Zorgboulevards

Dit jaar zijn zorgboulevards opgeleverd in Dordrecht, Rotterdam en Den Bosch. Met de zorgboulevards worden de voorheen geïsoleerd gelegen ziekenhuizen onderdeel van kleine zorgsteden. Alle drie de zorgboulevards zijn ontworpen door EGM architecten.

Tekst Karen Heijne
Fotografie EGM architecten

GGD

De zorgsector in Nederland is aan het veranderen. Dat geldt voor de diensten, maar ook voor de voorzieningen en de gebouwen. Waar tijdens de wederopbouw een groot ziekenhuiscomplex aan de rand van de stad voor de patiënten voldeed, wil de klant nu een persoonlijke benadering. Toegespitst op zijn of haar wensen en behoeften. De sector moet omschakelen van aanbodgericht naar vraaggericht denken. Binnen deze tendens is EGM architecten betrokken bij de ontwikkeling van drie zogenoemde zorgboulevards, een clustering van zorg- en andere functies. Het Albert Schweitzer ziekenhuis met het Gezondheidspark in Dordrecht, de Zorgboulevard in Rotterdam bij het Maasstad Ziekenhuis en het nieuwe Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch zijn recent opgeleverd. In alle drie de gevallen gaat het om een nieuwe ontwikkeling van een bestaande organisatie.

TERUG NAAR DE STAD

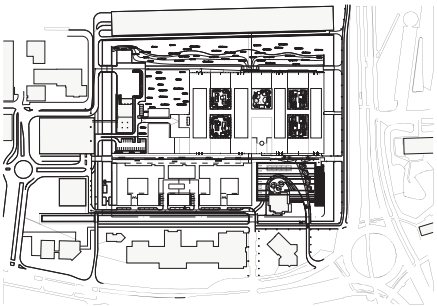
"Het woord isoleren komt van het Italiaanse isola, dat eiland betekent", begint architect Mario Hendrikx van EGM architecten het gesprek. In vroeger tijden werden de zieken uit Rome naar het eilandje Isola Tiberina gebracht. 's Avonds werd de brug opgehaald en het hek gesloten. Het toont aan hoe in onze maatschappij over ziekte werd gedacht. Angstig voor infecties werden de zieken zover mogelijk van het dagelijks leven verwijderd.

EGM architecten heeft zich – sinds de fusie in 1974 waaruit het bureau ontstond – beziggehouden met gebouwen in de zorg. Het begon met het Refaja Ziekenhuis in Dordrecht en momenteel is het bureau een van de grote landelijke architectenbureaus die zich hebben gespecialiseerd in deze sector. "Daar komt heel wat bij kijken, we zijn erin gegroeid", zegt architect Bas Molenaar. "Omdat de directe gebruiker meestal niet aan tafel zit bij het ontwerp- en realisatieproces kruipen wij in die rol. Door jarenlange ervaring weten we snel de pijnplekken bloot te leggen", meent architect Erik Fokkema. EGM werkt met flexibele teams. Zo wordt de kennis binnen het bureau verspreid met een veelkleurigheid van projecten als resultaat. "Wij hebben geen bureaustijl of bureauhandschrift", vindt Fokkema. "Dat zou ook niet goed zijn, omdat het nieuwe ontwikkelingen tegenhoudt."

Ziekenhuizen worden weer verbonden met hun omgeving

Zorg wordt geassocieerd met mensen die ziek zijn, hulp nodig hebben en met mensen die dood gaan. Dat roept een negatief gevoel op. Je wilt een ziekenhuis als het even kan vermijden. En als je er toch bent, wil je er zo kort mogelijk verblijven. We

Maasstad Ziekenhuis



ontkennen het liefst dat we ziek kunnen worden en dood kunnen gaan. Of zoals Fokkema zegt: “Eigenlijk is er maar één ding echt leuk in een ziekenhuis: er worden kinderen geboren.”

Dit heeft een stempel gedrukt op de bouw van ziekenhuizen. Vanaf het eind van de jaren ’60 werden ze uit de binnensteden verplaatst naar de randen van de stad. Dat had praktische voordelen: een goede bereikbaarheid, goedkope grond en de mogelijkheid om het complex in de toekomst uit te breiden. Maar wederom geïsoleerd tussen snelwegen en parkeervlaktes.

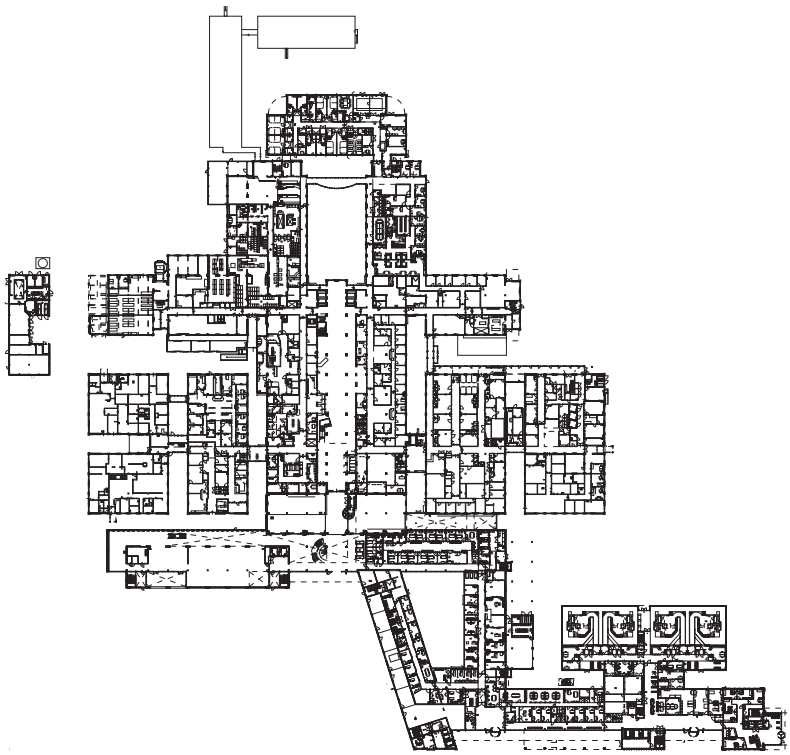
Het iconische beeld van het ziekenhuis aan de rand van de stad is echter aan het verdwijnen. De huidige trend is om het ziekenhuis weer deel uit te laten maken van de maatschappij. “Verbonden met de directe omgeving. Geen in zichzelf gekeerde complexen waar de bezoeker de entree van de spoedeisende hulp bij wijze van spreken niet eens kan vinden. De focus verschuift van gebouw naar gebiedsontwikkeling,” zegt Molenaar. Oftewel: de opgave voor de architect verschuift naar de stedenbouwkundige opgave. De openbare ruimte wordt als verbindingsmiddel tussen de afzonderlijke gebouwen van het complex belangrijker dan de gebouwen zelf. De gebouwen moeten op hun beurt voldoende communiceren: de functies moeten op de begane grond liggen en een interactie aangaan met de verschillende bezoekersstromen.

COMMERCIEEL VASTGOED

Er is ook een andere reden dat het ziekenhuis een centrale plek in de gebiedsontwikkeling krijgt toebedeeld en dat is dat het eigendom van het vastgoed verschuift. De overheid trekt zich terug en met het intreden van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zijn de deuren geopend naar samenwerking met commerciële partijen. Dat biedt kansen, maar brengt ook risico’s met zich mee. Ziekenhuizen zijn nog niet gewend om op deze manier te opereren. Om te concurreren moeten de ziekenhuizen commerciëler denken. Daarbij zijn andere partijen die het risico mede dragen nodig. “Want je moet het als ziekenhuis op alle fronten goed doen, commercieel en medisch”, aldus Molenaar.

De zorgboulevards van EGM zijn niet allemaal op dezelfde manier ontstaan. In Dordrecht waren het ziekenhuis en de gemeente al langer in gesprek over de invulling van de omgeving. Het gebied kenmerkte zich al door sportfuncties en dit is met de gebiedsontwikkeling versterkt tot een gezondheidspark. Het ziekenhuis is maar een van de onderdelen. Om de themawijk compleet te maken is ook wonen als functie toegevoegd. Functiemenging en

Gezondheidspark Dordrecht



24-uurbezetting zijn de kernwoorden. Om het risico te dekken en om kennis in huis te halen hebben de gemeente en de initiatiefnemers een derde commercieel ontwikkelende partij erbij betrokken. Molenaar onderkent dat het gebied misschien een commerciele inslag heeft gekregen, maar stelt ook dat dit de ontwikkeling van het gebied enorm heeft versneld en dat het anders niet in deze vorm gerealiseerd had kunnen worden.

Bij de Zorgboulevard Rotterdam zijn de samenwerkende partijen in eerste instantie op eigen initiatief bij elkaar gekomen. Deze partijen waren al bij het ziekenhuis betrokken en het concept is in eerste instantie vanuit bedrijfseconomische overwegingen opgezet. Voor ziekenhuizen geldt dat er zo veel mogelijk operaties moeten plaatsvinden. De beddenhuizen van de ziekenhuizen krimpen, omdat het verblijf en herstel elders plaats kan vinden bij partijen die dat goedkoper en beter kunnen, bijvoorbeeld in zorghotels. Clustering van de verschillende functies biedt echter voordelen voor alle partijen, ook voor de patiënt. Na het doorrekenen van de plannen was ook hier de visie dat het risico te groot was om zelf te kunnen dragen en is er een ontwikkelaar aangetrokken om het financiële deel te kunnen afdekken.

Ziek zijn betekent niet langer afwachten, maar actief handelen

Bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis is naast een beperkte renovatie met name sprake van nieuwbouw ter vervanging van drie bestaande ziekenhuizen in Den Bosch. Binnen de nieuwbouw worden de verschillende gebouwdelen met elkaar verbonden door middel van een boulevard met aanvullende medische functies zoals een apotheek, maar juist ook publieksgerichte functies zoals horeca en winkels. Niet alleen de bezoekers, maar ook het personeel profiteert van de clustering. De crèche is onder handbereik en er kunnen bijvoorbeeld ook boodschappen gedaan worden.

Het architectonische schema bestaat bij alle drie de projecten uit een centrale boulevard van waaruit alle onderdelen worden ontsloten. De uitwerking verschilt. In Dordrecht en Den Bosch vormen de subgebouwen ondanks hun eigen karakter toch een familie. In Rotterdam is het complex juist opgevat als een geheel met één herkenbare stijl. Aan de basis van het architectonisch ontwerp ligt een uitgebreide analyse van de organisatie van het ziekenhuis en de samenwerkende partijen. Andere leidende uitgangspunten zijn: een zorgvuldige afstemming op de menselijke maat, veel daglicht en toegankelijke buitenruimtes.

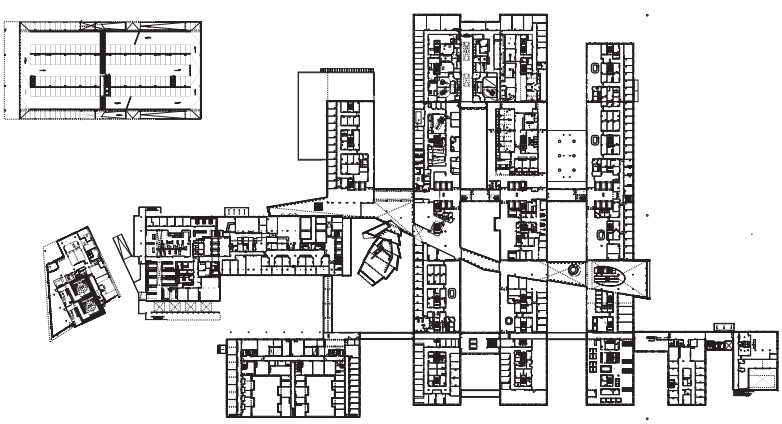
Naast veranderingen in het vastgoed verschuift ook het maatschappelijk denken over zorg. Van een negatieve associatie schakelen we om naar een positieve insteek door na te denken over gezondheid en preventie. Met het huidige niveau van gezondheidszorg betekent ziek zijn niet langer afwachten, maar actief handelen en het heft in eigen hand nemen. Iedereen heeft met gezondheid te maken, mede daarom zijn zorgboulevards commercieel interessant.

STAND VAN ZAKEN

De architecten hebben een aantal kanttekeningen. Bijvoorbeeld de verschuiving van patiënt naar klant. “Dit legt een ingewikkeld sociaal dilemma bloot”, aldus Fokkema. Vanuit het gedachtegoed van de verzorgingsstaat overheerst in Nederland de opvatting dat zorg toegankelijk moet zijn voor iedereen, ongeacht je portemonnee. Om dat betaalbaar te houden heeft iedereen toegang tot een basisniveau. Het systeem fragmenteert echter, het ziekenhuis als gebouw is een clustering van gebouwen met een verschillende zorgfunctie. De klant winkelt langs de boulevard en zijn portemonnee zal daarbij steeds meer een bepalende factor worden.

Organisatorisch is het een stuk lastiger geworden om een ziekenhuis goed te besturen. Vroeger was de directeur een arts, momenteel ontkom je door het commerciële vastgoed niet aan een tweekoppig bestuur. “Vooral de langetermijnvisie moet goed geborgd worden en niet verloren gaan als het bestuur na vier jaar wisselt,” vindt Hendrikx. Anders kun je nooit iets opbouwen dat duurzaam is.

Het grote voordeel van een zorgboulevard is de clustering van functies. Ziekenhuizen kunnen zich op hun kernactiviteiten toeleggen en zich verder specialiseren, omdat andere taken door andere (markt) partijen worden overgenomen. Iedereen doet waar hij goed in is en dat kan de totale kwaliteit verhogen.

Voor de architect liggen er grote uitdagingen. De besproken zorgboulevards hebben elk een eigen context en illustreren daarmee dat het concept zorgboulevard om maatwerk vraagt. Ook zullen nieuwe modellen en typologieën uitgedacht moeten worden. Voor de architect ligt er de taak de afzonderlijke partijen naar een gezamenlijk doel te leiden: een goed functionerend complex, een omgeving waar de bezoekers zich prettig voelen en die deel uitmaakt van de maatschappij door een goede stedelijke inpassing.—

Jeroen Bosch Ziekenhuis