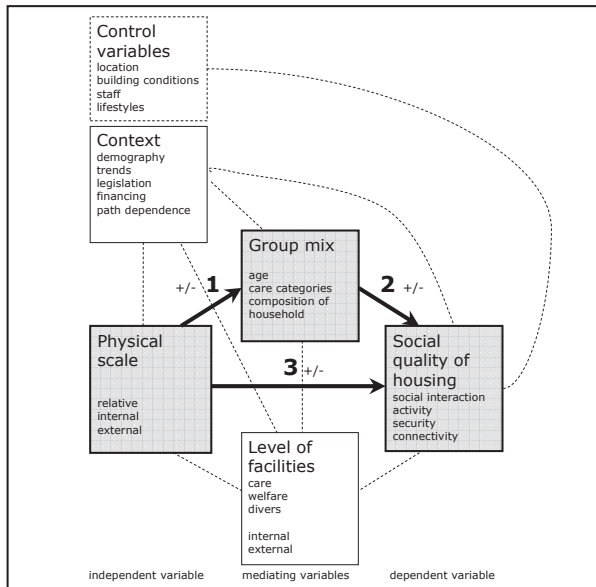


Figure 2. Conceptual model

Furthermore the context is assumed to affect both decisions on scale and group mix and social quality as well. Furthermore it is assumed that the scale also affects the number and capacity of facilities and as such also the social quality of living in an ALF. These connections will be explored in another paper.

Scale and social quality of housing

Scale is an important variable in management theory as well as in architectural theory. For this study both disciplines are relevant. From management theory three concepts of scale that were introduced by De Groot⁹ are being studied: the physical, the structural, and the mental scale. The physical scale is the number of social and spatial units. In ALFs, physical scale regards the number of houses in a project. The structural scale is the scale of the organisation process, in this case the process of care and service. Finally, the mental scale is the cultural pattern and the emotional bond of a group, in this case the inclusion or exclusion of target groups. Of these three concepts, physical scale is the independent variable, whereas structural scale and mental scale are perceived as intermediary variables that are affected by the physical scale and affect social quality of housing.

The architectural theorist Boudon¹⁰ defines scale as the ratio between a building and an element, and proportion as the mathematic expression of the mutual ratio between elements. Ching¹¹ states that scale alludes to the size of a reference. He defines generic scale as the size of an element in comparison to the size of other elements in its context. In line with these theories, three concepts have been defined for this study with regard to the measurement of physical scale: the external, relative, and internal scale. The external scale, comparable with the generic scale of Ching, refers to the size of the service area of the ALF. The relative scale is the size in comparison to other projects. Finally, internal scale, similar to proportion, is the partition with respect to internal groups.

Social quality of housing is related to existing definitions of quality in general and quality of housing in particular. Van der Voordt¹² refers to a widely used definition of quality as the extent to which a product fulfils the requirements set for it. In architectural theory Alexander¹³ defines a 'central quality' in each city or building, which is on the one hand objective and precise, but on the other hand not exact at all, mentioning liveliness, flexibility, wholeness, comfort, safety. Zwart¹⁴ distinguishes the building quality and the quality of housing and decomposes both in the technical and economical quality on the one hand, and the functional, social, psychological and cultural quality on the other hand. Finally de Vreeze¹⁵ defines social, esthetical, and technical quality, which is very much in line with the Vitruvius concept of utility (Utilitas), beauty (Venustas), and reliability (Firmitas).

For this study we define the social quality of housing within an assisted living facility as the quantity and quality of social interactions between inhabitants and groups, the variety in leisure and activities, and the degree of safety and experience of being connected.

The assumptions concerning physical scale and social quality of housing are:

- in general, small scale is preferred because of the more homelike situation and tailor made solutions
- large scale will benefit care and services, social interaction, diversity in activities and leisure and will support a larger group mix
- concerning the social quality of housing, the desirable scale is different in a village than in a city.

Mix of groups with different levels of care need

The mediating variables deduced from preliminary research were mix of groups with different levels of care need and level of facilities. In this paper the level of facilities is not elaborated. Group mix has a scale-related influence. For example, regarding housing for people with dementia, quality of life on the one hand, and the availability and variety of staff and activities on the other hand are directly influenced by the physical scale of the accommodation².

In the last fifteen years, more target groups have been housed in assisted living facilities: elderly people with a higher need for care like dementia or a somatic problem but also younger people with a mental handicap (CBZ, 1998-2010). On the other side of the spectrum, groups without a care need are integrated and as such reduce the character of a care based housing concept (i.e. Malburgstaete, Arnhem; Meulenvelden, Doetinchem). Both developments are easily explained from a social integration point of view, a notion that has been incorporated for a long time in Dutch social housing¹⁶ and is stimulated by the government to avoid strong spatial segregations¹⁷. Looking at integration of groups, we distinguish the principles of bonding social capital, the forces of alliance within a group, and bridging social capital, connections towards other groups. If a complex or facility is built with a focus on supporting social security, this can result in a 'gated community'¹⁶: bonding capital is dominant and bridging capital is lacking. According to research of Holt-Jensen¹⁸, the tipping point in integration of new groups in a neighbourhood is around 7%; will this be similar in an assisted living facility? Housing severe care demanding groups is even more complicated, see the studies of Duyvendak on integrating people with psychiatric problems¹⁹. On the scale of the neighbourhood he detected strong believers in the curing side of integration and those who try to avoid confrontations and conflicts. The influence of the social and physical environment on people's ability to cope with complex environments is larger when the competence of an individual is smaller, known as the environmental docility hypothesis of Lawton²⁰.

Jacobs²¹ states that four factors are crucial for urban diversity: several mixed primary functions; dense pattern of streets; mix of age and condition of buildings, and sufficient concentration of inhabitants.

For the partition of groups in this research we looked at age, level of care need and composition of household. For the distinction of levels of care need (from no care till nursing home level) we used the definitions of Dutch legislation (AWBZ), TNO Health Assets, and the databank Assisted Living Facilities of the Expertise centre housing and care (KCWZ), see Table 1.

Table 1. Different levels of care need

	Categories AWBZ ²² legislation	Profiles TNO ²³	Groups databank KWCZ ²⁴	Groups in this research
Care	psycho geriatric patients	profile dementia	people with dementia	people with dementia
	mentally handicapped		people with a mental handicap	people with a mental limitation
	psychically handicapped	elderly with large physical limitations	people with a physical handicap	people with a physical limitation
	sensory handicapped	elderly with mobility and personal care limitations		
	somatic patients	elderly with mobility limitations		
	psychiatric patients		people with psychiatric problems	people with psychiatric problems
Non-care		elderly with few or no limitations	elderly	55+ with no or modest care need
			all (other) district inhabitants	families starters juniors

In this paper we will test the following hypotheses concerning group mix and social quality of housing:

- groups with a lower care need will easier and better mix with vital elderly than groups with a high care need
- a limited group mix will have a positive effect on feelings of safety and social cohesion and therefore on the social quality of housing¹⁶
- a group mix with not easily integrating groups beyond a certain “tipping point”¹⁸ will have a negative impact on the social quality of housing
- as a result, there is a optimal group mix concerning the effect on social quality of housing.

Methods

The PhD-study is split in a desk research and a multiple casestudy. The desk research was used to get a view of the variety of ALFs regarding their physical scale, group mix, level of facilities and the influence of legislation and financing on these variables, and to analyse the connections between scale, mix of tenants and level of facilities. This paper focuses on the second part of the research i.e. the multiple case study. The sample was selected from 197 projects that are included in the Assisted Living Facilities databank of the Expertise Centre Housing and Care (KCWZ) and were built in the period 1998-2010.

Primary criteria for selection were a variety regarding physical scale - (extra) small, medium and (extra) large – and a variation in group mix: 55+ with no or modest care need, mixed with higher care need, and mixed with higher and no care need (Table 2). To establish data triangulation, in each project both inhabitants, staff members, and initiators were interviewed. Besides, we conducted non-participating observations by walk-throughs, using an observation protocol. A narrative method was applied in the interviews to get more reliable information on the experience of the social quality of housing. The number of interviewed inhabitants should be approximately 30 in each level of the strategic selection (both rows and columns in table 2) to reach saturation²⁵.

Table 2. Optimal strategic selection, number of projects, and interviews per stakeholder group

Physical scale in relation to group mix	(extra) Small < 80	Middle 81 - 130	(extra) Large > 131
55+ with no or modest care need	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators
mixed with higher care need	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators
mixed with higher and no care need	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators	> 4 projects: 6-8 inhabitants 2 staff members 1-2 initiators

The respondents were selected by the care institution or housing association related to the project, and in one case by the research group itself. The inclusion criteria for the selection of respondents were: independently living (light or no care indication); between 65-75 years of age; variety of marital status; and minimal 1 year living in the project. For the staff members: minimal two years working in the project; and involved with the vital inhabitants. For the initiators: representation of care institution and housing association; minimal 2 years related to the project; and were possible, involved with the initiative.

The interviews were conducted in 30 to 60 minutes. Generally, the inhabitants were interviewed at home, the initiators at their office, and staff members at their work spot. The interviews were recorded with explicit approval of each respondent on tape and on paper.

A junior researcher and two student interview teams conducted the interviews; 23% of the interviews were conducted by the researcher himself. Interviewing by using the narrative method²⁶ was trained by an expert and first some pilot interviews were carried out. Generally, the interviewers worked in couples, as mixed as possible

concerning gender and discipline. 14% of the interviews were carried out by only 1 person, half of them by the researcher himself. A topic list with the research variables and their indicators were used as a guideline. All the recordings were transcribed and subsequently coded in Atlas ti. 51 codes were used, see Table 3, all derived from the conceptual model and aligned in four meetings with the coding team to improve its reliability and validity.

Table 3. Type, number and indicators of the codes

Code type	Number	(example of the) Indicators
Biographic information	8	Civil status, age, children, vitality,...
Research variables	6	Scale, group mix, level of facilities, social quality of housing, context.
Indicators	22	Physical scale, ...;mix with..., legislation, ...; social interaction,....
Control variables	4	Functional, economic, technical and esthetical quality.
Quality	4	(Non) satisfied, problem, solution.
Personal radius	3	Own, next, far.
Environmental radius	4	Dwelling, project, street, village/city.

In this paper we will discuss the findings from a qualitative analysis of the interviews and our own observations. In another publication we will connect the qualitative data with the quantitative data.

Results

From March 2011 until January 2012 all 24 projects were visited and studied. Two projects were slightly older than the criterion ‘new build after 1997’: ‘t Derkshoes (1995) and Bergweg (1996). Being advanced at that time and representative for the generation of ALFs, we did analyze them any way. Three projects turned out to be partly new build and partly expended: Mercator (1999), Huize St. Francisus (2000), and Huis ter Leede (2006).

The intended range of physical scale was fulfilled as well as the intended variety in location. The variety in group mix was far less than intended. Projects with strictly no or modest care need were rather exceptional and showed to be absent among the larger projects. In three cases the actual group mix deviated from the data in the KCWZ-database. Projects mixed with higher and no care need were extremely exceptional and only one of them was willing to cooperate. So only the sample of projects mixed with care reached full saturation, see the dark grey fields in Table 4.

Table 4. Resulting strategic selection, studied projects classified to physical scale and group mix

Physical scale in relation to group mix	(extra) Small < 80	Medium 81 - 130	(extra) Large > 131
55+ with no or modest care need	De Wemel, Wemeldinge	Jean Sibelius, Eindhoven De Schermerij, Leersum	absent
mixed with higher care need	De Sfinx, Zeewolde Eilandstaete, Arnhem St. Annahof, Uden De Berken, Millheeze Domus Bona V, Nederweert Huize St. Franciscus, Veendam Nij Dekama, Weidum	Rigtershof, Grootebroek Onderwatershof, Rijswijk BaLaDe, Waalwijk 't Derkshoes, Westerbork Het Reggedal, Enter Het Spijk, Eefde	Bergweg, Rotterdam De Pleinen, Ede Reinaldahuis, Haarlem Parc Imstenrade, Heerlen Menno Simons, Amsterdam Mercator, Groningen Huis ter Leede, Leerdam
mixed with higher and no care need	absent	absent	Malburgstaete, Arnhem

With respect to the projects mixed with care, the interrelationships between physical scale, location, group mix and social quality of housing could be well analysed. The other projects were analyzed as well, illustrating the exceptional kinds of group mix.

Scale experience and location

The data showed some clear patterns in the experience of scale. Small scale projects were higher appreciated in villages, large scale projects in cities. Inhabitants as well as initiators often mentioned the more assured experience of feeling safe in small scale projects, related to more informal contact and social cohesion in villages, see Narrative 1. In contrast, in cities large scale was higher appreciated because of a more assured mix of tenants bringing more liveliness and a larger variety of people and facilities.

"It is not that I am living in the nursing home and you are living in the Caring home, here you just live in the Rigtershof. We all live in one street, named Rigtershof and that is coincidentally under one roof"

(Initiator, Rigtershof-Grootebroek, M-Mixed with care-Extra, April '11)

"Now I must say, a small scale organization makes it more easy to fit in the neighbourhood. The Sfinx is so small, a lot of people work here from Zeewolde, the social involvement is much larger."

(Initiator, Sfinx-Zeewolde, XS-Mixed with Care-Quality, April '11)

Narrative 1. Scale experience and location

Interaction and reclusion

As was already mentioned before, we saw far more extensively mixed projects than we assumed in advance. Groups with higher care need were present in 20 out of 24 projects, presenting 10-50% of the inhabitants. People with dementia and physical limitations were most present, people with mental limitations only rarely, people with psychiatric problems not at all. Regarding group mix a distinction should be made between accommodating different people or groups and actual interaction between people or groups. Concerning the concept of informal help and social interaction in Assisted Living Facilities various results were found. Group mix in itself does not automatically lead to social interaction and does evidently not prevent reclusion. Common activities, when connected to the needs of the diverse inhabitants, could reduce reclusion. However, a mix of groups can be confronting; when vital elderly are daily confronted with very frail elderly with disabilities and a high need for care they might get frightened about their likely future, see Narrative 2.

“Trying to stay healthy, the biggest fear you’ve got when you look around. Especially downstairs. You can see people walking that were fresh and cheerful half a year ago. And who now have Alzheimer written on their chest...”
(Inhabitant, Sfinx-Zeewolde, XS-Mixed with care-Quality, April ’11)

Narrative 2. Frightening future

Relational aggression

In most projects the different groups live next to but apart from each other. In one project one might even speak of ‘a little war’ between the groups with modest and higher care need. Relational aggression on personal or group scale was widely spread and had a strong negative influence. Elderly keep away from activities to avoid encountering certain persons or groups.

“oh, gossip? Very much! ... is doesn’t affect me, it is that little group basically...”
(Inhabitant, Bergweg-Rotterdam, XL-Mixed with care-Quality Extra, June ’11)

“they look mad at me and no, I didn’t do anything, I hope so and if not, than I am just on my one.”
(Inhabitant, Jean Sibelius-Eindhoven, M-None mixed-Basic, April ’11)

“It is a beautiful fruit plate down here, but ... as long as those two rotten apples are in, the atmosphere is bad”
(Inhabitant, Malburgstaete-Arnhem, XL, Mixed with non care-Quality, April ’11)

Narrative 3. Relational aggression

Limited informal care

In several projects we saw vital elderly giving support to other groups, which encourages social interaction. The inhabitants in the projects were by majority over 75, with a higher care demand, leaving only very limited opportunities to mutual informal care.

*“We start around 63 years running up to 99”
(Initiator, Rigtershof-Grootebroek, M-Mixed with care-Extra, April '11)*

*“No no, again the elderly ... put in some youngsters. They can do the voluntary work,
you can help each other.”
(Inhabitant, Jean Sibelius-Eindhoven, M-None mixed-Basic, April '11)*

Narrative 4. Limited informal care

Discussion

One of the limitations of this research concerns the selection of respondents. Most inhabitants were selected by the care cooperation or housing association. In spite of the inclusion criteria this may have led to a certain bias by selecting easy approachable, possibly positive persons or members of residents committees. Another limitation is the staggering of interviews throughout almost a year. The influence of the seasons probably leads to different social behavior and different activities and as such different levels of satisfaction. Nevertheless some new and interesting insights came to the fore regarding the impact of physical scale and group mix on social quality of housing.

Revaluation of scale

The impact of physical scale on social quality of housing showed to have a different effect in connection to the location. The difference in appreciation of physical scale between villages and cities is not surprising but much stronger and pronounced than expected. Small scale satisfaction is well known and one of the drivers in present policy. However, we saw that specific large scale satisfaction in the cities was widely present. Thus, a choice for a larger scale has not just to be a result of management indicators. This postulates that the contemporary unilateral appeal for small scale facilities has to be revalued in connection to location characteristics.

The threat of mixing with high care need

Assisted Living Facilities were initially meant to accommodate vital elderly with a modest need for care. This tight definition was already criticized by Singelenberg⁶. The data of the population of Dutch ALFS showed that projects without tenants with a higher need for care are quite rare and almost absent in large scale projects. The newer generation of Assisted Living Facilities is characterised by a mix of vital elderly and elderly with a high(er) need for care, in particular people with dementia or somatic limitations. The expected mix with people not needing care at all, in order to prevent an atmosphere of an elderly people's home, is only seen in few pilots. There seems to be no small or medium scale project mixed with higher and no care needing tenants yet. The mix of low and (very) high level of care needing people brings opportunities as well as threats. With the aspiration of creating integrated groups within a project, in some projects a mix of people with physical limitations, mental limitations and dementia is being accommodated. However, the aim of stimulating informal care and social interaction depends heavily of the right balance between less and more dependent inhabitants. In projects where too many people are dependant from care and professional support, or an unbalanced mix due to a growing number of dependent people over the years, people are unable to contribute to the necessary informal care. Besides, the more care demanding group has a confronting impact to the vital elderly. This might lead to resistance to move to the project because of the severe 'care mark'.

The ongoing aggravation of a disproportional percentage of high care needing people may undermine the original concept of Assisted Living Facilities and requires reconsideration. There is a risk of losing the particular value of an ALF as a welcome solution between aging at home and aging in a hospital-like institution.

References

1. Voordt, D.J.M., van der and D. Terpstra, “Verpleeghuizen: varianten en alternatieven”. Delft: Publikatieburo Faculteit Bouwkunde TU Delft, 1995.
2. Boekhorst, S.t., et al., “Group living homes for older people with dementia: The effects on psychological distress of informal caregivers”, *Aging & Mental Health*, 12(6): p. 761 — 768, 2008.
3. Wagenaar, C. and N. Mens, “Healthcare Architecture in the Netherlands”. Rotterdam: NAI, 2010.
4. Singelenberg, J.P.J., “Nationale survey Woonzorgcomplexen”, SEV: Rotterdam, 1999.
5. Singelenberg, J.P.J., “Woonzorgcomplexen, Beschut zelfstandig wonen met zorg op maat”. Utrecht: Kenniscentrum Wonen/Zorg Aedes-Arcades, 2005.
6. Singelenberg, J.P.J. and N. Triest, van, “Vorstudies woonservicegebieden”, in *SEV-programma: Wonen, zorg en welzijn*, SEV: Rotterdam, 2009.
7. Liempd, H.M.J.A., et al, “Evaluatieonderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van de kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie”, Vilans, Akta, 2010.
8. Geelen, R., “Is het traditionele verpleeghuis passe?”, in *Denkbeeld*. p. 5, 2005.
9. Zijp, C., van, “Zorg(organisaties) op maat. Een zoektocht naar de gevolgen van schaalgrootte in gecombineerde verpleeghuizen.”, Moret & Young: Utrecht, 1997.
10. Boudon, P., “Richelieu, ville nouvelle : essai d’architecturologie”. Parijs: Dunod, 1978.
11. Ching, F.D.K., *Architecture: Form Space & Order*, Van Nostrand Reinhold Company: New York, 1979.
12. Voordt, D.J.M., van der, “Quality of design and usability: a vetruvian twin”, *Ambiente Construído, Porto Alegre*, 9, nr 2: p. 13, 2009.
13. Alexander, C., “A timeless way of building”. New York: Oxford University Press. 551, 1979.
14. Zwart, S., “woonecologie”. Wageningen: Vakgroep wonen LH, 1989.
15. Vreeze, A.S.G., de, “Kwaliteitsbegrip in de volkhuisvesting”, in *Archis*. p. 1, 1987.
16. Kam, G., de and B. Needham “Een hele opgave. Over sociale cohesie als motief bij stedelijke herstructurering”, 24, 1-71,(2003).
17. Vromraad, “Stad en wijk: verschillen maken kwaliteit”, VROM, Editor, Vromraad: Almere, 1999.
18. Holt-Jensen, A., “Evaluating housing and neighbourhood initiatives to improve the quality of live in deprived urban areas”, *GeoJournal*, 51: p. 81-91, 2001.
19. Duyvendak, J.W., “Wilde wijken. Over natuurlijke omgevingen en het gedogen van gekte.”, in *Ongeregelde orde : gedogen en omgang met wilde praktijken*, G.v. Oenen, Editor, Boom: Amsterdam, 2002.

20. Lawton, M.P.S., B., "The ecology of social relationships in housing for the elderly", *Gerontologist*, 8: p. 108-115, 1968.
21. Jacobs, J., "Dood en leven van grote Amerikaanse steden (*The death and Life of Great American Cities*)". Amsterdam (New York): Sun (The Modern Library), 1993.
22. Volksgezondheid, M.v.S.Z.e., "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)", M.v.S.Z.e. Volksgezondheid, Editor, 1967.
23. TNO, "Horizonline, Grip op wonen, zorg en welzijn", TNO: Utrecht, 2010.
24. KCWZ, "Databank Woonzorgcomplexen", KCWZ, 2010.
25. Robson, "Real World Research: A source for social scientists and practitioner-researchers". Malden (MA): Blackwell Publishing, 2002.
26. Biene, M.A.W., van, "De standaardvraag voorbij, narratief onderzoek naar vraagpatronen", HAN, Faculteit Gezondheid Gedrag en Maatschappij: Nijmegen. p. 131, 2008.



Auteur: Dr. Selma te Boekhorst

Jaar: 2012

Onderzoek naar kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: past and future

Dementie

Dementie is een verzamelnaam voor verschillende hersenziekten, die gekenmerkt worden door stoornissen in cognitie, stemming en gedrag (1). Dementie heeft daarmee verregaande consequenties voor de kwaliteit van leven van de persoon met dementie en zijn of haar omgeving. Met de toenemende vergrijzing in Nederland groeit ook het aantal mensen met dementie in hoog tempo. Er zijn nu al meer dan 200.000 mensen met dementie en verwacht wordt dat dit aantal in 2050 gestegen is tot 500.000 (2).

De meeste mensen met dementie worden thuis verzorgd. Wanneer dat echter niet meer mogelijk is - meestal vanwege uitputting van de mantelzorger, volgt een opname in een verpleeghuis. In Nederland zijn momenteel zo'n 350 verpleeghuizen. Dat zijn er bij lange na niet genoeg om de komende decennia alle mensen met dementie een plaats te kunnen bieden. De Gezondheidsraad heeft berekend dat er tot 2050 elk jaar zes verpleeghuizen moeten worden gebouwd om deze toename het hoofd te kunnen bieden (2).

Van grootschalig naar kleinschalig

De Nederlandse verpleeghuiszorg is jarenlang gebaseerd geweest op het ziekenhuismodel, waarin lange gangen, meerpersoonkamers en personeel in witte uniformen het beeld bepaalden. Langzaamaan groeide echter het besef dat verpleeghuizen vooral een *thuis* moeten zijn voor de mensen die er, vaak voor de rest van hun leven, verblijven (3). Bovendien hebben mensen met dementie zeer specifieke behoeftes, zoals herkenbaarheid en geborgenheid, die door het wonen in een ziekenhuisomgeving niet vervuld worden. Kortom, het werd tijd dat het medische model in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie vervangen werd door een model waarin het wonen centraal stond.

Kleinschalig wonen is een innovatie die voortkomt uit dit wonen-model. In een kleinschalige woonvorm leeft een kleine groep mensen met dementie met elkaar samen in een huiselijke omgeving, waar zij een zo normaal mogelijk dagelijks leven leiden. Het is oorspronkelijk ontwikkeld in Zweden, waar eind jaren zeventig en begin jaren tachtig de eerste kleinschalige woonvormen werden opgestart (4, 5). In Nederland opende de eerste kleinschalige woonvorm eveneens begin jaren tachtig zijn deuren, maar kleinschalig wonen werd pas midden en eind jaren negentig van de vorige eeuw echt populair. Deze groei zette in de periode 2000-2010 zodanig door, dat kleinschalig wonen nu beschouwd wordt als de standaard in de zorg voor mensen met dementie.

Van verwarring naar verheldering

Analoog aan de enorme toename van kleinschalige woonvormen ontstond aan het begin van deze eeuw echter ook steeds meer onduidelijkheid over de inhoud van het concept. Er bleken verschillende opvattingen te bestaan, waarbij het accent dan weer op zelfstandigheid, dan weer op geborgenheid lag. Bovendien was er nog nauwelijks wetenschappelijk bewijs dat kleinschalig wonen echt beter was voor de betrokkenen dan de traditionele verpleeghuiszorg, een voor de overheid noodzakelijke voorwaarde om kleinschalig wonen te stimuleren. Kortom, het was tijd voor gedegen onderzoek. Het Trimbos instituut en het EMGO Instituut van het VUmc startten in 2003 een grote, landelijk studie op naar kleinschalig wonen. Het doel was tweeledig. Ten eerste moest er een goede beschrijving van het begrip kleinschalig wonen voor ouderen met dementie komen. Daarnaast moest er meer duidelijkheid komen over de effecten van kleinschalig wonen op de mensen die er het meest bij betrokken zijn: de bewoners, hun mantelzorgers en hun professionele verzorgenden.

De onderzoekslocaties

De studies van het landelijk onderzoek vonden, met uitzondering van het eerste onderzoek waarin een groep experts het begrip kleinschalig wonen inhoud gaf, plaats in kleinschalige woonvormen (de experimentele groep) en moderne traditionele verpleeghuizen (de controlegroep). Om ervoor te zorgen dat de kleinschalige woonvormen ook daadwerkelijk kleinschalig van aard waren, moesten zij aan de volgende vier criteria voldoen:

1. Hoogstens zes bewoners per woning
2. Meer dan 200 meter van het verpleeghuis
3. Clustering van maximaal zes woningen
4. Dagelijks zelf koken

Om de vergelijking met kleinschalig wonen zo correct mogelijk te laten verlopen, moesten de verpleeghuizen modern (d.w.z. evenals de kleinschalige woonvormen met eenpersoonkamers) en grootschalig zijn. Daarom golden voor deze groep de volgende twee criteria:

1. Gebouwd volgens de bouwmaatstaf van het College bouw zorginstellingen uit 1997
2. Afdelingen met minimaal 20 bewoners

Twintig kleinschalige woonvormen en veertien moderne traditionele verpleeghuizen voldeden aan deze voorwaarden. Daarvan waren respectievelijk negentien en zeven bereid om aan de onderzoeken deel te nemen.

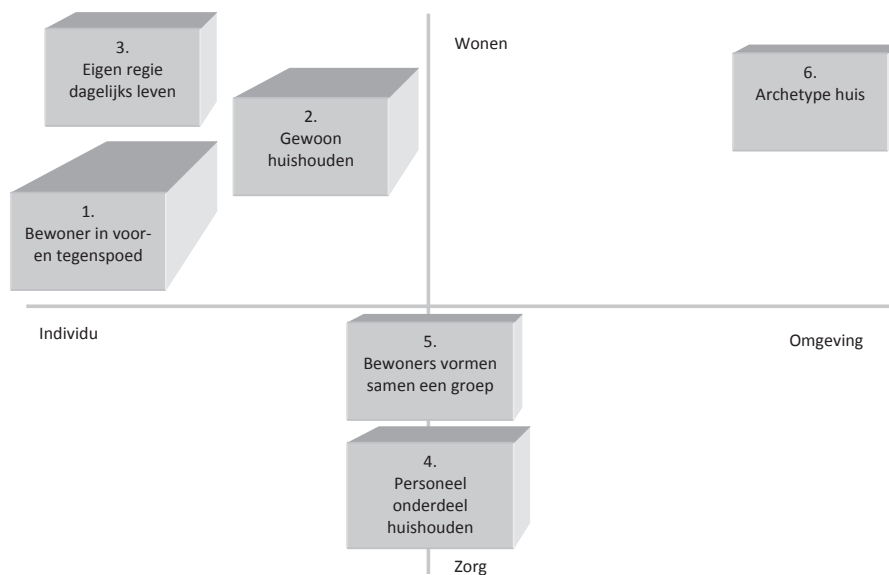
Het concept kleinschalig wonen

In de eerste studie naar kleinschalig wonen werd met behulp van de methode Concept Mapping (6) het begrip kleinschalig wonen nader omschreven (7). Zeventien experts uit verschillende vakgebieden rondom de verpleeghuiszorg formuleerden 91 uitspraken over kleinschalig wonen. Vervolgens rangschikten zij deze uitspraken op volgorde van belangrijkheid (belangrijkste uitspraak: ‘er is pas sprake van kleinschalig wonen als er een vast team medewerkers is’) en op inhoudelijke samenhang. Dit leidde tot een landkaart - de Concept Map -, die afgebeeld staat in figuur 1. Deze Concept Map heeft zes clusters, verdeeld over de dimensies individu vs. omgeving (x-as) en wonen vs. zorg (y-as). Deze zes clusters waren, in volgorde van belangrijkheid:

1. In kleinschalig wonen zijn bewoners in voor- en tegenspoed bewoners,
2. In kleinschalig wonen vormen bewoners een gewoon huishouden,
3. In kleinschalig wonen hebben bewoners zelf de regie over hun dagelijks leven,
4. In kleinschalig wonen zijn de verzorgenden onderdeel van de groep,
5. In kleinschalig wonen vormen bewoners een groep,
6. Een kleinschalige woonvorm is een archetypisch huis.

Op basis van de ligging van de clusters op de x- en y-as konden deze clusters in drie thema's worden samengevat die samen kleinschalig wonen bepaalden. Het eerste thema beschreef het gezamenlijke leven van bewoners en verzorgenden in kleinschalig wonen en bevat cluster 2, 4 en 5. Het tweede thema beschreef het individuele leven van de bewoners in kleinschalig wonen en bevat cluster 1 en 3. Het derde thema beschreef de fysieke kenmerken van kleinschalig wonen en bestaat uit cluster 6.

De uitkomsten van de Concept Map lieten dientengevolge zien dat kleinschalig wonen niet zozeer bepaald wordt door de fysieke omgeving, maar veel meer door de manier waarop de zorg rondom de bewoners georganiseerd wordt.



Figuur 1. Concept Map kleinschalig wonen

Het concept kleinschalig wonen in de praktijk

In de tweede studie werd onderzocht in welke mate de idealen van kleinschalig wonen uit de eerste studie ook in de dagelijkse praktijk van kleinschalig wonen onderscheidend zijn (8). Een aantal uitspraken uit de zes clusters van de hierboven beschreven Concept Map diende als basis voor een exploratieve vragenlijst. Deze vragenlijst werd ingevuld door teamleiders of zorgmanagers van de deelnemende kleinschalige woonvormen en van de deelnemende afdelingen van de moderne traditionele verpleeghuizen.

Vergelijking van de resultaten van de kleinschalige woonvormen en de verpleeghuizen liet zien dat kleinschalige woonvormen significant hoger scoorden op het cluster 'gewoon huishouden', 'regie over het dagelijks leven', 'verzorgenden onderdeel van de groep' en 'bewoners vormen een groep'. Kleinschalige woonvormen scoorden echter significant lager op het cluster 'bewoners in voor- en tegenspoed', nota bene het belangrijkste cluster uit de Concept Map. Dit werd verklaard door het feit dat kleinschalige woonvormen vaak bewoners overplaatsen bij te ernstige gedragsproblemen of te grote zorgbehoefte. Bewoners van traditionele verpleeghuizen worden zelden of nooit overgeplaatst. Een andere opvallende bevinding was dat de belangrijkste uitspraak van de Concept Map – in kleinschalig wonen moet een vast team medewerkers zijn – in de dagelijkse praktijk niet onderscheidend was voor kleinschalig wonen. Verzorgenden van kleinschalige woonvormen werkten net zo vaak op verschillende units als verzorgenden in verpleeghuizen.

De conclusie van dit onderzoek luidt dan ook dat kleinschalige woonvormen de idealen van kleinschalig wonen redelijk goed volgen. Echter, om de kernidealen van kleinschalig wonen te behouden, moeten zij bewoners een permanent thuis bieden met alleen vertrouwende gezichten om voor hen te zorgen.

Effecten van kleinschalig wonen: Bewoners

De derde studie beschreef de effecten van kleinschalig wonen op de bewoners (9). Aan dit onderzoek deden 67 nieuwe bewoners van de hierboven beschreven kleinschalige woonvormen en 97 nieuwe bewoners van de hierboven beschreven moderne traditionele verpleeghuizen mee. Onderzocht werden kwaliteit van leven en functioneren, onderverdeeld naar hulp bij Activiteiten in het Dagelijks Leven (ADL), sociale betrokkenheid en gedragsproblemen. Dit vond plaats door middel van een vragenlijst, die bij opname door de mantelzorger werd ingevuld (basismeting) en zes maanden na opname door de meeste betrokken verzorgende werd ingevuld (effectmeting). Op dit meetmoment werd ook het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca vastgesteld.

Na correctie voor verschillen bij opname bleek dat bewoners van kleinschalig wonen minder hulp bij ADL nodig hadden en meer sociaal betrokken waren. Ook hadden zij een betere score op twee van de twaalf schalen die kwaliteit van leven meten. Bovendien hadden bewoners van kleinschalig wonen, wederom na correctie voor verschillen bij opname, minder vrijheidsbeperkende maatregelen. Er waren geen verschillen in gedragsproblemen of het gebruik van psychofarmaca.

Uit deze resultaten bleek dat kleinschalig wonen wel wat beter is voor mensen met dementie, maar dat traditionele verpleeghuizen op veel uitkomstmaten op hetzelfde niveau presteren. Toekomstige verpleeghuiszorg voor mensen met dementie moet dan ook misschien bestaan uit het beste dat deze beide vormen te bieden hebben.

Effecten van kleinschalig wonen: Mantelzorgers

In de vierde studie werden de effecten van kleinschalig wonen op mantelzorgers besproken (10). Mantelzorgers van nieuwe bewoners van kleinschalige woonvormen en traditionele verpleeghuizen uit het bovenstaande onderzoek werd gevraagd om een vragenlijst in te vullen. Dit gebeurde bij opname van hun familielid (basismeting) en zes maanden na opname (effectmeting). De vragenlijst onderzocht psychische gezondheid, ervaren zorgbelasting en ervaren zorgcompetentie.

Na correctie voor verschillen tussen de mantelzorgers bij opname bleek dat er geen significante verschillen waren tussen de psychische gezondheid, ervaren zorgbelasting en ervaren zorgcompetentie van mantelzorgers van bewoners van kleinschalig wonen en moderne traditionele verpleeghuizen. Wel was er een trend richting een betere psychische gezondheid bij mantelzorgers van bewoners in kleinschalig

wonen. Hoewel alle uitkomstmaten in de twee groepen mantelzorgers aanzienlijk verbeterden na opname van hun familielid, bleef de psychische gezondheid in beide groepen zorgwekkend.

Uit deze resultaten kon worden geconcludeerd dat mantelzorgers van mensen met dementie ook na opname van hun familielid – in welk type verpleeghuiszorg dan ook – de aandacht blijven verdienen van zorgprofessionals.

Effecten van kleinschalig wonen: verzorgenden

De vijfde studie beschreef de effecten van kleinschalig wonen op verzorgenden (11). In een cross-sectionele studie werd onderzocht of er verschillen waren in arbeidstevredenheid en de drie symptomen van burnout: emotionele uitputting, depersonalisatie en ervaren verminderde competentie. Tevens werd onderzocht of verschillen in drie psychosociale werkkenmerken - ervaren werkeisen, autonomie en sociale steun - de verschillen in werktevredenheid en burnout symptomen konden verklaren. Het onderzoek vond plaats door middel van een vragenlijst, die door 183 verzorgenden van de kleinschalige woonvormen en 197 verzorgenden van de traditionele verpleeghuizen ingevuld werd.

De resultaten lieten zien dat verzorgenden van kleinschalige woonvormen meer arbeidstevredenheid en minder symptomen van burnout hadden dan hun collega's in moderne traditionele verpleeghuizen. Daarnaast ervoeren verzorgenden van kleinschalige woonvormen lagere werkeisen, meer autonomie en meer sociale steun. Het verschil in arbeidstevredenheid werd volledig verklaard door de verschillen in de deze drie psychosociale werkkenmerken. Hetzelfde gold voor het burnout symptoom emotionele uitputting. Het burnout symptoom depersonalisatie werd ook volledig verklaard, maar alleen door de verschillen in autonomie en sociale steun. Het burnout symptoom ervaren verminderde competentie werd slecht gedeeltelijk verklaard en dan alleen door de werkkenmerken autonomie en sociale steun.

Uit deze resultaten kan worden geconcludeerd dat werken in een kleinschalige woonvorm positieve effecten heeft op het welzijn van verzorgenden. Dat wordt met name verklaard doordat zij in kleinschalig wonen lagere werkeisen, meer autonomie en meer sociale steun ervaren.

Implicaties van de studies

Uit de hierboven beschreven onderzoeken is gebleken dat kleinschalig wonen elementen bevat die voor mensen met dementie van waarde kunnen zijn voor hun kwaliteit van leven. Daarnaast biedt het verzorgenden een uitdagende werkplek. Kleinschalig wonen is dan ook inmiddels niet meer weg te denken uit de zorg voor mensen met dementie in Nederland.

Toch blijven er rondom kleinschalig wonen nog wel vragen bestaan, die opheldering behoeven. Zo werpen de bij opname gevonden verschillen tussen bewoners van kleinschalig wonen en verpleeghuizen een belangrijk klinisch dilemma op: is kleinschalig wonen geschikt voor alle mensen met dementie? Kleinschalige woonvormen in deze studie lijken daar zelf al een antwoord op te geven: uit de hierboven besproken tweede studie blijkt een groot deel bewoners over te plaatsen als de zorgbehoefte te groot wordt of als er ernstige gedragsproblemen zijn. Bovendien hebben zij vaak opnamecriteria. Echter, nu kleinschalig wonen de norm is geworden voor verpleeghuiszorg in Nederland, is dit standpunt niet langer houdbaar. Hoe moeten zorginstellingen die dagelijks met praktijk van kleinschalig wonen te maken hebben, met dit soort vraagstukken omgaan? De hierboven beschreven studies bieden daarop onvoldoende antwoord.

Van idealen naar praktische handvatten: onderzoek bij het lectoraat ZGB

De Concept Map over de idealen van kleinschalig wonen voor ouderen met dementie is de eerste formele beschrijving van dit begrip, en is daarmee van grote waarde. Het is voor zorginstellingen zelf echter nog helemaal niet zo eenvoudig om deze idealen in de praktijk te brengen. Ze zijn veelal abstract en geven daarom niet direct handvatten om een geslaagde kleinschalige voorziening op te zetten. Het bovenstaande voorbeeld over de opname- en overplaatsingscriteria illustreert dit probleem. Het onderzoek dat het Lectoraat ZorgGericht Bouwen van de HAN momenteel uitvoert heeft dan ook als doel om de zes idealen van kleinschalig wonen uitwerken naar praktische oplossingen, waarbij zowel bouwkundige als organisatorische aspecten aan bod komen. Uiteindelijk komt een praktijkgids tot stand, waarin de praktische consequenties van de zes idealen van kleinschalig wonen met goede voorbeelden worden toegelicht en ondersteund. Dus: geen good practices, maar practices with good principles!

Selma te Boekhorst (1977) heeft neuropsychologie gestudeerd. In 2011 is zij gepromoveerd aan de Vrije Universiteit te Amsterdam op het onderzoek 'Group living homes for people with dementia. Concept and effects'. Zij werkt als psycholoog bij Vivium Zorggroep, locatie De Antonius Hof te Bussum. Daarnaast is zij extern lid van de kenniskring van het Lectoraat Zorggericht Bouwen van de Hogeschool Arnhem Nijmegen (HAN).

Contact: s.teboekhorst@vivium.nl

De hier beschreven studies zijn uitgevoerd bij het Trimbos-instituut en het EMGO Instituut van het VUmc.

Delen van deze tekst zijn eerder verschenen in het Tijdschrift voor Verpleegkunde (januari 2012).

Literatuur

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Gezondheidsraad. Dementie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.
3. Hammer RM. The lived experience of being at home. A phenomenological investigation. *J Gerontol Nurs.* 1999;25:10-18.
4. Annerstedt L. Development and consequences of group living in Sweden. *Soc Sci Med.* 1993;37(12):1529-38.
5. Annerstedt L. Group-living care: an alternative for the demented elderly. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1997;8:136-42.
6. Trochim WKM. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Eval Program Plann.* 1989;1:1-16.
7. Te Boekhorst S, Depla MFIA, De Lange J, Pot AM, Eefsting JA. Kleinschalig wonen voor ouderen met dementie: een begripsverheldering. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2007;38(1):17-26.
8. Te Boekhorst S, Depla MF, Pot AM, de Lange J, Eefsting JA. The ideals of group living homes for people with dementia: do they practice what they preach? *Int Psychogeriatr.* 2011;14:1-2.
9. Te Boekhorst S, Depla MFIA, De Lange J, Pot AM, Eefsting JA. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(9):970-8.
10. Te Boekhorst S, Pot AM, Depla MFIA, Smit D, De Lange J, Eefsting JA. Group living homes for older people with dementia: the effects on psychological distress of informal caregivers. *Aging Ment Health.* 2008;12(6):761-8.
11. Te Boekhorst S, Willemse B, Depla MFIA, Eefsting JA, Pot AM. Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(5):927-40.
12. Verbeek H. Redesigning dementia care. An evaluation of small-scale, homelike care environments. Proefschrift Maastricht University. Maastricht: 2011.
13. Pot AM, De Lange J. Monitor Woonvormen Dementie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.



Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: 2010

Gepubliceerd in: Senior

Column: “Winterse zorgen”



Ik maak me zorgen, ernstig zorgen. De bejaarde is al verdwenen, de senior heerst. De zorg verdwijnt zo ook nog, de service heerst.

Elke zichzelf respecterende oudere Nederlander wil maar één ding niet: in het bejaardenhuis. Nou geven en vooral gaven vele bejaardentehuizen daartoe ook aanleiding, terwijl Nederland hierin jaren terug voorop liep: de hele wereld kwam kijken naar de bejaardenopvang-instituten in ons kille kikkerland. We hadden immers een uiterst humane oplossing bedacht voor dit probleem, ontstaan vanuit een samenleving vol welvaart en individualiteit. Wij liepen voorop!

Dat is veranderd:

Bejaardenhuizen werden eerst grootschalige verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Verpleeghuizen worden nu kleinschalige woongroepen, verzorgingshuisbewoners huisvesten we in woonzorgcomplexen die we in woonservicezones situeren. En liever nog verwonen we ons levensloopbestendig lief en leed in ons eigen huis. We drukken de zorgbehoefte weg, maken hem liefst aan de buitenkant niet meer zichtbaar. Maar hij blijft er natuurlijk wel...

Als het buitenland destijds bij ons kwam afkijken, is een goeie vraag: “Hoe doen ze dat momenteel in onze buurlanden?”

Denemarken introduceerde 15 jaar terug “het Pflegeheim”. In Aarhus zag ik verpleeghuizen midden in het centrum van dorp en wijk, niets grijs in het groen, weggestopt aan de rand van de stad, maar tussen de bruisende rest, midden in het leven van alledag. En wat mooier is, de middelen en de tijd zijn vrijgemaakt om te kunnen blijven wonen in een echtpaarwoning als een van beide overlijdt. Want juist dan wil je niet weer verkassen, toch?

Zorg met een hoofdletter Ö dus!

In Brandenburg, Duitsland, onder de rook van Berlijn, zag ik het tegenovergestelde. Een zeer fraaie, servicegerichte woonresidentie voor de welgestelde Duitse oudere. Echter... rollator gelieve achter te laten voor u het restaurant betreedt! En de dementerende bewoners... lastig, daarmee hebben we eigenlijk niet gerechnet. Nog einmal verkassen dus!

Dat verkassen is waar het in onze studies en plannen om draait. Ook in dit tijdschrift. Verkassen nodig? Oké, maar dan een minimaal aantal keren, en liever een keertje minder.

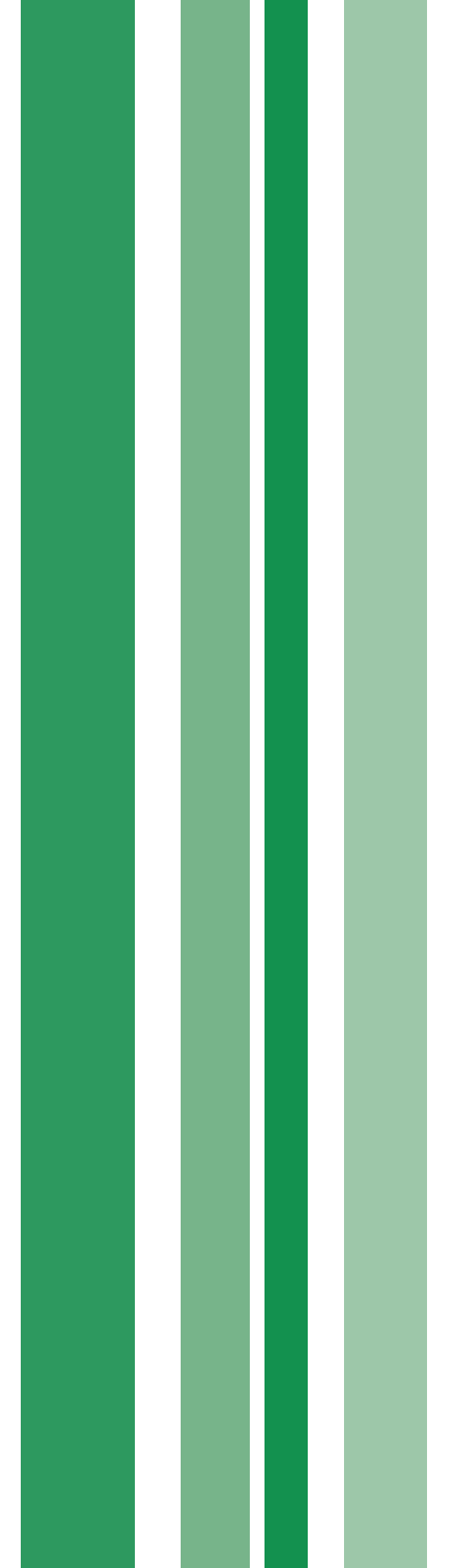
Mijn boodschap is: laten we zorgen dat dit mogelijk wordt; planmatig, technisch, organisatorisch en financieel. U als consument bent daarbij een belangrijke spil.

Maar...

Laat daarbij de zÖrg niet verdwijnen.

Maak uw keuze zorgvuldig, zorgzaam en zorggericht! Dan volgt de service vanzelf.





Bijzondere Ouderenhuisvesting

Auteur: Ir. Jaap Kerstma

Jaar: januari 2010

Gepubliceerd in: Senior

Opwaarderen van de serviceflats

Het concept van de zogenaamde serviceflat bood decennialang een alternatief voor opname in een verzorgingshuis vanwege de extramurale (dat wil zeggen buiten een instelling) setting, de grotere zelfstandigheid van de bewoners en de eigen financiering van woonlasten, voorzieningen en diensten. Nederland beschikt over een 400-tal van deze serviceflats. Kenmerkend daarvoor zijn:

- een populatie die tenminste 55 jaar oud is en tot de hogere inkomensklasse behoort,
- per complex verschillende ondersteunende voorzieningen en diensten,
- appartementen die bouwkundig op de doelgroep zijn afgestemd (in ieder geval op het vitalere deel daarvan),
- appartementen die via huur of koop ter beschikking staan.

Serviceflats onderscheiden zich van aanleunwoningen doordat ze als regel juridisch, organisatorisch en ruimtelijk zelfstandig zijn. Wel komt voor dat zij diensten van andere voorzieningen inkopen, zoals bijvoorbeeld thuiszorg. Deze eigen identiteit van de serviceflat is geleidelijk aan vervaagd. De mogelijkheden hulp en ondersteuning via de AWBZ en de WMO buiten een intramurale setting te verkrijgen zijn sterk vergroot, tot en met het “volledig pakket thuis”. Dit gaat hand in hand met de invoering van scheiding van wonen en zorg. De gemiddelde leeftijd van de bewoners is sterk gestegen en daarmee ook de mate van beperking. De vitaliteit en de actualiteit van het serviceflatconcept komen daarmee ter discussie te staan.

Enkele jaren geleden heeft de Vereniging voor Serviceflats (VVS) bij ons Lectoraat de vraag neergelegd onderzoek te doen naar de bouwkundige staat van de serviceflats. Dit heeft geresulteerd in een tool waarmee een vereniging van eigenaren van een serviceflat de bouwkundige staat van het complex in beeld kan brengen en aansluitend daaraan kan bepalen welke maatregelen in de tijd gezien genomen moeten worden, met de daarbij behorende kosten.

Recent hebben wij nog de volgende onderzoeksvragen voorgelegd gekregen:

- beantwoorden de serviceflats ruimtelijk aan de eisen die de huidige en toekomstige populatie bewoners gemiddeld genomen stelt?
- indien niet, zijn dan bouwkundige maatregelen te treffen, zodat wel aan die eisen tegemoet gekomen wordt?
- welke kosten zijn daar dan indicatief aan verbonden?

119

Wat direct opvalt is de geringe rolstoeltoegankelijkheid. Dit geldt niet alleen de appartementen, maar ook de openbare ruimten binnen de serviceflats. Binnen de appartementen bieden met name het toilet en de keuken weinig ruimte.

In de bezochte flats komt weinig leegstand voor. Navraag leert dat de meest voorkomende oorzaak van leegstand 'te weinig ruimte' is. De afgelopen jaren zijn dan ook tweekamerappartementen samengevoegd tot driekamerappartementen. Ook komt het voor dat mensen twee naast elkaar gelegen appartementen kopen en deze samenvoegen tot één.

De verwachting is dat dit in toenemende mate gedaan zal worden. Sinds de jaren 90 van de vorige eeuw is de roep om privacy namelijk alleen maar groter geworden. Niet alleen buiten, maar ook binnen de instellingen. Het is tegenwoordig wenselijk dat appartementen minimaal 75 m² groot zijn en over drie kamers beschikken.

Op basis van hun bezoeken aan serviceflats zijn studenten nagegaan of het mogelijk is de bestaande serviceflats in te delen in een aantal typen. Per type geven zij aan in welke mate deze voldoen aan de hiervoor genoemde eisen. Ook geven ze aan of bouwkundige ingrepen nodig en mogelijk zijn, van welke aard ze zijn en met welke kosten ze gepaard gaan. Een bijkomend aspect bij het aanpassen van de flats is de financiering.

In het geval van huur heeft de verhuurder belang bij het verhuurbaar houden van de appartementen. Deze zal dan ook, wanneer het rendement oplevert, bereid zijn te investeren in het aanpassen. Veel genuanceerder ligt dit in het geval van koopappartementen. De Vereniging van Eigenaren (VvE) zal waarschijnlijk nog wel oog hebben voor de langere termijn. Leegstand betekent immers minder afdrachten aan de VvE, terwijl de onderhoudslasten hetzelfde blijven.

Voor de individuele eigenaar van een appartement kan dit heel anders liggen. Want waarom investeringen doen, waarvan je zelf maar beperkt of niet zult profiteren. Ook de opstelling van de erfgenamen speelt hierin een rol. Een investering in het appartement gaat af van de erfenis, terwijl het maar de vraag is of je dit terugverdiend bij de verkoop.

“Een investering in het appartement gaat af van de erfenis, terwijl het maar de vraag is of je dit terugverdiend bij de verkoop”.



Auteur: Ing. Gijs Pelgrom

Jaar: oktober 2011

Gepubliceerd in: Sensor (HAN)

Verlenging levensverwachting door zelfvoorzienende huisvesting.

Er is in Lagos (Nigeria) een grote vraag naar goede woningen voor de middenklasse. Onder de noemer INEX houses (inexpensive houses) hebben twee Bouwkunde studenten zich gericht op sterke verbetering van de woonomstandigheden aldaar. Het belangrijkste uitgangspunt was de verbetering van de hygiënische omstandigheden. Ook de mogelijkheden tot bouwen in Lagos is onderzocht en op deze wijze is een mogelijk zelfvoorzienend woningconcept tot stand gekomen.

Bouwkundige aspecten

Nigeria is een land dat zich de laatste jaren sterk ontwikkelt. De voormalige hoofdstad Lagos is op dit moment de snelst groeiende metropool ter wereld. 18 miljoen mensen leven in een klein gebied dat hen alles lijkt te bieden: werkgelegenheid, voedsel en een thuis. Maar de woonomstandigheden zouden in vele opzichten kunnen verbeteren, waardoor de levensverwachting van de Lagosiaan zou kunnen worden verhoogd van 49 jaar naar de Europese levensverwachting van circa 80 jaar.

Uit het vooronderzoek blijkt dat het belangrijkste aspect van de condities van wonen in Nigeria, met vergaande consequenties voor de gezondheid, de water- en sanitaire faciliteiten zijn. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft minder dan 75% van de bevolking toegang tot schoon water en 35% tot verbeterde sanitaire voorzieningen. Daar is het meest te winnen.

Essentiële bouwkundige en installatietechnische faciliteiten zijn dan ook toiletten, badkamers, keukens en watervoorzieningen. Ook elektriciteit, het type brandstof om op te koken en de riolering spelen een belangrijke rol in de mogelijke verbetering van de woon- en leefomstandigheden.

Ter plekke zijn de leefomstandigheden onderzocht. In contacten en interviews met de doelgroep is bepaald wat de eisen en wensen van de middenklasse zijn.

Het blijkt dat aggregaten, straatverkeer en ontbrekende woningisolatie de grootste lawaaimakers zijn. Huizen zijn dicht op elkaar gebouwd, waardoor deze geluidsbronnen invloed uitoefenen op de benodigde rust en het mentale welzijn in deze drukke stad. Bij stroomuitval 's nachts gaan de aggregaten aan. Dit verstoort ook de nachtrust.

De elektriciteitsvoorziening vindt plaats via de federale overheidseenheid PHCN (Power Holding Company Nigeria). Vanwege de circa 150 miljoen inwoners van Nigeria die stroom vragen en de corruptie binnen de overheid, is er nog geen oplossing voor het continu en optimaal leveren van stroom.

De appartementen van de middenklasse worden natuurlijk geventileerd middels ramen en balkons die in directe verbinding staan met de woning. Doordat de woningen dicht op elkaar staan, vindt ventilatie verre van optimaal plaats. Overdag staan alle

deuren open, maar 's nachts gaan deze dicht om muggen te weren. Daar komt bij dat de verontreinigde lucht die ontstaat bij de verbranding van vaste brandstof als kool en hout en vloeibare fossiele brandstof binnen de woning blijft hangen. Deze brandstoffen worden gebruikt voor de bereiding van het voedsel, maar beïnvloeden het binnenklimaat van de woningen zeer negatief voor wat betreft temperatuur en luchtkwaliteit.

De kamertemperatuur in huizen varieert van 33°C overdag tot 27°C 's avonds. Koeling vindt plaats door gebruik van ventilatoren en airco's. Bij stroomuitval kunnen de aggregaten de airco's niet van stroom voorzien.

Het is duidelijk dat deze bouwkundige en installatietechnische aspecten niet op zichzelf staan en om een geïntegreerde oplossing vragen.

Er speelt naast het bouwkundige vraagstuk, ook een medisch vraagstuk, met soms een bouwkundige oorzaak of oplossing.

Ziekten in Nigeria

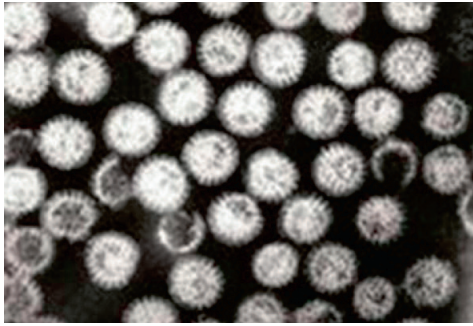
Ziekten kunnen worden voorkomen door voornamelijk de hygiëne rondom water en sanitair te verbeteren. Kinderen onder 5 jaar lopen gevaren door verschillende ziektes die in Nigeria heersen.

Volgens de WHO -Country Health Profile of Nigeria- zijn de sterftecijfers van deze kinderen aan het afnemen. Kijkend naar de cijfers over kindersterfte per 1000 geboortes, blijkt:

- 1990 ca. 250 sterfgevallen
- 2000 ca. 210 sterfgevallen
- 2010 ca. 190 sterfgevallen per 1000.

Deze sterftecijfers bij kinderen onder 5 jaar zijn, ter vergelijking, "slechts" 1/200 in Nederland. De 2 belangrijkste doodsoorzaken van kinderen onder de 5 jaar zijn malaria en diaree. Beide ziekten zijn in belangrijke mate te beïnvloeden door ingrepen in de waterhuishouding en de sanitaire omstandigheden.

Diarree is het symptoom van een infectie in het darmkanaal dat veroorzaakt wordt door een variëteit aan bacteriële, virale en parasitaire organismen. De infectie wordt verspreid als gevolg van slechte hygiëne, het in contact te komen met besmet voedsel en drinkwater of door persoonlijk contact. Er zijn vele oorzaken van infectieuze diarree die virussen, bacteriën en parasieten bevatten. Het norovirus is de meest voorkomende oorzaak van virale diarree bij volwassenen, maar het rotavirus is de meest voorkomende oorzaak van diarree bij kinderen jonger dan vijf jaar oud.



Afbeelding van het rotavirus

Malaria wordt veroorzaakt door plasmodium parasieten. Deze parasieten worden verspreid door de steken van besmette anofelesmuggen (malariamuggen), zogenoemd “malariavectoren”, die voornamelijk tussen zonsondergang en zonsopgang steken. De anofelesmuggen planten zich voort in ondiep stilstaand water zoals plassen, regenwater, rijstvelden en in open rioleringen die ook in Lagos veel voorkomen.

Naast HIV/AIDS en tuberculose behoort malaria tot de top 3 gezondheidsproblematieken. Malaria kan alleen worden voorkomen door de factoren met betrekking tot de plasmodium parasieten aan te pakken. Preventie is gedeeltelijk op een bouwkundige wijze te realiseren. Het voorkomen van stilstaand water en het verbeteren van de persoonlijke hygiëneomstandigheden door sanitair en verbeterde rioleringen levert een grote bijdrage aan de oplossing van dit medische vraagstuk.

Geïntegreerd ontwerp

Door ontwerp te analyseren is bekeken welke mogelijkheden en onmogelijkheden er bouwkundig en installatietechnisch zijn. Het ontstane ontwerp is een mogelijke uitingsvorm, waarin zoveel mogelijk van de onderzochte problematieken en oplossingen zijn geïntegreerd.

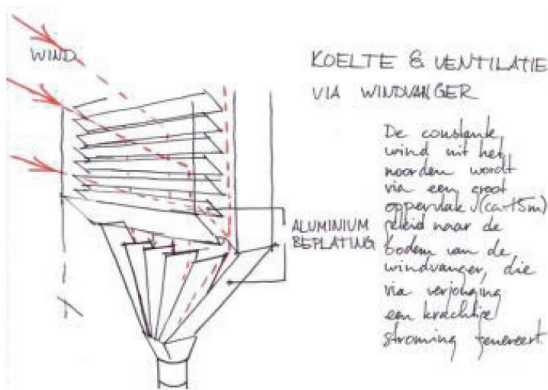
Ter plekke is door de overheid een locatie aangewezen. De minder ontwikkelde bouwsector in Nigeria heeft tot gevolg dat er van duidelijke bouwregelgeving geen sprake is. Veel eisen vanuit de Nederlandse regelgeving zijn vertaald naar de Nigeriaanse situatie.

Het aangewezen gebied ligt een aantal kilometers buiten Lagos, waar stedenbouwkundig een afgesloten wijk met losstaande woningen als uitgangspunt is genomen. Door te kiezen voor een wijkopzet kan er veel invloed op de riolerings- en geluidssituatie worden uitgeoefend. Deze keuze maakt tevens het aanbrengen van een septic tank en zinkputcombinatie binnen het aangewezen gebied mogelijk.

Om de toegang tot schoon en stromend water te waarborgen is de combinatie van een waterpomp met regenwatervanger gekozen. Het water kan door middel van een industrieel puntstuk uit diep gelegen grondlagen worden gepompt en gemengd worden met regenwater. Na filtering is dit combiwater geschikt voor consumptie en ander gebruik in te installeren toiletten, douches, wasbakken en kranen.

Warm water wordt verkregen door het aanbrengen van een zonneboiler op het dak, waarbij uitgegaan is van circa 50 liter voor een huishouden van 4 personen.

De constante noordelijke wind van circa 15 km/uur geeft een mogelijkheid tot koeling. Door de wind te vangen en te transporteren naar diepere grondlagen, koelt de lucht af en fungeert als een natuurlijke koeling.

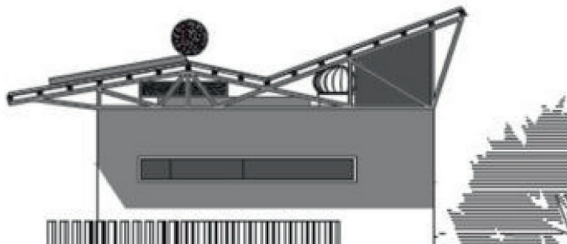


Afbeelding windvanger

De zonnewarmte kan door toepassing van het tropendakprincipe in combinatie met de zonneboiler en pv-panelen worden afgevangen.

De dakvorm heeft tevens invloed op de luchtstroming, benodigd voor de natuurlijke koelvoorziening.

126



Zijaanzicht van het dak

In het mogelijke ontwerp is rekening gehouden met een aparte keuken, gekoppeld aan een buitenkookplaats. Biogas, verkregen uit de omzetting tijdens een recyclingproces van organisch afval, kan worden ingezet voor kookdoeleinden. Hierdoor zal het binnenklimaat van de woning niet langer extreem worden vervuult door de verbranding van vaste en vloeibare fossiele brandstoffen.

Ook deze woningen worden aangesloten op het lokale elektriciteitsnet. De continuïteit van de stroomvoorziening is echter gewaarborgd door het toepassen van twee tot drie pv-panelen, gecombineerd met een omvormer. De gegenereerde stroom kan worden opgeslagen in accu's om gebruikt te worden bij stroomuitval.

Het aantal pv-panelen is gebaseerd op de capaciteit voor; verlichting, televisie, koelkast, vrieskast en de waterpomp.

De berekende richtprijs van het ontwerp is minder dan €35.000,-, waarbij rekening is gehouden met het budget van de middenklasse doelgroep. Door gebruik te maken van lokale materialen en vakmanschap kan een dergelijk woning voor deze richtprijs worden gerealiseerd.

De stedenbouwkundige wijkopzet biedt de mogelijkheid tot seriematig bouwen. Dit heeft uiteraard een gunstig effect op de kosten van uitvoering.

Het uiteindelijke ontwerp integreert innovatieve oplossingen en bestaande technieken tot een nagenoeg zelfvoorzienende woning. Doordat de belangrijkste bronnen van het ontstaan van ziekten worden weggenomen, ontstaat een beter leefklimaat. Dit kan een bijdrage leveren aan de verlenging van de levensverwachting van de inwoners van Lagos.



Tommy Safe-Adewumi en Maarten Hercules met maquette

De studenten hebben de intentie om het project na hun studie verder te ontwikkelen en zijn tevens de winnaars van de HAN-studentenprijs 2011.

Auteurs: Ing. Gijs Pelgrom en ir. Jarno Nilesen

Jaar: 2011

ZorgGericht Modulair Bouwsysteem

Het woonoppervlak verkleinen en het wooncomfort verbeteren.

De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen kreeg de opdracht om de kleinst mogelijke woning te bouwen waarin een rolstoelgebruiker met een partner kan wonen. Twee minorstudenten (Peter van Lente en Stefan van 't Klooster) verdiepten zich onder begeleiding van het Lectoraat ZorgGericht Bouwen in de doelgroep en ontwikkelden een verrassende oplossing.

Aanleiding

De aanleiding van het onderzoek is de vernieuwing van een wijk in Arnhem, deze wijk is geopend in 1966 voor mensen met een ernstige lichamelijke - of meervoudige handicap. De wijk is zo ingericht dat mensen zoveel mogelijk zelfstandig kunnen wonen. De wijk komt in aanmerking voor vernieuwing, omdat de gebouwen inmiddels verouderd zijn. Er is ook een grotere en veranderde vraag, waaronder de vraag naar meer kleinschaligheid en zelfredzaamheid van de bewoner. De bewoners zijn tevens heel divers in hun zorgvraag. Dat betekent een verandering in het aanbod, waar mogelijk met een verbetering in de werkomstandigheden voor het verzorgend personeel. Techniek wordt hier gezien als een middel om de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven van mensen te verbeteren.

Om aan al deze uitgangspunten te voldoen was om te beginnen inleven in de leefwijze, en het doorgronden van de woonbehoeftes en woonwensen van bewoners met een handicap, essentieel. Daarnaast gaf de opdrachtgever aan te willen zoeken naar de kleinst mogelijke plattegrondafmeting van het woonoppervlak en daaraan gekoppeld de kosten van dit concept.

Doelgroeponderzoek

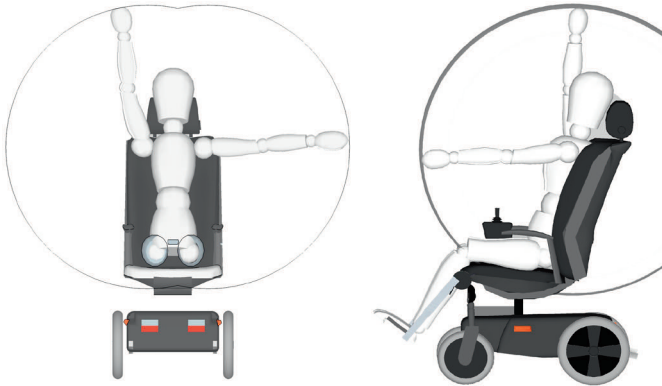
Uit het deelonderzoek naar het gebruik van een rolstoel is gebleken dat de geldende eis, zoals gesteld in het Bouwbesluit en in andere voorschriften voor de draaicirkel van een rolstoel, niet voldoet voor het grootste gedeelte van de huidige bewoners van de wijk. Uit documentatie en eigen metingen is de leidende draaicirkelmaat voor dit onderzoek 2300mm gebleken, in tegenstelling tot de 1500mm volgens de geldende normen.

129

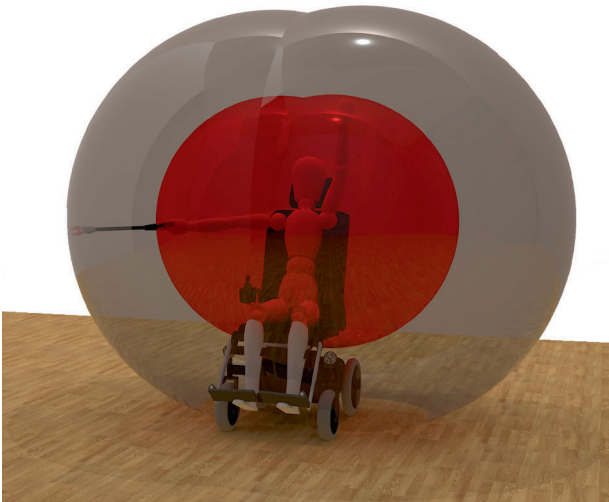


Draaicirkel rolstoelen

Daarbij is meegenomen dat de wijze van zitten op, en aandrijven van de rolstoel grote invloed heeft op de wendbaarheid. In feite wordt de keuze voor de wijze van aandrijven (voor- of achterwiel) al op de mytyschool bepaald. Ook het gebruik van de rolstoel en de mogelijkheden en onmogelijkheden van de gebruiker zijn bekeken. Een van de beperkende factoren is, bij een gefixeerd bovenlichaam, het arm- en handbereik.



Handbereik zonder hulpmiddelen



Handbereik met hulpmiddelen

Concept

Plattegrond

Één van de oplossingen voor het creëren van de kleinst mogelijke plattegrond is het gebruik van een schuifwand, waardoor het bouwoppervlak van de woning met een derde verkleind wordt. Door dit idee verder uit te werken, kon worden geconcludeerd dat het zelfs mogelijk is om met twee personen tegelijkertijd in deze woning te leven, waarbij zich in zowel de slaapkamer als in de woonkamer een persoon bevindt.



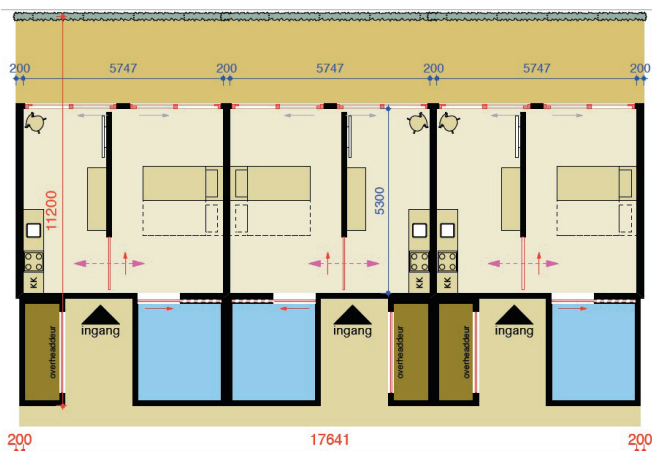
De multifunctionele plattegrond met schuifwand

Er is naar oplossingen gezocht voor de ruimte die in de woning ongebruikt blijft bij het gebruik van een rolstoel.

Nu zichtbaar is wat het concept in de praktijk inhoudt, is gekozen om als vervolg op dit onderzoek met de toekomstige bewoners te gaan testen.

Flexibel, aanpasbaar en modulair

Het benodigde bouwoppervlak is door de schuivende wand 35% kleiner. Er is ook gekeken naar prefabriceerbaarheid. Daarbij zijn bouwproducten van tevoren te vervaardigen, dat geeft een kortere bouwtijd en een hoge kwaliteit. Door flexibel en aanpasbaar te bouwen is de indeling voor de toekomst een stuk vrijer, en kunnen verschillende woonoppervlakten worden gerealiseerd voor verschillende bewonerswensen. Het ontwikkelde concept heeft ook een modulaire kant. De badkamers en bergingen kunnen door prefabricage apart worden geplaatst en in de toekomst vervangen, verwijderd of aangepast.



Plattegrond van drie woningen in een vrije spanwijdte 18 meter

Renvooi	
	gezamenlijke gang
	berging
	woon-/slaapkamer
	badkamer
	buitenruimte
	prefab beton

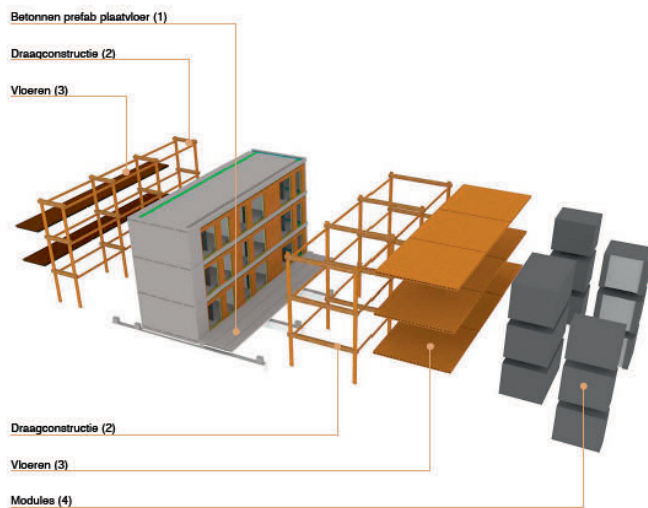
Renvooi bij woningplattegrond

Haalbaarheid

Technisch

Door het concept te analyseren is bekeken welke mogelijkheden en onmogelijkheden er bouwkundig en installatietechnisch zijn.

Partners uit de bouw (onder andere VBI) dachten mee en gaven randvoorwaarden en ideeën voor de technische haalbaarheid. Zo blijkt het mogelijk om een vloer in beton uit te voeren met een lengte van 18 meter tussen de woningscheidende wanden, waarmee de flexibiliteit en aanpasbaarheid ook in de toekomst mogelijk is.



Bouwblok uit geprefabriceerde elementen

Om efficiënt te kunnen bouwen bleek het aan te bevelen het casco zoveel mogelijk op te bouwen met geprefabriceerde elementen. Het betonnen casco staat centraal, met aan de voor- en achterzijde een houten en stalen opbouw. De opbouw is zo geconstrueerd dat daar de geprefabriceerde elementen in kunnen worden “geschoven”.

Financieel

In dit stadium van ontwikkeling is een grove berekening gemaakt van de totale bouw- en investeringskosten. Deze berekening is gemaakt voor een woningblok met de eerder genoemde schuifwand die de plattegrond zo klein mogelijk maakt. Daarnaast is er eenzelfde berekening gemaakt zonder deze bouwkundige aanpassing. Het verschil geeft de ruimte voor comfortverbetering. De netto bouwkosten liggen in de eerste berekening 30% lager. Of deze financiële ruimte genoeg is om de benodigde technologie voor de ruimtebesparing te bekostigen, wordt samen met de toekomstige bewoners nader onderzocht.

Auteurs: Mr. T. Vroon 1), ing. A.S. Jansen 2), R.J.M. Middelkoop MRE 3) en ing. J Sloof 4)

Jaar: 2012

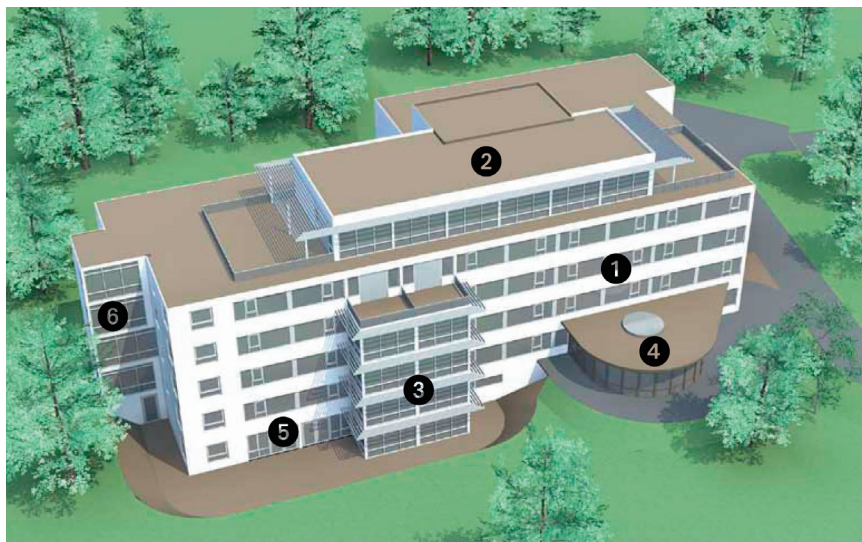
Gepubliceerd in: SeniorVak

Serviceflats: een eigentijdse huisvestingsvorm
(of hoe ze dat zouden kunnen worden...)

Nederland beschikt over 350 serviceflats, met opgeteld circa 40.000 appartementen⁵). Ooit vormden ze een breed gewaardeerd alternatief voor wonen in een verzorgingshuis. Op dit ogenblik worden nogal wat complexen met leegstand geconfronteerd. Dat is opmerkelijk: enerzijds neemt het aantal ouderen als onderdeel van onze bevolking sterk toe en daarmee stijgt ook de behoefte aan aangepaste huisvesting. Anderzijds wordt het verzorgingshuis (al of niet terecht) maatschappelijk minder geapprecieerd en is het veel moeilijker geworden er een indicatie voor te krijgen. Dat toch van leegstand in serviceflats sprake is, duidt op een probleem. Naar onze mening kan de verklaring daarvoor in drie factoren gevonden worden. Gelukkig zijn ook oplossingen voorhanden.

Voorbeeld van aanpassingen aan een woonzorggebouw

1. Woningen groter maken en geschikt maken voor woonkeur pluspakket zorg
2. Penthouses met een lichte draagconstructie op het dak
3. Plaatselijke vergroting van woningen
4. Omvormen gezamenlijke huiskamer tot woon-/bedrijfsoppervlakte
5. Realisatie woningen onder maaiveld
6. Toevoegen brancardlift



Allereerst zijn er sinds het midden van de jaren 90 van de vorige eeuw andere alternatieven voor het klassieke verzorgingshuis ontwikkeld dan de serviceflat alleen. We doelen dan met name op de woon/zorgcomplexen die in een hoog tempo tot stand gekomen zijn. Daar wordt aanzienlijk méér privacy en wooncomfort geboden dan in het verzorgingshuis en blijft de zelfstandigheid van bewoners langer ongemoeid.

De zorg is niettemin beschikbaar, regelmatig vanuit de onmiddellijke nabijheid van de woning. In de tweede plaats bieden de meeste serviceflats ruimtelijk niet wat de huidige bewoners nodig hebben; die zijn gemiddeld genomen ouder en hebben meer beperkingen dan ten tijde van de stichting van de complexen. De toegankelijkheid en de mogelijkheden voor rolstoelgebruik in de woning vormen geregeld een probleem. In de derde plaats blijken de servicekosten in die complexen waar men beschikt over eigen keuken- en restaurantfaciliteiten, over eigen beheer- en onderhoudsdiensten en/of eigen verzorgend personeel, zodanig hoog (geworden) te zijn dat geïnteresseerde ouderen de voorkeur geven aan andere woonvormen.

Passend in deze tijd

Het is van belang voor deze problemen een oplossing te zoeken. Allereerst is de behoefte aan huisvesting voor senioren zó groot dat de plaatsen in serviceflats gewoonweg niet gemist kunnen worden. Aan de andere kant is het concept van de serviceflat op zichzelf beschouwd zó modern en in overeenstemming met de heersende inzichten dat het alleen al daarom de moeite waard is eventuele belemmeringen weg te nemen. Immers: er is sprake van scheiden van wonen en zorg. Bewoners (huurders, eigenaren, leden van een coöperatie) komen zelf op voor de huisvestingslasten en doen daarvoor geen beroep op de collectiviteit. Voorts blijven de eigen verantwoordelijkheid voor en de eigen regie over de inrichting van het leven veel sterker gehandhaafd, waardoor, zoals onderzoek heeft geleerd, de vitaliteit van senioren wordt bevorderd. Ten slotte past de serviceflat, die als regel wordt bewoond door mensen met een anders dan gemiddelde sociale en financiële achtergrond, binnen een noodzakelijk pluriform huisvestingsaanbod.

Mogelijke oplossingen

Bestudering van de situatie van een groot aantal serviceflats heeft ons geleerd dat de bouwkundige problemen van de serviceflats grosso modo op drie manieren kunnen worden opgelost. Dat kan allereerst door verbouw van de bestaande appartementen. Soms zal het – om het aantal appartementen op peil te houden – nodig zijn kleinere flats horizontaal samen te voegen, een gedeelte bij het complex aan te bouwen of opbouw te realiseren, of een deel van de algemene ruimten om te bouwen tot appartement. De tekening op **pagina 135** geeft daarvan een voorbeeld.

Een tweede mogelijkheid wordt gevormd door aanbouw van een nieuw appartementencomplex aan het bestaande, waarbij de bestaande flats worden bestemd voor een andere doelgroep. Ruimtelijk moet dit haalbaar zijn. Gebleken is dat een meerderheid van de serviceflats op een ruime locatie is gebouwd. De huuropbrengst kan aldus een bijdrage vormen in de exploitatie van het nieuwe complex; bovendien kan op deze wijze een mogelijk boekverlies worden

voorkomen. Een variant hierop is complete vervangende nieuwbouw van het appartementencomplex, al dan niet op de bestaande locatie, waarbij het bestaande complex wordt gesloopt, verkocht of verhuurd. Welke van de opties het meest voor de hand ligt, hangt natuurlijk sterk af van de concrete context. Bovendien zal belangrijk zijn welke investeringen gepleegd moeten worden en of die in de individuele casus verantwoord zijn. Om concrete antwoorden te krijgen hebben we een scan en een rekentool ontwikkeld waarmee de mogelijkheden worden onderzocht. Overigens moet nog wel de opmerking worden gemaakt dat er in een aantal gevallen waarin de bewoners eigenaar van het appartement zijn, niet aan ontkomen zal kunnen worden het complex te verkopen aan een derde investeerder: een projectontwikkelaar, een belegger of een woningbouwcorporatie. Dat is in de praktijk vaker voorgekomen en blijkt op verschillende manieren en binnen verschillende constructies te kunnen. Het verlies van het eigendom dat met aarzeling en spijt gepaard kan gaan, wordt naar onze mening ten volle gecompenseerd door nieuwe, eigentijdse huisvesting en een veel grotere flexibiliteit voor de bewoner van het appartement.

Bovendien geeft overdracht zicht op een goede prijs, wat onder de huidige marktomstandigheden en bij dit niveau van leegstand niet is gegarandeerd.

Organisatie aanvullende diensten

Rest nog het probleem van de diensten die aan bewoners van de appartementen worden aangeboden, zoals beheer en onderhoud, maaltijdverzorging en verpleging. Dierbaar en vertrouwd, ongetwijfeld, maar in de praktijk een aanzienlijke last. Het is goed te bedenken dat er door de flexibilisering van de verstrekkingen en de daaropvolgende wijziging van de AWBZ, inclusief de introductie van het persoonsgeboden budget, veel veranderd is sinds de jaren 60 van de vorige eeuw, toen de meeste serviceflats gebouwd zijn. De vraag rijst of de exclusieve organisatie van deze diensten voor één complex nog wel van deze tijd is. Efficiënt is zij in ieder geval niet. Noodzakelijk meestal evenmin, want er zijn alternatieven voor handen. Daarom raden wij de serviceflatorganisaties met nadruk aan de eigen diensten af te bouwen en – indien behoefte bestaat aan collectieve arrangementen – afspraken te maken met grotere organisaties zoals zorginstellingen (voor zorg, alarmering en eventueel maaltijdvoorziening) en woningbouwcorporaties of beheersmaatschappijen (voor beheer en onderhoud). Met deze organisaties blijken ook regelingen te treffen over overname van personeel. Kwaliteit en continuïteit zijn bij die afspraken essentieel, maar echt niet alleen gegarandeerd bij eigen voorzieningen.

Ten slotte: het concept van de serviceflat is eigentijds en vitaal, en heeft potentie, maar in veel gevallen – eigenaren van complexen moeten zich dat realiseren – zijn flinke bouwkundige en organisatorische maatregelen nodig. Het goede nieuws is: die maatregelen zijn mogelijk en te overzien. Het wiel is al uitgevonden.

- 1) Lector ZorgGericht Bouwen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (026 3658387)
- 2) Afgestudeerde aan de HAN, voor deze studie opgetreden als junior onderzoeker
- 3) Directeur BOB Advies BV te Zeist (030 2513519)
- 4) Directeur Bureau Bos Architecten + Ingenieurs + Adviseurs te Baarn (035 5416342)
- 5) Homan, L. en Hoeksema, B., Kerngegevens serviceflats in Nederland



Excursie Flevoziekenhuis Almere, 2009

Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: Januari 2011

Gepubliceerd in: Senior

Column: “Sailing Seniors...”

“

Veruit de meeste senioren, danwel zij die dat zullen worden, bezitten een leuke woning.

Sommigen van hen daarnaast ook een tweede huis, in de zeer aardige vorm van een boot. Echter, wat doe je met deze beiden bezittingen als je vooruit kijkt? Hoe hou je ze op koers?

Een vrolijke vriend, ook bootbezitter, schotelde me een meer dan vindingrijke oplossing voor: met een collega had hij al besproken dat later een van beiden zijn boot en de andere zijn huis zouden kunnen verkopen.

Om het halve of hele jaar zouden ze hun varende respectievelijk verankerende huis omwisselen en zo, met een leuk zakcentje, deels zeilend deels huismussend hun jaren slijten!

Geniaal, maar de roerloze senior valt hier duidelijk buiten de boot.

Later bedacht ik dat je voor dit idee niet per se twee scheepjes nodig hebt...

Dus varende vriend, wanneer gaan we overstag? Verleggen we de koers? En monsteren aan voor dit relaxt-romantisch-avontuurlijk arrangement?

Aan lager wal geraken lukt van jongs af aan al prima, maar in welk jaar gaan we samen oud onder zeil?

”

Healing Environments

Auteur: Dr. Ir. Masi Mohammadi

Jaar: 2012

Menselijke maat in de Zorgarchitectuur

Het is algemeen bekend dat architectuur en derhalve de gebouwde woonomgeving ons dagelijkse leven en welzijn beïnvloedt, zowel in directe als indirecte zin. We kennen in de bouwwereld allemaal de tekening van Leonardo da Vinci, de ‘Vitruviusman’, inzake de ‘menselijke maat’ zoals beschreven door Vitruvius. Dit begrip ‘menselijke maat’ heeft tegenwoordig vooral een figuurlijke betekenis gekregen. Om aan de menselijke maat in deze zin te kunnen voldoen moet de omgeving de impliciete en expliciete behoeften van de gebruiker van een gebouw kennen en daarop reageren. ‘People and Buildings’ van Robert Gutman, ‘A Pattern Language’ van Christopher Alexander en ‘The Urban Villagers’ van Herbert Gans zijn slechts enkele voorbeelden van onderzoeken die ontwerpers aanspoorden na te denken over deze interactie tussen de gebouwde omgeving en de gebruiker. Enkele voorbeelden van de menselijke maat in zorgarchitectuur zijn Evidence-Based Design, een ontwerpbenadering waarin besluiten worden geschaafd aan de hand van het best beschikbare bewijs van effectiviteit en Healing Environments dat zich op de oorzaken van gezondheid (salutogenese) in plaats van op de oorzaken van ziekten (pathogenese) richt. Het gaat met name om de positieve effecten van natuur op gezondheid en welzijn en de vertaling daarvan in het ontwerp.

De Maggie’s Centra in het Verenigd Koninkrijk zijn hier een voorbeeld van. Sinds 1996 houdt deze organisatie zich bezig met het opzetten van zorgcentra voor kankerpatiënten, maar dan wel op een ongekennde wijze. Het concept is in het leven geroepen door een kankerpatiënt, Maggie Keswick Jencks en is in gang gezet door haar familie naar haar dood. In 1988 werd bij Maggie borstkanker vastgesteld. Zes jaar na haar eerste behandelingen waarbij zij dacht er nooit meer last van te zullen hebben, kwam de kanker terug. Op dat moment ging zij in discussie met de haar behandelende specialisten over de noodzaak voor een vernieuwde wijze van informeren en ondersteunen van deze doelgroep. Zij had zelf ervaren dat mensen met deze diagnose meer hulp nodig hebben bij het begrijpen en overzien van de oceaen aan informatie die beschikbaar is en speciaal met het overweg kunnen gaan met de psychische gevolgen van de zo levensbedreigende ziekte. Toen zij voor de derde keer werd geconfronteerd met terugkerende kanker besepte zij dat ze maar weinig tijd had om haar ideeën uit te werken en begon zij te werken aan het ontwerp voor Maggie’s Edinburgh, wat het eerste Maggie’s Centre is geworden.

Maggie’s kent nu, anno 2012, zeven centra verspreid over het United Kingdom. Deze centra zijn ontwikkeld uitgaande van de drie voornaamste factoren voor deze doelgroep: het verschaffen van informatie, bieden van ondersteuning, en stressmanagement. Deze factoren zijn ingebracht in de gebouwde omgeving; het ontwerp speelt daarbij een zeer belangrijke rol, hetgeen heeft geleid tot een gebouw dat niet overkomt als een “instelling”, maar juist als een omgeving waarin mensen zich meteen thuis voelen en waar een stimulerende en verheffende werking vanuit gaat.

Hiervoor zijn toparchitecten als Frank Gehry, Richard Rogers en Zaha Hadid ingeschakeld. Het ontwerp is vooral gericht op het creëren van een rustgevende omgeving; het scheppen van een groene omgeving met maximaal gezondheidsrendement en bevordering van mentaal welzijn door aandacht te besteden aan de ruimtelijke dimensies zoals vorm, verhouding, afmetingen en de positionering van groen in de ruimte.



Figuur 1. Op een schilderij lijkende opening in de gevel van het gebouw van Maggie's centre in London geeft een glimp van de sfeer binnen en nodigt uit om naar binnen te gaan.

De huiselijkheid en het groen spelen in het ontwerp van deze centra een cruciale rol. Met deze benadering bereikt het concept het doel om een oase van rust te creëren nabij het behandelcentrum, waar de bezoeker verwelkomd wordt in een comfortabele huiselijke omgeving die zich onderscheidt van de drukte van het stedelijk gebied waarin het centrum is gesitueerd.

Maggie's Centre in London

De “evidences” die deze uitgangspunten verbinden met het ontwerp waren afgelopen jaar duidelijk zichtbaar tijdens mijn bezoek, aan het Maggie's Centre in London, ontworpen door Richard Rogers van Rogers Stirk Harbour and Partners.

Dit bezoek vond plaats in gezelschap van een multidisciplinaire groep van deskundigen en studenten van Hogeschool Arnhem-Nijmegen die zich vanuit diverse invalshoeken (medisch, psychologisch en architectonisch) bezig houden met zorggericht bouwen. Bij het ontwerp van dit Centre wilde Rogers meer bereiken dan alleen het creëren van een omgeving voor informatie en ondersteuning; het centre moest vooral comfortabel,

verwelkomend en positief stimulerend voor de bezoeker zijn. Het ontwerp speelt in op de psychologische mechanismen en behoeften van het individu: “hier is een plaats waar je een persoon bent, niet een patiënt.” Zo beschreef de verpleegkundige die ons ontving het karakter van deze omgeving.

Bezoekers kunnen altijd naar binnen lopen en gratis gebruik maken van de faciliteiten en zij kunnen op hun eigen manier en in eigen tempo zoeken wat ze willen en waar zij behoefte aan hebben.

Ontwerpeigenschappen

Het gebouw gaat verder dan architectuur in formele zin en maakt direct contact met de bezoeker: het is tegelijkertijd een informatie- en ondersteuningscentrum, een sociale ontmoetingsplek en ook een oase van rust middenin een dynamische metropool.



Figuur 2. Een plek om je in een beschermde en groene omgeving terug te trekken vanuit de hectiek van de dynamische stad waarvan alleen het silhouet door het raam waarneembaar is.

Het centrum is door een muur die los staat van het gebouw afgebakend van de aanliggende drukke straten en van het nabijgelegen ziekenhuis waar de bezoekers van Maggie's voor behandeling heen gaan. Dit Charing Cross Ziekenhuis is in tegenstelling tot Maggie's Centre een typisch voorbeeld van een institutioneel gebouw: “Het idee was om de overweldigende impact van dit ziekenhuis te minimaliseren. Het dak, het landschap, het hart, de doorkijk naar buiten, ze leiden je allemaal weg van het ziekenhuis en de drukte van de straat.” zegt de architect, Richard Rogers.



Figuur 3. Charing Cross ziekenhuis



Figuur4. Maggie's Centre minimaliseert de overweldigende impact van het nabijgelegen Charing Cross ziekenhuis door het ontwerp, het landschap en het aanwezige groen.

148

De duidelijke routing naar de ingang van het Centre nodigt de bezoeker uit het gebouw binnen te gaan, waar je je dan in een flexibele omgeving bevindt die kan worden getransformeerd naar datgene waar je als gebruiker op dat moment het meest behoefte aan hebt: stilte of contact, terugtrekken of ontmoeten, licht of donker, binnen of buiten.

Het gebouw heeft een introvert karakter en kijkt vooral uit op de patio's. Het bestaat uit twee verdiepingen die grotendeels een open plattegrond hebben wat voldoende visuele toegang biedt vanuit de diverse ruimtes op het aanwezige groen binnen en

buiten. Verder is er geen zicht op objecten en obstakels zoals parkeerplaatsen en auto's die het uitzicht verstoren.



Figuur5. De huiselijkheid en het groen spelen in het ontwerp van deze centra een cruciale rol.

Het hart van het gebouw is de centraal gelegen keuken ondersteund door de nabij gelegen open haard. Verschillende ruimtes die ieder beantwoorden aan de gevarieerde behoeften van de bezoekers zijn om de keuken heen gelegen. Alle groene gebruikruimtes zijn toegankelijk voor de bezoekers, maar in verband met behoeften aan privacy ook afsluitbaar. Op de begane grond is de centrale ruimte open met direct zicht op de naastgelegen patio aan de ene kant en de open keuken aan de andere kant; dit is een ruimte waar men samen kan zitten en kan genieten van elkaars gezelschap (figuur 6). De andere ruimtes variëren in maat, intimiteit en niveau van privacy. Er is sprake van variatie in keuze van verblijfsplekken, van rustgevend tot dynamisch.



Figuur6. Op de begane grond aan de keukentafel of in de patio vinden gesprekken met familie, lotgenoten en specialisten plaats.

Een bezoeker kan zich terugtrekken van de groep en tot zichzelf komen op verwarmde, comfortabele plekken voor bezinning, plekken die door variatie in plattegrond, terugspringende geveldelen en oriëntatie op groen uitnodigen om te gaan zitten (figuur 7).



150

Figuur 7. In het gebouw zijn er ruimtes gecreëerd om je terug te trekken en tot rust te komen.

Door bouwtechnische ingrepen zoals het toepassen van schuifdeuren die op twee manieren open kunnen is er voor de bezoekers de mogelijkheid gecreëerd om vanuit deze retraitsruimtes faciliteiten zoals sanitaire ruimtes of de kamer van specialisten te bereiken zonder “gedwongen ontmoeting”.

De eerste verdieping bestaat uit open en flexibele werkplekken wat het directe en onbelemmerde contact tussen bezoeker en medewerker stimuleert en uit dakterrassen die toegankelijk zijn voor de bezoekers.

Uit onderzoek blijkt dat de belevingswaarde en gezondheidswaarde van groen positief correleren; alleen al het uitzicht op groen kan vermindering van stress en pijn bevorderen. Het blijkt bijv. dat mensen pijn beter kunnen verdragen in een ruimte ingericht met planten dan in een ruimte met gekleurde objecten of juist zonder sierobjecten.

Meer dan een ontwerp

Wat dit concept m.i. zo sterk maakt, is niet alleen te danken aan de ontwerpmaatregelen en de aanwezige sfeer in het gebouw, maar is de combinatie van ingrepen zowel ruimtelijk als organisatorisch. Te noemen is het feit dat hulp vanuit diverse disciplines van de gezondheidszorg onder een dak te vinden is en de flexibiliteit met betrekking tot specifieke vragen van de bezoeker, alsmede de flexibiliteit met betrekking tot de timing.

Daarnaast voldoet Maggie's aan de hoge eisen die gesteld worden aan professionele klinieken. Naast kennis over ontwerpmaatregelen, omgevingsfactoren en adequate organisatorische maatregelen is kennis over psychologische mechanismen van de gebruiker en de impact daarvan op voornoemde factoren van cruciaal belang geweest voor het succes van dit concept.

Het ontwerp stelt de belangen van de gebruiker voorop; er is volop aandacht besteed aan functionele aspecten zoals oriëntatie, zonnehoek, binnenklimaat en optimale benutting van licht, maar ook aan contact met de natuur en met andere mensen. Zorgvuldig is omgegaan met de behoefte aan behoud van identiteit, privacy en autonomie als ook participatie en groepsidentiteit.

Uit post-occupancy onderzoek blijkt dat het systeem een substantieel positieve invloed heeft op haar bezoekers. Maggie's Centre doelt niet alleen op de kankerpatiënt zelf, maar ook op de mensen daaromheen, familieleden en nabije vrienden die ook in de put kunnen zitten. Behalve dat bezoekers kunnen spreken met andere patiënten die met gelijke problemen zitten, kunnen zij ook ondersteuning krijgen van de aanwezige staf professionele hulpverleners van verschillende disciplines.

Een dergelijke environment kan ook positieve effecten op het cognitief functioneren van de hulpverleners zelf hebben. Zo vertelt een medewerker met medische achtergrond 'ik was in het begin wat sceptisch over al die verhalen rondom het healende karakter van gebouwen, maar nu geloof ik in de impact van de architectuur; dit gebouw omarmt je en brengt je tot rust. Hoe langer ik hier werk hoe meer ik het waardeer.'



Figuur 8. Behalve dat bezoekers kunnen spreken met andere patiënten die met gelijke problemen zitten, kunnen zij ook ondersteuning krijgen van de aanwezige professionele hulpverleners van verschillende disciplines.

Rol van automatisering

Het gebouw bevordert met haar eigen identiteit en bijzondere uitstraling zowel het fysiek als het mentaal en sociaal welzijn van de gebruikers, levert een bijdrage aan biodiversiteit en ondersteunt de vereiste multifunctionaliteit.

Maggie's centre kan m.i. als een benchmark op het gebied van healing environment gekwalificeerd worden. Dergelijke voorbeelden vormen inspiratiebron en aanleiding voor meer onderbouwd en evidence based ontwerpen op dit gebied, wat momenteel geen sinecure blijkt te zijn.

Verder kan automatisering, vooralsnog slechts mondjesmaat toegepast binnen het concept healing environment, grote impact hebben op zowel de optimalisering van functionaliteiten en condities van het gebouw als op het gebied van Patient Infotainment (Patient Education and Entertainment) en tele-consult.

Kortom, er is nog veel ruimte en kans voor ontwikkeling.

Voetnoot:

*** "Dit artikel is verschenen in "FMT gezondheidszorg" (2012) onder de titel: "Maggie's Centra als voorbeeld van menselijke maat in de zorgarchitectuur".**



Bezoek Maggy Centre London, 2011

Auteur: Monique Wijntjes BOT

jaar: 2012

Waarom die drempel tot ontmoeten?

Essay over ontmoeten

Het HAN Lectoraat ZorgGericht Bouwen en het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg werken binnen het thema Healing Environment samen in het onderzoek 'Ruimte(n) voor ontmoeten'. Dit onderzoek is een verkenning naar de mate waarin een gebouw ruimte biedt aan ontmoetingen tussen mensen die dicht bij elkaar wonen. Soms ontmoeten burens elkaar, soms niet. Waarom is er die drempel tot ontmoeten? Kunnen we misschien zo bouwen dat ontmoeting als vanzelf plaatsvindt? Bestaat er zoiets als ontmoetingsgericht bouwen?

De vraag die we het liefst zouden beantwoorden is de vraag hoe je plekken kunt creëren waarvan je van tevoren zeker weet dat ze ontmoetingen tot stand brengen. Het is niet zeker of het antwoord daarop te vinden is. Opmerkelijk is het enthousiasme voor het antwoord op de vraag. Blijkbaar is de wens ontmoetingen tot stand te brengen groot. In dit essay kijk ik naar het belang van ontmoeten en naar het type ontmoeting dat belangrijk is voor prettig wonen. Die ideeën geven voeding aan hoe we kunnen kijken naar 'Ruimte(n) voor ontmoeten'.

Waarom doet ontmoeten ertoe?

Er zijn verschillende soorten ontmoetingen. Ontmoetingen met familie en vrienden, maar ook ontmoetingen met gelijkgestemden op bijvoorbeeld het werk, op school, in de kerk of bij verenigingen. Daarnaast is het belangrijk om ook in de directe woonomgeving anderen te ontmoeten. Waarom?

Bekend is dat bepaalde groepen mensen een kleine actieradius en daardoor een kleine leefomgeving hebben. We denken dan aan oudere en kwetsbare mensen, maar ook moeders met jonge kinderen hebben vaak een kleine actieradius. Ontmoetingen in de directe woonomgeving vervangen voor hen mogelijk de ontmoetingen die we anders hebben op bijvoorbeeld ons werk of bij verenigingen.

Ook om een andere reden zijn ontmoetingen in de directe woonomgeving belangrijk. Dus niet alleen voor mensen met een kleine actieradius. Ontmoetingen – juist kleine, terugkerende alledaagse ontmoetingen – dragen bij aan de mate waarin men zich thuis voelt, zich veilig voelt en vertrouwd weet in de eigen woonomgeving. Ontmoetingen op de hoek van de straat, bij de brievenbus, in het portiek of in het wooncomplex dragen zo bij aan een gevoel van publieke vertrouwdheid.

155

Is publieke vertrouwdheid intiem en vrijpostig?

Het begrip publieke vertrouwdheid komt van het Engelstalige 'public familiarity'. Talja Blokland vertaalde dit begrip voor het oppervlakkig kennen en gekend worden met 'publieke familiariteit'. Later gaven anderen, waaronder Joke van der Zwaard, de voorkeur aan een andere vertaling van familiarity. Zij kozen voor 'publieke vertrouwdheid'. De verklaring die Van der Zwaard voor haar keuze geeft, is dat het

Nederlandse familiariteit staat voor vertrouwelijkheid, intimiteit en vrijpostigheid. Bij het zich thuis voelen in een buurt is de essentie juist niet intiem of vrijpostig, maar is een vriendelijke afstandelijkheid essentieel. Door herhaaldelijke oppervlakkige ontmoetingen worden we elkaars vertrouwde vreemden.

Het begint bij privacy

Publieke vertrouwdsheid groeit door ontmoetingen met mensen in de directe woonomgeving. Voor het aangaan van deze ontmoetingen blijkt – verrassend genoeg – juist privacy nodig te zijn. Jane Jacobs noemde in 1961 in de originele Engelstalige versie van haar boek ‘Dood en leven van grote Amerikaanse steden’ al het belang van privacy. Ze doelde daarbij niet slechts op de bouwkundige vertaling daarvan in ramen, uitzicht, inkijk en zichtlijnen. Juist in de stad waar mensen dicht op elkaar wonen, noemt Jacobs privacy een onmisbaar en kostbaar goed. Dit is zo belangrijk dat wanneer mensen de keus hebben tussen veel of niets delen ze voor het laatste zullen kiezen. “Als het minste contact met je burens je in hun privéleven dreigt te verstikken, of hen in het jouwe, en als je niet zo kieskeurig kunt zijn in wie je burens zijn [...] dan is de logische oplossing absoluut dat je elke vriendelijkheid of terloops aanbod om te helpen uit de weg gaat.” (Jacobs, p.97). Ontmoetingsgericht bouwen begint dus met het ontwerpen van privacy.

Waar ontmoeten mensen elkaar?

Het type ontmoetingen dat van belang is voor publieke vertrouwdsheid zit tussen intiem en anoniem in, de plek waar deze ontmoetingen plaatsvinden ook. Het zijn de ruimtes vlak buiten de eigen woning waar we de relatief onbekenden ontmoeten, onbekenden die naarmate ze vertrouwder worden ons het gevoel geven dat onze directe woonomgeving te vertrouwen, veilig en enigszins voorspelbaar is. Het is de straat waaraan we wonen. Bij wooncomplexen – en zeker in woon-zorgcomplexen – zijn de gangen en hallen van het woongebouw als het ware de overdekte straten en pleinen. Deze tussenruimtes vormen een overgangsgebied tussen de privéwoning en ruimtes in het gebouw met een specifieke functie zoals het restaurant. Dezelfde tussenruimtes vormen ook de overgang tussen de privéwoning en de wereld buiten het wooncomplex. Het wooncomplex kan ervaren worden als een buurt of wijk, de eerste laag of cirkel om de woning heen die gekend wordt en waarin jij als bewoner herkend wordt. Als je deze cirkel uitgaat, verlaat je de vertrouwde buurt en word je niet meer gekend. Het is het meest waarschijnlijk dat juist in de tussenruimtes binnen het wooncomplex het type ontmoetingen kan plaatsvinden dat bijdraagt aan publieke vertrouwdsheid.



Zitjes in 'de straat waaraan we wonen': een aanleiding voor ontmoeten?

Ontmoetingsgericht bouwen

In het onderzoek van het lectoraat kijken we naar woonsituaties van veelal kwetsbare mensen die beschutting en zorg nodig hebben en die sterk aangewezen zijn op hun directe woonomgeving, bijvoorbeeld in een woon-zorgcomplex. Jacobs, Blokland en Van der Zwaard bestudeerden in een stadswijk hoe het ervaren van voldoende privacy maakt dat je open kunt staan voor ontmoetingen die vervolgens bijdragen aan het gevoel van publieke vertrouwdheid. Een woon-zorgcomplex is te zien als een buurt of kleine wijk voor veelal kwetsbare mensen. De tussenruimtes van een woon-zorgcomplex zijn het overgangsgebied ofwel de drempel tussen privé en openbaar. Daarmee zijn ze de aangewezen plek voor het ontstaan van publieke vertrouwdheid. Met het gebouw geef je vorm aan de wijze waarop in het gebouw gewoond en geleefd wordt en zeker ook aan de kans anderen te ontmoeten. Is er voor bewoners een reden om zich in dat tussengebied te begeven, bijvoorbeeld om in de centrale hal de post uit de brievenbus te halen? En is er tijdens het verplaatsen door het gebouw aanleiding om ergens te verpozen en zo de kans anderen tegen te komen te vergroten? Ontmoeten doet ertoe. De drempel tussen onze privéwoning en de buitenwereld is nodig om ontmoetingen aan te gaan in het vertrouwen dat onze privacy in stand kan blijven. Alleen dan is er ruimte voor ontmoeten.

Het Lectoraat ZorgGericht Bouwen van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen heeft een onderzoekslijn Healing Environment. Daarbinnen startte in september 2011 samen met het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg het onderzoek 'Ruimte(n) voor ontmoeten'. Hierin werken Monique Wijntjes, adviseur bij het Kenniscentrum en kenniskringlid bij het Lectoraat, en Martin Bouwman, onderzoeker bij het Lectoraat samen. In de eerste onderzoeksperiode, die loopt van september 2011 tot juli 2012, wordt een aanzet gegeven voor een instrument voor het beschrijven van kwaliteit van de tussenruimte in woon-zorggebouwen in relatie tot de ontmoetingen die daarin plaatsvinden. De eerste experimentele observaties met het instrument worden in deze periode uitgevoerd in Amaris Zuiderheide te Hilversum.

Het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg organiseerde op 16 februari 2012 samen met de Coalitie Erbij de bijeenkomst 'Ontmoetingsgericht bouwen'. Jarno Nillesen, verantwoordelijk lector voor het project 'Ruimte(n) voor ontmoeten', verzorgde er samen met de auteur namens het Lectoraat ZorgGericht Bouwen een sessie.

Bronnen:

Beunderman, J., & Urhahn, G. (2009). Heerlijke inbreuk: Jane Jacobs en de spontaniteit van de stad. In M. Lahr (Red.), *De levende stad; Over de hedendaagse betekenis van Jane Jacobs*. (pp. 107 – 121). Amsterdam: Uitgeverij SUN.

Blokland, T.V. (2008). *Ontmoeten doet ertoe*. Den Haag: Vestia.

Jacobs, J., (2009). *Dood en leven van grote Amerikaanse steden*. Amsterdam: Uitgeverij SUN.

Zwaard, J. van der. (2010). *Scènes in de Copy Corner; van vluchtige ontmoetingen naar publieke vertrouwdeheid*. Amsterdam: Uitgeverij SUN en Joke van der Zwaard.



Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: oktober 2011

Gepubliceerd in: Senior, Magazine over wonen met services

Column: “Met Munch meer mans (m/v)?”

“

De Noorse schilder Edvard Munch herveroverde dit voorjaar de wereld. Vanuit Parijs kwam een verrassende overzichtstentoonstelling naar de Kunsthal in Rotterdam. En vele lokale zaaltjes vulden zich met lezingen en hun toehoorders.

Zo ook in de bieb in mijn dorp. Natuurlijk kende ik Munch van de schreeuw en daarnaast van een stomtoevallige kennismaking met zijn buitenatelier in KragerØ; een aanrader, prachtig genoeg voor een flinke omweg.

Dus was ik zeer benieuwd...

Binnengekomen trof me, los van de magnifiek voorgedragen lezing, direct het hoge senioren-vrouwengehalte. Grijsgolvend vulde zich de zaal.

Wat maakt het, dat deze groep zich zo geroepen voelt? Is het Munch of is het de verf? Munch zelf zag een nadrukkelijke tweedeling bij vrouwen: de fatale en de overige. Stelde nadrukkelijk dat we nooit nog een breiende vrouw moesten schilderen. Met zijn “Madonna” lukte hem dat wonderwel en wonderschoon.

Maar evengoed, de sfeer was goed en werd nog beter. Open, gezellig, belangstellend, hartstochtelijk en vol overgave werden de toch vaak bittere en zware meesterwerken uit de doeken gedaan en ontvangen...

Wat een zilveren kracht(!), hier zo verzameld in dit bruisende biebke, wat een fenomenale feminiene powerrrr.

en dit waren er pas dertig, dus... laat maar komen die grijze golf, dubbel en dwars, voor de vrouwelijke meerderheid daarvan zal ik niet meer vrezen, Leva de Eva's!

”

Duurzame oplossingen
in de cure

Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: 2009

Bron: www.snsr.nl

Van de wieg tot de wieg

Een opleiding in de bouwsector kan tegenwoordig nauwelijks nog om Cradle to Cradle (C2C) heen, een boek met een visie over het hergebruik van grondstoffen, bouwmaterialen, eigenlijk alles wat er in de bouwwereld komt kijken. Dit boek sloeg in als een duurzame bom, waarvan de uitwerking nog steeds merkbaar is. Kijk maar naar afstudeerprojecten bij de opleiding Bouwkunde van de HTS.

Duurzaamheid is een begrip dat binnen de opleiding Bouwkunde, maar ook binnen andere opleidingen van de faculteit techniek al jaren een rol speelt, aldus hoofddocent Bouwkunde Dort Spierings. Hij herinnert zich dat de huidige vleugel waar Bouwkunde en Civiele Techniek in gevestigd zijn, enkele jaren geleden werd gebouwd: ‘We dachten toen na over een onderwijsvisie. Het thema dat het meest werd genoemd, was duurzaamheid. Maar daar hebben we uiteindelijk niet voor gekozen omdat het te vanzelfsprekend is. Duurzaamheid zit al jaren in ons onderwijsprogramma. Daar is elke docent al van doordrongen.’ Deze beweringen worden gestaafd door het bericht dat er binnen het instituut Build Environment, waar Bouwkunde onderdeel van is, de aanzet wordt gegeven voor een expertisecentrum Duurzaamheid. ‘Daarover valt binnenkort vast meer te vertellen’, lacht Spierings.

hip Het leek er zelfs even op dat het begrip duurzaamheid in interesse begon af te nemen. Eerst is het hip, maar op een gegeven moment was het nieuwe er vanaf. Totdat de Duitse chemicus Michael Braungart en de Amerikaanse architect William McDonough hun boek *Cradle to Cradle - Remaking The Way We Make Things* (2002) uitbrachten. Twee visionairs met verschillende achtergronden, die een nieuwe visie op duurzaam ontwerpen geven. Ze gaan ervan uit dat afval als voedsel moet worden gezien; gemaakt uit grondstof, gebruikt en verterend tot dezelfde grondstof. Zo zullen gebruiksvoorwerpen volledig gerecycled kunnen worden. Dit boek bracht een enorme reactie te weeg in de bouwsector. Spierings: ‘Het boek ‘Cradle to Cradle’ en Al Gore’s film ‘An inconvenient Truth’ hebben het hele duurzaamheidverhaal een nieuwe boost gegeven.’ Vandaar ook dat de afstudeerprojecten van de afgelopen jaren vaak een combinatie zijn van duurzaam bouwen, levensloopbestendig bouwen en wonen. ‘De maatschappelijke ontwikkeling op het gebied van zorgbouw is er een van langer op jezelf blijven wonen’, legt Spierings uit, ‘en zo nodig hulp inroepen van domotica (gebruik maken van innovatieve apparatuur en infrastructuur die het voor ouderen mogelijk maakt om langer op zichzelf te blijven wonen, red.) Er zijn genoeg mensen die maar twintig procent van de tijd hulp nodig hebben, terwijl ze in een zorgcentrum zitten waar ze honderd procent zorg krijgen.’

165

nightingale Het toepassen van duurzaam bouwen wordt steeds grootschaliger aangepakt. Spierings, die ook coördinator is bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen: ‘Je ontwerpt een gebouw, een wijk, of zelfs een stad, terwijl je rekening houdt met hergebruik van producten en materialen.’ Er zijn in Nederland al wat projecten gaande, aldus Spierings. En er wordt onderzoek gedaan naar alternatieve mogelijkheden zoals de onderzoekslijn Nightingale. De achterliggende idee is: meer relatie met de wijk. Spierings: ‘Wat heb je nodig voor een ziekenhuis? Bedden, operatieruimtes en kantoren. Je gebruikt een generieke en flexibele manier van bouwen, met hulp van

duurzame materialen. Kijk eens naar buiten (we staan op de bovenste verdieping van het Bouwkundegebouw, kijkend op de oude flats rond winkelcentrum Presikhaaf). ‘In die flats staan de bedden’, legt Spierings uit. ‘Het gebouw van Bouwkunde, waar wij in zitten, is het kantoorgedeelte. Het enige wat je nog nodig hebt, zijn operatieruimtes. En die bouw je tussen de flats en dit gebouw in. Maar die operatieruimtes bouw je op zo’n manier dat ze ook makkelijk te verplaatsen zijn.’ ‘Niemand kan in de toekomst kijken,’ vervolgt de docent. Je weet dus niet of de vraag van nu hetzelfde is als de vraag in 2020. Daarom zorg je er bijvoorbeeld voor dat het beddenhuis aan de rand van het ziekenhuis staat, zodat dit gedeelte ook als hotel kan dienen. Je moet ervoor zorgen dat de hoofdfuncties van een gebouw als een ziekenhuis uit elkaar worden getrokken. Dan kun je onderdelen makkelijker herbestemmen.

te sociaal Een ander goed voorbeeld is het Woon-zorgcomplex Meulenvelden in Didam. Er werd een aantal wooneenheden bij elkaar verzameld met een bepaalde samenhang. De opbouw was al volgt: een gebouw met winkels op de begane grond, zorgbehoevende ouderen op de eerste verdieping, een gesloten afdeling op de tweede verdieping en op de bovenste verdieping penthouses voor 55-plussers. Zo zou er een mix van leeftijden ontstaan, waarbij mensen elkaar kunnen helpen. Voorbeeld: een oudere dame is niet meer zo goed ter been. Haar jongere buurman haalt de boodschappen maar is altijd laat thuis van het werk, dus zij kookt voor hem. Dat soort afspraken zou je kunnen maken. Helaas is men in Didam te sociaal: het toewijzen van de woningen gebeurde zoals altijd op basis van opgebouwde punten uit het verleden, met als gevolg dat de jongste bewoner van dit gebouw 54 jaar is. Spierings: ‘Als men dit concept had willen laten slagen, had men consequenter moeten zijn en niet op basis van punten maar op basis van leeftijd moeten selecteren.’

kasteelschap Een ander project waar enkele studenten Bouwkunde bij betrokken zijn, is het Kasteelschap in Almelo. ‘Het mooie voor de studenten is dat dit project er ook echt gaat komen’, zegt Spierings. Volgens de website www.kasteelschap.nl is het unieke aan dit project de geïntegreerde verwerking van moderne inzichten op het gebied van wonen, werken, mobiliteit, zorg, ecologie, veiligheid en recreëren. Kasteelschap biedt bewoners daarbij een sociale infrastructuur die uitnodigt om er gebruik van te maken en die bijdraagt aan het gevoel van veiligheid. De afgelopen zomer afgestudeerde Bouwkundestudent René Tim heeft voor dit grote project een stedenbouwkundig plan geschreven. In zo’n plan bepaal je de inrichting van een gebied waar gebouwd gaat worden. In het geval van Kasteelschap gaat het om de inrichting van 400 woningen en alle faciliteiten en infrastructuur die erbij komt kijken. René: ‘Duurzaamheid was voor mij tijdens de opleiding op de achtergrond. Toen ik met Cradle to Cradle te maken kreeg, raakte ik geïnteresseerd. Het was nieuw en

wat me vooral aansprak: het was nog niet allemaal bedacht en vastgelegd. Ik had het gevoel dat ik me op onbekend terrein bevond.'

garage Tijdens het maken van het stedenbouwkundige plan bedenkt René manieren om bepaalde gebouwen zo te laten bouwen dat ze voor meerdere functies kunnen worden gebruikt. Als je in eerste instantie een woning met een garage bouwt en je zorgt ervoor dat elektriciteit en verwarming aanwezig is, kan die garage heel makkelijk worden veranderd in een kantoor of slaapkamer. De C2C-gedachte gaat ver. René: 'Ook het stedenbouwkundige plan is duurzaam. Ik heb ervoor gezorgd dat niet te veel vastgelegd is. Je geeft alleen maar richtlijnen aan het Kasteelschap. Als je het goed wilt doen, grijpt C2C op alle niveaus in: van landelijk, regionaal, stedelijk en gebouw tot vertrek, product, materiaal, onderdeel en grondstof.' De kunst bij C2C is om de verschillende kringlopen die er zijn met elkaar in contact te brengen, waardoor je uiteindelijk geen afval meer overhoudt, maar grondstoffen die je kunt hergebruiken.' Bij Kasteelschap wordt vooral gekeken naar de kringlopen water en bioafval. 'De agrarische omgeving levert grondstoffen en voedsel aan de bewoners. Na consumptie wordt het water biologisch gefilterd waarna het kan worden gebruikt voor de landbouw. En in bio-afval zitten natuurlijk voedingsstoffen die kunnen worden hergebruikt.' René beschouwt het C2C boek als een manifest: 'Het is nog net geen bijbel, maar het geeft wel aan waar het in de toekomst met de architectuur naar toe moet.' Afgelopen zomer is René naar de Technische Universiteit in Delft gegaan om zijn master architectuur te halen. 'Daar zijn ze helemaal niet met Cradle to Cradle bezig.'

landkaswinkel René's stedenbouwkundige plan is de eerste trede in het hele project. Na hem kunnen andere studenten verder gaan en delen van het project uitwerken, zoals Joyce van der Linden (21) het afgelopen jaar heeft gedaan. Zij heeft met medestudent Marco Klein Nijenhuis gekozen voor de Landkaswinkel. Joyce: 'Binnen het Kasteelschap moest een landschapswinkel komen die biologische producten uit de directe omgeving verkoopt. Het leek ons wel leuk om dit onderdeel verder uit te werken. Aangezien het Kasteelschap niet afhankelijk wil zijn van de normale energiebronnen, moesten we daar zelf voor zorgen. Dus besloten we om de winkel te overkappen met glas, net als een kas. Vandaar de naam. De warmte die de kas genereert, wordt opgeslagen en bewaard voor de winterperiode. En in de winter wordt de koude opgeslagen om de winkel in de zomer van koele lucht te voorzien. Naast de verkoop van producten uit de regio is de landkaswinkel ook te gebruiken voor het geven van workshops, cursussen, er kunnen vergaderingen worden gehouden, kortom, het is een ontmoetingsplek waar je eerlijk voedsel kunt kopen.' Twee weken geleden hebben Joyce en Marco hun Bouwkundediploma ontvangen. Natuurlijk is ook

hun verslag van duurzaam materiaal gemaakt. Of, nou ja, in ieder geval de map waar het verslag in zit. Die is gemaakt van een houten frame en een jute omslag, met daarop de letters LKW geborduurd. En binnenin worden de A4-tjes bij elkaar gehouden met touwtjes. Groene touwtjes.

De documentaire Afval is Voedsel (over Cradle to Cradle) van VPROprogramma Tegenlicht is via hun website te bekijken: www.vpro.nl/programma/tegenlicht, maar ook via youtube.



Auteurs: Ir. Frits Schultheiss en ir. Jarno Nillesen

Jaar: 2010

Gepubliceerd in: FMT

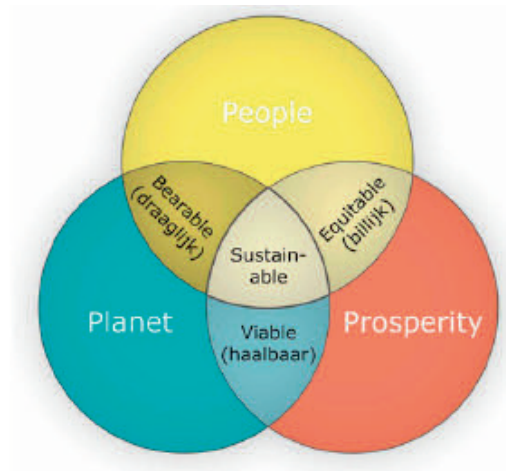
Cradle to Cradle

Wat is Cradle to Cradle en wat betekent dit voor de zorg? Waarin wijkt Cradle to Cradle af van andere duurzaamheidsgedachten? Om een antwoord te geven op deze vragen wordt eerst de visie Cradle to Cradle in een breder perspectief geplaatst.

Sinds de film “An Inconvenient Truth” van Al Gore uit 2006, staat duurzaamheid weer hernieuwd in de belangstelling.

Het Brundtland-rapport uit 1987 riep voor het eerst op tot duurzame ontwikkeling. De belangrijkste mondiale problemen waren volgens het rapport het gevolg van armoede in het ene deel van de wereld en de niet-duurzame consumptie en productie van het andere deel van de wereld.

Duurzame ontwikkeling wordt vaak voorgesteld door de drie P's (Triple P): People, Planet en Prosperity (voorheen Profit), zie afbeelding 1.



Afbeelding 1. Triple P.

People staat voor de sociale dimensie, Planet voor de ecologische dimensie en Prosperity voor de economische (Profit) en de maatschappelijke dimensie. In het overlappend gebied van de drie P's spreekt men over duurzame ontwikkeling, een ontwikkeling die zowel draaglijk, haalbaar, als billijk is.

Trias energetica

Om energie zo duurzaam mogelijk toe te passen is het driestappenplan Trias Energetica een goede afweging.

De eerste stap is het beperken van de energievraag, de tweede stap is het gebruik maken van duurzame energiebronnen en als laatste stap het efficiënt gebruik maken van eindige energiebronnen. De eerste stap is het meest duurzame, de laatste stap het relatief minst duurzame.

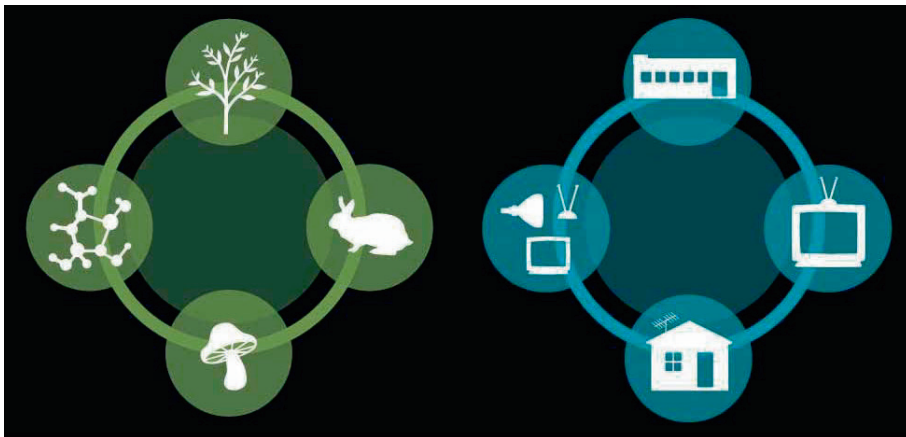
Cradle to cradle

Het gedachtegoed van "Cradle to Cradle" heeft in Nederland een enorme vlucht genomen sinds de Tegenlichtuitzending "Afval = voedsel" van de VPRO in oktober 2006 op basis van het boek "Cradle to Cradle; Remaking the Way We Make Things" (2002) door William McDonough en Michael Braungart.

Cradle to Cradle producten moeten zodanig ontwikkeld worden dat deze na gebruik als grondstof kunnen dienen voor een nieuw product. Door alle grondstoffen en materialen opnieuw te gebruiken gaan deze niet verloren.

De waarde van de materialen moet hetzelfde blijven of van betere kwaliteit worden (up cycling) in de kringloop waarin deze terugkeert. Dit in tegenstelling tot het heden waarbij recycling een waardevermindering (down cycling) van de producten betekent. Cradle to Cradle kent twee gescheiden kringloopsystemen. In de biosfeer komen alle volledig afbreekbare producten terecht (afval is voedsel) en in de technosfeer komen de materialen weer terecht (grondstoffen blijven grondstoffen). Dit betekent dus dat producten gemakkelijk te scheiden moeten zijn voor opname in een van de beide kringlopen.

Het loslaten van het concept afval wordt door Loesje treffend verwoord: "Waarom afval produceren als je het toch weggooit?".



Afbeelding 2. Biosfeer (links) en Technosfeer (©MBDC).

Waarom minder slecht niet goed is

Het huidige duurzaam systeem voor verbetering van de kwaliteit van het milieu werkt niet op een effectieve wijze. Het systeem scherpt het proces aan, het wordt minder slecht, misschien wel efficiënt maar gaat in dezelfde foute richting door. Cradle to Cradle wil 'alleen goed' zijn voor het milieu en niet 'minder slecht'. Hiervoor moeten vaak nieuwe kwalitatieve producten ontworpen worden. Cradle to Cradle wil uiteindelijk eco-effectief zijn in plaats van eco-efficiënt.

Gezond bouwen in een gezonde omgeving

Tijdens de levensfase van de mens wordt men blootgesteld aan vele zichtbare en onzichtbare invloeden vanuit de omgeving. De mate van positieve of negatieve beïnvloeding zal zeker een relatie hebben met de vraag van mensen naar zorg. De vraag is nu of wij bij het ontwerpen van de leefomgeving de beïnvloeding op een positieve manier kunnen bewerkstelligen.

De visie Cradle to Cradle kan hier een antwoord op geven.

Het denken in gesloten kringlopen en het ontwerpen van leefomgevingen, gebouwen en gebruiksvoorwerpen, rekening houdend met materialen, energie en water die een positieve invloed hebben op de mens en het milieu, wordt een steeds meer uitbreidend gedachtegoed. Het op deze wijze verbeteren van de leefomgeving tijdens de hele levensfase van de mens zal er voor zorgen dat mensen misschien minder snel ziek worden zodat de vraag naar zorg minder wordt. En als de mens dan toch zorg nodig heeft dan is het van belang dat de omgeving een gezonde invloed uitoefent op deze verzwakte mens. Niet alleen een omgeving waarin mensen zich prettig voelen door het gebruik van veel (dag) licht, kleurgebruik en natuurlijke elementen (“healing environment”), maar ook een omgeving met materialen die systemen van mensen niet aantasten.

Onderzoek patiëntenkamer

Studenten van de HAN gaan via het lectoraat ZorgGericht Bouwen in een nieuw project een patiëntenkamer in een ziekenhuis onderzoeken.

Daarbij worden de belangrijkste materialen onderzocht van vloerafwerkingen, deuren, daglichtopeningen, wandafwerkingen en plafonds.

Maar ook de techniek in de kamer zoals ventilatie en verlichting en inrichtingselementen zoals het bed met matras en schoonmaakmogelijkheden.

Bij materialen wordt met name gekeken in hoeverre deze schadelijk kunnen zijn voor de primaire systemen van de patiënt. Materialen worden onderzocht of deze invloed hebben op carcinogeniteit, aantasting van het endocriene systeem, mutageniteit, reproductietoxiciteit en teratogeniteit. Daarnaast wordt onderzocht of materialen invloed hebben op acute toxiciteit, chronische toxiciteit, irritatie van huid- en slijmvliezen, sensitiviteit en andere eigenschappen zoals het vermogen van een materiaal om in de huid te dringen of brandbaarheid van een materiaal.

Een onderzoek door het Amerikaanse bureau MBDC/William McDonough + Partners naar een patiëntenkamer heeft aangetoond dat minder dan 10% van de beschikbare materialen acceptabel is. Het doel van het project is om tot een lijst te komen met goede materialen die kunnen worden toegepast binnen de zorg.



Afbeelding 3: Patiëntenkamer (©Anshen + Allen/William McDonough + Partners).

Mindset

Cradle to Cradle als mindset belooft veel goeds voor de toekomst. Cradle to Cradle houdt rekening met de belangen van de gebruikers en van de maatschappij. De mens is er niet voor het gebouw, maar het gebouw is er voor de mens.

Cradle to Cradle start met het juiste intelligente ontwerp. Producten worden niet verbeterd maar worden herontworpen. De sleutelvraag is hoe we waarde kunnen toevoegen, bijvoorbeeld een muurverf die bijdraagt aan het binnenmilieu of buitenverf die voedsel is voor de natuur en fijnstof bindt. Met als kern de circulaire principes in de biosfeer en de technosfeer.



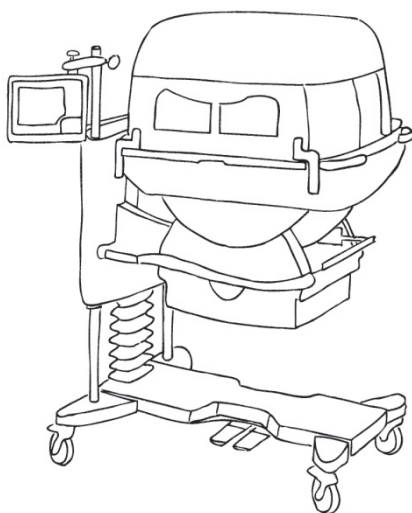
Auteurs: Ir. Frits Schultheiss en ir. Jarno Nillesen

Jaar: 2010

Gepubliceerd in: FMT

Cradle to Cradle en de couveusekamer

Het Lectoraat ZorgGericht Bouwen van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen voert onderzoek “Cradle to Cradle in de zorg” uit. In dit project zijn een verpleegkamer, een operatiekamer en een couveusekamer onderzocht op materiaalgebruik. Dit derde artikel in de reeks C2C beschrijft het onderzoek “De Couveusekamer”. De doelstelling van het onderzoek is aanbevelingen te doen voor Cradle to Cradle materiaalgebruik met betrekking tot de gezondheid van de gebruikers van de couveuse.



Schets van een gesloten couveuse

“Cradle to Cradle materialen zijn ontworpen om op een hoogwaardige manier te kunnen worden hergebruikt in een nieuw product of als voedende functie voor het systeem als geheel. Cradle to Cradle materialen zijn goed voor de mens en goed voor het milieu.”

“Pas alleen materialen toe zonder risico’s voor mens en milieu. De vraag aan de industrie is om deze (opnieuw) te ontwerpen.”

Cradle to Cradle materialen zijn onderzocht of deze invloed hebben op de gezondheid van de mens, zoals carcinogeniteit, aantasting van het endocriene systeem, mutageniteit, reproductietoxiciteit en teratogeniteit. Daarnaast is onderzocht of materialen invloed hebben op acute toxiciteit, chronische toxiciteit. Irritatie van huid- en slijmvliezen, sensitiviteit en andere eigenschappen zoals het vermogen van materiaal om in de huid te dringen of brandbaarheid van een materiaal.

Het onderzoek naar materiaalgebruik van de couveuse is verricht door middel van interviews met gebruikers van couveuses en literatuuronderzoek zoals fabrikanteninformatie en informatie van Vereniging Ouders van Couveusekinderen.¹

¹ www.couveuseouders.nl

De Couveuse

Baby's die te vroeg zijn geboren, kunnen worden opgevangen in een ziekenhuis met een couveuseafdeling. Dit betreffen baby's die prematuur (geboren na een zwangerschap van minder dan 37 weken) of extreem prematuur (geboren na een zwangerschap van minder dan 32 weken) en/of dysmatuur (met een te laag geboortegewicht) zijn. Extreem premature baby's en dysmature baby's worden in het algemeen opgevangen in een ziekenhuis met een Neonatale Intensive Care Unit (NICU). Premature baby's kunnen in een medium care couveuseafdeling worden opgevangen.

In het zorggebied van de couveuse afdeling kunnen zorgverleners anticiperen op de levensbehoeften van de baby al zijn energie kan wijden aan de groei. Warmteverlies tegengaan is een van de belangrijkste functies van een couveuse.

De couveuse draagt zorg voor een uitgebalanceerd stabiel microklimaat voor de baby. In de couveuse zijn de optimale waarden aanwezig van temperatuur, vochtigheid, zuurstof, geluid en licht. Door deze veiligheidszone ondervindt de baby minimale stress.

De pasgeborenen zijn zeer kwetsbaar. De longen zijn nog onderontwikkeld en er kunnen zich complicaties voordoen. In de relatie tot het lichaamsgewicht gebruiken kleine kinderen meer lucht, voedsel en drinken dan volwassenen. Relatief gezien kunnen kleine kinderen dus meer schadelijke stoffen opnemen uit de omgeving. Het is dus evident dat een couveuse uit het gezondheidsschadelijke materialen samengesteld zou moeten zijn.

Materiaalgebruik

Dit onderzoek richt zich op materiaalgebruik van een gesloten couveuse. Materiaalgebruik dat van directe invloed kan zijn op de gezondheid van de baby is het materiaalgebruik van de couveuse zelf en de inrichting daarvan. Literatuuronderzoek² laat zien dat met name gebruik van het materiaal latex een probleem kan zijn voor de baby en ook voor de behandelaar bij contact met de huid. Latex is een natuurrubber die wordt geproduceerd uit het sap van de rubberboom *Hevea Brasiliensis*. Latex bevat van nature eiwitten die allergische reacties kunnen veroorzaken. Stoffen en producten die in aanmerking kunnen komen met de baby mogen dus geen latex bevatten. Latex kan voorkomen in onder andere handschoenen, beademingsballonnen, spenen en beschermhoesjes.

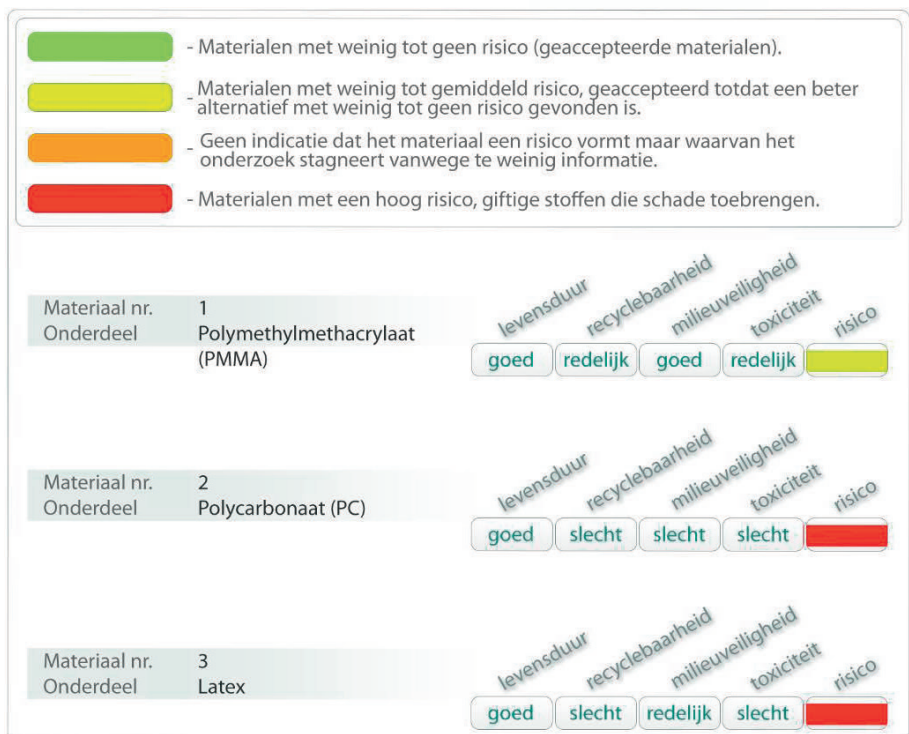
Latex producten zijn in sommige specificaties van couveuses expliciet uitgesloten. Bij andere typen is het gebruik van latex producten niet te achterhalen. Om deze reden is latex opgenomen in de lijst met stoffen die een hoog risico vormen in het kader van dit onderzoek.

² Zie onder andere www.hse.gov.uk/latex/about.htm (gelezen oktober 2010) en <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/aandoeningen/45232-allergisch-voor-latex-wat-is-belangrijk-om-te-weten.html> (gelezen oktober 2010)

De doorzichtige afdekking van de couveuse kan bestaan uit een helder doorzichtige plexiglas of polycarbonaat kap. Deze kap maakt een substantieel deel uit van de couveuse en is daarom een relevant onderdeel.

Plexiglas (polymethylmethacrylaat (PMMA)) is een materiaal dat recyclebaar is door middel van pyrolyse³. Hierbij ontstaat dan weer methylmethacrylaat (MMA) dat weer als grondstof dient voor PMMA. Volgens EEG criteria bevat plexiglas gevaarlijke bestanddelen. Het risico wordt in dit onderzoek als gemiddeld gewaardeerd.

Polycarbonaat heeft toxische stoffen bij de productie nodig zoals het toxische glorinegas derivaat en is moeilijk te recyclen. Bij veroudering kan het toxische Bisphenol A (BPA) vrijkomen wat uiteindelijk kanker kan veroorzaken. Producten van polycarbonaat voor gebruik met levensmiddelen, zoals hardplastic flessen, wordt recent ontraden⁴. Risico voor gezondheid van de mens bij gebruik van polycarbonaat in de couveuse is niet bekend. Wel is het een slecht materiaal in het kader van dit onderzoek. Het gebruik van het materiaal polycarbonaat wordt dan ook als een stof met een hoog risico aangemerkt.



Voorbeeld classificatie materialen couveuse.

³ Pyrolyse; het ontleden van materiaal onder verhitting zonder zuurstof

⁴ Zie rapport US Food and Drug Administration over Bisphenol A (BPA) op www.fda.gov/News-Events/PublicHealthFocus/ucm197739.htm (gelezen oktober 2010)

Conclusie en aanbevelingen

Van couveuse werd de materiaalsamenstelling onderzocht. De eigenschappen van de materialen zijn naar Cradle to Cradle aspecten beoordeeld. Er zijn een aantal materialen aangetroffen met risico's op het gebied van recyclebaarheid, milieuveiligheid en toxiciteit. Voor het materiaal latex zijn de acute risico's voldoende aangetoond.

Uit de literatuur blijkt dat de als rood aangemerkte materialen zoals polycarbonaat en latex in meer of mindere mate ongezonde materiaaleigenschappen hebben. In de gedachte van Cradle to Cradle toepassen van materialen mogen alleen materialen worden toegepast met weinig tot geen risico.

Aanbeveling is om producten met latex niet toe te passen in de omgeving van de couveuse. Daarnaast is het aan te bevelen te zoeken naar een goed materiaalvervanger voor het polycarbonaat kap van de couveuse. Slechte materialen moeten vervangen worden door goede materialen, waarbij van belang is dat minder slecht niet goed is!



Excursie Kopenhagen & Lund, 2010

Auteurs: Ir. Frits Schultheiss en ir. Jarno Nillesen

Jaar: 2010

Gepubliceerd in: FMT

Cradle to Cradle en de operatiekamer

Het inleidende artikel van de auteurs over Cradle to Cradle in de Zorg is verschenen in januari 2009, het artikel over Cradle to Cradle in de Zorg, “De Verpleegkamer” is verschenen in FMT 8/9 2010. In een latere uitgave van FMT zal het onderzoek naar een couveuse worden gepubliceerd.

In het onderzoek “De Operatiekamer” van het Lectoraat Zorggericht Bouwen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, is aandacht besteed aan het huidige gebruik van materialen in een operatiekamer en de mogelijke gevolgen hiervan op de mens en zijn omgeving met oog op het Cradle to Cradle principe.

De centrale vraag daarbij was: hoe is het gesteld met duurzaamheid van toegepaste materialen in een operatiekamer? En welke Cradle to Cradle oplossingen zijn mogelijk?

“Cradle to Cradle (C2C)-materialen zijn ontworpen om op een hoogwaardige manier te kunnen worden hergebruikt in een nieuw product of als voedende functie voor het systeem als geheel. C2C-materialen zijn goed voor de mens en goed voor het milieu. William McDonough en Michael Braungart onderscheiden twee soorten bouwstoffen: biologische bouwstoffen die worden gerecycled in de biosfeer en technische bouwstoffen die worden gerecycled in de technosfeer. Deze beide sferen moeten gescheiden zijn van elkaar. Daarbij moeten bouwstoffen goed gescheiden kunnen worden voor een optimale recycling. Dit betekent onder andere dat niet te scheiden gelamineerde producten in de technosfeer per definitie geen C2C-producten zijn.”

Doel van het onderzoek

De aanleiding van het onderzoek “De Operatiekamer” zijn de uitkomsten van een onderzoek door het Amerikaanse bureau MBDC/William McDonough + Partners (1) naar bouw materiaal van een Amerikaans ziekenhuis. Dit onderzoek toonde aan dat slechts 10% van de huidige beschikbare bouwmaterialen niet bedenkelijk is voor mens en milieu. Het Lectoraat ZorgGericht Bouwen heeft zich ten doel gesteld onderzoek te verrichten naar de situatie in een operatiekamer in een Nederlands ziekenhuis.

Het onderzoek

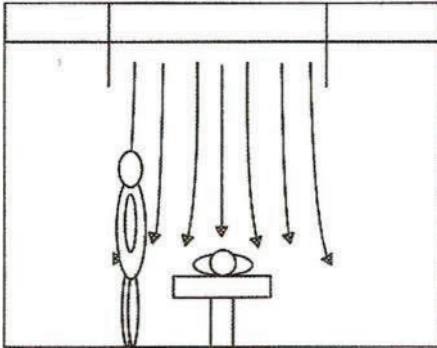
Het onderzoek naar de operatiekamer (2) is gesplitst in een bouwtechnisch en een installatietechnisch gedeelte. Het bouwtechnisch gedeelte omvat de vloer-, wand- en plafondopbouw. Het installatietechnisch gedeelte omvat het luchtbehandelingsysteem en de verlichtingsinstallatie.

Als voorbeeld van het bouwtechnisch gedeelte wordt hier de ESD-vloer (Electrostatic Discharge, ofwel elektrostatisch ontladende vloer) toegelicht.

Als voorbeeld voor het luchtbehandelingsysteem wordt hier de luchtbehandelingkast toegelicht.

Net als bij het materiaalonderzoek van de Verpleegkamer zijn in de Operatiekamer materialen onderzocht en geclassificeerd door middel van kleurcoderingen. Het

toegepaste materiaal uit de operatiekamer is op diverse aspecten onderzocht. Aan de hand van een lijst met giftige stoffen is gekeken naar de invloed op de gezondheid van de mens en op het milieu. Daarnaast is door middel van literatuuronderzoek de mate van duurzaamheid, recyclebaarheid, milieuveiligheid en toxiciteit onderzocht.



Figuur 2. Laminaire downflow (Bouwcollege, 2004).

Esd-vloer

specifiek voor een operatiekamer is een Electro Static Discharge (ESD)-vloer waardoor voorkomen wordt dat elektrostatische ontladingen latente storingen of lagere prestaties van gevoelige elektronische apparatuur tot gevolg hebben. Ook is de weerstand tegen elektrische spanning van de mens bij een geopende huid op de operatiekamer drastisch afgenomen. Zelfs de kleinste spanning kan zorgen voor een hartstilstand. Naast de benodigde aardingsvoorzieningen en potentiaalvereffeningpunten voorkomt de ESD-vloer statische elektriciteit.

Om de ESD-vloer aan te kunnen brengen, wordt eerst een primer voor de egalisatie aangebracht. Dit voorkomt zuiging van de (betonnen) ondervloer en optimaliseert de hechting van de egalisatielaag. Hierna volgt het egalisatiemiddel. Na uitharding volgt een primerlaag voor optimale hechting van de lijm ten behoeve van de geleidende vloer. Na de primer worden koperen strips aangebracht die ervoor zorgen dat alle statisch opgebouwde spanningen in de vloer of van de personen wordt afgevoerd. Hierna volgt de vinyltegel die verlijmd wordt met de ondergrond.

In figuur 1 zijn de materialen van de vloer geclassificeerd. Bij de risicobepaling van de materialen is de gehele levenscyclus inclusief het productieproces betrokken.

Koper wordt bijvoorbeeld als “geel” geclassificeerd omdat het winnen van nieuwe grondstoffen het landschap aantasten, het verwerken van de ruwe grondstof bijdraagt aan de opwarming van de aarde en omdat het een uitputbare grondstof is die waarschijnlijk rond 2030 uitgeput is. Daar tegenover staat dat het weinig energie kost om koper te recyclen en het feit dat het in vaste vorm niet toxisch is.

Luchtbehandelingsysteem

Het luchtbehandelingsysteem bestaat, om de luchttemperatuur en relatieve luchtvochtigheid aan de eisen te laten voldoen, uit een luchtbehandelingkast met High Efficiency Particulate Absorbing (HEPA)-filters om de lucht te zuiveren en zo aan de luchtreinheid te laten voldoen. In de operatiekamer is er een steriele luchtstroom boven de operatietafel en opdektafel (laminare downflow, zie figuur 2). Op de opdektafel worden alle benodigde instrumenten voor de operatie klaargelegd. De laminare downflow wordt gerealiseerd door het inblaasplenum waardoor een steriel gebied boven de patiënt ontstaat.

In figuur 3 zijn de materialen geclassificeerd van een gedeelte van de luchtbehandelinginstallatie.

Roestvast staal (RVS) is als “rood” geclassificeerd omdat bij het delven van erts het landschap wordt aangetast, het vervoer (vaak over grote afstanden) bijdraagt aan de opwarming van de aarde en bij het produceren van RVS schadelijke missies vrijkomen. Daarbij is ijzererts een uitputbare bron.

Conclusies en aanbevelingen

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er zeer weinig materialen en producten voldoen aan de eisen die worden gesteld aan Cradle to Cradle materialen. Wel kan de meerderheid van de onderzochte materialen worden gerecycled en hoeft daarbij maar weinig gestort of verbrand te worden.

Een van de oorzaken voor het feit dat zo weinig C2C-materialen worden toegepast is de strenge wet- en regelgeving met betrekking tot hygiëne en steriliteit in een operatiekamer. Sommige materialen kunnen vervangen worden door een beter alternatief. Bijvoorbeeld PVC-waterleidingen (kleurclassificatie “rood”) zouden kunnen worden vervangen door koperen waterleidingen (kleur “geel”). Het toepassen van materialen met een lange levensduur in onderdelen die snel vervangen moeten worden zou moeten worden vermeden. Voorbeeld daarvan is het gegalvaniseerde frame (levensduur 25 jaar) van een HEPA-filter (levensduur 1 jaar). Hier zou voor het frame niet materiaal uit de technosfeer, maar net als het filtermedium zelf, uit de biosfeer gebruikt moeten worden. Beide componenten kunnen dan gerecycled worden in de biosfeer (compost).

Een ander alternatief is een gemakkelijk van het vervuild filtermedium te scheiden frame, zodat het frame separaat gerecycled kan worden.

Bronnen:

- 1) www.mcdonough.com
- 2) Onderzoek is uitgevoerd door HAN studenten Ralph Beaumont en Francis Kersjes (2010)

Auteurs: Fits Schultheiss en ir. Jarno Nilesen

Jaar: 2010

Gepubliceerd in: FMT

Cradle to Cradle de verpleegkamer

Het loslaten van het concept “afval” wordt door Loesje treffend verwoord: “Waarom afval produceren als je het toch weggooit?”. Cradle to Cradle sluit hier op aan: producten moeten zodanig ontwikkeld worden dat deze na gebruik als grondstof kunnen dienen voor een nieuw product in de kringloop. De vraag is nu hoe wij bij het ontwerpen van de gebouwde leefomgeving in de gezondheidszorg gebruik kunnen maken van deze gedachte.

Het onderzoek “De Verpleegkamer” van het Lectoraat Zorggericht Bouwen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen heeft dit aspect als onderwerp gehad. In het onderzoek werd het bouw materiaal in een bestaande kinderverpleegkamer in een ziekenhuis onderzocht. Er werd met name gekeken naar de schadelijkheid van bestanddelen voor het primaire systeem van de mens.

Doel van het onderzoek

De aanleiding van het onderzoek “De Verpleegkamer” zijn de uitkomsten van een onderzoek door het Amerikaanse bureau MBDC/William McDonough + Partners (1) naar bouw materiaal van een Amerikaans ziekenhuis. Dit onderzoek toonde aan dat slechts 10% van de huidige beschikbare bouwmaterialen niet bedenkelijk is voor mens en milieu, zie figuur 1. Het Lectoraat Zorggericht Bouwen heeft zich ten doel gesteld onderzoek te verrichten naar de situatie in een verpleegkamer in een Nederlands ziekenhuis.

Het onderzoek

In het onderzoek naar de kinderverpleegkamer zijn onder andere materialen van wanden, vloeren en plafonds beoordeeld op chemische samenstelling en het bevatten van giftige stoffen. Dit werd gedaan voor zowel de productie-, de gebruiks- als ook voor de eventuele recycle- of afvalfase van het materiaal. Daarnaast is gekeken naar hoe het materiaal is toegepast.

Het toegepaste materiaal uit de verpleegkamer is op diverse aspecten onderzocht. Aan de hand van een opgestelde lijst met giftige stoffen, de zogenaamde “X-filter criteria”, werd gekeken naar de invloed op de gezondheid van de mens en op het milieu. Daarnaast is door middel van literatuuronderzoek de mate van duurzaamheid, recyclebaarheid, milieuveiligheid en toxiciteit onderzocht. Per materiaal zijn de eigenschappen, toepassing, kleur, huidige staat en het benodigde onderhoud beschreven.

Bronnen voor dit onderzoek waren onder andere de database van het Nederlands Instituut voor Bouwbiologie en Ecologie (NIBE)(2), de publicatie “Milieueffecten van bouwmaterialen” (3) en opgaven van fabrikanten van de onderzochte materialen.

Bij het doen van de materiaalbeoordeling is onderscheid gemaakt in de mate van risico’s bij toepassing van bepaalde materialen. Door deze risico’s te rubriceren door middel van een I-deurcodering is in een oogopslag te zien of, en in welke mate, een materiaal een risico kan vormen, zie figuur 2.

Een aantal materialen is gevonden met weinig of geen risico, zoals bijvoorbeeld linoleum. Daarbij moet wel slijtage in het geval van een eventuele polyurethaan toplaag als een probleem worden beschouwd. Daarentegen werd bijvoorbeeld “vinyl wandbekleding” als materiaal met een hoog risico geclassificeerd. Debet hieraan zijn

onder ander weekmakers (flataten), bekend vanwege hun mutagene en carcinogene werking. Deze stoffen komen vrij bij toepassing van materiaal. Ook bij de productie van vinyl wandbekleding zijn hoge risico's aanwezig, zie figuur 3.

Conclusies

- Op basis van het onderzoek werden de volgende conclusies getrokken:
- Een aantal toegepaste materialen leverde weinig of geen risico op, zoals bijvoorbeeld linoleum;

Een aantal materialen, zoals PVC vinylbehang, had een hoog risico;

Gedurende het onderzoek bleek dat het zelf beoordelen van materialen soms zeer lastig is, omdat het verkrijgen van detailinformatie over de samenstelling van materialen door de industrie verhinderd wordt. Alternatieven voor risicovol materiaal zijn (nog) niet of sporadisch voorhanden.

Cradle to Cradle certificering in de afweging door toepassing mee te nemen.

Op dit ogenblik is al een lijst met C2C-gecertificeerde materialen beschikbaar, maar het aantal materialen is nog beperkt. De tendens is dat de industrie meer gaat inspelen op de vraag naar gezonde en veilige materialen. Aanbeveling is om de industrie te betrekken bij het toepassen en ontwikkelen van materialen.

De door het Lectoraat Zorggericht Bouwen ontwikkelde classificatielijst kan ter aanbeveling dienen bij de keuze van bepaalde materialen: pas alleen materialen toe met weinig tot geen risico (groen) en vermijd materialen met een hoog risico (rood).

Bronnen:

- 1) www.mcdonough.com
- 2) www.nibe.org
- 3) "Milieueffecten van bouwmaterialen" door Ir. Andy van den Dobbelsteen en ir. Kees Alberts (TU Delft, 2001.)



Auteur: Drs. Chris Meijs

Jaar: 2012

Architectuurbeschrijvingen voor ICT in Zorg

Voor steeds meer zorgprocessen komen slimme mogelijkheden voor optimalisaties, door de toepassing van ICT. In dit artikel introduceren we een architectuurbeschrijving van zorgprocessen, die geschikt is om:

- ICT innovaties in de gezondheidszorg te positioneren
- Samenwerking tussen zorgprofessionals te optimaliseren
- Implementatieplannen realiseren



In ondersteunende (secundaire) processen, uitgevoerd in diverse zorggerichte gebouwen, komen we dezelfde ICT toepassingen tegen: alarmering, branddetectie, klimaatregeling, toegangscontrole van ruimten en robots. Robots zijn er in verschillende vormen in ziekenhuizen. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch zijn robots actief in de ondersteuning van het facilitaire proces. Het gaat om zogenoemde automatisch geleide voertuigen (AGV's). Een dergelijk AGV lijkt op

een heftruck maar dan zonder bestuurder. Het zoekt zijn weg via reflectoren op de wand en een laser bovenop het wagentje. De robot vervoert voedsel en bestellingen uit het magazijn zoals beddengoed. Een geheel andere toepassing van een robot is Paro, de robotzeehond. Deze wordt gebruikt op kinderafdelingen in Nederlandse ziekenhuizen en in verpleeghuizen als gezelschap voor ouderen met dementie. De robot heeft sensoren en reageert daardoor op aanrakingen van de gebruiker. De robotzeehond beweegt bijvoorbeeld zijn staart en opent en sluit de ogen. Ook reageert hij op geluiden en kan hij stemmen herkennen. Paro kan emoties tonen zoals verbazing, blijdschap en boosheid.

Een andere ontwikkeling bij hulpmiddelen zijn ortheses en exoskeletten voor medische doeleinden. Dit zijn uitwendig gedragen hulpmiddelen ter correctie van standsafwijkingen of abnormale beweeglijkheid van gewrichten of van de wervelkolom. Deze hulpmiddelen kunnen twee verschillende functies vervullen: een ondersteunende



functie, bijvoorbeeld roboticapakken om patiënten met CVA (beroerte) bij de revalidatie in klinieken te ondersteunen. Of een corrigerende functie (tegengaan van krom groeien van de wervelkolom).

Social media

Zorginstellingen gebruiken tegenwoordig ook nieuwe media voor de verspreiding van informatie. Voorbeelden zijn YouTube voor instructiefilmpjes voor trombosepatiënten, Twister voor aankondiging van onderhoud aan toegangswegen, en LinkedIn voor vacatures van de afdeling personeelszaken.

Voor het primaire proces bij bepaalde patiëntengroepen worden specifieke toepassingen ingezet van telezorg, tot therapeutische verlichting. Daarnaast zijn er bijzondere ontwikkelingen gaande in het zorgproces van patiënten, die voor behandeling steeds korter in het ziekenhuis verblijven. Sinds het begin van deze eeuw vervaagt de scheiding tussen de zorg thuis en het ziekenhuis steeds verder. Cure en care gaan in elkaar over, mede dankzij verschillende combinaties van ICT en medische producten. Dit zien we bijvoorbeeld bij de patiënten met chronisch hartfalen, die minder vaak naar het ziekenhuis gaan voor behandeling, maar met behulp van monitoren thuis op een aantal indicatoren worden gecontroleerd. Naast de domotica-toepassingen zijn er bijvoorbeeld USB sticks met een EPD (Elektronisch PatiëntenDossier), lab-on-a-chiptechnologie en telezorg. Het fenomeen telegeneeskunde komt in een volgende paragraaf uitgebreider aan de orde. De overige genoemde innovaties in ziekenhuizen worden eerst kort toegelicht.

EPD-stick

Omdat een uitwisseling van patiëntgegevens via netwerken niet altijd mogelijk is, zijn er ook kleine medische EPD-sticks, die patiënten bij zich kunnen dragen met hun essentiële medische gegevens zoals het medicijngebruik, implantaten, enzovoorts. Deze zijn speciaal geschikt voor noodgevallen in het buitenland, of voor patiënten met een chronisch gezondheidsprobleem die tijdens vakantie een ander ziekenhuis bezoeken. Deze mobiele mini-EPD's bevatten naast de algemene medische informatie van de patiënt ook mogelijkheden voor detailinformatie zoals voor problemen op het gebied van de cardiologie en nefrologie en voor diabetes. Op deze manier verbeteren deze EPD-sticks de zelfbeschikking van patiënten, verhogen de patiëntveiligheid en vergemakkelijken het werk van het (multidisciplinair) team of behandelaar buiten de eigen regio. Bovendien zijn noodgegevens inclusief foto's direct overal beschikbaar.

Lab-on-a-chip

Lab-on-a-chip is een klein draagbaar apparaatje, dat het mogelijk maakt om bacteriën en virussen te detecteren: bijvoorbeeld MRSA in ziekenhuizen of een norovirus in een verpleeghuis. Het apparaatje bevat een plastic strip met een chip. Op die chip wordt een monster aangebracht. Vervolgens treedt in de chip een chemische reactie op en na 25 minuten is de uitslag op de chip digitaal uit te lezen. Als de chip geen signaal afgeeft, dan is de gezochte bacterie niet aanwezig.

Tevens biedt lab-on-a-chip mogelijkheden voor thuisdiagnostiek. Daarbij wordt gebruik gemaakt van menselijke uitscheidingsstoffen (bijvoorbeeld bloed, urine, speeksel, feces, ademhalingsgassen) om afwijkingen te detecteren. Patiënten met bipolaire stoornissen (een vorm van ernstige depressie) die lithium gebruiken bijvoorbeeld, kunnen tegenwoordig thuis het lithiumgehalte in het bloed meten. Daarvoor hoeven ze niet meer naar een laboratorium van een ziekenhuis.



Tenslotte kunnen biosensoren in het lichaam fysiologische veranderingen detecteren in cellen in reactie op pathogene (virussen, bacteriën), verontreinigingen en biologisch actieve stoffen, waaronder medicijnen.

Een architectuurbeschrijving voor ICT en zorg

De kennismaking met ICT innovaties wordt gehinderd doordat er hoog abstracte modellen nodig zijn om de ICT-wereld te begrijpen. Er is sprake van een grote gelaagdheid van abstracties. Lang niet altijd zijn er voldoende duidelijk beschreven modellen aanwezig. Zachman heeft eerder hiervoor een generiek raamwerk geïntroduceerd dat we hier adopteren, en aanpassen voor de zorg.

Het raamwerk heeft 2 dimensies: de eerste heeft als subvragen: wat?, hoe?, waar?, wie?, waarom? en wanneer? De antwoorden op deze subvragen per kolom, gaan respectievelijk over data, functie, netwerk, personen, motivatie en de tijd. De tweede dimensie belicht het perspectief vanuit de betrokken belanghebbenden (stakeholders): planner, eigenaar, ontwerper en bouwer. En kan verder uitgebreid worden in het onderstaande raamwerk met rijen voor beheerder en zorgvrager (eindgebruiker).

	Wat ?	Hoe ?	Waar ?	Wie ?	Waarom ?	Wanneer?
context		zorgproces	netwerk			
organisatie						
systeem						
technologie						

Figuur 1. Raamwerk ICT en Zorg.

Volgens IEEE1471 kunnen architectuurbeschrijvingen worden gebruikt voor de volgende doelen:

- o Beschrijving: duiden van een ICT systeem
- o Engineering; het maken van een globaal ontwerp, een blauwdruk
- o Toetsing: voldoet het uiteindelijke systeem aan de geldende richtlijnen?
- o Planning: in welke volgorde maken we een systeem
- o Waardering: het objectief kunnen vergelijken met andere systemen
- o Ontwikkelen: het geven van duurzame karakteristieken en principes voor een systeem.

Het zorgproces van thuis naar ziekenhuis.

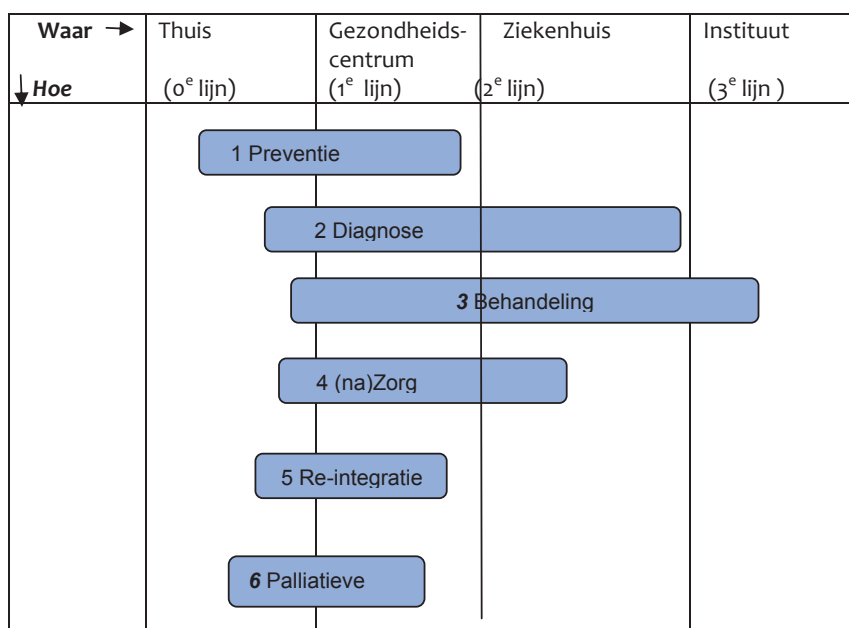
Er worden steeds meer nieuwe ICT toepassingen en medische hulpmiddelen voor zorgvragers in een thuissituatie als wel in ziekenhuizen. Dit zijn met name domotica en ehealth toepassingen. Hieronder zullen we deze aspecten modelleren vanuit de functie en locatie. Voor de zorgvragers zijn er een aantal en stappen in het gehele zorgproces te onderscheiden:

- Hulp in de eigen woonomgeving noemen we de ‘nuldlijn’ als niet-professionele hulpverleners een zorgbehoevende op weg helpen naar de eigenlijke gezondheidszorg of elkaar ondersteunen in de zorg. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van de zorgvrager. Verder bijvoorbeeld een gymnastiekdocent, die problemen met de motoriek van een kind vermoedt en ouders aanzet tot raadplegen van een arts. Tot de nuldlijn kunnen we ook de zelfhulpgroepen en lotgenotencontacten rekenen, waar groepen patiënten met elkaar ervaringen delen. Voorbeeld hiervan is mijnzorgnet.nl, waarmee lotgenoten tips uitwisselen over hun aandoening in hun thuissituatie.
- De eerstelijnsgezondheidszorg is rechtstreeks toegankelijke hulp, veelal gevestigd in een praktijkcentrum in een dorp of wijk. Elke zorgvrager kan hiervoor een beroep doen op verschillende mogelijke hulpverleners: de huisarts, de tandarts, de psycholoog, of bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werk.

- De tweedelijnsgezondheidszorg wordt gevormd door hulpverleners die slechts na verwijzing kunnen worden geconsulteerd. Bijvoorbeeld een KNO-arts van het ziekenhuis, waarnaar de huisarts verwijst, of een klinisch psycholoog waarnaar een eerstelijnspsycholoog heeft doorverwezen.
- De derdelijnsgezondheidszorg is de dienstverlening waar professionele hulpverleners beroep op kunnen doen voor hun zorgverstrekking, zoals gespecialiseerde laboratoria of een expertisecentrum van een academisch ziekenhuis.

In Figuur 2 worden het functie en netwerk aspect verder gedetailleerd. Het generieke primaire zorgproces van een zorgvrager wordt opgesplitst in 6 stappen, te weten:

1. preventie
2. diagnose
3. behandeling
4. nazorg
5. re-integratie
6. palliatieve zorg



195

Figuur 2. Generiek primair zorgproces en locatie.

In een bijdrage aan het boek zorgdomotica (Meijs, 2012) vormt fig. 2 de basis om een verschuiving van het zorgproces naar thuissituatie (0^e lijn) te duiden. Deze verschuiving wordt mede mogelijk gemaakt door domotica en de op grotere schaal

toepassen van geavanceerde technologie thuis: de cliënt veel meer thuis zijn of haar gezondheidstoestand monitoren (ten gevolge van de processen van preventie en diagnose). Verder kan dit model gebruikt worden voor het detailleren van keuzes en vervolgstappen bij een specifieke zorgvraag.

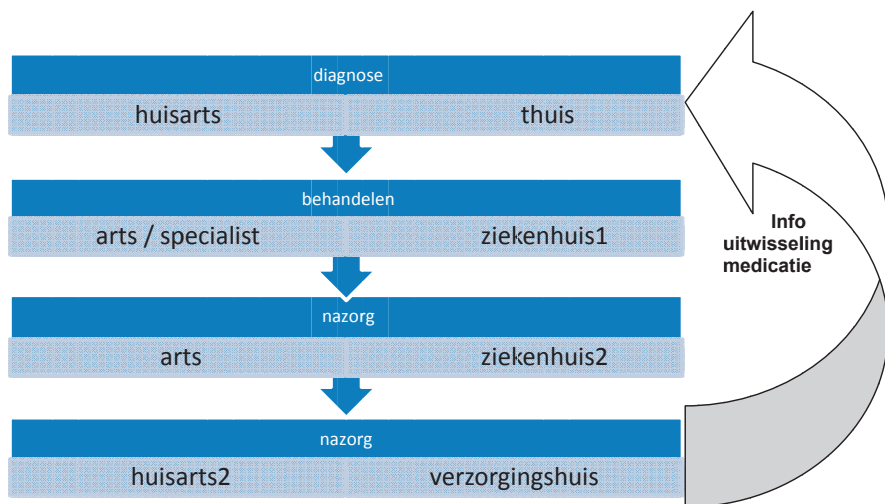
Vanuit het perspectief van een zorgvrager (eindgebruiker) kunnen we het zorgproces toelichten. Casus: Mevr. de Jong

Mevrouw de Jong is 72 jaar; zij lijdt onder meer aan diabetes en hypertensie. Wegens hartklachten krijgt ze in topkliniek ziekenhuis¹ drie bypasses. De thoraxchirurg legt medicatie vast in de ontslagbrief. Die wijkt echter af van eerdere medicatie die ze al gebruikte. Regionaal ziekenhuis² doet de nabehandeling. Dit ziekenhuis stuurt alvast een fax naar de huisarts bij wijze van overdracht van medicatiegegevens.

De medicatie in de ontslagbrief van ziekenhuis² is echter weer anders dan bij ziekenhuis¹. Vervolgens gaat mevrouw De Vries naar een verzorgingshuis om verder te herstellen onder regie van de huisarts. Deze huisarts verlengt de medicatie.

Na haar verblijf in het verzorgingshuis gaat mevrouw naar huis. Daar wordt ze begeleid door thuiszorg. De apotheker draait het medicatieoverzicht uit voor de thuiszorg. Hierop staat actueel gebruik van twee lisdiuretica, gebruik van twee bètablokkers en een onduidelijke aanwijzing voor gebruik van lanoxin (een kwart of een achtste milligram). Er gaat geen begeleidend signaal van de apotheker richting huisarts of patiënt.

Mevrouw ontwikkelt een zeer lage tensie en zwakke pols en wordt door de huisarts naar het regionale ziekenhuis² gestuurd.



Figuur 3. detaillering zorgproces, met zorgprofessionals en locaties

Het referentiemodel in figuur 3 kan verder gedetailleerd worden voor keuzen die gemaakt worden voor het zorgproces van individuele patiënten, en voor de noodzakelijke info-uitwisseling in de keten van samenwerkende organisaties. Andere voorbeelden hiervan zijn gepresenteerd (Meijs, 2011).

Gespecialiseerde zorg thuis of in de eerste lijn, zal de komende jaren vaker voorkomen. Deze vorm van verpleegkundige zorg thuis is uit de AWBZ gehaald en ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. In april 2009 heeft de NZa een regeling vastgesteld waarbij deze zorg onder de verantwoordelijkheid van de specialist in het ziekenhuis valt en de specialist ook de indicatie voor gespecialiseerde zorg thuis stelt. Op talloze terreinen zal de zorg thuis de komende jaren toenemen: infusietherapie, parenterale toediening van voeding en medicatie, pijnbestrijding, transfusies, sedatie van terminale patiënten, sondevoeding, nierfunctievervangende therapie, chemotherapie, catheterisatie, monitoring van risicozwangeren thuis, chronisch hartfalen. Hierna worden voorbeelden van telegeneeskunde verder uitgewerkt.

197

Telegeneeskunde tussen patiënt en zorgverlener

Hieronder volgt een aantal innovaties in de zorg van ziekenhuizen, die vallen onder telegeneeskunde en rechtstreeks contact tussen arts/verpleegkundige en patiënt bewerkstelligen.

1. Hartfalen

Mensen kunnen ook thuis zelf hun bloeddruk monitoren. De verenigingen van hypertensiespecialisten bevelen het thuis meten van bloeddruk aan boven het meten in een polikliniek of huisartsenpraktijk omdat een vertrouwde omgeving

geruuststellend werkt en reëlere waardes laat zien. Saturatiemeters bieden verder de mogelijkheid om zelf het zuurstofniveau in het bloed te meten.

2. Telepulmonologie

Ademhalingsproblemen kunnen thuis gemeten worden met spirometers, peak flow meters en capnografen. Zo is voor mensen met COPD telemonitoring beschikbaar. Daarbij worden zorgverleners ontlast doordat patiënten voor kleinere vragen, zoals wat te doen bij een opkomende verkoudheid, niet naar de longarts of longverpleegkundige komen. Ook de ernstige aandoening slaapapneu kan tegenwoordig thuis gemonitord worden door een combinatie van sensoren die de ademhaling meten, het hartritme en de zuurstofsaturatie.

Telegeneeskunde tussen zorgverleners

Ook in de tweede lijn heeft Tele-geneeskunde een functie. Hiermee kan tussen zorgverleners informatie worden uitgewisseld en kan men elkaar consulteren.

1. Teledermatologie

Bij teledermatologie bekijkt de dermatoloog op afstand naar huidafwijkingen. Het Amerikaanse leger is destijds in Irak en Afghanistan gestart met teledermatologie voor gevallen van huidziekten, waarvan de artsen ter plaatse vonden dat een dermatoloog elders deze moest beoordelen. Foto's van de huidafwijking van een patiënt met eczeem, infecties, slangenbeten, allergieën of zonverbrandingen werden via internet verzonden.

2. Tele-IC

Door Tele-IC (tele intensive care) kan bijvoorbeeld bij kleine IC's van perifere ziekenhuizen de kwaliteit van de intensieve zorg 24 uur per dag worden geborgd. Door de techniek, die een hoge resolutie van beeld en geluid heeft, zijn er belangrijke data en middelen op afstand beschikbaar om de patiënt 'real-time' te beoordelen en te behandelen. Als bijvoorbeeld een acute situatie dreigt te ontstaan bij een patiënt in Flevoland, zijn er op deze manier medisch specialisten en verpleegkundigen in MC Zuiderzee aanwezig om fysieke handelingen te verrichten in Flevoland. Vanuit het Amsterdams ziekenhuis OLVG houdt de intensivist het overzicht en stuurt het team aan.

Voor zowel de patiënt als de familie is dat een voordeel omdat er zo geen sprake is van vertraging in de behandeling of dat overplaatsing naar een ander ziekenhuis noodzakelijk is. Het verplaatsen van een kritisch zieke patiënt brengt risico's met zich mee en mogelijk wordt daarmee kostbare tijd verspild.

Tot slot

Samengevat kan dus gesteld worden dat er steeds meer ICT toepassingen en andere innovatieve hulpmiddelen beschikbaar komen voor cliënten en zorgprofessionals. Belangrijk is dat deze hulpmiddelen passen in de zorgarchitectuur, waarbij afstemming tussen de systemen heeft plaatsgevonden. De gepresenteerde architectuurbeschrijving biedt een basis voor toetsing van richtlijnen, voor ontwerp en vergelijking van systemen.

Referenties

IEEE Computer Society (2000). IEEE Recommended Practice for architectural description of software intensive systems.

Meijs (2011) Senioren, Swimlanes en storytelling, presentatie MIC2011, 28^e Medisch Informatica Congres, november 2011 Veldhoven.

Meijs (2012) in “Zorgdomotica” Van Hoof, Wouters (eds) (2012), Springer Media.

Zachman (1987). A framework for information system architecture. In: IBM System Journal, Vol. 26, No. 3.

Auteurs: Roberto Traversari BSc MBA en ing. Gijs Pelgrom

Jaar: 2012

**Het verdiepen en professionaliseren van het toegepaste onderzoek binnen het
Lectoraat ZorgGericht Bouwen.**

Vanuit het lectoraat ZorgGericht Bouwen dat wordt aangestuurd door Tom Vroon en Jarno Nillesen heeft men de visie dat het onderzoek de sleutel is voor succes op de langere termijn. Vanuit dit onderzoek wordt nieuwe kennis ontwikkeld en worden inzichten vergaard die als basis dienen voor de positie attractiviteit en verdere ontwikkeling van het Lectorraad.

Ook vanuit TNO is één van de lijnen waarop ontwikkelingen worden ingezet het duurzaam zorggebouw. Hierbij wordt vooral ingezet op het ontwikkelen van nieuwe inzichten en kennis op basis van onderzoek op de gebieden van healing environment, agressie maar ook logistiek binnen het gebouw die een vergaand effect heeft op de efficiëntie van zorggebouwen. Als belangrijke voorwaarde geldt hierbij dat in het kader van het terugdringen van de operationele kosten veel aandacht is op het onderhoud, (brand)veiligheid en het energiegebruik. Een zorggebouw speelt vaak ook de rol van een ankerpunt in een wijk en gebied. Vandaar ook dat TNO zich ook hierop richt. Wat is de functie van een zorggebouw in een wijk of gebied en hoe draagt dit bij aan de gehele infrastructuur van de zorg in een dergelijke gebied.

Vanuit deze beelden hebben het lectoraat ZorgGericht Bouwen van de HAN en TNO elkaar gevonden en elkaars toegevoegde waarde gevonden. Hierdoor is nu een symbiotische samenwerkingsrelatie ontstaan waarin beide partijen elkaar verder kunnen helpen.

De kennis en ervaring van TNO op het gebied van onderzoek wordt door het lectoraat ingezet om het onderzoek dat wordt uitgevoerd te ondersteunen. Dit wordt concreet vorm gegeven door in het onderzoek dat veelal door HBO studenten wordt uitgevoerd meer te richten op de methodische aanpak van het toegepaste onderzoek en zorg te dragen voor praktische kennis en diepgang op specifieke onderwerpen.

Dit heeft uitgemond in twee onderzoeken waar één HAN-docent als begeleider bij betrokken is en dat wordt uitgevoerd door 4 studenten met zeer verschillende achtergronden/opleidingsprofielen. TNO is hierbij aangesteld om de wijze waarop toegepast onderzoek wordt uitgevoerd en inhoudelijke kennis aan de betrokkenen over te dragen en ze hierbij te begeleiden. Hierdoor komt het onderzoek op een hoger niveau te liggen en vindt er verdere professionalisering van het onderzoek plaats.

201



Het eerste onderzoek heeft betrekking op een onderzoek naar de mogelijkheden en effecten van het toepassen van een gespecialiseerde operatiekamer voor slechts één type ingreep in plaats van het gebruik van een algemene operatiekamer.

Het beeld bestaat dat het kosteneffectief is om kleine specialistische ingrepen in een operatiekamer die specifiek ontworpen is voor deze ingreep uit te voeren. De hypothese die in het onderzoek is opgesteld luidt:

Het uitvoeren van een staaroperatie in een daarvoor specifiek ingerichte operatiekamer bespaart ruimte en kosten ten opzichten van het uitvoeren van deze operatie in een algemene operatiekamer.

Het tweede onderzoek richt zich op het ontwerpen van concepten voor verpleegkamers waarbij zowel tegemoet wordt gekomen aan de beleving van de patiënt als die van het verplegend personeel. De onderzoeksvraag voor dit onderzoek luidt:

Hoe kan er vanuit het perspectief van de patiënt en het verplegend personeel de omgevingsfactoren licht, kleur en binnenklimaat optimaal worden geïntegreerd in een eenpersoonsverpleegkamer? Zodat voor beide groepen mensen een zo optimale mogelijke situatie wordt gecreëerd.

Onder binnenklimaat wordt verstaan, het geheel aan omgevingsparameters die de thermische behaaglijkheid van de patiënt en personeel beïnvloeden. Onder omgevingsparameters wordt verstaan de luchttemperatuur, gemiddelde stralingstemperatuur, luchtsnelheid, waterdampdruk en de thermische weerstand van de kleding.



Beide onderzoek zijn in volle gang en beloven interessante resultaten te gaan opleveren. Om u een gevoel te geven van uit de perceptie vanuit een paar studenten die in dit onderzoek participeren zijn hiernaast aan aantal impressies weergegeven.

Als verpleegkundige leek het me een uitdaging om een minor te volgen die een verbreding is voor mijn opleiding. Ik heb gekozen voor de verpleegkamer omdat het voor mij als verpleegkundige raakvlak heeft met mijn opleiding en omdat ik benieuwd ben hoe een verpleegkamer op zichzelf bij kan dragen aan het herstel van de patiënt zonder dat de verpleegkundige daar een rol in speelt.

Tom Vroon en Jarno Nillesen zijn Lectoren van het lectoraat en zijn erg betrokken bij alle lopende onderzoeken. Iedere maandag en woensdag zijn ontmoetingsdagen waarbij het hele lectoraat bij elkaar komt. Op deze dagen zijn excursies, lezingen of workshops. Tom Vroon geeft vooraf zijn openingswoordje en de update van de week. Uiteraard heeft hij aan het einde van de excursie, lezing of workshop ook zijn woordje klaar om iedereen nog even een afsluitend woordje te presenteren.

Als begeleidend docentervaar ik de samenwerking met TNO als constructief. De inhoudelijke kennis die door TNO wordt verzorgd helpt de studenten écht verder. Het is mooi studenten samen te begeleiden, daarin leren we van elkaar.

Het leuke van het lectoraat is dat er verschillende excursies en lezingen worden gegeven. Op deze manier kom ik in aanraking met nieuwe ontwikkelingen en nieuwe uitdagingen. Zo zijn we wezen kijken naar het Meanderziekenhuis dat nieuw wordt gebouwd, dit sluit erg goed aan op ons onderzoek. Maar ook het kijken naar andere nieuwbouw projecten en daar samen over nadenken opent voor mij een nieuwe wereld met daarin de mogelijkheden van bouwkunde in relatie met zorg.

Het samenwerken met iemand uit een totaal andere beroepsgroep spreekt mij erg aan, hierdoor leer je om multidisciplinair samen te werken en ook vanuit verschillende oogpunten naar een probleem te kijken. Dat is zeker wat ik leer tijdens dit onderzoek. Ook leer ik doelmatiger te werken door van te voren eerst goed te bekijken wat ik precies wil en hoe ik dat ga aanpakken. Juist door op die momenten goed te overleggen ontstaat er een basis in de samenwerking en kan er makkelijk een rolverdeling plaats vinden.

Daarnaast zijn TNO en de HAN via het lectoraat ZorgGericht Bouwen met elkaar bezig om elkaar steeds meer en meer te betrekken bij wederzijdse projecten; HAN studenten participeren in mede door TNO georganiseerde Masterclasses, zoals in 2010 in het UMC Groningen plaatshad of minor/major studenten worden betrokken bij interessante vraagstukken over afdelingsgroottes van recente ziekenhuizen.

Vruchten hiervan zijn onder meer te vinden in de publicatie Vensters Open: De OK van de Toekomst, waarin een groot deel van de (TNO-)toekomstvisie over de plaats en functie van OK's in het ziekenhuis vanuit vele invalshoeken worden belicht.

Auteur: Ir. Dort Spierings

Jaar: april 2012

Gepubliceerd in: Senior

Column: “Witwijze Wieven”

“

Toevallig in de buurt, maar eens bij mijn tante in het verpleegtehuis langsgegaan. Langs lange gangen met bedachte “Boomgaarden” en “Boomtoppen” kom ik bij Hazelaar, nummertje zoveel uit.

Een laatste eigen plekje...

Tante ligt in bed, zilverwit sereen, met haar voorname glimlach en smalle lippen groet ze me herkendend en toch ontwetend wie ik ben.

Ze is, naar eigen zeggen ook, altijd een aparte geweest. Daar hield ik stiekem toch meer van dan ik thuis vertelde.

“Modiste” was ze: ontwerpster, maakster en verkoopster van mode. Gewoon bij haar thuis, soms in opdracht, en zelf droeg ze altijd iets “eigengemaakts”.

Haar hoeden intrigeerden me als kind al.

Net de koningin zei men dan.

Vertel eens over je meest bijzondere moment, vraag ik haar. Ze weet het niet, nog nooit over nagedacht. Volgende keer wel vertellen laat ik haar beloven, schrijf het maar op!

Voor de beoogde doelgroepen van het woonzorgproject De Grijze Generaal in Eindhoven heeft men eens prachtige grijstinten aan karakters en leefwijzen weten te onderscheiden. Van zwart-, via muisgrijs en zilvergrauw naar hemels wit.

Dat laatste is mijn tante nu, een witwijs wief, helaas met schrik voor de hemel. Cronen noemt Susan Smit deze wijze vrouwen in vervlogen heksentaal, naar wie wij meer zouden moeten luisteren.

Ik ga snel weer langs...

”

Intreerede

Auteur: Mr. Tom Vroon

Jaar: 12 november 2008

Gepubliceerd in: Wie een toren bouwt...

Wie een toren bouwt...

We staan deze dag stil bij het lectoraat ZorgGericht Bouwen. Dat richt zich op bouw en gebouwen voor een bijzondere doelgroep, met een bijzondere vormgeving en binnen een bijzondere context.

Op bouw voor een *bijzondere doelgroep*, meestal immers voor kwetsbare mensen, voor mensen in omstandigheden die diep ingrijpen in hun leven, voor mensen die veelal onvrijwillig verblijven waar ze wonen of voor wie een gebouw een door anderen bedachte constructie is rond hun door de samenleving als van de norm of standaard afwijkende zijn of gedragen.

Op bouw met een *bijzondere vormgeving* die, ondanks goede bedoelingen en ondanks pogingen tot normalisatie en integratie, afwijkt – en soms móét afwijken – van hoe de gemiddelde Nederlander woont en verblijft, waar economische overwegingen een schaal dicteren die van het leven vervreemdt, en waar het soms moet gaan over de bescherming van de samenleving in plaats van over woonkwaliteit.

En dan: op bouw *binnen een bijzondere context*, omdat het gaat om bouw binnen het publieke domein, om basale voorzieningen waartoe de overheid zich voor een grondwettelijke opdracht ziet geplaatst en die zich vanwege hun aard en belang, ondanks allerlei liberaliseringsvoornemens, in een voortdurende publieke en politieke belangstelling mogen verheugen. Bouw waaraan bijzondere eisen worden gesteld en waarvoor een speciaal toezicht is geregeld en waar – hoe ook vormgegeven – kapitaallasten vanuit de collectieve middelen worden gefinancierd.

Bij deze context willen wij u deze middag bepalen. Hij is sterk in beweging. Op het terrein van de zorg spelen grotere veranderingen dan ooit sedert de Tweede Wereldoorlog en die veranderingen hebben grote invloed op de bouw. Nadat we gepoogd hebben de veranderingen en hun consequenties zichtbaar te maken, zal collega Nillesen een begin maken met het antwoord dat daarop gegeven moet worden.

Het is trouwens met de veranderingen in de zorg niet anders dan met alle andere: vurig verlangd, heftig betreurd. “Leven is verandering”, zegt Greshoff, maar Bloem verzucht: “Iedere verandering is een verslechtering, zelfs een verbetering” en vroeger zongen we met oudjaar in de kerk P.L. van de Kastelee na “Ieder woelt hier om verandering, maar betreurt ze dag aan dag, hunkert naar hetgeen hij zien zal, wenscht terug ’tgeen hij eens zag”. Maar de veranderingen in de zorg zijn te vers, te zeer in wording, te complex en te ernstig om ze te schikken onder een citaat, zelfs niet van die Florentijnse raspragmaticus Machiavelli, die gezegd moet hebben: “De ene verandering legt altijd de basis voor de verandering die erop volgt”, waarmee hij alles relativeert en van onbelang maakt.

Wat zijn nu die veranderingen? En wat voor gevolgen hebben ze? Ik onderscheid twee bronnen van verandering: veranderingen die teruggaan op gewijzigde politieke inzichten, en veranderingen die samenhangen met een gewijzigde samenstelling van de bevolking. Twee typen van verandering, met twee tegengestelde effecten voor de bouw: rem én versnelling, en dat tegelijkertijd.



Politieke besluitvorming

Allereerst is het denken over de plaats, de rol en de verantwoordelijkheid van de overheid de laatste decennia sterk gewijzigd. Nadat de klassieke nachtwakersstaat, waarin het ging om het handhaven van recht en orde in de samenleving, zich als gevolg van de emancipatie van socialisten en confessionelen en onder invloed van de crisis van de jaren 30 en de Tweede Wereldoorlog geleidelijk had ontwikkeld tot verzorgingsstaat, kwam dat concept allengs onder grote druk te staan door tegenzittend economisch tij, toen hij “niet meer betaalbaar en niet meer bestuurbaar”¹ was. Er werden wel pogingen gedaan om het concept te redden in de politieke opinie, zoals door de WRR.² Die publiceerde een schets voor een nieuwe en toekomstbestendige verzorgingsstaat aan de hand van vier functies die naar tijd en omstandigheid een andere invulling zouden kunnen krijgen (verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden). Maar de afhankelijkheid van de overheid van te velen werd uiteindelijk toch te groot bevonden, en bovendien achtte de overheid zich niet langer in staat op het goede moment het goede antwoord te geven in een steeds ingewikkelder samenleving. De samenleving, de individu, moest zélf weer verantwoordelijkheid nemen, “onder het juk, onder de nog zo liefdevol bedoelde verstikking” van de overheid uit. En waar de overheid terugtrad, zou de markt zijn heilzame werk doen.

Dat gedachtegoed is ook in de gezondheidszorg tot ontwikkeling gekomen en in wetgeving gepositieerd. Aan de basis daarvan ligt een nieuwe visie op de sturing in de gezondheidszorg, waarin centrale overheidssturing wordt vervangen door een stelsel van geregleerde concurrentie, waarin partijen meer vrijheid en meer verantwoordelijkheid krijgen en de rollen worden versterkt van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden.³ Voor de verzekerde ontstaat in deze gedachtegang meer financiële verantwoordelijkheid, maar ook meer vrijheid bij de keuze van z'n verzekeraar; verzekeraars zullen zich door aantrekkelijke premies en een aansprekend pakket inspannen om van burgers verzekerden te maken en zorgaanbieders gaan doen wat de klant wil.

Bij dat marktdenken, dat hier overigens met te weinig nuance is beschreven, en bij de daarmee samenhangende terugtred van de overheid zijn op zich wel vragen te stellen. Is het theoretisch wel mogelijk de gezondheidszorg als markt te beschouwen? Kenneth Arrow beantwoordt die vraag overtuigend negatief⁴ en zijn opvatting is nog nimmer overtuigend en met succes bestreden. Hoe verhoudt zich de terugtred tot de grondwettelijke plicht van de overheid?⁵

Wat is dat voor markt wanneer de kopers, de verzekerden, via een volksverzekering verplicht verzekerd zijn en de verkopers, de verzekeraars, op hun beurt een acceptatieplicht hebben? Wie anders dan de overheid kan een systeem van solidaire bekostiging opleggen?

Kan de overheid terugtreden, nu inmiddels meer dan 63 miljard euro wordt uitgegeven, of, indien zij dat in dat opzicht niet doet, wat voor spagaat levert dat dan op?

Is het concept van de verzorgingsstaat wel verlaten, of schuilt de verandering slechts hierin dat de overheid over minder instrumenten is komen te beschikken?

Willen partijen wel markt, of wil de overheid zich ontdoen van bepaalde verantwoordelijkheden en aanspraken, en wensen zorgaanbieders alleen maar of voornamelijk vergroting van de vrijheid onder maximalisering van de garanties voor hun continuïteit?

211

Inmiddels markeren de nieuwe Zorgverzekeringswet, de introductie van de Wet marktordening gezondheidszorg, de vervanging van de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de introductie van de Nederlandse Zorgautoriteit als marktmeester, de afschaffing van de vergunningsplicht voor bouw en de introductie van integrale en vrije tarieven via diagnose-behandelingscombinaties en zorgzwaartepakketten het nieuwe denken in de zorg.



Of dit alles ook naar de bedoelingen zal functioneren, maar vooral welke financiële gevolgen deze systeemwijziging zal hebben, moet nog blijken. Voor naïviteit is niet langer plaats.

Nu ging het om veranderingen die gevolgen hebben voor de bouw in de zorg. Die gevolgen zijn duidelijk. Die hebben te maken met een sterkere aandacht voor kwaliteit (wat ik hier verder onbesproken laat), maar vooral met veranderde verhoudingen tussen partijen en aanmerkelijk grotere risico's bij zorginstellingen.

Immers, tót de opheffing van de vergunningplicht kregen bouwende instellingen hun investeringen nagecalculeerd in hun budget. Tegenvallers bij de bouw, onvoorzienbaarheden, allerlaatste ontwikkelingen werden daarin zonder al te veel tegenstand van het College Bouw6 meegenomen (dat werd bij dat College althans zo ervaren).

Het beoogde systeem maakt genormeerde kapitaallasten onderdeel van productprijzen en daarmee zijn de rente en de aflossing afhankelijk geworden van productieafspraken die instellingen al of niet weten te maken met verzekeraars, van de hoogte van de prijs die overeengekomen wordt en van het Budgettair Kader Zorg dat een overheid hanteert die, zoals we zullen zien, toch al geconfronteerd wordt met stijgende lasten.

De overgangsproblematiek is groot. Een commissie van wijzen⁷ die voorstellen moet doen voor compensatie van nadelen voor de algemene ziekenhuizen, heeft nog slechts oplossingen voor een beperkt gebied.⁸

Wat de hoogte zal zijn van de kapitaallastenvergoeding in de nieuwe integrale prijzen is tot op heden onbekend. Het is duidelijk wat dit betekent. In de eerste plaats heroverweging van plannen in voorbereiding, waar eerder maximalisatie dan optimalisatie leidend was.

En dat is goed. Maar er is ook in toenemende mate sprake van onzekerheid bij instellingen, die zich toch al gesteld weten tegenover de aarzelingen bij kredietverschaffers. En die onzekerheid leidt ertoe dat het tempo eruit gaat en dat de trein langzaam tot stilstand komt.



Wijzigingen in samenstelling bevolking

Dan wil ik een moment stilstaan bij de veranderingen als gevolg van wijzigingen in de samenstelling van de bevolking.

Die bevolkingssamenstelling is in de loop van de vorige eeuw sterk veranderd. Als we het aantal 65-plussers beschouwen, constateren we een groei van 300.000 in 1900 naar 2,4 miljoen in 2007, waarmee deze groep 14% van de bevolking uitmaakt. Volgens ramingen van CBS en RIVM⁹ treedt na 2010 een sterke stijging op, die tussen 2030 en 2040 een hoogtepunt bereikt en het aantal 65-plussers in 2050 uiteindelijk op 3,9 miljoen brengt, ofwel 25% van de totale bevolking.

In de getallen zit het nieuws niet meer. We zijn eraan gewend geraakt, zoals we ook gewend zijn geraakt te spreken over het probleem van de vergrijzing, wat opmerkelijk is omdat de gemiddelde levensverwachting nu juist als indicatie geldt bij het bepalen van de kwaliteit van de samenleving, waardoor de vergrijzing van Nederland dus eigenlijk een zegen zou moeten heten. We zijn eraan gewend geraakt de gevolgen vooral financieel te duiden, in het bijzonder in verband met wat we zijn gaan noemen de houdbaarheid van ons systeem van sociale zekerheid.

De Tweede Kamer heeft in 2005 een moedige poging gedaan de discussie én de beleidsmatige inzet van de overheid te verbreden met Nota 64: Ouderbeleid in het perspectief van de vergrijzing.¹⁰ De Tweede Kamer heeft beleidsdoelen geformuleerd, die zich richten op een breed scala van onderwerpen, op actieve maatschappelijke bijdrage, op mobiliteit en de mogelijkheid om waardig te kunnen sterven.

Het SCP heeft juist dit jaar een monitor gepubliceerd, waarin de stand van zaken wordt weergegeven.¹¹ Het blijft: werk in uitvoering, er zijn resultaten behaald, maar veel is nog onduidelijk, omdat het resultaat nog niet te meten is.

Voor ons onderwerp van nu zijn vier thema's van belang in verband met de samenstelling van de bevolking:

- a. het toegenomen gebruik van zorg
- b. de stijging van de zorgkosten
- c. de trends in gezondheidskenmerken
- d. beschikbaarheid van personeel voor de zorg.

Over elk van deze thema's een enkel woord, of beter: een enkel cijfer.

- a. De vraag naar zorg zal bij een bevolkingstoename van 8% in 2030 30% hoger zijn dan in 2006, waarbij de grootste groei wordt verwacht bij opname verpleging (en dan spreken we over een groei van 45%), maar ook de zorg thuis neemt over de hele linie toe (+30%); het aantal gebruikers van collectief gefinancierde ouderenzorg is dan gestegen van 586.000 in 2005 tot 757.000 in 2030, een stijging met 29%¹²
- b. Natuurlijk heeft dat financiële gevolgen. De collectieve zorguitgaven voor de ouderenzorg stijgen van 9,8 miljard euro in 2005 tot 13,5 miljard euro in 2030 en in dit cijfer is de curatieve zorg voor deze groep nog niet opgenomen.¹³
- c. Een grotere vraag en hogere uitgaven hebben alles te maken met bepaalde trends in aandoeningen en beperkingen. Van negen aandoeningen waarvan het RIVM trendberekeningen heeft gemaakt, vormen de ziekten van de ademhalingsorganen de enige waarvan de prevalentie in de periode tussen 2006 en 2030 zal dalen, die van alle andere aandoening stijgt: het aantal mensen met diabetes stijgt met 73% het hardst, het aantal mensen met kanker neemt toe met 25%, evenals het aantal mensen met hart- en zenuwaandoeningen.¹⁴

Een wat ouder onderzoek van de Gezondheidsraad (2002) voegt hier een verwachting aan toe betreffende de groei van het aantal dementerenden: 175.000 rond 2000, ruim 400.000 in 2050.¹⁵

- d. En al die mensen zullen moeten worden geholpen: door u als partner of mantelzorger, en door beroepskrachten. Om al die extra zorg te kunnen leveren zullen er alleen al tot 2020 meer dan 500.000 werkenden in de zorg bij moeten komen. Wat beduidend meer is dan de stijging van het totale aanbod in Nederland. Eén op elke vijf werkenden zal dan in de zorg werkzaam moeten zijn.¹⁶

Welnu, dit alles heeft met bouw te maken:

Er zal veel gebouwd moeten worden.

Er zal anders gebouwd moeten worden.

Er zal toekomstbestendig gebouwd moeten worden.

Er zal normaler gebouwd moeten worden

Er zal inclusief gebouwd moeten worden.

Er zal vanuit nieuwe concepten en voor een doelgroep met andere kenmerken gebouwd moeten worden.

Er zal arbeidsbesparend gebouwd moeten worden.



215

Impasse

Maar hiermee is het probleem waarmee de bouw in de zorg geconfronteerd wordt wel heel manifest geworden: er moeten omvangrijke bouwprogramma's worden uitgevoerd, waarbij bouw toch al nodig was teneinde de infrastructuur op peil te brengen of te houden, of in verband met de pijlsnelle technologische ontwikkelingen, die hier nog niet eens besproken zijn. Maar op ditzelfde moment is de vaart er uit; er worden weinig meters meer gemaakt. En zoveel is zeker: tegelijkertijd gas geven én remmen betekent dat een voertuig niet vooruitkomt. Of dat het ontspoorde.

Oplossingsrichtingen?

Hoe zou die impasse doorbroken kunnen worden?

Als de overheid niet bereid is om instellingen de oude zekerheden terug te geven (en daar ziet het naar uit), zullen partijen, met name zorgaanbieders en kapitaalverschaffers, geruime tijd nodig hebben om te wennen aan nieuwe verhoudingen.

Dat proces behoort versneld te worden, en wel door heldere en verbindende besluitvorming van de overheid over de transitie, de nadeelcompensatie en de nieuwe vergoeding van kapitaallasten, naar hoogte en vorm. En die besluitvorming kan niet langer uitblijven.

In ieder geval is het probleem voor zover het de ouderenzorg betreft niet opgelost door een deel van de woonfunctie onder de reikwijdte van de AWBZ weg te halen¹⁷, ofschoon dat naar de inhoud goed verdedigbaar is. De omvang van de kredietcrisis en het gebrek aan geschikte en betaalbare bouwlocaties verhinderen snelle oplossingen. Maar meer dan dat: als gevolg van de andere opvatting van de overheid over haar taak en verantwoordelijkheid en door de onduidelijke nieuwe verhoudingen die dat nieuwe denken meebrengt is niet langer een duidelijke probleemeigenaar aan te wijzen. Hier en daar zou ook een grotere sense of urgency mogen worden getoond.

Marktopvattingen of niet, in omstandigheden als deze zal de overheid niet aan een initiërende en regisserende rol kunnen ontkomen.

Blijvende aandacht voor het zorgproces en zijn organisatie, die we vanmiddag buiten bespreking laten, zijn onontbeerlijk. Vrijblijvendheid en verdeeldheid brengen de sector op een achterstand. In de zorgsector zal zich verder een nieuw opdrachtgeverschap moeten ontwikkelen. Herma de Wijn, voormalig plaatsvervangend rijksbouwmeester, formuleert de norm: “Van een opdrachtgever wordt visie, vastberadenheid en bezieling verwacht. Een goede opdrachtgever is gedreven, veeleisend, inspirerend, moet bereid zijn met anderen samen te werken, bepaalt de voorwaarden om het beoogde doel te bereiken, heeft affiniteit met architectuur en stedenbouw, kijkt naar het geheel van het project, weet wat hij wil bereiken, is in staat de opdracht helder te formuleren, zorgt voor draagvlak, heeft conceptueel en probleemoplossend vermogen, durft te anticiperen en risico’s te nemen, denkt na over de langere termijn, geeft de architect de vrije hand binnen het kader van onderlinge afspraken, maar geeft ook kritisch tegenspel, kan harde beslissingen nemen, is volhardend en kan omgaan met macht, organiseert een helder proces met een duidelijke strategie, is zichtbaar in het hele proces en aanspreekbaar op concept en inhoud.”¹⁸

Het is duidelijk: zij heeft hier de studenten van deze hogeschool voor ogen die voor deze vorm van virtuoos opdrachtgeverschap uitmuntend worden toegerust.

En ten slotte zal veel vernuft moeten worden ingezet ter ontwikkeling van nieuwe toekomstbestendige, gezond makende bouwconcepten en van risicoreducerende strategieën binnen een uitgekiend vastgoedbeleid. De aandacht zal moeten uitgaan naar verhoging van de efficiency, bij optimalisering van de omvang, de verbetering van de logistiek en een hechtere relatie met de exploitatie over de gehele levenscyclus van een gebouw. Dat is ook al daarom geraden, omdat bouw altijd onder druk komt te staan van oplopende zorgkosten. Er zal meer studie moeten worden gedaan naar flexibiliteit, differentiatie en fragmentatie, zoals binnen het door het College Bouw gepubliceerde schillenmodel voor algemene ziekenhuizen⁹. Meer mogelijkheden voor afstootbaarheid zullen moeten worden ontwikkeld, met een duidelijk accent op de normalisatie van het gebouwde zoals bij het (overigens nog nadere doordenking vragende concept van scheiden van wonen en zorg), de huur-of-koopvraag en de doelmatigheid van uitbesteding. En als laatste, maar niet in de laatste plaats, zal het licht moeten schijnen op arbeidsbesparende gebouwen waarin de inzet van technologie wordt gemaximaliseerd binnen een ethisch aanvaard kader.

Daar ligt een enorme uitdaging, ook voor het lectoraat dat hier deze middag centraal staat.

‘Wie een toren bouwt...’ heet onze rede. “Wie van u die een toren wil bouwen, zet zich niet eerst neer om de kosten te berekenen of hij het werk zal kunnen volbrengen?” luidt een citaat uit Lucas 14. Wie zich onder alle onzekerheden die ik schetste wil beijveren met het oog op het belang van kwetsbare mensen in situaties die diep ingrijpen in hun leven, behoeft inspiratie en verdient hulp bij het beantwoorden van de vele vragen die rijzen. De zenuwarts J.H. v.d. Berg schrijft in zijn *Metabetica*²⁰ over de samenhang van veranderingen die op het eerste oog maar nauwelijks een relatie met elkaar hebben. De veranderingen in de zorg, die zoveel onzekerheden oproepen, én de instelling van ons lectoraat liggen metabetisch in elkaars verlengde.

We zijn ons van de onloochenbare opdracht die dat impliceert ten volle bewust.

Noten

- 1) R. Kuiper, Dienstbare overheid, uitgave Mr. G. Groen van Prinstererstichting, 2003.
- 2) Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, De verzorgingsstaat heroverwogen, 2006.
- 3) Zie o.a. Hamilton, Totstandkoming en invoering van de Zorgverzekeringswet, in Zorg & Financiering, 2006.
- 4) Kenneth J. Arrow, Uncertainty and the Welfare economics of the medical care, American Economic Review, 1963.
- 5) Art. 22, eerste lid, van de Gw luidt: De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.
- 6) Het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) is een zelfstandig bestuursorgaan dat zijn bestaan dankt aan art. 19 van de Wet Toelating Zorginstellingen en waaraan o.a. de vergunningverlening van in de wet omschreven zorgbouw is opgedragen.
- 7) Commissie nadeelcompensatie afschaffing bouwregime waaronder nacalculatie gebouwgeboden kapitaallasten van ziekenhuizen, ingesteld bij ministerieel besluit van 7 maart 2008.
- 8) Advies aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2008. Op 16 oktober 2008 heeft de minister van VWS zijn reactie op dit advies gegeven en de belangrijkste aanbevelingen van de commissie overgenomen.
- 9) Zie o.a. Bongers, Verweij en de Beer in Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Bilthoven 2007 en De Jong en Hilderink, Lange termijn bevolkingsscenario's voor Nederland, Voorburg/Bilthoven CBS/RIVM 2004.
- 10) Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, vergaderjaar 2004/2005, nr. 29389.
- 11) Grijswaarden, Monitor ouderbeleid 2008, Cretien van Campen (red.), SCP 2008-09-29.
- 12) Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007, J. Jonker e.a., SCP 2007.
- 13) Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ, SER 2008-09-29.
- 14) Onderzoek ten behoeve van de onder 12 genoemde studie; zie ook Blokstra en Verschuren, Vergrijzing en toekomstige Ziektelast, RIVM 2007.
- 15) Gezondheidsraad, Dementie 2002.
- 16) Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector, TK vergaderjaar 2007/2008, nr. 29282.
- 17) Zeker van zorg, nu en straks; TK vergaderjaar 2007/2008, nr. 30597.

- 18) H. de Wijn, Opdrachtgeverschap in de zorg, in AU, Bouwen aan de architectuur van
- 1) de zorg, CBZ, Stimuleringsfonds architectuur en Atelier Rijksbouwmeester, 2007.
- 19) Gebouwdifferentiatie van een ziekenhuis, schillenmethode, CBZ 2007.
- 20) J. H. van den Berg, Metabletica of leer der veranderingen, 1956.

Auteur: Ir. Jarno Nillesen

Jaar: 12 november 2008

Gepubliceerd in: *Wie een toren bouwt...*

Over bouwen, en bouwen voor de gezondheidszorg

Het wezen van het bouwen is wonenlaten. De wezensvoltrekking van het bouwen is het oprichten van plaatsen door het samenvoegen van haar ruimten. Slechts wanneer we in staat zijn te wonen, kunnen we bouwen.

Martin Heidegger, *Bouwen Wonen Denken*, 1951



De slaapkamer, Vincent van Gogh, 1889.

Inleiding

In het eerste deel is de context voor het bouwen in de gezondheidszorg uiteengezet. Duidelijk is geworden dat het gaat om een complex bestel van factoren die samen het beeld scheppen van een onzekere toekomst.

De vraag stelt zich nu: hoe om te gaan met zo iets concreets en definitiefs als het bouwen binnen de onzekere context van de ontwikkelingen rond de gezondheidszorg?

Alvorens een antwoord op deze vraag te kunnen formuleren is het echter noodzakelijk eerst twee andere essentiële vragen te stellen: wat is bouwen, en wat is gezondheid?

Wat is bouwen?

De eigenlijke betekenis van het werkwoord bouwen is voor ons verloren gegaan. Het oud-Hoogduitse woord voor bouwen, 'buan', betekent wonen (1). Dat wil zeggen: blijven, zich ophouden. Buan, bhu, beo is namelijk hetzelfde als het woord in de vervoeging 'ik ben'. Ik 'ben' wil zeggen 'ik woon'. Het Gotische 'wunian' betekent 'wonen', maar ook 'tevreden zijn, tot vrede gebracht en in vrede blijven'. Het woord vrede wederom beduidt het vrije, het frye en 'fry' betekent: behoed tegen schade en bedreiging. 'Freien' is omheinen.

Zo vormen 'bouwen, wonen en zijn' samen met 'in vrede, behoeden en omheinen' eenzelfde begrip.

Bouwen heeft dus oorspronkelijk niet alleen de huidige betekenis van het woord, het technisch oprichten van een bouwwerk, maar betekent vooral ook het maken van een plek om te zijn en te aarden. Bouwen is een tweeledige activiteit, zowel structureel als existentieel.



Sorrow, Vincent van Gogh, 1822.

Wat is gezondheid?

Vervolgens is de vraag van belang: wat is gezondheid? Werd voorheen de gezondheid van de mens opgevat als iets wat vooral medisch-technisch werd bepaald, tegenwoordig dringt het bewustzijn door dat gezondheid wordt bepaald door vier soorten factoren: fysieke, psychische, sociale en spirituele. Merkwaardigerwijs dringt dit besef ogenschijnlijk het langzaamst door in de medische wereld zelf.

Duidelijk is nu dat bouwen meer is dan het stapelen van stenen, en dat gezondheid meer betekent dan het slikken van pillen. Het zal daarom niet verbazen dat het antwoord op de vraag ‘hoe te bouwen in de gezondheidszorg?’ zowel structureel als existentieel van aard is.

Structuur

Door te bouwen ordenen wij onze wereld. Wij onttrekken klei aan de aarde, bakken er stenen van, en stapelen deze vervolgens behoedzaam op elkaar tot een wand. We kappen bomen, verwerken deze tot kozijnen en balken en smelten zand tot glas. Het kozijn en glas stellen we in de wand en we vormen daarmee een raam. Het dak, gedragen door houten balken, wordt gedekt door middel van tot pannen gebakken

klei. Dit alles gebeurt volgens de idee van de geest, en daarmee begeven we ons op het vlak van de architectuur. Architectuur is het versmelten van geest en materie in de ruimte.



De Primitieve Hut, Marc-Antoine Laugier, Essai sur l' Architecture, 1755.

Het zou te ver voeren om hier een uitgebreide verhandeling over architectuur te geven; laten we daarom volstaan met de vaststelling dat er bij het oprichten van een bouwwerk, behalve van een geestelijke activiteit sprake is van het geven van structuur aan de fysieke werkelijkheid. Met deze structuur neemt de idee vorm aan, we leggen haar daarmee vast.

223

En dat is nu juist het probleem: hoe kunnen we iets vastleggen als we liever alles openhouden omdat we niet weten wat er op ons afkomt?

Een boom vergroeit met de heersende windrichting, een rivierverloop verlegt zich door de stuwende kracht van smeltend ijs, en de rug van een mens wordt krom van het langdurig gebukt gaan onder een zware last. Een gebouw verandert ook. En daarbij geldt: hoe groter de flexibiliteit van de structuur, hoe langer de levensduur. En daar nu ligt de kern van één aspect van het antwoord op onze vraag: flexibiliteit.

Universaliteit

Er zijn verschillende soorten flexibiliteit, maar in het algemeen wordt er de mogelijkheid tot verandering onder verstaan. Voor een gebouw kan dat zijn de interne veranderbaarheid, de externe uitbreidbaarheid of zelfs de afstootbaarheid van een gebouwdeel. De flexibiliteit van een structuur stijgt met het aantal mogelijkheden dat zij biedt. Het aantal mogelijkheden van een structuur zal daarom stijgen naarmate zij universeeler is. Een specifieke structuur heeft over het algemeen een kortere levensverwachting dan een universele structuur.

Bouwen doen we niet alleen voor vandaag en morgen, we bouwen ook voor de verdere toekomst. In het oude financieringssysteem in de gezondheidszorg werd de levensduur van een gebouw gesteld op veertig jaar. Niet alleen in het licht van de ontwikkelingen binnen het huidige gezondheidszorgbestel, maar ook in het licht van de maatschappelijk breed gevoerde discussie over duurzaamheid, zou deze zienswijze echter wel eens als achterhaald bestempeld kunnen worden. Dit betekent dat de levensduur van een gebouw dan langer moet worden. Al is het momenteel moeilijk in te schatten hoe wij moeten bouwen voor de toekomst, één ding is duidelijk: we zullen zo veel mogelijk opties open moeten laten. Dit betekent voor de structuur van een gebouw dat zij zo universeel mogelijk zal moeten zijn.

Existentieel

Eerder werd al aangetoond dat bouwen zowel een structureel als een existentieel fenomeen behelst. Op het eerste gezicht staan deze fenomenen lijnrecht tegenover elkaar. Hebben we in het voorgaande geconstateerd dat een structuur gezien de levensduur zo universeel mogelijk zou moeten zijn, vanuit het perspectief van het bouwen als ‘wonen’, als ‘zijn’, geldt het tegendeel: om te kunnen wonen moeten we ons verankeren, en moeten we persoonlijk, uitgesproken en dus specifiek zijn.

Vanaf 1961 kritiseerde John Habraken de massawoningbouw. In een interview met Pierre Loze voor A+ zegt hij: “De moderne bewustwording heeft de mens van de sterren gescheiden; hij is onverschillig geworden. Daarna heeft de industrie het vervaardigde object geïsoleerd, het losgemaakt van zijn familiebanden, zijn plaats van bestemming en genegenheid. Het object is functioneel geworden. Zijn decor is opgehouden iets beminnelijks te zijn: het is een verkoopargument geworden.”.

Het bovenstaande legt de grondslag voor het huidige woningtekort, of correcter het tekort aan woningen met kwaliteit. In de gezondheidszorg ligt de wortel van het probleem op dezelfde plek. Het probleem van het bouwen in de gezondheidszorg is niet alleen een probleem van financiering, technische hoedanigheid en structuur

van gebouwen, het is vooral ook een probleem van het gemis aan uitstraling en het onvermogen van gebouwen om een antwoord te geven op de menselijke behoefte aan een plek om zichzelf te zijn. Hier geldt de eerste wet van de thermodynamica: in een besloten systeem kan energie niet verloren

gaan, en energie kan niet uit het niets ontstaan. Iets wat met liefde en aandacht gemaakt is, heeft daarom meer kans op een positieve uitstraling op een beschouwer, maar andersom is het ook waar: hoe kunnen wij welbehagen voelen in een omgeving die louter en alleen is bedacht vanuit financiële en technocratische uitgangspunten?

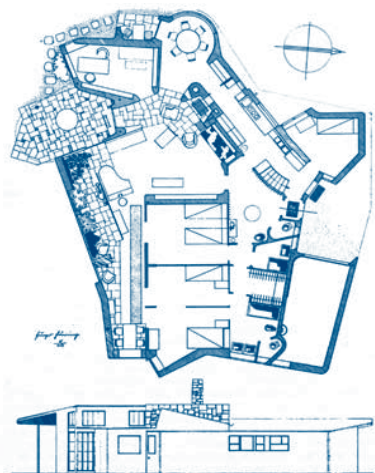
Universeel versus specifiek

Kennelijk ligt de ontwerpopgave voor de toekomst in het vinden van flexibele, universele structuren, maar met aandacht voor de menselijke ziel.

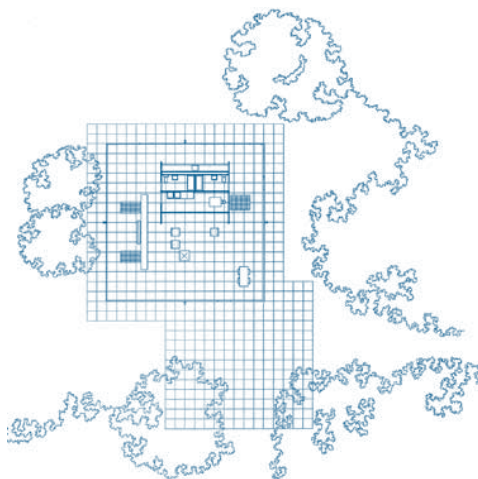
In het licht van bouwen in de zin van 'wonen', 'zijn' en het zoeken naar flexibele, universele structuren, is het interessant twee woonhuizen van twee bijna oppositionele architecten te bespreken: Hugo Häring en Mies van der Rohe. Häring en van der Rohe kenden elkaar goed. Evenals Häring was van der Rohe lid van het in 1926 opgerichte prominente architecten gezelschap 'der Ring'. In de periode 1923 - 1924 betrok Häring een ruimte in het atelier van van der Rohe in Berlijn (2). Toch kan er wellicht geen groter contrast gevonden worden dan tussen de hier getoonde ontwerpen voor een woonhuis beider architecten.

In zijn essay 'über das Geheimnis der Gestalt' houdt Hugo Häring een pleidooi voor het ontwikkelen van gebouwen vanuit de binnenkant, het wezen van het leven en de daarmee verbonden individuele behoefte (3). In die context spreekt hij over de geometrie als het intussen gepasseerde voorstation voor het komende organisch bouwen.

Geheel volgens zijn principes is het huis van Häring van binnenuit ontworpen. Iedere ruimte heeft haar eigen identiteit en krijgt haar eigen expressie aan de buitenkant. Daardoor is een organisch geheel ontstaan dat van binnenuit gegroeid lijkt. Het huis werd nooit gerealiseerd.



Hugo Häring, woonhuis, ontwerp 1946.



Mies van der Rohe, woonhuis met 4 kolommen, ontwerp 1950 - 1951.

Mies van der Rohe, daarentegen, zocht het transcendente en absolute: eeuwige architectuur die zoveel mogelijk onafhankelijk was van de inhoud. Waar Häring zocht naar het specifieke, zocht Mies naar het universele. Voor hem was het onbegrijpelijk dat je voor ieder doel een speciaal hoekje moest bedenken, en hij beargumenteerde dat iedere ruimte voor iedereen groot genoeg moest zijn om te doen wat hij wilde. In Mies' ontwerp maakt het eigenlijk niet uit waar je slaapt of eet. Blundell Jones stelt: "Ironisch genoeg hadden Mies' claims met betrekking tot flexibiliteit minder te maken met het accommoderen van veranderingen dan met het verzekeren van permanentie, en alleen door het verlenen van een neutrale elegantie aan zijn gebouwen die aan een grote range van opgaven kunnen beantwoorden, kon hij er zeker van zijn dat zij de grote veranderingen zouden transcenderen die hij zag in het moderne leven." (4)

Plaatsgebrek belet ons hier verder op de materie in te gaan, maar het zal duidelijk zijn dat het specifieke, puur van binnenuit ontwikkelde geen oplossing zal bieden voor de bouwopgave waarvoor wij staan. Omdat het specifieke geheel is toegespitst op de functie van de binnenkant, laat zij geen ruimte meer voor verandering. Veeleer zal de oplossing gezocht moeten worden binnen een modulaire, universele structuur, die vervolgens passende ruimte biedt aan het specifieke, het individu.

Tendensen

Zoals al eerder duidelijk werd, is de politieke en maatschappelijke context voor het bouwen in de gezondheidszorg in beweging. In het voorgaande hebben we een poging gewaagd de kaderlijnen te trekken van een antwoord op de toekomstige ontwerpopgave in de gezondheidszorg.

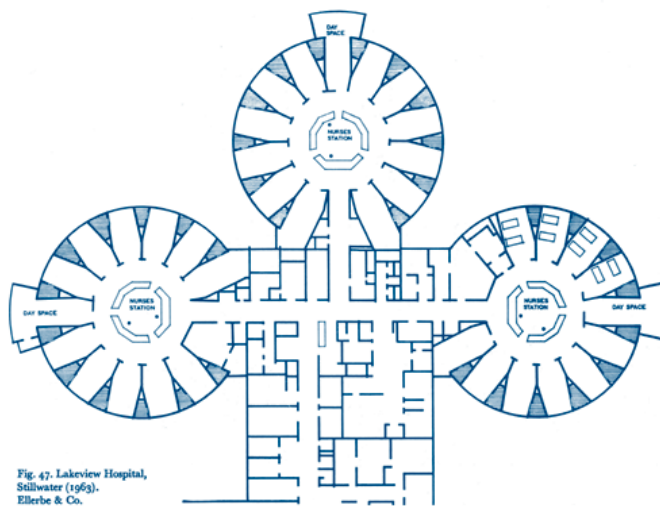
Door de diepere betekenis van de begrippen ‘bouwen’ en ‘gezondheid’ hebben we gezien dat dit antwoord in ieder geval aan twee aspecten zal moeten voldoen: een structureel en een existentieel aspect. We hebben geformuleerd dat het antwoord gevonden moet worden in het zoeken naar een universele structuur, die tevens ruimte biedt voor de mens om te zijn.

De interesse in een integrale visie op mens, gezondheid en gebouw is in de gezondheidszorg nog maar net gewekt en staat in die zin nog in de kinderschoenen. De hiernavolgende voorbeelden kunnen daarom nog geen uitputtend antwoord geven op onze vraag. Zij geven eerder een indicatie van de richting waarin we ons moeten bewegen. Als leidraad gebruiken we twee thema's die we al eerder formuleerden: universaliteit en specificiteit.

Universaliteit

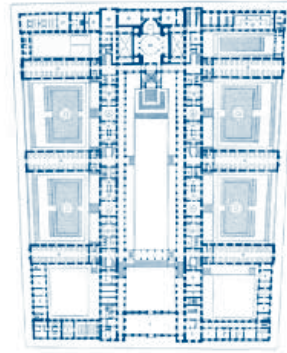
Over dit thema is reeds gesproken in het kader van het belang van de levensduur en de daarmee samenhangende duurzaamheid van een project.

De navolgende beelden tonen het Lakeview Hospital, in Stillwater (V.S.), 1963, en het Hotel Dieu, 1878, in Parijs.



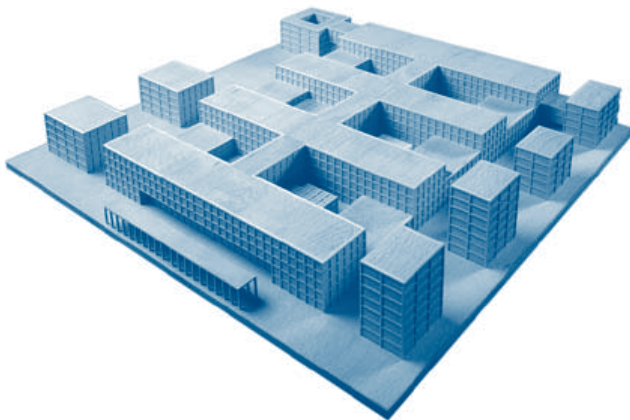
Lakeview Hospital, Stillwater (V.S.), Ellerbe & Co, 1963.

Het Lakeview Hospital met 67 bedden was jarenlang een toonbeeld als zijnde het eerste ziekenhuis in de V.S. dat gebruikmaakte van een cirkelvormige opzet voor de verpleegafdelingen. Het ziekenhuis is onmiskenbaar vanuit de binnenkant georganiseerd: verpleegkamers liggen radiaal geordend rond een centrale kern met zusterpost. Het is het schoolvoorbeeld van een specifieke oplossing.



Hotel Dieu, Parijs. Gilbert, 1866-1878.

Het Hotel Dieu daarentegen is gebaseerd op een universele structuur. Hoewel, of misschien wel omdat, er in die dagen nog nauwelijks sprake was van differentiatie in functies (een ziekenhuis bestond grotendeels uit verpleegfuncties), kregen alle gebouwdelen dezelfde structuur. Hoewel een universele structuur voor een ziekenhuis geen garantie is voor een lange levensduur, is het wel opmerkelijk dat het Lakeview Hospital in de hier getoonde vorm niet meer existeert en dat het Hotel Dieu nog tot op de dag van vandaag dienst doet als ziekenhuis, hoewel niet voor grote technische ingrepen.



Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, 2001-2010. Ontwerp: Wiegierinck Architecten.

Het hierboven getoonde ontwerp voor het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam is gebaseerd op de universele structuur van het Hotel Dieu en verbetert haar zelfs. Waar het Hotel Dieu uitgaat van een dubbele kamstructuur sluit het ontwerp voor het Maasstad Ziekenhuis de kamstructuur aan de einden tot een carré. Hierdoor wordt de structuur nog universeler en worden functies maximaal uitwisselbaar.

Nogmaals universaliteit

In een pand uit de 19e eeuw biedt het Czaar Peterpunt in Amsterdam, een voormalig zeemanspension, ruimte aan 24 dementerende ouderen in vier woningen op vier lagen.

Het geheel past onopvallend in het stedelijke weefsel en aan de buitenkant is het niet eens van andere woningbouw in Amsterdam te onderscheiden. Zonder stigmatiserend te zijn, biedt het pand de mogelijkheid aan bewoners om in hun eigen buurt te blijven wonen zodra zij hulpbehoevend worden, dicht bij familie en kennissenkring. Het behoeft verder geen betoog dat dit pand elk moment weer kan worden veranderd in reguliere woningen, mocht dat nodig zijn. Het is een voorbeeld van een kleinschalige woonvoorziening voor ouderen, universeel voor wat betreft de structuur, specifiek voor wat betreft de woningen.

Wonen zoals iedereen dat doet, maar wel met specifieke aandacht voor de kwetsbare doelgroep.



Czaar Peterpunt Amsterdam. Woonvoorziening voor 24 dementerende ouderen.

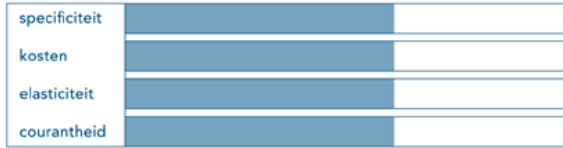
Ontwerp: Opbouw Amsterdam B.V., 2004. Foto: Roos Aldershoff fotografie.

Universaliteit en specificiteit

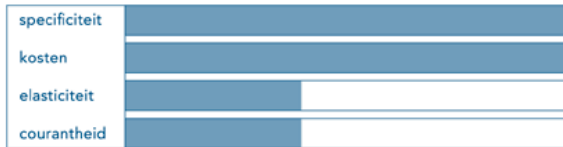
Het ontwerp voor het Gelre Ziekenhuis in Zutphen gaat uit van de differentiatie van gebouwdelen in een universele en een specifieke structuur. Eén en ander is gebaseerd op het concept van het 'Schillenmodel' zoals ontwikkeld door het College Bouw Zorginstellingen (5), zij het in een samengestelde vorm. In het Schillenmodel wordt het ziekenhuis onderscheiden in vier gebouwen: 'Hotel', 'Hotfloor', 'Kantoor' en 'Fabriek'.

Als gevolg van deze gebouwdifferentiatie kan flexibel worden omgegaan met het 'vastgoed', hetgeen voor ziekenhuizen een belangrijk middel vormt om flexibel te kunnen inspelen op een onzekere toekomst. Uitbreidbaarheid, afstootbaarheid, bouwkosten en locatiekeuze vormen nu afzonderlijk beïnvloedbare parameter bij het bepalen van de huisvestingslasten van een ziekenhuis.

Hotel



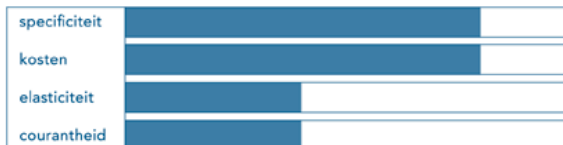
Hotfloor



Kantoor

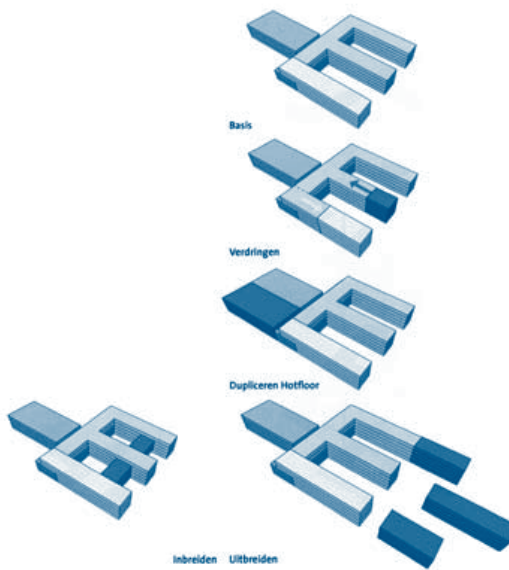


Fabriek



Schillenmodel, differentiatie van een ziekenhuis naar functie. Hotel, Hotfloor, Kantoor, Fabriek.

Bij het ontwerp voor het Gelre Ziekenhuis in Zutphen worden in een kamstructuur het relatief weinig technische en aan weinig veranderingen onderhevige ‘Hotel’ en ‘Kantoor’ ondergebracht. Daar de kamstructuur universeel is zijn functies uitwisselbaar. De kamstructuur is eveneens uitbreidbaar, verdichtbaar en afstootbaar. Los van de kamstructuur staat de Hotfloor. Hierin bevinden zich alle zware, medisch technische voorzieningen. Deze zijn, gezien de snelle ontwikkeling van de techniek, aan snellere verandering onderhevig. De Hotfloor heeft een omwille van functionaliteit een eigen, specifieke structuur. Naast de bestaande positie van de Hotfloor is op het terrein voorzien in een vrije plek voor een eventuele toekomstige, nieuwe Hotfloor. Geconstrueerd in staal en glas is dit bouwdeel in de toekomst relatief eenvoudig demontabel. De kamstructuur is gemaakt van beton en baksteen.

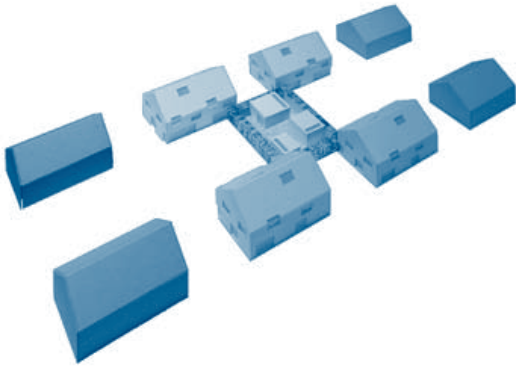


Gelre Ziekhuis, Zutphen, 2006-2010.

Ontwerp: Wiegierinck Architecten i.s.m. RHK.

Nogmaals universaliteit en specificiteit

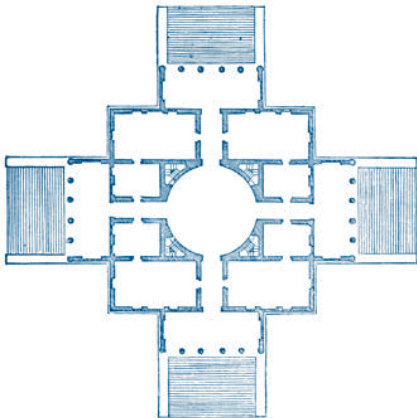
Als toekomstwijzend voor de huisvesting van mensen met een beperking kan misschien het met de eerste prijs bekroonde ontwerp voor de prijsvraag ‘hetzelfde, maar dan anders’ gezien worden (6). Het ontwerp ‘Snoezelthuis’ is gebaseerd op een in Nederland wijdverbreid woningtype: het twee-onder-één-kaphuis. In ieder huis wonen zes bewoners, en door het tussenschakelen van een glazen tuingang tussen vier huizen kunnen 24 bewoners verzorgd worden. Ieder huis is voorzien van grote vides en ramen die een optimale ruimtewerking, lichttoetreding en uitzicht bewerkstelligen. Daarmee wordt het wonen in het huis een zinnelijk ervaring. Het huis wordt zo een Snoezelthuis, en beantwoordt daarmee aan de waarnemingswereld van mensen met een beperking. Een waarnemingswereld die overigens verder onderzocht zal moeten worden. Licht, lucht en ruimte, zo was het ook al bij de als Modernen betitelde architecten aan het begin van de vorige eeuw bekend, zijn goed voor de mens. Toch wordt naar dit fenomeen, bekend onder de inmiddels bijna tendentieuze geworden term ‘healing environment’, pas sinds relatief korte tijd wetenschappelijk onderzoek verricht. Een onontgonnen terrein ligt hier nog bloot, hetgeen voor het Lectoraat Zorggericht Bouwen zeker een uitdaging betekent.



*Snoezelthuis, woonvoorziening voor mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking.
Prijswinnend ontwerp: Wiegerinck Architecten, 2006.*

Slot

In het voorgaande hebben we een aantal aanzetten gegeven tot het antwoord op de vraag: “hoe te bouwen binnen de onzekere context van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.” Of de geschetste weg de juiste is moet uiteraard nog blijken. Vast staat echter dat een nieuw antwoord nodig is, gegeven vanuit een integraal perspectief op mens, bouwen en gezondheid. En daarbij is een herbezinning op universaliteit een zinvol begin, maar altijd met aandacht voor het specifieke en individuele.



*Villa Rotonda, Vicenza.
Andrea Palladio, voltooid 1571.
Universele ordening van ruimten.*



*Thuiszorg, Gotzis, Oostenrijk 1997.
Foto: Nikolaus Walter*

Geraadpleegde literatuur:

- (1) Martin Heidegger, Bouwen Wonen Denken, Oase-Cahier 2, 1986, p. 7. Oorspronkelijke titel Bauen Wohnen Denken, 1951.
- (2) Mies van der Rohe, das kunstlose Wort, Gedanken zur Baukunst. Fritz Neumeyer, Siedler Verlag, p. 144.
- (3) Hugo Häring, über das Geheimnis der Gestalt, 1954. Opgenomen in: Hugo Häring, vom neuen Bauen, über das Geheimnis der Gestalt, uitgever Gebr. Mann, Berlijn 1957.
p. 36: *“Het onderzoekende denken van de mens hield zich tot nu bezig met een anatomisch werk met dode en ook levende objecten. Een werk, dat haar weg van buiten naar binnen nam, neemt nu een wending en begint bij het innerlijke. Het denken is gedwongen van het geheim van het leven uit te gaan, waarmee een nieuw geheim van de vorm (Gestalt) ontstaat. Het geheim van de vorm was in het leerproces van de geometrie verbonden met de technische aspecten van de geometrische figuren. Het stond in de schaduw van het technische werk. De nieuwe situatie draait deze verhouding om: het technische werk gaat in dienst van de geest over, waarvan de vormthema's door het leven worden opgeworpen. In de vormen van het leven echter heerst de individuele wil tot gestalten van het wezenlijke. (...) Het nieuwe thema is op de vervulling van de vormwensen van een wereld van individuen gericht, voor die de vormwereld van de geometrie slechts een voorstadium schijn.”.*
- (4) Hugo Häring, Peter Blundell Jones, The Organic versus the Geometric, Edition Axel Menges, 1999, p.156.
- (5) ‘Gebouwdifferentiatie van een ziekenhuis - schillenmethode’, College Bouw Zorginstellingen, Utrecht 2007, Rapportnummer 611
- (6) Hetzelfde maar dan anders: wonen voor mensen met meervoudige complexe handicaps. Uitgave: College Bouw Zorginstellingen, 2006.

Ing. Marijtje Balder

Marijtje Balder studeerde bouwkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en is in 2010 afgestudeerd als bouwkundige, met als specialisatie organisatie. Zij is afgestudeerd, bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen, op het “Drempelmodel”. Momenteel is Marijtje junior onderzoeker bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen en doet onderzoek voor het project “De Wenselijk Schaal” en “Zorg op Afstand”.

Ir. Martin Bouwman

Martin Bouwman studeerde bouwkunde aan de Technische Universiteit Eindhoven en is in 2010 als architect afgestudeerd op een ontwerpend onderzoek naar het transformeren van een verpleeghuis in een huis met verpleging. Op dit moment is Martin als junior onderzoeker actief bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen en is hij betrokken bij de projecten Healing Environment en Woonwensen.

Dr. Selma te Boekhorst

Selma te Boekhorst heeft neuropsychologie gestudeerd. In 2011 is zij gepromoveerd aan de Vrije Universiteit te Amsterdam op het onderzoek ‘Group living homes for people with dementia. Concept and effects’. Zij werkt als psycholoog bij Vivium Zorggroep, locatie De Antonius Hof te Bussum. Daarnaast is zij extern lid van de kenniskring van het Lectoraat ZorgGericht Bouwen.

Ing. Eugenie Heemink

Eugenie Heemink heeft Bouwkunde (specialisatie Architectuur) gestudeerd aan de HAN. Zij is samen met Marijtje Balder afgestudeerd bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen, op het “Drempelmodel”.

Ing. Bas Jansen

Bas Jansen is afgestudeerde aan de HAN. Hij heeft in het kader van de studie “Serviceflats: een eigentijdse huisvestingsvorm (of hoe ze dat zouden kunnen worden)” van het Lectoraat ZorgGericht Bouwen opgetreden als junior onderzoeker.

Ir. Jidske Kohlmann

Jidske Kohlmann afgestudeerd in 2010 aan de TU Delft, richting Real Estate & Housing. Zij is afgestudeerd op het onderwerp demografische krimp en voorzieningen in kleine kernen. Momenteel is Jidske werkzaam als onderzoeker bij het Lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief.

Ing. Toine van Lieshout

Toine van Lieshout studeerde bouwkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en is in 2010 afgestudeerd als bouwkundige, met als specialisatie organisatie. Zijn afstudeeronderzoek, bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen, was een analyserend onderzoek naar de zorgbehoefte en behoefte aan huisvesting in twee gemeenten. Momenteel is hij als ondersteunend coördinator en junior onderzoeker werkzaam bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen, waar hij betrokken is bij het project Kleinschalig Wonen.

Ir. Jaap Kerstma

Hoofddocent bij Bouwkunde en Civiele techniek. Heeft zelf Civiele techniek gestudeerd aan de TU Delft. Naast hoofddocent is hij afstudeercoördinator en voorzitter van de examencommissie. Binnen het Lectoraat ZorgGericht Bouwen is hij expert in onderzoeksmethodieken.

Drs. Chris Meijs

Chris Meijs studeerde informatica aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, en bedrijfskunde aan de Technische Universiteit Eindhoven. Hij is hoofddocent bij bedrijfskundige informatica bij de Informatie en Communicatie Academie kenniskringlid van het Lectoraat ZorgGericht Bouwen.

Dr. ir. Masi Mohammadi

Is universitaire docent aan de Technische Universiteit Eindhoven en doet onderzoek naar de Smart and Sustainable Living Environment. Tevens is zij als projectmanager betrokken bij enige projecten gericht op grootschalige implementatie van domotica t.b.v. het langer zelfstandig wonen van senioren. Zij is als externe kenniskering lid betrokken bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen.

Ir. Jarno Nillesen

Architect en partner bij Wiegerinck Architecten. Sinds mei 2008 is hij ook lector bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Ing. Gijs Pelgrom

Gijs Pelgrom is hoofddocent aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, opleiding Bouwkunde en kenniskringlid binnen het Lectoraat ZorgGericht Bouwen.

Ir. Frits Schultheiss

Friss Schultheiss is hoofddocent Bouwkunde en ex-kenniskringlid van het Lectoraat ZorgGericht Bouwen. Momenteel werkt bij de Expertisecentrum Energieneutraal Bouwen van de HAN.

Ir. Dort Spierings (PhD student)

Architect -Stedenbouwkundige en coördinator en promovendus ZorgGericht Bouwen, promoveert op een onderzoek naar schaalgrootte en sociale kwaliteit van wonen binnen zorgcomplexen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Roberto Traversari BSc MBA

Senior Adviseur/onderzoeker bij TNO op het gebied van energiegebruik in ziekenhuizen en hygiënegerelateerde aan de fysieke omgeving binnen de hot Floor en extern kenniskringlid bij het Lectoraat ZorgGericht Bouwen van de Hogeschool Arnhem Nijmegen.

Mr. Tom Vroon

Jurist, sinds mei 2008 lector ZorgGericht Bouwen. Hij is daarnaast bestuurder van het College Bouw zorginstellingen, een zelfstandig bestuursorgaan dat tot voor kort belast was met de vergunningverlening voor bouw in de intramurale gezondheidszorg.

Monique Wijnties BOT

Monique Wijnties is adviseur bij het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg en extern kenniskringlid bij het Lectoraat ZorgGericht bouwen van de Hogeschool Arnhem Nijmegen.

