

ZORGINFARCT

► **Staan we aan de vooravond van een zorginfarct? Loopt het hele zorgsysteem vast? Volgens Ton Venhoeven wel. Hij pleit voor een verschuiving van zorg naar preventie en daarin krijgt de gebouwde omgeving een belangrijke rol toebedeeld. Over deze en andere zorgkwesties organiseerde Stedebouw & Architectuur een expertpanel. Deelnemers zijn Marianne Groen en Peter Heijmen, TNO Centrum Zorg en Bouw, Candice de Rooij, KAW architecten en adviseurs, Jeroen Singelenberg, Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV), Bob Bergkamp, Wethouder Wonen en Leven Gemeente Breda, Piet M. Oskam, oprichter/directeur Centrum voor Innovatie van de Bouwkolom (CIB), en Ton Venhoeven, Venhoeven CS.**

Dreigt er na de economische en ecologische crisis nu ook een zorginfarct? Volgens Ton Venhoeven wel. In De Architect on line zegt hij: "Zonder ingrijpende maatregelen loopt het hele zorgsysteem vast. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Er is sprake van dubbele vergrijzing: er komen meer 65+ers wat leidt tot een grotere zorgvraag en er komen meer 80+ers wat leidt tot een groter aantal complexe gevallen. Er is een toename van high tech operatieve behandelmogelijkheden en een toename van behandelmogelijkheden met dure medicijnen. Er is minder personeel beschikbaar: van drie werkenden per 65+er gaan we naar 1,75 per 65+er. Door de afname van de werkende bevolking komen er minder belastingopbrengsten. Zonder ingrijpende maatregelen die een verschuiving van zorg naar preventie bewerkstelligen, leidt dit samen tot een 'zorginfarct'."

Bent u het eens met de analyse van Venhoeven? En ligt inderdaad de oplossing in de verschuiving van zorg naar preventie?

Jeroen Singelenberg: "In grote lijnen klopt het toekomstbeeld dat Ton Venhoeven schetst. De enige manier om een zorginfarct te vermijden is wat de Zweden noemen 'strict targeting': de beschikbare zorg reserveren voor de mensen die het echt nodig hebben, dus mensen met totaal regieverlies of intensieve verpleegvraag. Verder moeten we in de zorg ophouden met tijdverspillende concurrentie en meer gebiedsgericht gaan samenwerken. Voor de lichtere gevallen zal er een verschuiving nodig zijn van professionele zorg naar informele zorg en van zorg naar welzijn. Het kan niet meer zo zijn dat sociaal isolement of behoefte aan contact vertaald wordt in een zorgvraag. Verder is er winst te boeken door thuiszorg op afstand te verlenen met behulp van ICT. Daarnaast zullen woningen op voorhand geschikter moeten worden gemaakt

om zorg te verlenen door barrières weg te nemen en kleine aanpassingen aan te brengen. Een zorgkamer kan in veel woningen op de begane grond worden ingericht. Om de informele zorg en het welzijn te ondersteunen zijn ook ontwikkelingen op het gebied van wonen nodig. We zullen minder individueel en meer gemeenschappelijk moeten gaan wonen, eventueel 'gestippeld' in buurtgemeenschappen."

Piet Oskam zegt: "Als een infarct dreigt, kan er gedotterd worden. Het grote verschil tussen de door Ton Venhoeven voorziene zorgcrisis enerzijds en de kredietcrisis en de recessie en de klimaatcrisis anderzijds, is dat de zorgcrisis redelijk voorspelbaar lijkt. Als we een goede diagnose stellen, kan een passende remedie toegediend worden."

Een van de remedies is — zegt ook Oskam: het langer zelfstandig blijven wonen van de ouder wordende mens: "Meer levensloopbestendigheid en flexibiliteit bij de ontwikkeling en realisatie van woningen en woonvoorzieningen is gewenst."



Candice de Rooij

Jeroen Singelenberg constateert dat langer zelfstandig wonen niet zonder mee tot een lagere zorgvraag leidt, en dus niet zonder meer bijdraagt aan de oplossing van het zorginfarct, in tegendeel: "Indien mensen met dezelfde ADL beperkingen zelfstandig wonen en er is geen informele zorg aanwezig, kan de zorgvraag zelfs groter zijn dan in een intramurale setting."

Groen die Japan als referentie noemt 'om te leren hoe je een zorginfarct voorkomt' benadrukt nog eens dat we aan de vooravond staan van een demografische revolutie: "Er worden minder kinderen geboren, er komen meer ouderen en de totale bevolking neemt af. In 2040 hebben we naar verwachting in Nederland een grijze druk van 44,1 procent, dat is 2,27 werkenden per 65-plusser en vooral een toename in zorg bij de 75-plussers. De grijze golf is een fenomeen met een enorme maatschappelijke impact die zich overigens geleidelijk zal laten gelden. Nog niet eerder in de geschiedenis hebben vergrijzing, ontgroening en krimp zich gezamenlijk op zo'n schaal doen gelden. Dat stelt onze samenleving voor een nieuwe innovatieve uitdaging. Voor een oplossing kunnen we te rade gaan bij landen die ons hierin zijn voorgegaan, zoals Japan."

Groen ziet een viertal aangrijpingspunten voor kernontwikkeling en beleid: "Vergroot de instroom van zorgpersoneel en verminder de uitstroom. Daarnaast: vergroot de productiviteit van het schaarser wordende personeel en verminder de behoefte aan zorg. Daarnaast spelen preventieve maatregelen en inzicht in belasting en belastbaarheid een rol. Kijk dus niet in de eerste plaats naar de gebouwde omgeving. Meer efficiency in de zorgverlening is nogmaals belangrijk om zorginfarct te voorkomen. Buurtzorgorganisaties laten zien dat de zorg veel efficiënter en doelmatiger kan plaatsvinden door de zorgprofessional de ruimte

"Vanuit de woningbouw ligt er een kans om mensen langer thuis te laten wonen. Ongeveer 80 procent van de ouderen blijft tot hun dood in de eigen woning wonen. Als mensen in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen, draagt dat bij aan hun geestelijk welzijn. We moeten dus buurten maken waar mensen contact hebben met elkaar."

VOORKOMEN

te geven het werk weer zelf te organiseren (zelfsturing) zonder bureaucratische sturingsmechanismen. Ook onderzoek naar het herontwerpen van processen in (de keten van) zorg en dienstverlening binnen wijken kan een enorme efficiëncyslag opleveren. Zeker wanneer gebruik wordt gemaakt van allerlei technologische ontwikkelingen (UAS, monitoring van vitale functies maar ook sociale ICT en robotica)."

Groen verwacht veel van het stimuleren van zelfredzaamheid en het verminderen van de behoefte aan zorg door preventieve maatregelen waaronder het verbeteren van de gezondheid door een gezondere leefstijl (voeding en bewegen). En daarin speelt de gebouwde omgeving een rol. "Verhogen van de productiviteit en het verminderen van de behoefte aan zorg zijn twee belangrijke aangrijpingspunten. Vooral bij dit laatste punt speelt het efficiënter inrichten van gebouwen en wijken een rol. Maar het gaat om een samenhangend geheel van maatregelen! We zullen een omgeving moeten realiseren waarin ouderen door goede informatie ook daadwerkelijk de regie kunnen nemen over stappen in de woon-, zorg- en welzijns carrière." Het grote belang van preventie, zegt Venhoeven, was een belangrijke reden voor de WHO om het advies 'A healthy city is an active city' uit te brengen. In dit advies worden Europese regeringen opgeroepen om serieus werk te maken van de leefkwaliteit in steden. Daarbij gaat het niet slechts om zorginfrastructuur en fysieke kwaliteiten als schone lucht en water, veiligheid en sportmogelijkheden, maar ook om culturele rijkdom en een vitale, innovatieve en diverse economie. Door deze brede definitie van een gezonde en actieve stad vallen veel componenten samen met de eigenschappen van een duurzame stad waar de afgelopen decennia veel theorie en kennis over is ontwikkeld.

Hoe zou je — om een zorginfarct te voorkomen en tegelijk de ecologische en de economische crisis aan te pakken — in het ontwerp, in het beheer en in het onderliggend lokaal beleid de principes van een duurzame stad en regio kunnen combineren met die van een gezonde en actieve stad?

Jeroen Singelenberg: "Het geschetste concept van een gezonde en duurzame stad is te abstract, te veelomvattend en daardoor te vrijblijvend. Zo veel mogelijk wijken in een stad zouden een kwaliteitslabel als woonservicegebied moeten hebben. Naast de onder vraag 1 genoemde aspecten is hierbij leefbaarheid en veiligheid van de woonomgeving in het geding, omdat anders ouderen niet in staat zijn om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Het enige alternatief is dan de bouw van veilige wooncomplexen



Ton Venhoeven

voor ouderen. Duurzaamheid in de betekenis van een schoon milieu is ook een belangrijke doelstelling maar dient niet verward of verknoopt te worden met levensloopbestendigheid. Ook in het huidige 'ongezonde' fysieke milieu worden we al steeds ouder." Volgens Candice de Rooij is functiemenging cruciaal: "Dat voorkomt het ontstaan van monoculturen, van

"De reorganisatie van de zorg zal in veel gevallen ook leiden tot specialisatie, standaardisatie en schaalvergroting. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor de vervoersvraag die gepaard gaat met de zorgvoorzieningen op de middenschaal. Deze zullen vaak op grotere afstand van de woning komen te liggen, wat met name voor ouderen zonder auto onhandig is."

Candice de Rooij wijst er op dat vereenzaming één van de grootste problemen is als mensen ouder worden. Ze houdt vast aan de stelling dat mensen elkaar alleen helpen als je elkaar kent. En daar ligt volgens De Rooij voor gemeentes en stedenbouwers een enorme opgave: "Om een wijk voor iedereen aantrekkelijk te maken, met verschillende woningtypen,

Thuiszorg op afstand met ICT

getto's. In een gedifferentieerde wijk leren mensen elkaar kennen, er is onderling contact."

Jeroen Singelenberg plaatst kanttekeningen bij deze opmerking: "Het is aannemelijk dat in een homogene wijk de kans groter is dan mensen elkaar kennen. Recent onderzoek heeft aangetoond dat elkaar kennen weinig te maken heeft met het daadwerkelijk verlenen van hulp, daar is een vriendschaps- of familierelatie voor nodig."



goede buitenruimten en voorzieningen in de buurt, niet allen zorgvoorzieningen maar ook de bakker om de hoek. Voor de regio gaat het om een beleid waar zorg in de dorpen mogelijk blijft. Dat moet overkoepelend geregeld worden zodat het leven in dorpen duurzaam blijft."

Piet Oskam pleit voor een vitale stad, 'waarbinnen sociale verbanden functioneren, waarbinnen mensen oog voor elkaar hebben en samen oog voor het ►

Het project Jean Sibelius van KAW architecten en adviseurs, dat Wooninc gebouwd heeft dicht bij een winkelcentrum in de wijk Bennekel in Eindhoven. Dit is een regulier appartementengebouw waarvan de zorgfunctie niet af te lezen valt. De bewoners ontvangen zorg als ze daarom vragen.

hogere': "In zo'n samenleving ontstaat geen zorginfarct, maar zorg voor elkaar. Minder materialisme, meer idealisme. Minder tijdelijkheid, meer eeuwigheid. Minder platheid, meer diepgang. Dat biedt perspectief op een vitale stad, waarin mensen echt leven. De bouwkundige implicaties daarvan zijn divers en verscheiden. Hier ligt een geweldige uitdaging voor gedreven architecten met gevoel voor de diepere waarden van het menselijk leven. Dat pleit voor een multidisciplinaire integrale benadering, waarbij meerdere beroepsgroepen vanuit de brede bouwkolom samenwerken aan een gezamenlijke oplossing. Dat biedt perspectief op een optimale invulling van woonwensen en zorgvragen, die recht doen aan de essentie van het leven."

Jeroen Singelenberg: "Ook hier zie ik een optimistisch geloof in de bouwkundige maakbaarheid van de samenleving dat ik niet deel. Het enige dat we mijns inziens kunnen doen is een versnelde reductie van ons excessieve volume aan intramurale gebouwen naar een Scandinavisch niveau. Dan kan het niet anders of wonen, zorg en welzijn moeten kleinschalig in de wijk georganiseerd worden."



zeningen op de middenschaal. Deze zullen vaak op grotere afstand van de woning komen te liggen, wat met name voor ouderen zonder auto onhandig is. Hier zijn nu nog grote keuzes te maken. Multimodaal bereikbare locaties zoals intercitystations bieden bijzondere voordelen omdat de vervoersvraag afgewikkeld kan worden zonder het wegennet en de buurten met extra autoverkeer te belasten."

Van professionele zorg naar informele zorg en van zorg naar welzijn

Candice de Rooij: "Daar ben ik het mee eens. Maar dan moet er wel verandering komen bij zorginstellingen en coöperaties, want we maken als architect nu nog steeds mee dat men denkt vanuit oude exploitatiemodellen."

Ton Venhoeven wijst op de vervoersvraag en de functie van multimodale en gemakkelijke bereikbare locaties: "Enerzijds komt er waarschijnlijk betere zorg in de buurt zodat ouderen langer zelfstandig kunnen wonen. Dit vereist wel dat de buurt ook (verkeers-) veiliger wordt voor ouderen. Meer autovrije ruimtes dus. De reorganisatie van de zorg zal in veel gevallen ook leiden tot specialisatie, standaardisatie en schaalvergroting. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor de vervoersvraag die gepaard gaat met de zorgvoor-

Het advies 'Perspectief op gezondheid 20/20' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg vertaalt het advies van de WHO naar de organisatie van de Nederlandse zorg en geeft impliciet belangrijke handvatten voor het ontwerp van steden, stedelijke regio's en zorggebouwen. In het Perspectief wordt een groot belang gehecht aan digitale netwerken boven bedden en gebouwen.

Bent u het daarmee eens? Stelt u in uw visie op wonen en zorg — en hoe het zorginfarct te voorkomen — ook digitale netwerken boven bedden en gebouwen?

Jeroen Singelenberg: "Inderdaad is in de woonservicegebieden gebleken dat het organiseren van een dekkend en samenhangend netwerk in het aanbod

Kleinschalige zorg in de wijk: De Meerstroom te Utrecht Vleuterwei-de. Vanuit een centraal gelegen zorgstation worden verschillende woongebouwen in de wijk van zorg voorzien. Integratie in de woonbuurt was een belangrijk uitgangspunt bij het ontwerp. Het ontwerp is van Duinker van der Torre samenwerkende architecten. Projectarchitect: Paul Salomons.

van zorg en welzijn de maatregel is waarvan de meeste effecten verwacht worden op het langer zelfstandig wonen. Daarnaast zijn aanpassingen in de woningen zelf van belang."

Bob Bergkamp is enthousiast over digitale netwerken, die 'kunnen een belangrijke rol spelen in zelfstandig wonen': "In Breda zijn we op dit terrein bezig om met maatschappelijke partners te kijken hoe ICT als 'enabler' voor woon-, zorg- en welzijnsdiensten kan helpen om mensen langer zelfstandig te laten wonen."

Maar in digitale netwerken kun je niet wonen, stelt Bergkamp. "Daarom is het van belang dat lokale overheden zich richten op een adequate aanpak van wonen, welzijn en zorg. Dus zorgen voor voldoende geschikte woningen voor mensen met een beperking, een toegankelijke woonomgeving, een goede zorg- en sociale infrastructuur. Veel gemeenten hebben een dergelijk beleid; ze ontwikkelen woonzorgzones (woonservicewijken). In Breda doen we dat al jaren in het kader van het programma Geschikt Wonen voor Iedereen (GWI)."

Net als Bergkamp is ook Candice de Rooij van mening dat digitalisering ingebed moet worden in een breder programma: "Een digitaal netwerk in een woning of gebouw kan mensen helpen. Het kan mensen vanuit hun woning helpen om kennis op te bouwen, bredere contacten met bijvoorbeeld lotgenoten te leggen, maar ook activiteiten die lichamelijk belastend zijn vervangen (bijvoorbeeld digitaal contact met een specialist). Daarnaast kan domotica het gevoel van veiligheid vergroten. Maar een digitaal netwerk vervangt het intermenselijke contact niet. Het fysieke contact zit hem in een goede buurt, want niet alle zorg kan je digitaliseren."

Marianne Groen verwacht dat het belang van (digitale) netwerken toe zal nemen: "Het zijn, om in de symboliek van Venhoeven te blijven, als het ware de grote coronaire vaten van de wijk. Vooral het slim verbinden van de mantelzorgnetwerken en netwerken van professionals en andere dienstverleners zullen zorg en diensten efficiënter verleend kunnen worden. Dit vergroot de mogelijkheden om zorg in de thuissituatie te verlenen en langer thuis te wonen. Dat



Bob Bergkamp

"De lokale overheid moet maatschappelijke partners, zoals zorginstellingen, woningcorporaties, welzijnsinstellingen, consumentenorganisaties en onderwijsinstellingen voor hoger onderwijs, stimuleren en uitdagen om samen te werken om de grijze druk het hoofd te bieden."

stelt ook eisen aan de woningtypologieën. Woningen moeten geschikt zijn voor meerdere doelgroepen." Piet Oskam plaatst kanttekeningen bij digitalisering in de zorg: "Een domotica-apparaat hangt misschien wel boven het bed, maar het bed gaat boven de domotica. Nieuwe hometechnologie biedt heel veel oplossingen, maar vaak zonder dat er een probleem is. Daarom is er sprake van een grote mate van onderbenutting van domotica; de techniek kan veel meer dan de mate waarin het wordt benut. Intussen kan nieuwere zorgtechnologie belangrijk bijdragen aan een gevoel van veiligheid en kan het de toegankelijkheid van zorgdiensten vergroten. Domotica vraagt vooral realisme, minder idealisme."

Volgens Venhoeven zullen zorggerelateerde gebouwen nauwelijks van de alledaagse omgeving zijn te onderscheiden. Ze gaan volledig op in de stedelijke textuur (in winkelstraat, station, school, sport- of buurtcentrum).

Bent u het eens met die visie? Worden zorggerelateerde gebouwen een onlosmakelijk (en een niet als zorgfunctie te herkennen) onderdeel van de stad of wijk?

Jeroen Singelenberg: "De noodzaak tot investeringen in specifieke woonzorgcomplexen en wijkzorg- en dienstencentra is overschat. Met herprogrammering binnen bestaande accommodaties worden vaak goede resultaten bereikt. Wijkzorgcentra en wijkdienstencentra hebben betrekkelijk weinig vierkante meters nodig en kunnen het beste worden ingepast in wijkwinkelcentra waar zich de basisvoorzieningen bevinden die ouderen nodig hebben. Kleinschalige woonzorgvoorzieningen tot circa 25 bewoners kunnen heel goed worden ingepast in gewone woongebouwen en woonhuizen. Buurtsteunpunten en huiskamerprojecten kunnen in een enkele leegstaande woning worden gerealiseerd. Zoals wijken uit de 20ste eeuw gekenmerkt worden door grote vrijstaande zorggebouwen, zo zullen de wijken van de 21ste eeuw hun gebouwde woon- en zorgvoorzieningen onzichtbaar opnemen in een gewone woonwijk."

Bob Bergkamp is het 'in principe wel eens met de visie van Venhoeven': "Zorgvoorzieningen zijn onderdeel van de buurt en de wijk, waar iedereen gebruik van kan maken. Maar in de lokale situatie moet een dergelijke visie door iedereen worden onderschreven



Jeroen Singelenberg

(anders heb je toch nog initiatieven die decentraal worden gerealiseerd). Breda is al een tiental jaren bezig met Geschikt Wonen voor Iedereen (GWI). In de vijftien Bredase woongebieden en met name in de centrale zones wordt deze visie — zorg als onderdeel van de buurt of wijk — in praktijk gebracht."

Candice de Rooij deelt de visie van Venhoeven: "Ons bureau werkt vooral in de bestaande stad, dorp en wijk en daar wordt zorg verleend. Daar ligt de opgave voor nu en in de toekomst. Wij zien steeds weer dat juist in de herstructureringsopgaven ruimte ligt om

zorggerelateerde gebouwen op te nemen. Of ze wel of niet herkenbaar zouden moeten zijn ligt aan de locatie, omgeving en de beoogde impact van een gebouw. Een eerstelijns gebouw kan juist baat hebben bij een duidelijke herkenbaarheid, terwijl een zorginstelling, die tweedelijns zorg biedt juist prima in de wijk op kan gaan."

Jeroen Singelenberg frons de wenkbrauwen: "Is dat zo? Dit zet mij aan het denken. Als met tweedelijns bedoeld wordt: verblijfsvoorzieningen, dan begrijp ik wat bedoeld wordt: genormaliseerd wonen, gestip-

"In de woonservicegebieden is gebleken dat het organiseren van een dekkend en samenhangend netwerk in het aanbod van zorg en welzijn de maatregel is waarvan de meeste effecten verwacht worden op het langer zelfstandig wonen. Daarnaast zijn aanpassingen in de woningen zelf van belang."

peld door de wijk, althans in de centrale zones. En zou een eerstelijnsvoorziening zich dan kunnen etaleren in een winkelcentrum, of een aparte landmark moeten zijn?"

Candice de Rooij: "Een wijkoverstijgende eerstelijnsvoorziening (bijv. ziekenhuis) kan juist baat hebben als landmark, maar eerstelijnsvoorzieningen in de wijk zijn onderdeel van het raamwerk van een wijk. De opgave is om specifiek te kijken waar behoefte aan is in een wijk vanuit het woonmilieu en de mensen die er wonen. Wat is herkenbare zorg voor mensen in een

Leefkwaliteit in steden moet zorginfarct voorkomen

bepaalde wijk? Dat kan in een brede school zijn, in een woongebouw, maar ook in het winkelcentrum."

Candice de Rooij vervolgt: "Waar het om gaat is het integreren van zorggerelateerde functies dichtbij de mensen. Als gemeente en stedenbouwer ligt hier de taak om ruimte te creëren in stad en dorp en vooral ook om dit door te zetten. Daar ligt een opgave voor woningcorporaties die gaan samenwerken met zorginstellingen. Hierdoor kan de zorg opgenomen worden in multifunctionele gebouwen, ook al is het bijeenbrengen van verschillende functies geen makkelijke taak. Als architect met kennis van zorg kan je daar een goede rol in vervullen. Zo zijn wij betrokken bij de ontwikkeling van woonservicegebieden van Rotterdam. Hierbij gaat het erom hoe je wonen en zorg op een zo vanzelfsprekende manier in een wijk kunt integreren. Het architectonische en ruimtelijke verschil tussen een 'instituut' of een zorginstelling met een 'normaal woongebouw' waarin je ook kunt blijven wonen als je zorg nodig hebt, krijgt bijzondere aandacht. Zorg moet het woonmilieu versterken en niet andersom. Nog een voorbeeld uit ons portfolio: het project Jean Sibelius, dat Wooninc gebouwd heeft dicht bij een winkelcentrum in de wijk Bennekel in Eindhoven. Dit is een regulier appartementengebouw waarvan de zorgfunctie niet af te lezen valt. De bewoners ontvangen zorg als daarom vragen. Er is een ontmoetingsruimte met een ►



Woon-zorgcomplex Buitenveld Julianadorp, ontwerp BBHD architecten. Uitbreiding en vernieuwing van het woongedeelte (104 nieuwbouwwoningen variërend in grootte). Een deel van het gebouw is ingericht voor begeleid wonen. Met op de begane grond onder andere een winkel, kapsalon, pedicure, restaurant en wijksteunpunt en ruimtes voor zorg en begeleiding.

ruime, veilige binnentuin die gerund wordt door de vrijwilligers uit het gebouw. Daarnaast is er een HOED (huisarten onder een dak) die een buurtfunctie vervult. Het gebouw wordt onderdeel van de wijk, zonder dat het gebouw en daarmee haar bewoners een stempel van zorg opgedrukt krijgen.”

Piet Oskam is van mening dat “in de stedelijke context een zorgvoorziening als zodanig best herkenbaar mag zijn”: “Daar is niets mis mee. Inpassing in de omgeving vraagt gevoel voor kwaliteit en stijl, respect voor het bestaande. Een stad moet vooral niet één grote vermaakfabriek zijn. Een woonvoorziening voor ouderen hoeft niet op een kinderdagverblijf te lijken. Ouderen voelen zich het best in een omgeving, die bij hen past. We moeten oppassen voor een dictatuur van de gelijkheid, voor eenvormigheid. Dat pleit voor een vraaggestuurde oriëntatie, gericht op de woonwensen van de ouder wordende mensen.”

Volgens Venhoeven gaan ziekenhuizen die we nu kennen op termijn verdwijnen. Daarvoor in de plaats zullen medisch-specialistische kennisnetwerken ontstaan met poliklinieken en dagbehandelingcentra die niet per se onder één dak zijn samengebracht, maar ook elders kunnen functioneren: in de stad geïntegreerd, stand alone op een bedrijventerrein, bij een intercystation in een bedrijfsverzamelgebouw of in de natuur gecombineerd met wellness en hotel. Alleen de high care and cure wordt op enkele plekken geconcentreerd.

Bent u het eens met deze visie? Gaan ziekenhuizen verdwijnen en vallen ze uiteen in fragmenten die overal in stad of regio een plek gaan vinden?

Peter Heijmen: “Wij verwachten dat het aantal ziekenhuizen zal afnemen en het niveau van zorg in dat kleinere aantal ziekenhuizen hoger zal worden. Ziekenhuizen zullen zich gaan specialiseren en zich daarbij concentreren op de Operatie Kamers en de Intensive Care en de direct daaraan verbonden functies. Steeds meer van de overige ziekenhuisfuncties zullen zich gaan verplaatsen naar andere locaties.

Aangezien het geld voor nieuwbouw van dit soort functies niet aanwezig is en deze functies weinig specifieke eisen stellen aan gebouwen, is het goed



Piet Oskam

mogelijk dat zij terecht zullen komen in bestaande bouw. Poliklinieken kunnen terecht in bestaande kantoorgebouwen of winkelcentra, leegstand genoeg, verpleegafdelingen vestigen zich in hotels of woongebouwen. Laboratoria hebben zich al losgemaakt van de ziekenhuizen.

Functies als verpleging en revalidatie stellen niet alleen minder eisen aan gebouwen, zij worden ook minder locatiegebonden, mede doordat de nieuwe zorgvragers veel mobieler zijn en hun familie en contacten verspreid door het land en daarbuiten hebben wonen. Een deel van de functies zal daardoor mogelijk ook buiten de stedelijke gebieden terecht kunnen, mogelijk in krimpgebieden waar vastgoed veel goedkoper is.

Door particulier initiatief zullen ook meer gespecialiseerde klinieken zich vestigen op mooie locaties buiten de steden, mogelijk ook in het buitenland, waardoor deze functies verdwijnen uit het ziekenhuis. Ook hier geldt dat de bestaande bouw een belangrijke rol zal spelen.

Langdurige 24-uurs zorg zal diverser worden en meer worden geleverd door nieuwkomers op de markt en particulieren die hun eigen zorg gaan organiseren. Voor betaalbare huisvesting zal deze zorg ook zijn aangewezen op de bestaande voorraad, mogelijk in niet courante gebouwen op goedkopere locaties.”

Marianne Groen: “In het perspectief op gezondheid 2020 wordt gesproken over het organiseren van

“Corporaties en zorginstellingen zullen meer dan voorheen goede afspraken moeten maken voor de invulling van de zorgvraag, gekoppeld aan de woonvraag. Er is nog geen reden om een zorginfarct te vrezen, als tijdig op het voorliggende cardiogram wordt ingespeeld en toereikende maatregelen worden getroffen.”

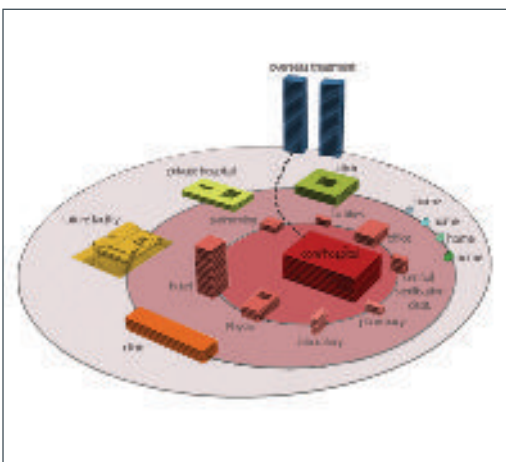
ziekenhuiszorg in netwerken. Op dit moment woont 6,5 procent van de 65-plussers in intramurale instellingen. 81,7 procent van de 65-plussers heeft echter nog nauwelijks fysieke of mentale beperkingen. En dat moet zo blijven.”

Piet Oskam: “De verblijfsduur van patiënten in ziekenhuizen is enorm bekort. Zelfs voor ingewikkelde operaties is soms dagopname toereikend. Mensen herstellen vaak het best in hun eigen omgeving. Allerlei nieuwe vormen van zorghuisvesting dienen zich aan. Zorghotels rijzen uit de grond, op wijkniveau kennen we de woonzorg-servicezones, en er ontstaan zorgboulevards.” ◀

Geschied Wonen voor Iedereen in Breda

Het Geschied Wonen voor Iedereen (GWI)-programma in Breda loopt al een tiental jaren. GWI is erop gericht om voldoende geschikte woningen voor mensen met een beperking aan te bieden, in een toegankelijke woonomgeving, met een goede zorg- en sociale infrastructuur. In een ideaaltypisch GWI-gebied zijn de volgende elementen aanwezig:

- Voldoende aangepaste woningen (dus toegankelijk voor rollators en rolstoel-gebruikers).
- De belangrijkste voorzieningen (gezondheidszorg, primaire winkels, postkantoor/bank) moeten aanwezig zijn in de centrale zone.
- Goede bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen.
- Goede bereikbaarheid en toegankelijkheid van openbaar vervoer.
- Verhoogde gebruik- en verblijfskwaliteit van de woonomgeving voor ouderen en mensen met een beperking, in de vorm van heldere, toegankelijke en veilige looproutes.
- Goede gebruiks- en belevingswaarde van de buurt voor bewoners.
- Voorzieningen voor zorg, dienstverlening, welzijn en ontmoeting moeten gelegen zijn in de centrale zone.
- Aanwezigheid van een multifunctioneel zorgkruispunt met haal- en brengfuncties en 24-uurszorg in de centrale zone.
- Aanwezigheid van een informatie- en adviespunt voor bewoners voor informatie.
- Advies en bemiddeling in de centrale zone.



Core Hospital, het prijswinnend concept van Venhoeven CS, concentreert zich op hoogwaardige gezondheidszorg. Het huisvest alleen de kernfuncties van het ziekenhuis, ongeveer 50 procent van een standaard ziekenhuisprogramma, alle overige functies worden gedecentraliseerd. Het Core Hospital is in de hectische binnenstad een oase waar wellness en hospitality de boventoon voeren.