

Van ziekenhuis naar beterhuis

Devriese, NJ; van der Voordt, DJM; Belderok, MJ

Publication date

2002

Document Version

Accepted author manuscript

Published in

ZM Magazine

Citation (APA)

Devriese, NJ., van der Voordt, DJM., & Belderok, MJ. (2002). Van ziekenhuis naar beterhuis. *ZM Magazine*, 18(7/8), 8-12.

Important note

To cite this publication, please use the final published version (if applicable). Please check the document version above.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download, forward or distribute the text or part of it, without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license such as Creative Commons.

Takedown policy

Please contact us and provide details if you believe this document breaches copyrights. We will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Van ziekenhuis naar beterhuis

Ir. N. Devriese, dr. ir. D.J.M. van der Voordt en ing. M.J. Belderok

Van oudsher zijn daglicht en frisse lucht belangrijke factoren in het bepalen van maat, schaal en vorm van ziekenhuisgebouwen. In de 20^{ste} eeuw hebben gunstige ruimtelijke condities voor een efficiënte bedrijfsvoering de hoogste prioriteit gekregen. Tegenwoordig wordt vooral de patiënt centraal gesteld. Wat betekent dit nu voor het gebouw? In het recent verschenen boek *Ruimte voor patiënten* wordt duidelijk gemaakt wat bouwen vanuit patiëntenperspectief concreet inhoudt. Privacy en contact, autonomie en keuzevrijheid, een gemakkelijke ruimtelijke oriëntatie, een eigen ‘territorium’ en veiligheid blijken belangrijke voorwaarden. Aangestuurd door heldere vragen worden plannenmakers bewust gemaakt van het belang en mogelijkheden om er concreet vorm aan te geven. Aan de Faculteit Bouwkunde van de TU Delft is vooral bekeken, hoe een andere clustering van (hoofd)functies kan bijdragen aan het welbevinden van patiënten. De eerste plannen voor een andere patiëntenlogistiek zijn al gemaakt. Een impressie en reflectie op een ‘beter’ huis.

De patiënt centraal

Ziek zijn wil niemand, zéker niet op een plek buiten de eigen vertrouwde omgeving. Toch valt hieraan niet altijd te ontkomen. Het is dan zaak dat de omgeving positief bijdraagt aan het welzijn van de patiënt, als bijdrage aan de kwaliteit van leven en met het oog op een sneller genezingsproces. Om binnen een beperkt budget en krappe personeelsformaties in te spelen op de behoeften van de patiënt is niet eenvoudig. Te meer daar ‘de’ patiënt niet bestaat. Bezoekers van een polikliniek stellen andere prioriteiten dan mensen die enkele weken moeten worden opgenomen. Iemand met ernstige hartklachten ervaart een ziekenhuis anders dan iemand die herstelt van een blindedarmontsteking. Allochtonen hechten meer dan autochtonen aan aparte afdelingen voor mannen en vrouwen. Geslacht, leeftijd, ziektebeeld, culturele achtergrond en verblijfsduur bepalen het perspectief van waaruit een patiënt een bezoek of verblijf in een ziekenhuis waarneemt en beleeft. Niettemin zijn er in de pluriformiteit aan wensen en behoeften constanten aan te wijzen. Een goed toegankelijk en fraai vormgegeven gebouw waarin je gemakkelijk je weg vindt, een mooi uitzicht, een prettig binnenklimaat, plekken voor het ontmoeten van andere mensen en plekken waar men zich privé kan terugtrekken, zijn voor iedereen aantrekkelijk. Niemand vindt het prettig om voor een onderzoek meermalen naar de polikliniek te moeten komen, op verschillende tijden en op heel andere plekken in het gebouw. Vrijwel iedereen wil zo snel mogelijk het ziekenhuis weer uit.

Veel ziekenhuizen zijn op zoek naar mogelijkheden om aan deze wensen tegemoet te komen. Om hen daarin te ondersteunen zijn verschillende publicaties beschikbaar. In 1996 publiceerde het Nederlands Patiënten en Consumentenplatform een brochure over de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit een patiëntenperspectief. Even daarvoor publiceerden Niclaes, Lüthi en Van der Voordt een boekje over ouderen in ziekenhuizen. Hierin wordt op basis van theoretische inzichten en vele praktijkvoorbeelden ingegaan op een viertal basiskwaliteiten: privacy en sociaal contact, ruimtelijke oriëntatie, sensorische kwaliteiten (licht, geluid, bedieningsgemak e.d.) en veiligheid. Zeer recent is in opdracht van de Stichting Architectenonderzoek Gezondheidszorg (STAGG) een instrument ontwikkeld voor het bouwen vanuit patiëntenperspectief (Hoekstra en Van Liempd, 2001). Aan de hand van literatuurstudie en gesprekken met betrokkenen is een matrix opgesteld. Op drie

schaalniveaus – gebouw, afdeling en patiënten- of behandelkamer – worden acht thema's aan de orde gesteld: autonomie, privacy, keuzevrijheid, zelfredzaamheid, territorium, veiligheid, oriëntatie en sociaal contact. Voor elk thema zijn vragen geformuleerd die kunnen helpen bij het ontwikkelen en toetsen van bouwplannen. Voorts worden tips en aandachtspunten gepresenteerd. Helaas ontbreken concrete praktijkvoorbeelden en ontwerpvarianten. Ook de toepassing van het instrument (door wie, in welke fase, hoe) blijft onderbelicht. Niettemin is het boek een uitstekend hulpmiddel om het patiëntenperspectief zorgvuldig mee te wegen in de planontwikkeling.

Functionele zonerings

In afstudeeronderzoek aan de Technische Universiteit Delft is eveneens aandacht besteed aan het patiëntenperspectief. Centraal thema is hier de vraag, op welke wijze de hoofdfuncties het beste ten opzichte van elkaar kunnen worden gesitueerd. De afgelopen honderd jaar hebben heel wat veranderingen te zien gegeven. Van de vroegere opzet - grote zalen en elk specialisme zijn eigen paviljoen – is het ziekenhuis geëvolueerd tot een meestal hoog gebouw met een T- of H-vorm en een strikte scheiding tussen polikliniek en beddenhuis, tot de huidige middelhoge gebouwen met een kamstructuur of stervormige structuur (figuur 1-3).

Figuur 1-3 ongeveer hier invoegen

Op een hoger schaalniveau zien we steeds meer netwerkstructuren verschijnen. Daarbinnen wordt meer en meer geëxperimenteerd met een andere clustering van functies. De keuze voor aparte gebouwdelen voor het beddenhuis, de polikliniek en afdelingen voor onderzoek en behandeling wordt verlaten. In plaats van de gebruikelijke zonerings in drie hoofdgroepen - onderzoek en diagnostiek, behandeling, patiëntenhuisvesting – worden de hoofdfuncties op complexniveau gedecentraliseerd en per thema of patiëntencategorie geïntegreerd. De thematische zonerings is meestal gebaseerd op een indeling naar ziektebeeld, b.v. hersenen & zintuigen, houding & beweging, groei & voortplanting (figuur 4). Soms wordt nog verder gedifferentieerd naar mate van urgentie.

Figuur 4 ongeveer hier invoegen

Onderliggend uitgangspunt is het minimaliseren van de tijd die de patiënt in het ziekenhuis doorbrengt. Daartoe wordt de indeling afgestemd op de routing van de patiënt. Integratie van de hoofdfuncties heeft voor patiënten als voordeel, dat zij in hetzelfde gebouwdeel terecht kunnen voor meerdere (vervolg)onderzoeken, behandeling en verpleging. Dit vergroot de herkenbaarheid en reduceert het aantal verplaatsingen. De trend naar een nieuwe functionele zonerings is onder meer te zien in de plannen voor de nieuwe Isala Klinieken in Zwolle, het Vlietlandziekenhuis in Schiedam en het Deventer Ziekenhuis.

Figuur 5-7 ongeveer hier invoegen

De Isala Klinieken bestaan uit zes torentjes met een verticale clustering van patiëntenhuisvesting, onderzoek en behandeling. De verpleegafdeling en de polikliniek die bij hetzelfde thema horen zijn naast of boven elkaar gesitueerd. Bezoekers en patiënten komen voor vervolgafspraken steeds terug in hetzelfde gebouwdeel, waardoor men zich sneller vertrouwd voelt met de omgeving. Dankzij de omvang kan het decentraliseren en integreren van de drie hoofdfuncties hier ver worden doorgevoerd. In de lineaire structuur van het nieuwe Vlietlandziekenhuis liggen de poliklinieken eveneens overwegend onder in het gebouw, samen met de bijbehorende verpleegafdelingen voor klinische opname. Daarboven

liggen de verpleegafdelingen en de afdeling dagbehandeling en enkele direct hieraan gerelateerde poliklinieken. Deze poliklinieken hebben een sterke relatie met het operatiecentrum. In deze plannen is dus sprake van horizontale integratie, in tegenstelling tot Isala waar juist sprake is van verticale integratie tussen poliklinieken en patiëntenhuisvesting. In Deventer worden de patiënten bovendien onderverdeeld in vier hoofdgroepen met dezelfde behoefte aan voorzieningen en snelheid van medisch handelen: acute zorg, urgente zorg, electieve zorg en chronische zorg. Hierdoor kunnen de omgeving, de voorzieningen, de sfeer en de planning zoveel mogelijk op de wensen per groep worden afgestemd. Dit heeft wel ruimtelijke consequenties. Een ruimtelijke scheiding tussen acute en urgente zorg is bijvoorbeeld wenselijk om confrontatie tussen ernstige en minder ernstige patiënten te voorkomen. Anderzijds zijn deze twee groepen patiënten deels aangewezen op dezelfde voorzieningen. Dit betekent, dat gezamenlijk gebruik mogelijk moet zijn. Ter bevordering van de privacy wordt binnen de urgente zorg extra aandacht besteed aan kleinschalige ruimten voor privé-gesprekken. Bij de chronische groep ligt de nadruk meer op het realiseren van een vertrouwde omgeving om het terugkerende ziekenhuisverblijf te veraangemen.

Vergelijken we de drie plannen, dan kunnen we constateren dat het Vlietland Ziekenhuis de integratie van de drie hoofdfuncties het verst heeft doorgevoerd. In de hoofdstructuur zijn geen gebouwdelen te onderscheiden. De functies zijn horizontaal geclusterd. In de Isala Klinieken zijn de hoofdfuncties verticaal geclusterd. Elk patiëntentema heeft een eigen torentje waarin de verpleegafdelingen en poliklinieken boven elkaar zijn geplaatst. In het Deventer Ziekenhuis is de integratie het minst ver doorgevoerd. Het gaat hier om een relatief klein ziekenhuis. Vergaande decentralisatie is hier economisch niet haalbaar. De onderdelen worden dan te klein om zelfstandig te kunnen functioneren. Een klein deel van de polikliniek is wel gedecentraliseerd en ondergebracht temidden van andere functies. Het merendeel van de poliklinische ruimten ligt echter in een gedeelte los van de patiëntenhuisvesting. Integratie van functies maakt het gemakkelijker om (verwachte) krimp van de patiëntenhuisvesting (verpleegafdelingen) en uitbreiding van de poliklinieken en faciliteiten voor dagbehandeling op te vangen. Om functies te kunnen uitwisselen met naastgelegen ruimten is een scheiding in gebouwdelen immers niet wenselijk. Bij integratie kan verschuiving in ruimtebehoefte in horizontale of verticale richting plaatsvinden. Een nadeel van verticale integratie is, dat bij een verschuiving in ruimtebehoefte extra verticaal verkeer binnen een afdeling ontstaat.

One stop shopping

Behalve op het schaalniveau van het ziekenhuis als geheel wordt ook op afdelingsniveau gezocht naar andere manieren om functies te groeperen. In plaats van de patiënt een rondgang te laten maken langs verschillende specialisten, wordt geprobeerd de onderzoeken te bundelen in ruimte en tijd. Integratie van hoofdfuncties maakt dit beter mogelijk. Door het groeperen van functies rond patiëntentema's ontstaan multidisciplinaire afdelingen. Hier kan een patiënt binnen een dag of dagdeel meerdere onderzoeken of behandelingen bij verschillende specialismen ondergaan. Herhalingsbezoeken en lange tussenwachtijden kunnen zo worden voorkomen.

Figuur 8 ongeveer hier invoegen

Een voorbeeld van dit zogenaamde process redesign is de Mammapolikliniek, waar alle faciliteiten voor borstonderzoek ruimtelijk zijn geconcentreerd. Daardoor kan met één bezoek aan het ziekenhuis worden volstaan voor het stellen van de diagnose en het maken van een vervolgplan. De patiënt hoeft dus minder vaak terug te komen en heeft sneller duidelijkheid.

Ruimtelijk vereist dit dat de receptie, wachtkamer, spreek/onderzoekkamers en een plek voor begeleiders met restauratieve voorzieningen dicht bij elkaar liggen. De Mammapolikliniek kan een gedeelte van de polikliniek zijn die op andere tijdstippen voor andere patiënten gebruikt wordt. In het Vlietland Ziekenhuis wordt een Multifunctionele Oncologische Unit (MOU) ingericht. De MOU is opgebouwd rond een patiëntengroep met een kwaadaardige aandoening. Door een in tijd en ruimte aansluitende behandeling door verschillende hulpverleners doorlopen patiënten een korter hulptraject en zijn minder herhalingsafspraken noodzakelijk. De unit bestaat uit een polikliniek en een verpleegafdeling, waarin multidisciplinaire spreekuren plaatsvinden door een specialist, een polikliniekassistent en een specialistisch verpleegkundige. Er is een onderzoeksruimte waar patiënten worden onderzocht door verschillende specialismen. De spreekuren zijn bedoeld voor patiënten met complexe ziektebeelden, bijvoorbeeld patiënten met kanker. In deze ruimten kunnen meerdere specialisten tijdens één spreekuur, of aansluitende spreekuren, een patiënt zien. Dit vereist uiteraard een zeer goede planning en afstemming tussen de verschillende specialismen.

Figuur 9 ongeveer hier invoegen

Tot besluit

Het streven naar decentralisatie van hoofdfuncties en clustering per thema of patiëntencategorie komt vooral voort uit een streven naar een patiëntenlogistiek die beter aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt. Sleutelwoorden zijn bereikbaarheid, herkenbaarheid, efficiency voor de patiënt en menselijke schaal. Een heldere invulling van het motto “de patiënt staat centraal”! Een andere drijfveer is het vergroten van de interne veranderbaarheid c.q. het gemakkelijker kunnen uitwisselen van functies bij groei of krimp. Een consequentie is wél dat de flexibiliteit i.c. opvang van groei of krimp door uitwisseling van ruimten tussen patiëntencategorieën wordt bemoeilijkt. Voor instanties zoals het Ministerie van VWS en het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen zijn de genoemde thema's eveneens relevant. Technologische innovatie, bedrijfsefficiency en economisch bouwen zijn voor hen echter minstens zo belangrijk. De veelheid aan eisen kan gemakkelijk conflicteren. Wat we zien is een ontwikkeling naar een structuur van een beperkt aantal “high tech” instellingen met kostbare hoogwaardige apparatuur en schaarse specialismen. Voor dit type zorg met meestal een opname van meerdere dagen is afstand van minder belang ten opzichte van het veiligheidsgevoel “in goede handen” te zijn. Daarnaast zijn er de eerstelijnsvoorzieningen op wijkniveau. Tussen de high tech instellingen en de eerstelijnsvoorzieningen is er vraag naar voorzieningen op eenvoudig bereisbare afstand voor specialistische maar geen topklinische zorg- en dienstverlening. Hier moet men terecht kunnen voor onderzoek, diagnostiek en behandeling ter ondersteuning of in aanvulling op de eerstelijnszorg. Naast een korte reisafstand dient de omvang en aankleding zodanig te zijn dat de patiënt zich welkom voelt en mens in plaats van een interessant medisch geval. Het zijn vooral déze voorzieningen die vragen om een ontwerp conform het hier beschreven ‘beter’ huis. Een plek waar men niet langer hoeft te vertoeven dan nodig is, in een aangename omgeving met een prettige bejegening!

De gesignaleerde ontwikkeling naar een andere, met name voor patiënten meer efficiënte patiëntenlogistiek en een meer humaan verblijfsklimaat roept ook vragen op. Hoe gaat de balans straks uitvallen tussen integratie en segregatie van functies? Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen tot functionele integratie in bestaande ziekenhuisgebouwen? Hoe verhoudt de trend naar functionele integratie zich met de trend tot een steeds bedrijfsmatiger benadering van de gezondheidszorg? De noodzaak tot kostenbeheersing uit zich onder meer in het

maximaliseren van het aantal behandelingen, verhoging van de eigen bijdrage en het zich terugtrekken tot de kernactiviteiten. Dit impliceert dat ziekenhuizen zich meer en meer concentreren op de cure i.c. onderzoek, diagnose en behandeling, en de care i.c. patiëntenhuisvesting voor verzorging en verpleging wegzetten in de bedrijfskolom bij verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Verdergaande scheiding van cure en care heeft uiteraard ingrijpende ruimtelijke en organisatorische consequenties. Wie gaat bijvoorbeeld de regiefunctie vervullen die tot nu toe door de ziekenhuizen wordt opgeëist? Er zijn nog veel vragen te beantwoorden! We zullen de ontwikkelingen dan ook nauwlettend blijven volgen.

Literatuur

Devriese, N. (2001), Van ziekenhuis naar beterhuis. Afstudeerscriptie Faculteit Bouwkunde Technische Universiteit Delft.

Hoekstra, E., I. van Liempd e.a. (2000), Ruimte voor patiënten. Bouwen aan ziekenhuizen vanuit patiëntenperspectief. Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg, Amsterdam.

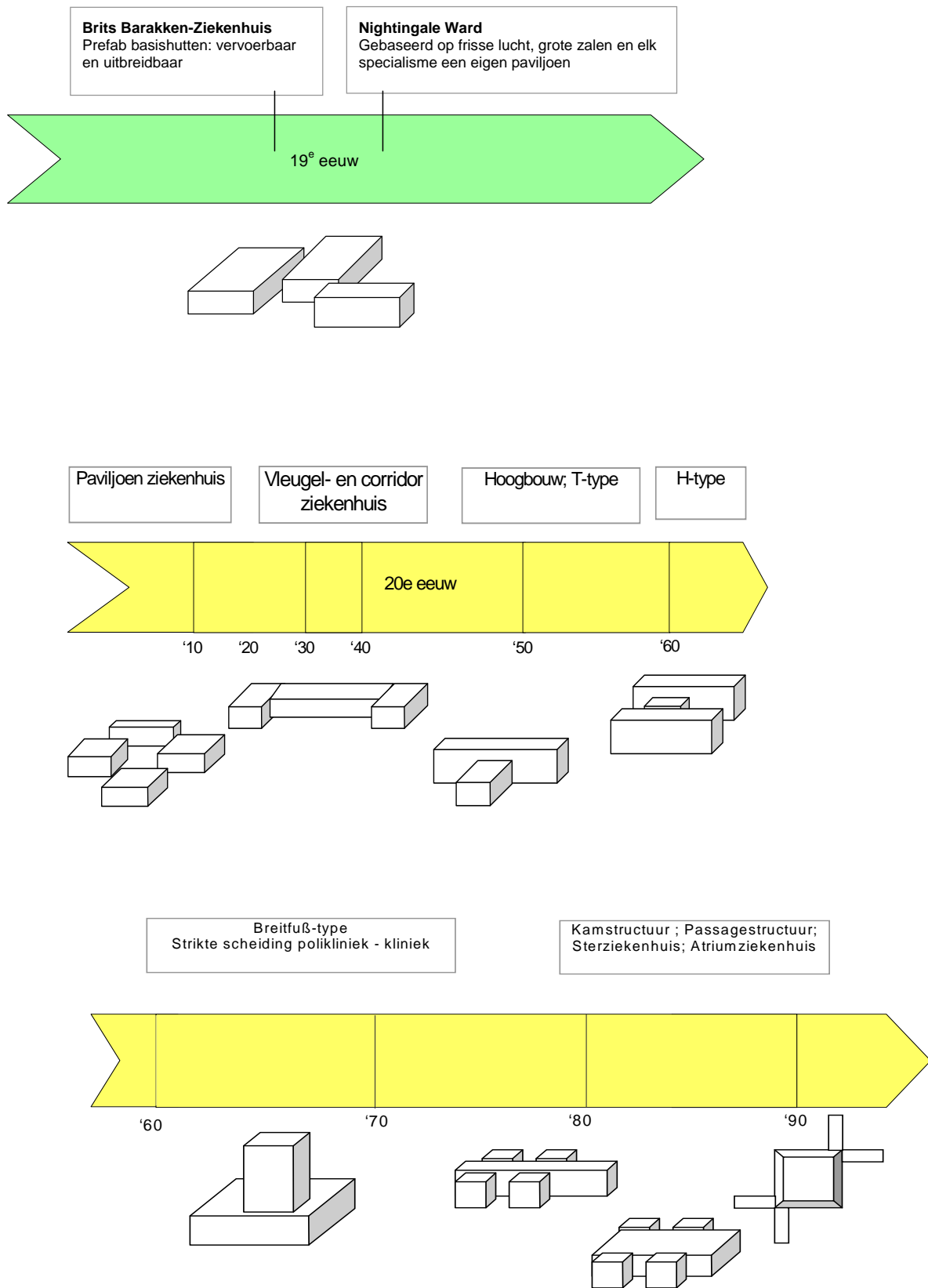
Nederlands Patiënten en Consumentenplatform (1996), Het ziekenhuis. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht.

Niclaes, M.N., P. Lüthi en D.J.M. van der Voordt (1994), Ouderen in ziekenhuizen. Problemen en oplossingen voor gebouw en inrichting. Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg, Amsterdam.

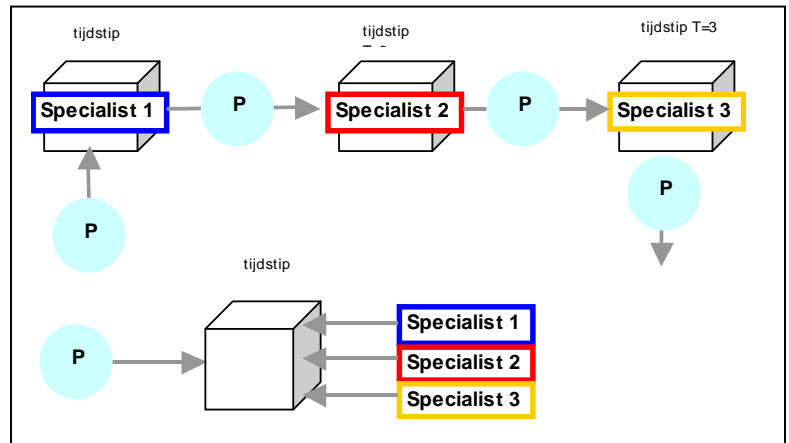
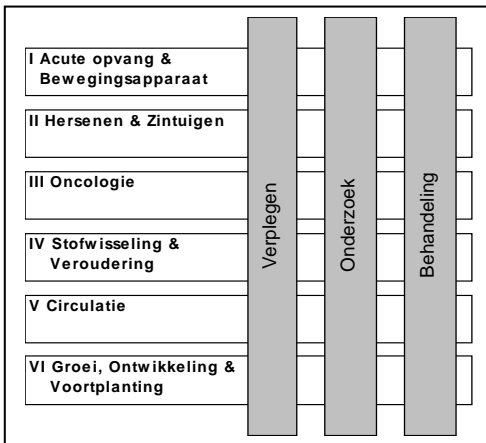
Ir. N. Devriese is recent afgestudeerd aan de afdeling Bouwmanagement en Vastgoedbeheer van de Faculteit Bouwkunde, Technische Universiteit Delft.

Dr.ir. D.J.M. van der Voordt is universitair docent en onderzoeker aan de afdeling Bouwmanagement en Vastgoedbeheer van de Faculteit Bouwkunde, Technische Universiteit Delft.

Ing. M.J. Belderok is senior consultant bij PRC Bouwcentrum te Bodegraven en voorzitter van de Raad van Toezicht van een zorginstelling.

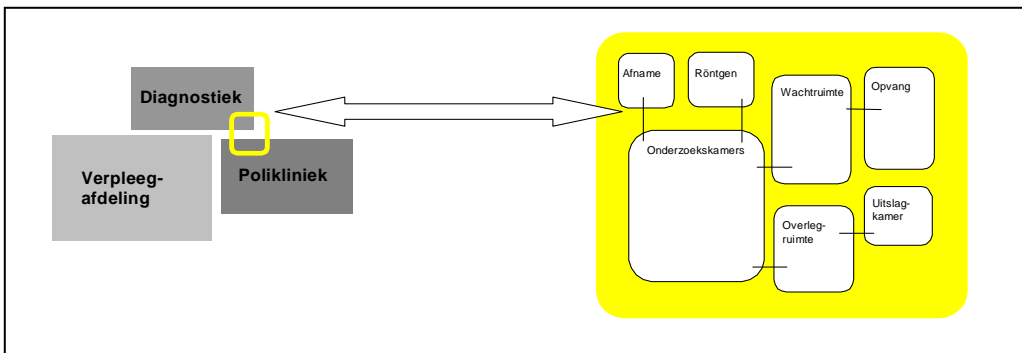


Figuur 1-3 Ruimtelijk-bouwkundige ontwikkelingen van ziekenhuizen in de afgelopen



Figuur 4 Van functionele ordening naar integratie van hoofdfuncties per thema

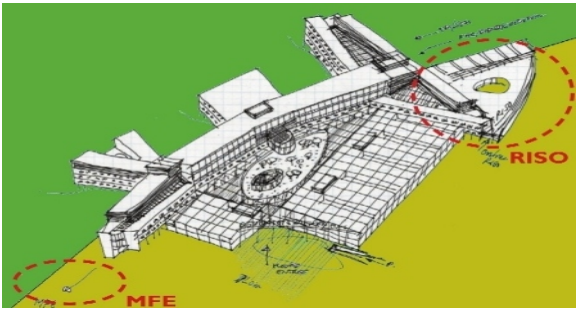
Figuur 8 B Conceptuele opzet multidisciplinair spreekuur



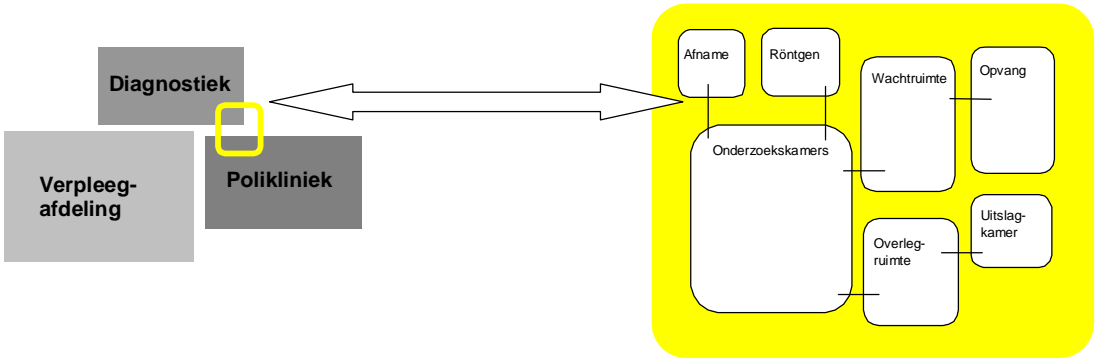
Figuur 8 A Voorbeeld mamapoli (Integratie van hoofdfuncties in een polikliniek)



**Figuur 6: Structuurplan
Vlietland ziekenhuis,
Schiedam**



**Figuur 7: Structuurplan
Deventer Ziekenhuis**



Figuur 8 Conceptuele opzet van een Mamapoli voor borstonderzoek