

Muren doorbreken

Hoewel zorgverlening in belangrijke mate mensenwerk is, heeft het gebouw waarin dat gebeurt grote invloed op de wijze waarop de zorg kan worden vormgegeven. Bouwkundige voorzieningen worden bovendien voor relatief lange tijd getroffen. Zorginstellingen doen er daarom verstandig aan om, alvorens zij overgaan tot huisvestingsplannen of met architecten aan de slag gaan, goed na te denken over een aantal toekomstgerichte zorginhoudelijke uitgangspunten.

Ruud Dirkse

Zolang er zorg verleend wordt, wordt er ook al gebouwd ten behoeve van de gezondheidszorg. Een traditioneel ziekenhuis kent afdelingen gekoppeld aan specialisaties, met naast het ziekenhuis vaak een aparte 'zusterflat' voor het personeel. Het verpleeghuis was in het verleden ook op het ziekenhuis gebaseerd, met meerpersoonkamers en ook hier specialisatie per ziektebeeld. In de gehandicaptenzorg en GGZ ging het vooral om grote instituten, vaak gelegen op mooie plekken in de natuur. De afgelopen jaren is er heel wat veranderd. Bij de bouw van ziekenhuizen zijn het niet alleen meer de specialismen die bepalen welke afdeling waar komt. Steeds vaker wordt de discussie gevoerd: laten wij de patiënt of juist de specialist door het ziekenhuis reizen? Verschillende antwoorden op deze vraag leiden tot fundamenteel andere gebouwen. In het verpleeghuis is een grote operatie gaande richting eenpersoonkamers, die steeds vaker in kleinschalige voorzieningen worden gerealiseerd. Verzorgingshuizen worden steeds vaker bijzondere verpleeghuizen, omdat de 'lichtere' cliënten langer thuis blijven wonen. In de gehandicaptenzorg heeft het afgelopen decennium al een ongekende deconcentratie plaatsgevonden; een aanzienlijk deel van de cliënten woont nu in kleinschalige voorzieningen, in gewone wijken en dorpen. In de gehandicaptenzorg heeft bovendien een enorme verandering plaatsgevonden rond de scheiding van wonen, zorg en werken. Wonen en werken vindt nu in de regel op volstrekt andere locaties plaats. Doordat steeds vaker het eigendomsrecht van gebouwen niet meer bij de betrokken zorginstelling ligt, kan de bewoner zich ook meer als vragende consument rond woonvraagstukken opstellen. Het medisch model wordt steeds vaker losgelaten bij de ontwikkeling van huisvestingsconcepten. Het welzijn van de mensen die al dan niet langdurig in een instelling verblijven, komt steeds meer centraal te staan. Zondermeer een positieve ontwikkeling. Toch wordt er in de regel nog vrij traditioneel

gedacht, namelijk binnen de hokjes van de afzonderlijke deelsectoren in de zorg.

Mengen

Aan de andere kant: steeds vaker wordt er ook geëxperimenteerd met gemengde woonzorgvormen. In de databank van het Kenniscentrum Wonen-Zorg van Aedes en ActiZ zijn hiervan verschillende voorbeelden te vinden. In één gebouw bevindt zich bijvoorbeeld zowel een aantal verpleeghuiseenheden als een kinderopvangcentrum, een aantal studentenkamers, een supermarkt en/of een huisartsenpost. Vele combinaties zijn mogelijk. Voordeel van dit soort concepten is dat verschillende groepen elkaar tegenkomen, meer begrip voor elkaar krijgen en elkaar kunnen ondersteunen. Dit vraagt wel om architectonische hoogstandjes, want sociale samenhang komt er alleen maar als men elkaar ook echt tegenkomt. Indien iedere afzonderlijke activiteit of doelgroep een afgescheiden onderdeel van een pand heeft, dan wordt het net een bedrijfsverzamelgebouw, waarbij de diverse daarin gehuisveste bedrijven ook niks met elkaar hebben. Maar als het goed gedaan wordt, kunnen de voordelen ook echt enorm groot zijn. Ouderen die meer afleiding ervaren, scholen en kinderopvanginstellingen die opeens niet alleen over hulpouders beschikken maar ook over hulpopa's en oma's.

Mengen kan ook op andere wijzen. Er is een beperkt aantal verpleeg-/verzorgingshuizen waar niet alleen ouderen wonen maar ook jonge mensen met een verstandelijke handicap. Wat blijkt: de ouderen houden de jongeren in de gaten en de jongeren vinden het heerlijk om voor de ouderen tal van klusjes te doen. Ook zorgen zij voor veel meer leven in de brouwerij en veel gezelligheid. Voor beide groepen dus een win-winsituatie.

Op grotere schaal kan zo iets ook. Als naast een verpleeghuis een appartementencomplex of 'zusterflat' staat (en dat is op heel veel plekken in Nederland het geval), waarom dan niet van beide gebouwen één groot nieuw complex gemaakt? In plaats van een gebouw met alleen zorgbehoeftigen en een ernaast liggend gebouw zonder zorgbehoeftigen, kun je dan twee gebouwen creëren met wel- en niet-zorgbehoeftigen, die dwars door elkaar wonen. Doordat de twee groepen elkaar kennen en tegenkomen zal er meer mantelzorg verleend gaan worden. Ook wordt het veel makkelijker om bijvoorbeeld te voorkomen dat echtparen uit elkaar getrokken worden als de één naar een verpleeghuis moet en de ander niet mee kan of mag.

Scheiden wonen/recreëren

Over de hierboven al genoemde scheiding tussen wonen en werken in de gehandicaptenzorg zijn direct betrokkenen in de regel positief. Het heeft behoorlijke vervoersstromen op gang gebracht, maar ook voor zinnigere dagbesteding en minder

vereenzaming gezorgd. Op basis van de WMO staat de ouderenzorg vergelijkbare veranderingen te wachten. Het automatisme zal komen te vervallen dat zorgbehoevende ouderen een paar uurtjes activiteitenbegeleiding in hun eigen verpleeg- of verzorgingshuis ontvangen en dat het verenigingsleven van niet-zorgbehoeftigen zich afspeelt in wijkgebouwen, zalencentra en sportaccommodaties. Zorgbehoevende ouderen zullen, hiertoe gestimuleerd door gemeentelijk beleid, steeds vaker aan het reguliere verenigingsleven deelnemen, al dan niet tijdens speciaal voor hen georganiseerde activiteiten in buurthuizen, sportcentra, en dergelijke. Niet alleen zal hierdoor het recreatieaanbod voor zorgbehoevende ouderen in zowel diversiteit als kwantiteit enorm toenemen en zullen zij zich meer onderdeel van de maatschappij voelen. Het betekent ook voor de bouwplannen van zorginstellingen het één en ander, net als voor de exploitatie van het onroerend goed. Mogelijk zal een steeds groter deel van het reguliere verenigingsleven - zoals kaart-, toneel- en zangverenigingen - in de aanwezige grotere ruimtes van zorginstellingen gaan plaatsvinden.

Groot- of kleinschalig

In de ouderenzorg woedt de discussie over grootschalige versus kleinschalige zorgvoorzieningen. Beide concepten hebben hun eigen voor- en nadelen. Nu lijkt de trend te zijn dat alles kleinschalig moet. Het is toe te juichen dat er veel meer kleinschalig, met menselijke maat gedacht wordt, maar het is niet te hopen dat we doorschieten en alle grootschalige voorzieningen verdwijnen. Bepaalde voorzieningen zijn alleen maar in grootschalige projecten te realiseren. Een voorbeeld hiervan zijn de 'herinneringskelders' van Humanitas Rotterdam. Hier zijn vele ruimtes ingericht in de stijl van vijftig jaar geleden. Dementerenden die hier hun bezoek ontvangen, leven opeens op, doordat via de ruimtes gerefereerd wordt aan hun lange-termijnherinneringen. Dat soort voorzieningen past alleen in grootschalige gebouwen. Overigens kan kleinschaligheid vaak prima binnen een grootschaliger gebouw gecreëerd; bijvoorbeeld meerdere zelfstandige kleinschalige woonvormen die min of meer toevallig in hetzelfde pand zitten. Denk daar wel over na bij het functioneel ontwerp, net als over de vraag of er nu wel of niet een centrale keuken nodig is of dat bewoners veelal zelf - al dan niet in groepsverband - zullen koken.

Flexibiliteit

Gebouwen in de zorg zullen steeds multifunctioneler worden. Niet voor niets vindt in zo ongeveer ieder zorggebouw altijd wel ergens een verbouwing plaats, met alle kosten van dien. Techniek kan helpen bij het multifunctioneel houden van gebouwen.

Er zijn bijvoorbeeld wanden die binnen enkele minuten verplaatst kunnen worden. Hierdoor is overdag bijvoorbeeld een deel van een slaapkamer bij een woonkamer te betrekken, of is een eenpersoonsappartement heel snel om te bouwen tot een tweepersoonsappartement. Ideaal ➤



om te voorkomen dat mensen die vijftig jaar getrouwd zijn op hun oude dag nog uit elkaar getrokken worden vanwege huisvestingsregels voor zorginstellingen. IFD-bouw of unitbouw wordt kwalitatief steeds hoogwaardiger. Veel gebouwen waar wij dagelijks in komen zijn al zo gebouwd, zonder dat wij het weten of ervaren. Unitbouw heeft als voordeel dat tegen relatief lage kosten op relatief snelle wijze het gebouw anders in te richten is, door de units op een andere manier aan elkaar te koppelen. IFD wordt nog teveel gezien als een oplossing voor tijdelijke situaties en te weinig als een structurele oplossing met veel flexibiliteit. In bijvoorbeeld de kantorenbouw is men hiermee een stuk verder.

Technische oplossingen

Ander voorbeeld: steeds vaker kiezen zorginstellingen ervoor om bij de eenpersoonskamers ook eenpersoons sanitaire voorzieningen te treffen. Voor mensen met lichamelijke beperkingen worden die ruimtes dan heel klein en daardoor vrijwel onbruikbaar om goede zorg te leveren. Het met twee personen delen van een sanitaire ruimte, waarbij de ene deur automatisch op slot gaat als de andere open gaat, of waarbij een stoplichtje bij de andere deur op rood springt, kan dan een hele simpele en doeltref-

fende oplossing zijn, zonder ingrijpende verbouwingen.

Dwaaldetectiesystemen, bewegingssensoren en camera's kunnen een belangrijke rol spelen in het toezicht, waardoor traditionele zustersposten niet meer nodig zijn en een deel van de afsluitingen op gesloten afdelingen verwijderd kunnen worden. En ingebouwde plafondliftsystemen kunnen het werk voor verzorgenden lichter en efficiënter maken en zorgen voor minder behoefte aan opslagruimte, terwijl cliënten minder gesjor en gesleep ervaren.

Juiste volgorde

Zorggebouwen staan er zoals gezegd voor vele jaren. Daarom is het goed uitdenken van zorgconcepten en het van tevoren inbouwen van aanpassingsmogelijkheden belangrijk. Laat niet de ideeën van de architect leidend zijn, maar de functionele gebruikerswensen voor het gebouw. Haal de architect er pas bij als die functionele eisen geformuleerd zijn en daarmee de opdracht voor de architect veel gericht kan worden geformuleerd. Schroom niet om deskundige ondersteuning in te schakelen voor de ontwikkeling en formulering van de zorgvisie voor de toekomst, gerelateerd aan huisvestingsplannen. ■

De auteur van dit artikel is directeur van DAZ (Dirkse Anders Zorgen), een adviesbureau gespecialiseerd in zorginnovaties.