

*Lay-out* is een onregelmatig verschijnende uitgave over ontwerpende onderzoeken die met steun van het Stimuleringsfonds voor Architectuur tot stand zijn gekomen. Het fonds nodigt ontwerp bureaus uit om een uitgave van *Lay-out* samen te stellen.

*Urban Hospitality* is een ontwerpend onderzoek van bureau +Architecture in samenwerking met Stereo Architects naar de mogelijkheden voor een kleinschalige ziekenhuisarchitectuur. In een nieuwe vraaggestuurde zorgmarkt introduceren zij het strategische concept 'Urban Hospitality', persoonlijke zorg als onderdeel van andere voorzieningen op wijk- en buurt-niveau.



# Urban Hospitality

## Kleinschalige zorg in de stedelijke omgeving

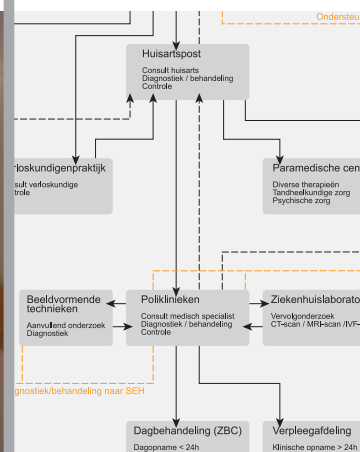
De zorgmarkt

2



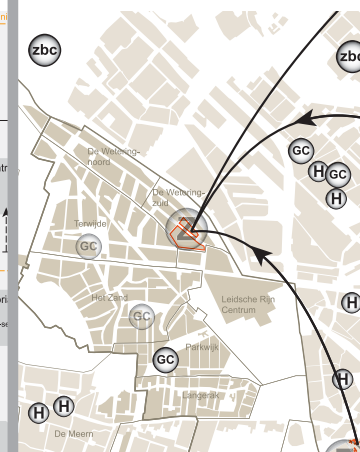
Delen  
Loskoppelen  
van zorg

4



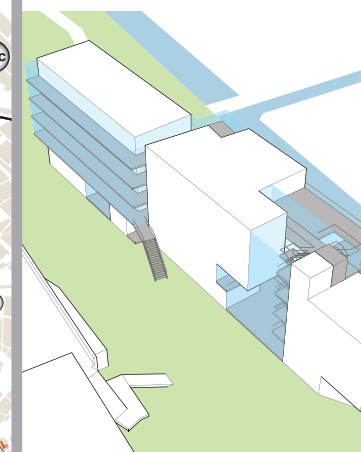
Plaatsen  
Onderzoekslocatie  
Leidsche Rijn

6



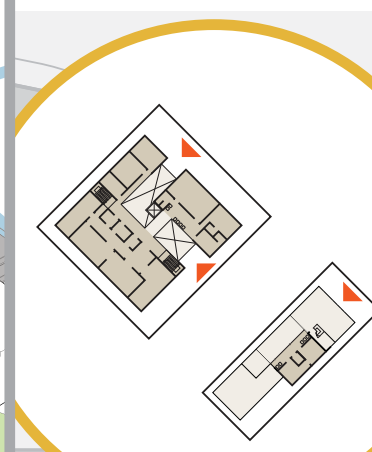
Transformeren  
Typologie van het  
zorggebouw

9



Conclusies

14



# De zorgmarkt



Universitair Medisch Centrum Utrecht, locatie AZU



**Een ziekenhuis is een openbaar gebouw, maar het wordt lang niet altijd als gastvrij ervaren. De sfeer is er koel en de confrontatie met de ongewenste kanten van het leven, ziekte en dood, roept ongemakkelijke gevoelens op. De veelal grootschalige, onpersoonlijke gebouwen waarin deze instellingen gehuisvest zijn versterken deze gevoelens. Urban Hospitality is een onderzoek dat er op gericht is de zorg persoonlijker te maken. Onderzocht is of het ziekenhuisprogramma gedeeltelijk opgesplitst kan worden in kleinere programma's die gecombineerd zijn met andere voorzieningen op wijk- en buurtniveau. De ziekenzorg wordt naar de mensen toe gebracht. Zorg is niet langer geïsoleerd en anoniem, maar maakt deel uit van de alledaagse leefwereld.**

De kwaliteit van zorgvoorzieningen krijgt momenteel te weinig aandacht. Zorginstellingen en ziekenhuizen zijn vaak gebruiksonvriendelijke, grootschalige gebouwen waar de belangen van de medische organisatie prevaleren boven die van de patiënt en de kwaliteit van de publieke ruimte. De zorgsector is lange tijd een relatief gesloten sector geweest. Maar door de introductie van een vraaggestuurde, zelfregulerende zorgmarkt verandert dit snel. Er ontstaat een nieuwe dynamiek in het zorgvastgoed en meer aandacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de kwaliteit in de zorg. Nieuwe wetgeving versterkt de positie van de patiënt en patiëntenorganisaties. Marktwerking schept ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe typen zorginstellingen. Nu de vraag naar zorg toeneemt, richt het onderzoek Urban Hospitality zich op het verbeteren van de functionaliteit en (ruimtelijke) kwaliteit van de zorg. Bovendien richt het ontwerponderzoek zich op het vormgeven van zorgvoorzieningen in relatie tot het publieke domein. De verzorgingsstaat doet een stap terug en er ontstaat hernieuwde aandacht voor de verantwoordelijkheid van burgers en voor de betrokkenheid van de buurt. Decentralisatie van zorg kan hier in belangrijke mate een bijdrage aan leveren.

## Zorgvoorzieningen in de alledaagse leefomgeving

Veel recente architectuurstudies richten zich op herpositionering van het bestaande zorgaanbod in de vorm van zorgboulevards en commerciële Healthparks. Deze vereisen weliswaar transformaties van het huidige ziekenhuisinterieur, maar er verandert weinig aan de positie van het ziekenhuis in het stedelijk netwerk, aan de bereikbaarheid, toegankelijkheid en schaalgrootte. Door de zorg te benaderen vanuit de patiënt ontstaan meer mogelijkheden om de zorgvoorzieningen te verweven met de stedelijke omgeving. Door de architectuur te benaderen vanuit de maatschappelijke betekenis van zorgvoorzieningen veranderen de prioriteiten in de programma's. Op basis hiervan ontstaan interessante nieuwe typologieën. Deze kunnen beter inspelen op de beleving van de patiënt.

Bovendien maken de kleinschalige zorgvoorzieningen deel uit van het alledaagse sociaal ruimtelijke netwerk en versterken ze de publieke ruimten.

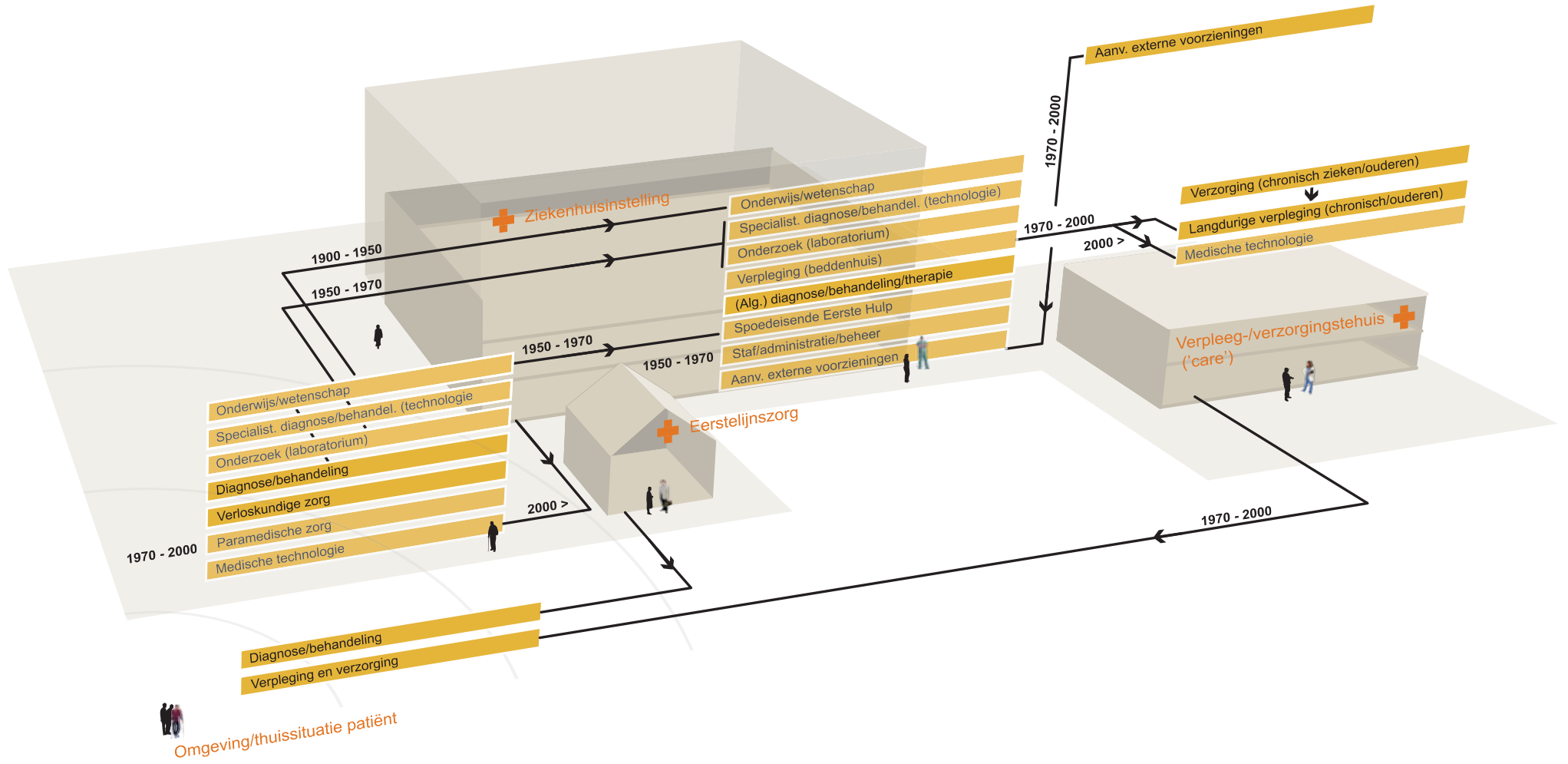
## Vertrekken vanuit patiëntengroepen

Doelstelling van het onderzoek is om nieuwe architectonische en stedenbouwkundige typologieën te ontwikkelen, waarin onderdelen van de traditionele ziekenhuiszorg ondergebracht zijn. Het ziekenhuis maakt deel uit van een zorgnetwerk. De grenzen tussen de onderdelen van dit netwerk verschuiven en vervagen. Het ziekenhuis in zijn huidige programmatische vorm verdwijnt. Het onderzoek concentreert zich op de decentraliseren onderdelen. De benadering is niet sectoraal, maar integraal. De decentralisatie maakt nieuwe combinaties met andere vormen van zorg mogelijk. Hierbij is het vertrekpunt de zorg die een specifieke patiëntengroep nodig heeft. Deze zorg is uit het bestaande ziekenhuiszorgprogramma getild. Het onderzoek concentreert zich op enkele kansrijke patiëntengroepen. Deze cases dienen als voorbeeld voor een mogelijke totale reorganisatie van de zorg.

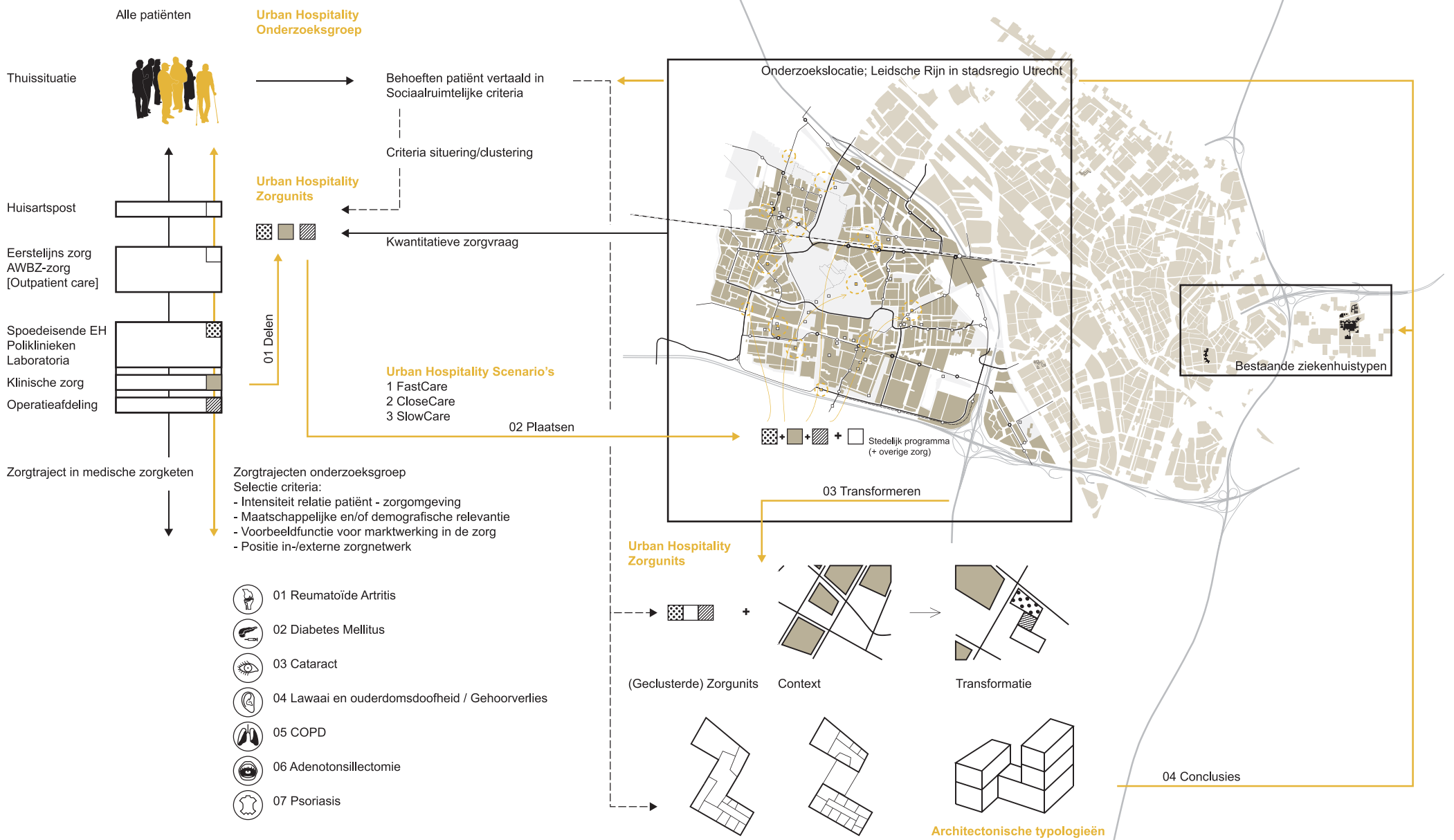
Het ontwerponderzoek bestaat uit vier fasen:

- **Delen:** decentralisatiestrategie  
De focus ligt op een praktische, functionele benadering vanuit de patiënt. Resultaat is zorg 'op maat' in de vorm van een samengesteld product.
- **Plaatsen:** locatiekeuzes  
De stadsregio Utrecht en Leidsche Rijn dienen als context. De zorgvoorzieningen zijn geïntegreerd in een bestaande situatie en gebundeld met andere faciliteiten.
- **Transformeren:** typologisch onderzoek voor zorgunits  
Voor vijf locaties op verschillende schaalniveaus zijn ruimtelijke typen, 'care-units' uitgewerkt. Centraal staat de interactie tussen mens en zorg in het overgangsgedebied tussen privé en openbaar, commercieel en publiek.
- **Conclusies:** evaluatie van het ontwerponderzoek in relatie tot de actuele zorgpraktijk





Onderzoekopzet Urban Hospitality



# Delen

## Loskoppelen van zorg

Decentralisatie van de zorg is gebaseerd op een ordening van medische programma's rondom verschillende patiëntgroepen. Sturend voor de reorganisaties is het zorgpad van patiënten. Hierdoor is het onderzoekskader verbreed van de analyse en transformatie van het bestaande ziekenhuisaanbod naar de keten van zorg waarin het ziekenhuis zich bevindt. Deze keten omvat zowel de thuissituatie via de eerstelijnszorg (laag-drempelige zorg in de buurt, zoals de huisarts of fysiotherapeut) als de tweedelijnszorg (de bestaande ziekenhuiszorg waar toegang alleen toe verkregen wordt na verwijzing uit de eerstelijns).

Het onderzoek vertrekt dus niet vanuit het uitplaatsen of verzelfstandigen van afdelingen van de bestaande ziekenhuisorganisaties. Wel wordt de zorg, die deel uitmaakt van specifieke zorgpaden, ontkoppeld uit bestaande eerste- en tweedelijns zorginstellingen. Vervolgens ontstaan nieuwe (zelfstandige) voorzieningen georganiseerd op basis van zorgtrajecten, die deel uitmaken van een herzien ketenmodel.

De zorgbeleving van patiënten verschilt en is onder andere afhankelijk van persoonlijke kenmerken en van de aard van het zorgtraject. Dit traject omvat activiteiten en behandelingen die voortvloeien uit de aandoening van de patiënt. Het zorgtraject wordt getypeerd aan de hand van drie aspecten:

- het zorgtype; bijvoorbeeld reguliere, spoedeisende of multidisciplinaire zorg
- de diagnose; de aard en het stadium van de ziekte of stoornis en de vooruitzichten
- de behandeling

De behandeling is weer onder te verdelen in de aard van de behandeling (eenvoudig of multidisciplinair complex), het type behandeling (conservatief dus medicinaal of therapeutisch, of operatief) en de tijdsduur van de behandeling, frequentie en setting. De behandeling is van grote invloed op de zorgbeleving.

Bij de samenstelling van de patiëntengroepen, waarvan de zorgpaden zijn benut voor het samenstellen van nieuwe zorgcombinaties is gelet op een aantal kenmerken:

#### *De intensiviteit van de relatie patiënt - zorgomgeving*

Chronisch zieken, senioren en kinderen beleven de zorg intensief. Zij bepalen in dit onderzoek de 'kritische ondergrens' voor het functioneren en de kwaliteit van de zorgomgeving.

#### *Maatschappelijke en/of demografische relevantie*

Ziektebeelden zijn mede geselecteerd op basis van de hoogte van hun incidentie (het aantal nieuwe gevallen van een ziekte per jaar, per hoofd van de bevolking) en prevalentie (het aantal personen dat een bepaalde ziekte heeft in een jaar, per hoofd van de bevolking, het vóórkomen) en significante trends in prevalentie en incidentie.

#### *Voorbeeldfunctie voor marktwerking in ziekenhuizen*

De behandelingen van de geselecteerde patiënten vallen in het zorgsegment B. Over deze behandelingen zijn vanaf 2005 prijsonderhandelingen mogelijk. Veelal zijn dit planbare behandelingen waarvoor vrije prijsvorming geldt, ongeveer 20 procent van de zorg. Voor ziekenhuizen is het interessant om hun zorgaanbod efficiënter in te richten. Optimalisatie van het vastgoedgebruik, doelmatigheid van het logistieke proces en een ranglijst van duurste aandoeningen in Nederland zijn mede van invloed op de selectie van patiëntengroepen.

#### *Positie in het bestaande interne en externe (stadsregionale) zorgnetwerk*

Medisch-organisatorisch complexe ziektebeelden zijn niet in dit onderzoek meegenomen. Maar wel complexe ziektebeelden waarvoor de zorg een logistieke relatie heeft met externe (eerstelijns) zorgprogramma. Dit biedt mogelijkheden voor nieuwe combinaties.

De geselecteerde onderzoeksgroep van Urban Hospitality bestaat uit patiënten met de volgende ziektebeelden:



#### **Reumatoïde Artritis**

RA, oftewel chronische gewrichtsreuma, is een van de meest ernstige reumatische aandoeningen. De ziekte staat in de top vijftien van de meest recente lijst (2003) van jaarprevalentiecijfers van de meest voorkomende ziekten in de bevolking. Er wordt voor 2020 een toename van patiënten met RA verwacht met 27 procent, gerelateerd aan de vergrijzende samenleving. RA is een chronische ziekte en kent relatief lange ziekenhuisopnames.



#### **Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus (type 1 en 2) staat in de top vijf van de meest recente lijst van de meest voorkomende ziekten in de bevolking. Gerelateerd aan de consumptiemaatschappij en vergrijzing wordt voor 2025 een toename van het aantal patiënten verwacht van meer dan 32 procent. Diabetes is een chronische stofwisselingsziekte met een zeer frequent zorggebruik. De behandeling ervan valt in het B-segment.



#### **Cataract**

Cataract, of ook wel grijze staar, een vertroebeling van de ooglens, staat op nummer zes van de meest recente lijst van de meest voorkomende ziekten in de bevolking. Door de vergrijzende samenleving is er een significante stijging in incidentie en prevalentie van de aandoening. De behandeling van cataract is relatief eenvoudig en valt in het B-segment. Door de hoge frequentie waarmee staaroperaties worden uitgevoerd, is de ziekte een van de hoogste kostenposten in de gezondheidszorg. Er zijn binnen- en buitenlandse voorbeelden van geoptimaliseerde zelfstandige oogklinieken die hoge kwaliteit leveren.



#### **Lawaai en ouderdomsdoofheid/ gehoorverlies**

Lawaai- en ouderdomsdoofheid staat op nummer zeven van de meest recente lijst van de meest voorkomende ziekten in de bevolking. Deels is dit te verklaren door het toenemende aantal senioren. De behandeling van de aandoening is relatief eenvoudig. Efficiëntie, gemak en specifiek de toegankelijkheid van de zorg voor senioren zijn aandachtspunten voor het uitplaatsen van deze zorg uit de tweedelijns.



#### **COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease - chronische bronchitis en longemfyseem)**

COPD staat in de top tien van de meest recente lijst van de meest voorkomende ziekten in de bevolking. Deels als gevolg van de rookgewoontes in ons land. Verwacht wordt dat het aantal COPD-patiënten tot 2025 zal stijgen met 38 procent. Het is een chronische aandoening met een relatief eenvoudig maar langdurig en frequent zorggebruik. Het huidige beslag op de ziekenhuiszorg is groot: 30 procent van de verpleegdagen voor het specialisme Longziekten komt voor rekening van COPD-patiënten. Het aandeel polikliniek bezoeken ligt nog veel hoger.



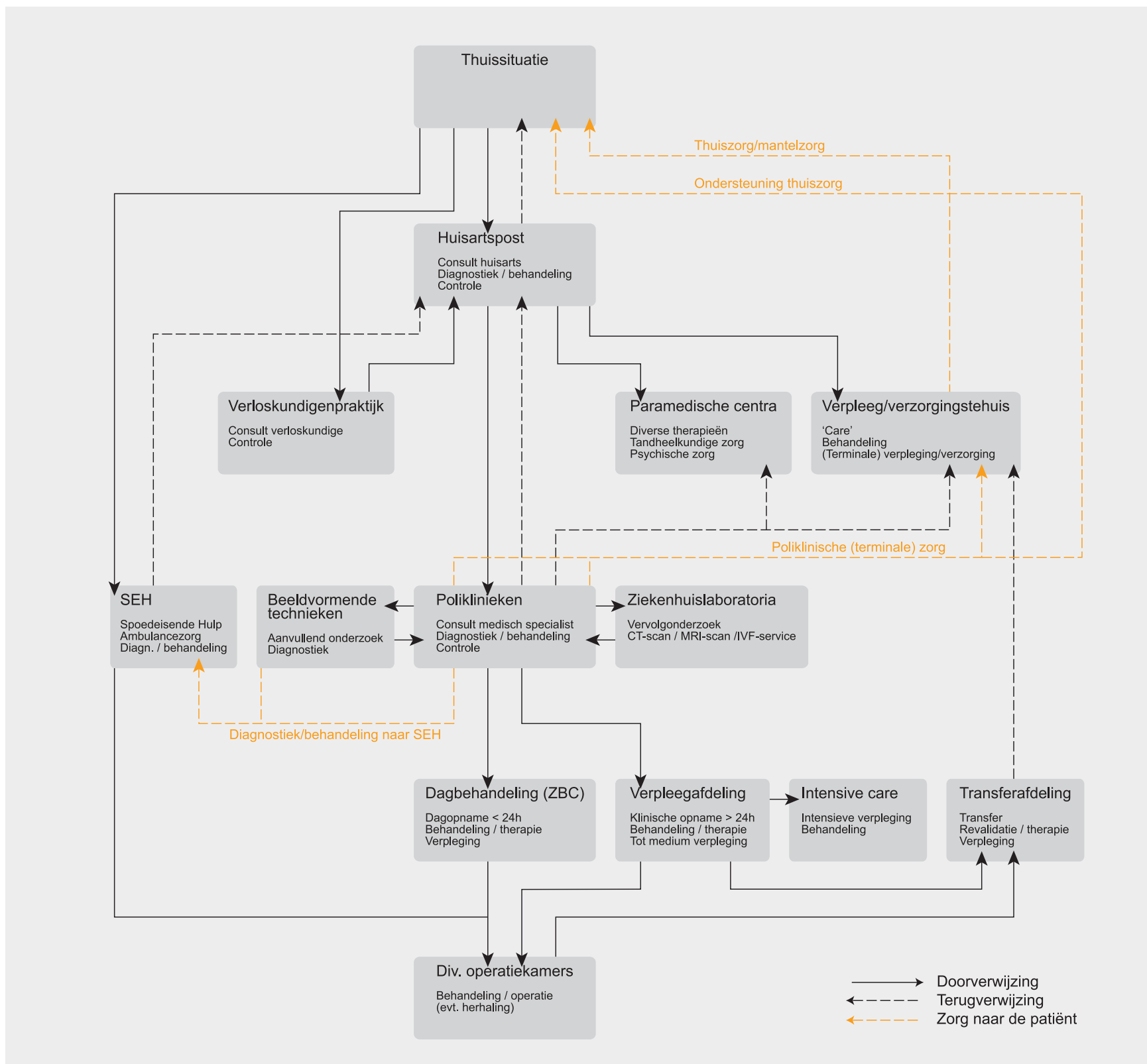
#### **Ziekten van de Adenoïd en Tonsillen**

Deze patiëntgroep bestaat uit kinderen die aanvullende eisen stellen aan de zorgomgeving. De behandeling van de chronische ziekte van de adenoïd en/of tonsillen, de operatieve verwijdering van de keel- en neusamandelen (adenotonsillectomie), is eenmalig en relatief eenvoudig. De behandeling valt in het B-segment van de zorg.



#### **Psoriasis**

Psoriasis is een veel voorkomende chronische huidaandoening, gekenmerkt door een langdurig zorggebruik. Behandeling en verpleging zijn relatief eenvoudig, de setting is toegankelijk en het verblijf van de patiënt in de zorgomgeving is frequent en langdurig.



	01 Reumatoïde Artritis	02 Diabetes Mellitus	03 Cataract	04 LO Doofheid	05 COPD	06 Ziekte Adenoid/Tonsillen	07 Psoriasis
Thuis		Thuiszorg			Thuiszorg		Thuis therapie
Huisartspost	Consult Begeleiding	Consult Behandeling	Consult	Consult	Consult	Consult	Consult
Paramedische centra	Fysiotherapie	Fysiotherapie Podotherapie Diëtetiek			Fysiotherapie Diëtetiek		
Externe commerciële partij Verpleeg/verzorgingstehuis Verloskundigepraktijk				Audicien			
SEH							
Poliklinieken	Poli Reumatologie	Poli In.Geneeskunde	Poli Oogheelkunde	Poli KNO (Audiolog.)	Poli Longziekten	Poli KNO	Poli Dermatologie (th)
	PO Screening Poli Fysiotherapie		PO Screening Poli		Fysiotherapie	PO Screening Poli	
Diverse ziekenhuislaboratoria	Prikpoli/laboratorium	Podotherapie Diëtetiek			Diëtetiek Laboratorium (LFO)		
Dagbehandeling			Opname/herstel			Opname/herstel	Therapiën
Klinische verpleging (tot medium care) Intensive care Transferafdeling	(Opname)/Herstel						
Diverse operatiekamers	Operatie		Operatie			Operatie	

Urban Hospitality zorg
Thuiszorg
Huisartspost
Fysiotherapie
Podotherapie
Diëtetiek
Audicien
Poli Reumatologie
Poli Inw.Geneeskunde
Poli Oogheelkunde
Poli KNO (Audiolog.)
Poli Longziekten
Poli Dermatologie (th)
PO Screening Poli
Fysiotherapie (ergoth.)
Podotherapie
Diëtetiek
Prikpoli/laboratoria
Div. Dagbehandeling
Dagbehandel. terapiën
Klinische verpleging
Diverse operatiekamers

### Urban Hospitality programma

Het programma dat resulteert uit de behandeling van deze zeven patiëntgroepen is zeer divers. Het omvat behandel- en verpleegfaciliteiten en ondersteunende eenheden als laboratoria, onderzoeksfaciliteiten en diagnostische centra. Organisatorisch gaat het zowel om medische specialismen als om eerstelijnszorg in een klinische setting. Het betreft chronische, urgente en electieve (uitgestelde) zorg. Een aantal programma's kunnen vanuit meerdere zorgtrajecten worden uitgeplaatst. Met name (poli)klinische fysiotherapie en diëtetiek (paramedische zorg in een klinische setting) en preoperatieve screening (POS) blijken al bij een klein aantal patiëntgroepen interes-

sant om uit de bestaande ziekenhuisinstelling te plaatsen. Analyse van de zorgpaden van de verschillende patiëntgroepen laat zien dat behandelingen van deze patiënten soms vergelijkbaar zijn en qua technische setting aan elkaar gerelateerd. Dat maakt het mogelijk om nieuwe zorgunits op te zetten die ruimte bieden aan één of meerdere disciplines en zorgprogramma's. In dit ontwerponderzoek ligt de programmatische focus op de zorgketens rondom diverse patiëntgroepen. Maar bij reorganisatie van deze ketens ontstaan er diverse relaties tussen zorgunits onderling. De zorgunits verschillen echter qua schaal en qua combinatie van functies.

Zeven zorgketens bij de zeven ziektebeelden zijn schematisch weergegeven, van de eerste diagnose tot en met het totaal aan behandelingen en eventuele nazorg. De mogelijk uit te plaatsen ziekenhuisonderdelen worden voorgesteld als 'Urban Hospitality' zorg (oranje). Binnen de gekozen groepen kan bijna het hele ziekenhuisprogramma worden uitgeplaatst. Een uitzondering is de operatie bij Reumatoïde Artritis, waarvoor een geconcentreerd operatiecentrum nodig is.



# Plaatsen

## Onderzoekslocatie Leidsche Rijn

In de relatie tussen zorggebouwen en stedelijke omgeving is schaalgrootte cruciaal. Het streven om maatschappij en zorg meer met elkaar te verbinden heeft tot nu toe vooral geleid tot het opnemen van stedelijk programma in het ziekenhuis. Gevolg was schaalvergroting van het ziekenhuis. Ziekenhuizen raken zo opnieuw geïsoleerd van het stedelijk weefsel. Bij het plaatsen van de zorgvoorzieningen met de nieuwe programma's hebben we onderzocht wat de zorgsector kan betekenen voor de alledaagse stad. De Vinex-locatie Leidsche Rijn in de stadsregio Utrecht dient als context voor het ontwerpend onderzoek.

### Onderzoekslocatie stadsregio Utrecht

De stadsregio Utrecht kent een grote variatie aan woonvormen, van grootstedelijke milieus tot kleine kernen en uitbreidingswijken. Het bestaande zorgnetwerk in de regio is zeer geconcentreerd en wordt gevormd door: algemene en academische ziekenhuizen en buitenpoliklinieken, zelfstandige behandelcentra (ZBC < 24 uren opname), privéklinieken, gezondheidscentra en huisartspraktijken. Naar verwachting opent Mesos Medisch Centrum in 2010 een nieuw ziekenhuis in Leidsche Rijn. Als gevolg hiervan zullen de huidige ziekenhuizen in het noorden en westen van Utrecht, Mesos Oudersrijn en Mesos Overvecht, verdwijnen. Dit geldt ook voor de buitenpolikliniek in Bilthoven die al eerder was opgenomen in Mesos Overvecht.

Het wegtrekken van gezondheidszorgvoorzieningen uit de Utrechtse wijken ten behoeve van de bouw van een nieuw grootschalig tweedelijns zorgcentrum in Leidsche Rijn biedt nieuwe kansen. Hierin kan de decentralisatiestrategie van grote betekenis zijn.

Bij het bepalen van de meest strategische locaties is uitgegaan van de kwantitatieve zorgvraag van een totaal aan patiënten, van sociale en demografische kenmerken en van trends in de stadsregio Utrecht. Het uitplaatsen van programma-componenten in de wijken levert relatief de grootste meerwaarde op:

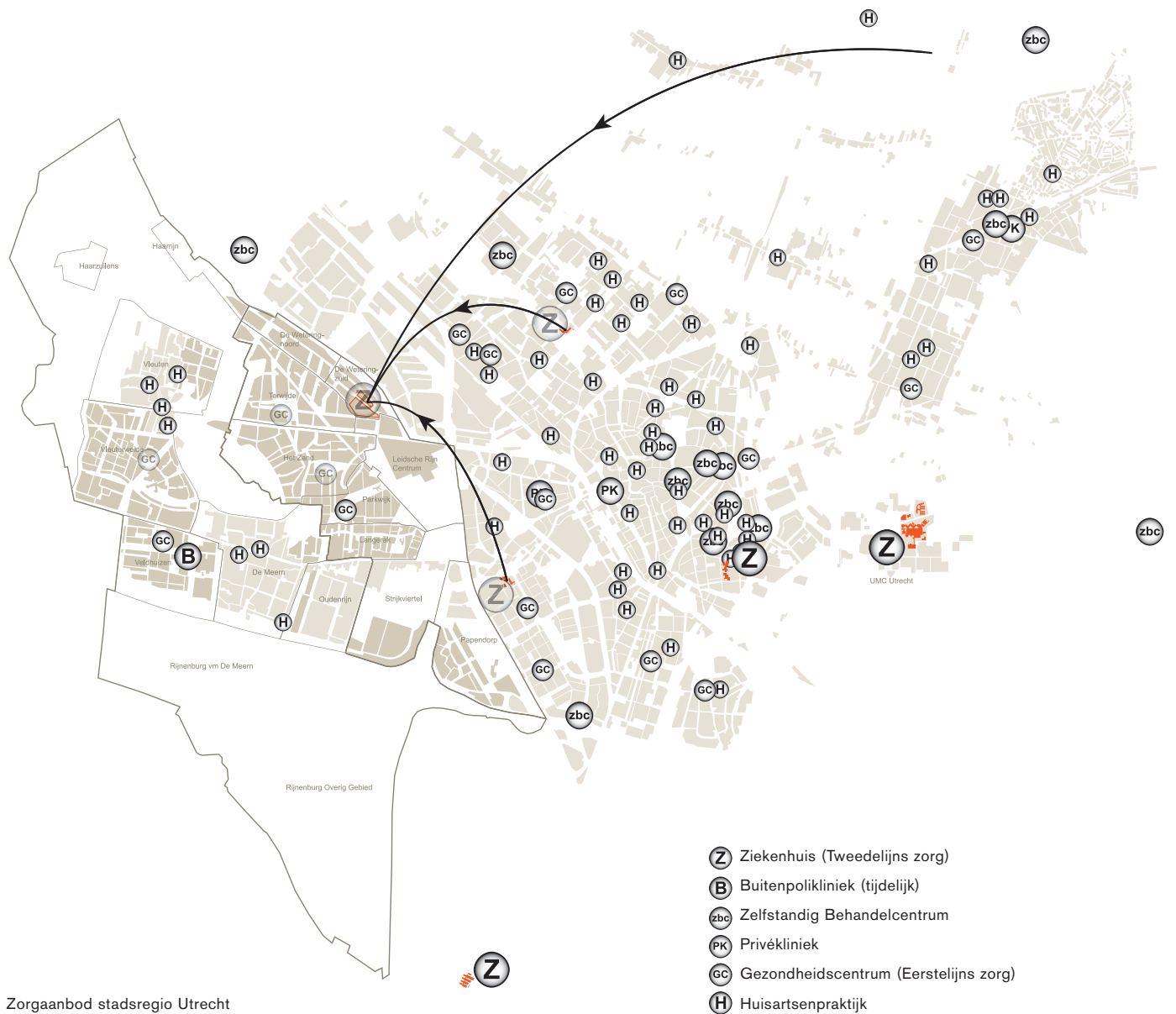
- nabij centrumstedelijke locaties waar veel mensen wonen of
- in suburbaan gebied gekenmerkt door een grote bevolkingsaanwas of
- in gebieden met veel senioren en wijken met een slechte gemiddelde gezondheidstoestand.

De vraag naar zorg is per potentiële locatie geïnventariseerd. Daarnaast is ook het aanbod van overige voorzieningen sturend bij de plaatsbepaling. Urban Hospitality kan een katalysator zijn voor het aanvullen van de tekorten aan dagelijkse basisvoorzieningen. Een publieke zorgunit kan aanjager zijn van stedelijke vernieuwing door intensivering van het gebruik van de openbare ruimte als ontmoetingsplaats. De potentie van Leidsche Rijn is groot, ook gezien de omvang van het stadsdeel en de mogelijkheden voor typologische diversiteit van de zorgunits.

### Stadsdeel Leidsche Rijn

Leidsche Rijn is een stadsdeel in ontwikkeling. Het is de grootste nieuwbouw- en Vinex-locatie van Nederland. In 2020 wonen er naar verwachting 80.000 inwoners op een totale oppervlakte van ongeveer 2500 hectare. Door bevolkingsgroei en doordat de wijk in de komende decennia zal vergrijzen, stijgt de vraag naar zorg. Het actuele zorgaanbod zal in de toekomst ontoereikend zijn.

Het onderzoek sluit aan op de situatie in Leidsche Rijn anno 2007, waarin nog geen sprake is van een grootschalig ziekenhuiscomplex op de bedrijvenlocatie langs de A2. Er is de



Zorgaanbod stadsregio Utrecht



Verdwenen tijdelijke voorzieningen in centrum Veldhuizen, Leidsche Rijn

Mesos buitenpolikliniek in de wijk Veldhuizen, maar voor tweedelijnszorg is men grotendeels aangewezen op instellingen buiten Leidsche Rijn: in Utrecht, Nieuwegein en Woerden. De eerstelijnszorg in de oude dorpen Vleuten en De Meern wordt aangevuld met nieuwe eerstelijnszorg gebundeld in deels gerealiseerde, en deels nog te ontwikkelen gezondheidscentra in de wijken. Er zijn plannen om naast het nieuw te bouwen Mesos Ziekenhuis een Health Park te ontwikkelen. Daarmee wordt verdere schaalvergroting ingezet. Het Health Park wordt een complete zorgboulevard, die alle denkbare zorg-

functies aanbiedt: preventie, 'cure' en 'care'. Als alternatief presenteren wij kleinschalige zorgunits.

Gegevens over incidentie en prevalentie van de geselecteerde ziektebeelden bepalen hoeveel patiënten in Leidsche Rijn kunnen worden verwacht. Cijfers over het landelijke zorgaanbod van de hierbij betrokken tweedelijnszorg geprojecteerd op de situatie en totale zorgvraag in Leidsche Rijn, geven een globaal inzicht in de hoeveelheid programma-componenten die kunnen worden geplaatst.

## Patiënt is vertrekpunt

Het afstemmen van de ruimtelijke omgeving op de behoeften van patiënten draagt bij aan het (stabiliseren van het) genezingsproces. Een ondersteunende omgeving draagt bij aan het fysieke, psychische en sociale welbevinden van een patiënt. Die omgeving bestaat uit de fysieke ruimte of ook wel *healing environment*, de ondersteunende mentale en de sociale ruimte. Deze opvatting, onder meer tot uitdrukking gebracht in *Supportive Design en Evidence Based Design* van Roger S. Ulrich, is in literatuur en praktijk voornamelijk uitgewerkt op het schaalniveau van het zorggebouw en het interieur. In de studie *Urban Hospitality* is deze benadering ook geprojecteerd op het niveau van het stadsdeel, de wijk en de buurt.

Specifieke behoeften, wensen en gevoelens die gerelateerd zijn aan de omgeving (deels gebaseerd op een uitgave van STAGG);

- Veiligheid
- Efficiëntie
- Keuzevrijheid
- Autonomie/zelfredzaamheid
- Oriëntatie
- Sociaal contact
- Territorium
- Attractie
- Comfort
- Privacy

De behoeften van de geselecteerde patiëntengroep ten aanzien van hun fysieke zorgomgeving zijn vertaald naar sociaal-ruimtelijke criteria. Deze zijn gekoppeld aan schaalniveaus en programma's. Overige wensen vinden we bijvoorbeeld terug in clustering, die bijdraagt aan efficiëntie. Dit kunnen homogene zorgclusters zijn, maar ook combinaties met andere functies, wat de integratie van zorgunits in het alledaagse leven bevordert. Dergelijke units komen tegemoet aan de behoefte aan sociaal contact, maar bevorderen ook de keuzevrijheid. Dergelijke overwegingen bepalen de differentiatie in het programma van de zorgunits in Leidsche Rijn.

## Drie scenario's

Het koppelen van de sociaal ruimtelijke en programmatische criteria aan de gedecentraliseerde zorgcomponenten vindt plaats op verschillende schaalniveaus. Uitgaande van de

geselecteerde patiëntengroepen en hun zorgbehoeften zijn drie plaatsingsscenario's beschreven. De scenario's beschrijven per thema, zowel de plaats van de programmacomponent in het netwerk, als de vorm en mogelijkheden tot bundeling van de zorgunit met een niet-medisch programma.

### Scenario I FastCare

FastCare gaat uit van de behoefte van patiënten aan autonomie, zelfredzaamheid en oriëntatie. Hierbij is goed bereikbare en toegankelijke zorg van belang, zowel met privé vervoer als met openbaar vervoer. Geschikt zijn locaties rond infrastructuur, verkeersknooppunten en netwerknopen zoals voorzieningen op stations en *drive-thru* projecten. De implementatie van de Urban Hospitality zorgcomponenten is in dit scenario tevens georganiseerd rond het toenemende gebruik van ICT en medische technologie. Actuele technologische toepassingen en elektronische patiëntendossiers duiden erop dat zorg ook interactief of mobiel kan worden vormgegeven, zodat behandeling daadwerkelijk zo dicht mogelijk bij de patiënt kan worden gebracht. Een voorbeeld hiervan uit de actuele praktijk is een initiatief van het Hart Long Centrum Utrecht (HLCU), huisartsen en Stichting Rhijnhuysen. Een 'hartfalenbusje' met een cardioloog, een verpleegkundige en diagnostische apparatuur aan boord, komt bij mensen thuis en doet diverse huisartspraktijken aan.

### Scenario II CloseCare

CloseCare wordt gekenmerkt door een buurt- en wijkcentrum oriëntatie en komt voort uit de behoefte van patiënten tot sociaal contact en sociale autonomie in de eigen wijk. Om sociale en ruimtelijke isolatie van de patiënt te voorkomen zijn de zorgcomponenten op dit schaalniveau geïmplementeerd: goed bereikbaar en al dan niet gebundeld met bestaande, dagelijkse wijkvoorzieningen en wijkzorgcentra. Bundeling van bestaande voorzieningencusters met de Urban Hospitality zorgunits kunnen het gebruik van de publieke ruimte versterken. De zorgunits in dit scenario zijn qua spreiding vergelijkbaar met de bestaande en geplande Julius Gezondheidscentra in Leidsche Rijn zoals die worden georganiseerd rond de eerstelijnszorg.

### Scenario III SlowCare

In het scenario SlowCare zijn de behoeften van patiënten aan een attractieve en stimulerende omgeving ingezet als sturende factor in de plaatsbepaling van de zorgcomponenten. Er is

uitgegaan van een situering in een rustige, groene context. Het scenario is een moderne variant van het ziekenhuis in een groene setting en speelt in op de consumententrend van vitaal en gezond leven. Niet alleen behandeling maar ook preventie is hierbij van belang. Het programma kan worden gebundeld met sportfaciliteiten, voedingswinkels of beauty- en wellness voorzieningen. Situering van programma onderdelen in de groene openbare ruimte bevorderen het collectieve gebruik.

## Randvoorwaarden

De behoeften van patiënten aan efficiëntie geldt voor alle soorten van zorg. Het is als randvoorwaarde opgenomen in dit onderzoek. In elk scenario is gestreefd naar bundeling met overig stedelijk programma, wanneer dit een logisch gevolg is vanuit een zorgtraject en het een meerwaarde oplevert voor de patiënt en de opbouw van de zorgunit.

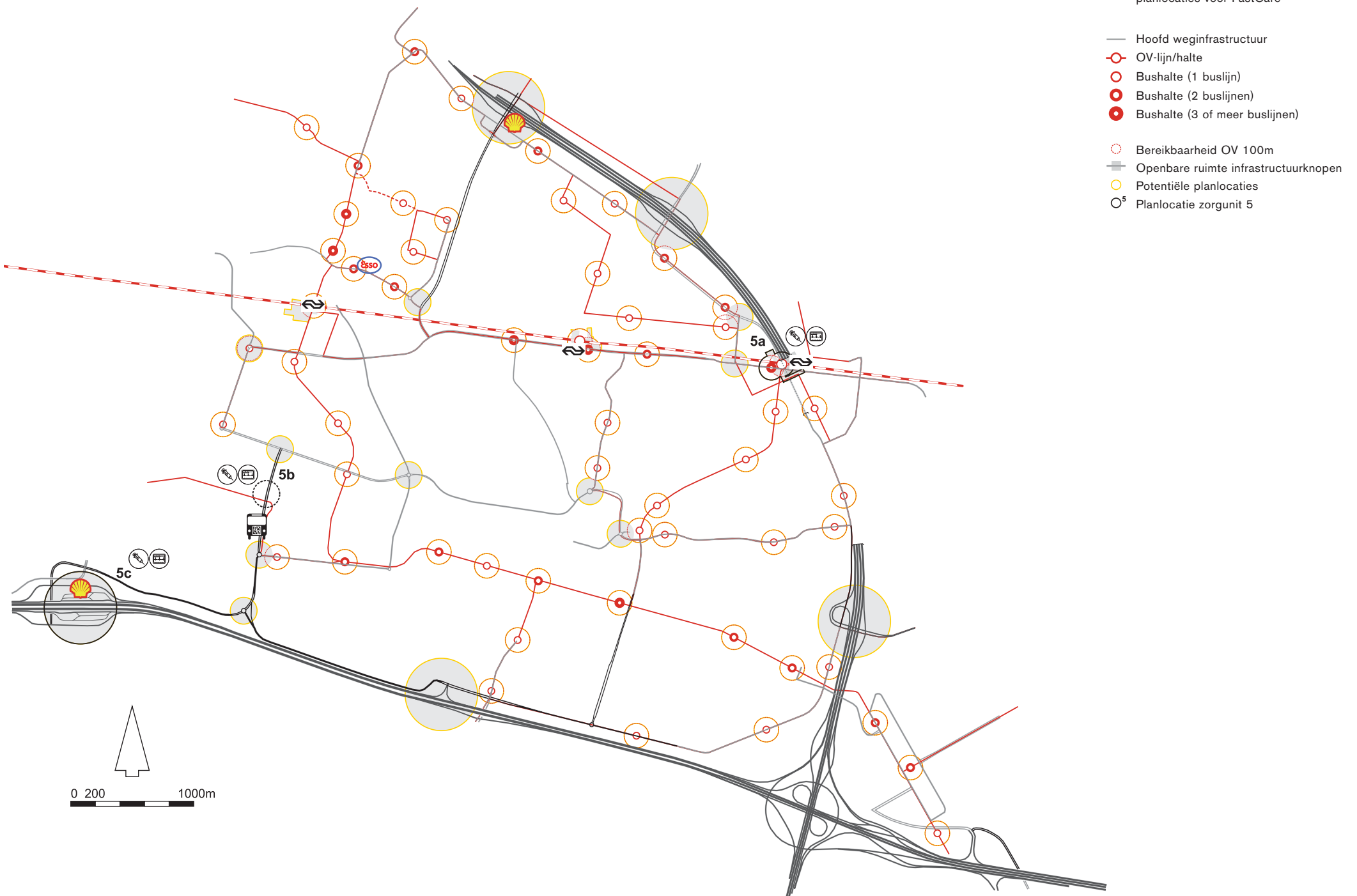
De vercommercialisering van zorgvoorzieningen zet in op een combinatie van tijdsbesteding van gebruikers en plaatsing van zorg in bijvoorbeeld supermarkten of nieuwe commerciële zorgtypes zoals de Check-U shopconcepten in Amsterdam, Leiden en Rotterdam. Marktwerving speelt ook een rol in de behoefte van zorggebruikers aan keuzevrijheid. Deze behoefte geldt eveneens voor alle zorg en is daarmee een tweede randvoorwaarde bij de plaatsing en bundeling van de componenten. Met name voor trajecten die op dit moment in het B-segment van de zorg vallen, waar dus prijsonderhandelingen mogelijk zijn, zijn variatie in zorgaanbod en optimale spreiding voor gebruikers en zorgaanbieders van belang (zoals de zorg rondom cataract). Dit belang groeit bij toenemende marktwerving in de zorg.

## Plaatsen Urban Hospitality zorg

De Urban Hospitality zorg is aan de hand van bovenstaande scenario's met bijbehorende criteria voor plaatsing en bundeling gelabeld. Het stadsdeel Leidsche Rijn (anno 2020) vormt de context. Het zorgnetwerk is nauwkeurig gerelateerd aan het stedelijke weefsel. In de figuren hieronder wordt inzichtelijk gemaakt op welke wijze de toekomstige stedelijke inrichting van het gebied een draagstructuur vormt voor het uitzetten van de gedecentraliseerde programmaonderdelen op specifieke locaties. In de figuren zijn in totaal negen potentiële locaties aangegeven voor Urban Hospitality zorg. De genummerde locaties 1 tot en met 5 zijn de planlocaties van de zorgunits in *Transformeren*.

### FastCare

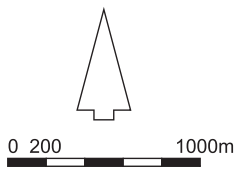
De toekomstige infrastructuur en knooppunten in Leidsche Rijn met planlocaties voor FastCare





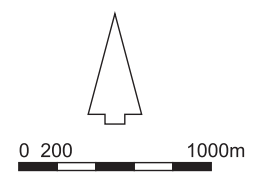
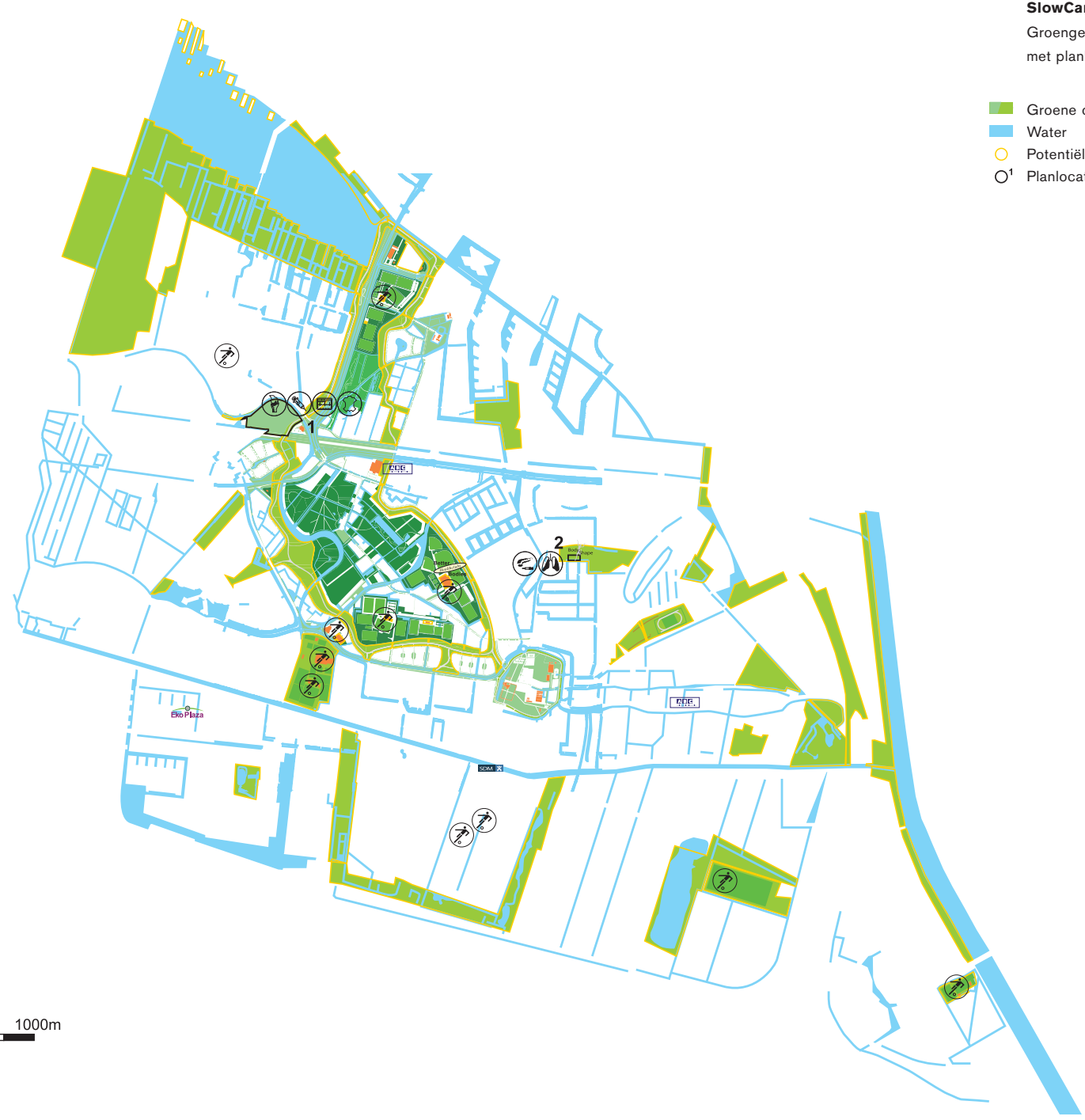
**CloseCare**  
 Buurt- en wijkvoorzieningen in  
 Leidsche Rijn met planlocaties voor  
 CloseCare

- Centrale publieke ruimte
- Bebouwing
- Potentiële planlocatie
- + Planlocatie Zorgunit 3 en 4



**SlowCare**  
 Groengebieden in Leidsche Rijn  
 met planlocaties voor SlowCare

- Groene openbare ruimte
- Water
- Potentiële planlocatie
- + Planlocatie Zorgunit 1 en 2





# Transformeren

## Typologie van het zorggebouw

Vijf van de negen potentiële zorgunits zijn nader uitgewerkt binnen de context van verschillende woonmilieus, groengebieden en verkeersknooppunten. Ze zijn typerend voor de functionele, ruimtelijke en sociale kwaliteit van Urban Hospitality. Uitgangspunt is de interactie tussen mens en zorg in het overgangsbied tussen privé en openbaar en tussen commercieel en publiek. Er ontstaan nieuwe plekken van betekenis in het alledaagse leven.

### Het publieke gebouw

Het onderzoek naar kleinschalige zorgarchitectuur richt zich op het schaalniveau van de buurt en op de fysieke inbedding in de sociaal ruimtelijke structuur van Leidsche Rijn. Om de ziekenhuiszorg uit zijn ruimtelijk isolement te halen is het zorggebouw geplaatst in het publieke domein. De relatie tot de publieke functie is van belang bij het functioneren van de zorgunit. Hoe worden sociale interacties in en om het gebouw mogelijk gemaakt of juist voorkomen? Hoe worden individuen en groepen door de ruimten geleid en hoe beïnvloedt het gebouw het welbevinden van gebruikers? Bij het ontwerp van de zorggebouwen is uitgegaan van de behoeften van de zorgconsument en de daaraan gekoppelde sociaal ruimtelijke criteria.

### Publiek versus privé

De architectuur van het gebouw dient een omgeving te scheppen waarin een patiënt zijn of haar waardigheid kan bewaren en waar de ontmoeting tussen patiënt en arts besloten kan plaatsvinden. Aanvullend is het van belang dat de patiënt controle heeft over zijn sociale omgeving en persoonlijke levenssfeer, dat wil zeggen dat de patiënt een bepaalde keuzevrijheid bezit. Indien in het zorggebouw andere functies zijn geïntegreerd is het aan de patiënt in hoeverre hij of zij in contact staat met de bezoekers van de andere functies. De spanning tussen architectuur en het publieke domein komt in de twee gebruikaspecten van publieke toegang en privé-gebruik het sterkst tot uitdrukking. Een te strikte interpretatie van het aspect privacy in het ontwerp kan ten koste gaan van het publieke domein. Omgekeerd kan met het omarmen van het publieke domein het intieme karakter van de zorg in het geding komen. Een genuanceerde en afgestemde organisatie van het gebruik van het zorggebouw is noodzakelijk. De mate van onderling contact en verschillende functionele ruimtes genereren differentiatie in de architectuur.

### Kleinschalige zorggebouwen

Om inzicht te verkrijgen in de programmatische en ruimtelijke mogelijkheden voor differentiatie van publiek en privé is een analyse gemaakt van de typologische kenmerken van bestaande kleinschalige zorggebouwen, de gezondheidscentra (GC). Deze analyse is feitelijk een kleinschalige tegenhanger van het typologische onderzoek dat al door diverse instanties is verricht naar grootschalige ziekenhuisinstellingen.

Gezondheidscentra hebben in hun algemene verschijningsvorm de volgende typologische kenmerken:

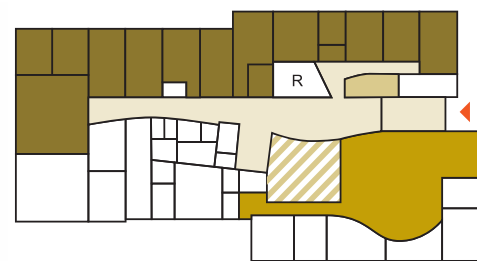
- **Introvert verkeersgebied:** De geanalyseerde centra hebben ofwel een enkele doodlopende gang of een dubbele corridor met kern, geflankeerd door diverse ruimtes. Behalve bij de ingang is er geen direct zicht vanuit dit verkeersgebied op de openbare ruimte.
- **Centrale ingang voor publiek:** Alle centra hebben een centrale ingang voor publiek die direct bij de receptie uitkomt. Dit heeft een praktische reden. Bij de balie wordt de bezoeker ontvangen, bovendien is er controle op de toegang en de centrale verkeersruimte mogelijk. Indien er een apotheek

aanwezig is, is deze zodanig gesitueerd dat directe toegang mogelijk is vanaf de ingang. Het bezoek van de apotheek hoeft dus niet verder het centrum te betreden.

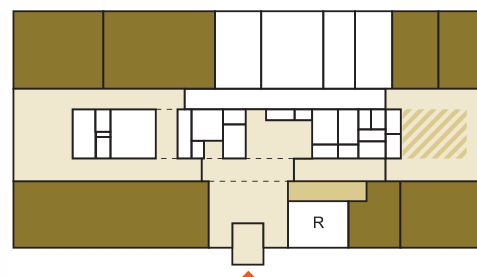
- **Situering privacy-gevoelige plekken:** In de spreek- en behandelkamers heeft de patiënt behoefte aan privacy, terwijl de arts behoefte heeft aan een lichte werkomgeving met uitzicht. Deze tegenstrijdigheid wordt opgelost door de spreek- en behandelkamers aan de buitenzijde van het gebouw te plaatsen, maar afgewend van de openbare weg. In de geanalyseerde GC's wordt hier telkens op een andere manier mee omgegaan.
- **Scheiding publieke ruimten van personeel:** In alle geanalyseerde GC's zijn de personeelsruimtes gescheiden van de publiek toegankelijke gebieden.

### Architectonische typologieën

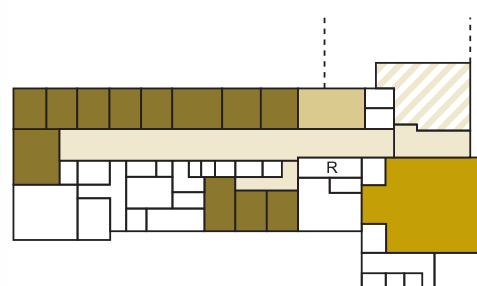
Voor elk scenario is minstens één zorgunit uitgewerkt. Naast het benutten van kansrijke locaties is uitgegaan van een optimale spreiding in het gebied en een maximale variatie aan planlocaties. De schaalgrootte van de zorgunits speelt een grote rol bij de inpassingmogelijkheden in het stedelijke weefsel en de beleving van de patiënt. Om de effecten van de decentralisatiestrategie in dit licht te kunnen onderzoeken, zijn zowel de zorgunit, die in zijn kleinste ruimtelijke en programmatische eenheid nog als zorginstelling functioneert, als de meest complexe en grootste zorgunit typologisch verkend. Deze laatste zorgunit is tevens een voorbeeld van een wijk-zorgcentrum in de vorm van een opgevaardeerd bestaand eerstelijns zorgcentrum.



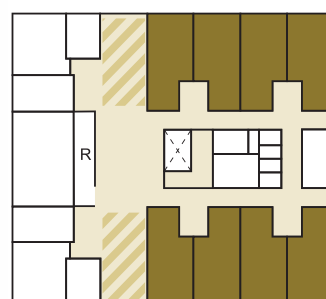
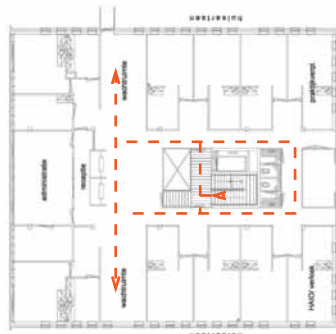
GC Prisma, Almere



GC Pootstraat, Delft



GC De Compagnie, Almere

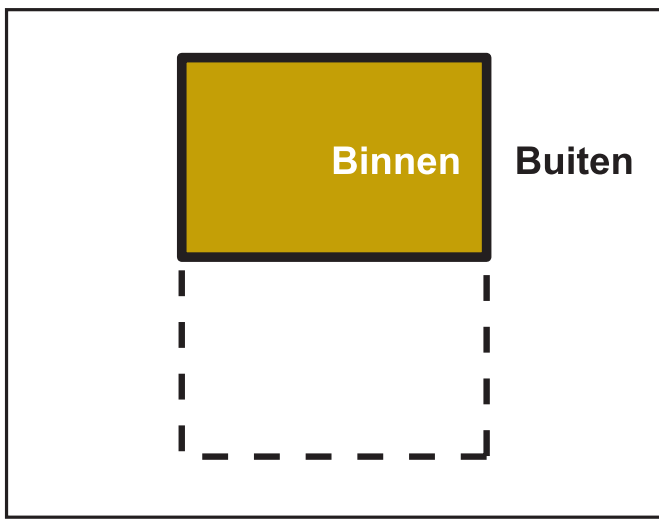


GC Archipel, Almere

- Verkeersruimte
- Wachruimte
- Extern programma
- Spreek-/behandelruimte
- R Receptie
- Routing

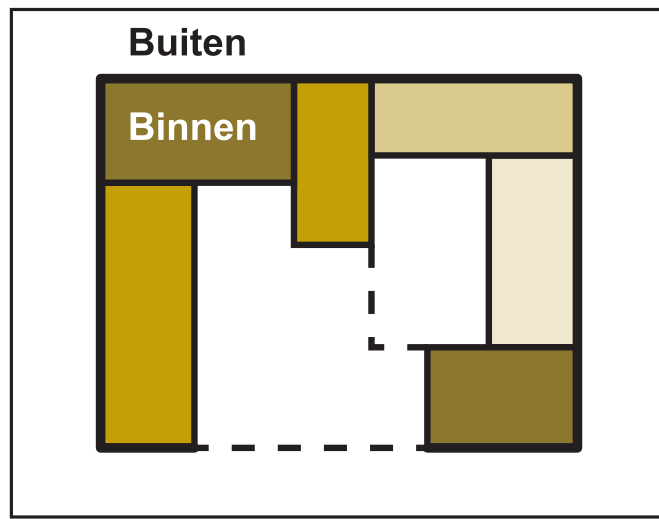
### Analyse kleinschalige zorgbouw

In gezondheidscentra wordt over het algemeen eerstelijnszorg aangeboden, vaak gecombineerd met andere maatschappelijke voorzieningen zoals een apotheek of maatschappelijk werk.



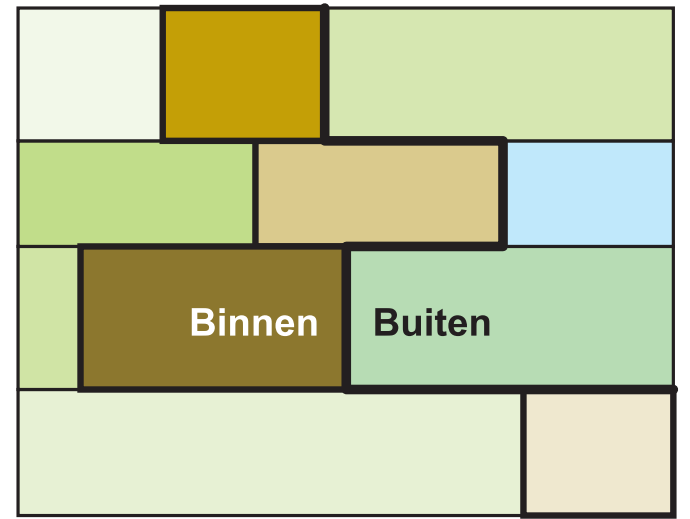
**Scenario FastCare**

FastCare kenmerkt zich door een nadruk op bereikbaarheid, toegankelijkheid en efficiëntie. Het zorgcircuit in het bijbehorende programma is snel. Er vinden korte, meestal planbare ingrepen plaats met een hoge *turnover*. Dit maakt het scenario geschikt voor commerciële toepassingen. De nadruk ligt op de publieke kant van de zorg. De persoonlijke intimiteit moet daarbij wel zijn gewaarborgd. Het contrast tussen publiek en privaat is, in vergelijking met de andere twee scenario's, binnen dit scenario het grootst.



**Scenario CloseCare**

CloseCare plaatst de zorginstelling binnen de dagelijkse leefomgeving van de patiënt, in de nabijheid van of geïntegreerd met alledaagse voorzieningen. Dit scenario volgt de behoefte van de patiënt aan sociale autonomie en contact binnen zijn of haar eigen territorium. De zorgunits in dit scenario hebben een uitgesproken publiek karakter. De gewenste anonimiteit van het zorggebruik verdient specifieke aandacht. De differentiatie van de binnenruimtes, de clustering van het programma en de overgangen binnen de zorgunit van publiek (niet-anoniem) naar privé, zijn kenmerkend voor CloseCare.



**Scenario SlowCare**

SlowCare is de tegenhanger van het FastCare. SlowCare bundelt de zorgvoorzieningen met externe functies zoals sport, voedingswinkels en sauna's. De relatie met de buitenruimte is daarom belangrijk. Deze moet voor iedereen toegankelijk zijn. Dit betekent dat de differentiatie van ruimtes, in verband met de persoonlijke regulering van sociaal contact, doorwerkt in de buitenruimte. De buitenruimtes worden hierbij privé, collectief en openbaar gebruikt.

**Vijf zorgunits zijn verder uitgewerkt om inzicht te geven in de concrete mogelijkheden van de Urban Hospitality zorg. Deze zorgunits bestaan uit programmatische componenten en kennen elk een eigen ruimtelijke typologie.**

**Zorgunit 1, SlowCare**

Zorgunit 1 is een zorggebouw van het type SlowCare, gebundeld met niet-zorgprogramma op de zogenaamde Hindersteinlocatie nabij de dorpskern van Vleuten. De locatie grenst aan het Leidsche Rijn Park. Door de locatie te benutten voor zorg, wellness en een hotelfunctie wordt het groene recreatieve hart van Leidsche Rijn gecontinueerd langs de centrale langzaam verkeer as van het gebied: het J.P. Thijsselint. De zorgunit benut de nabijheid van de Vikingrijn, een waterpartij in het gebied. Een publieke voorziening kan de oevers van het water verlevendigen tot aan de kern van Vleuten. De locatie is goed ontsloten voor auto en openbaar vervoer.

**Programma**

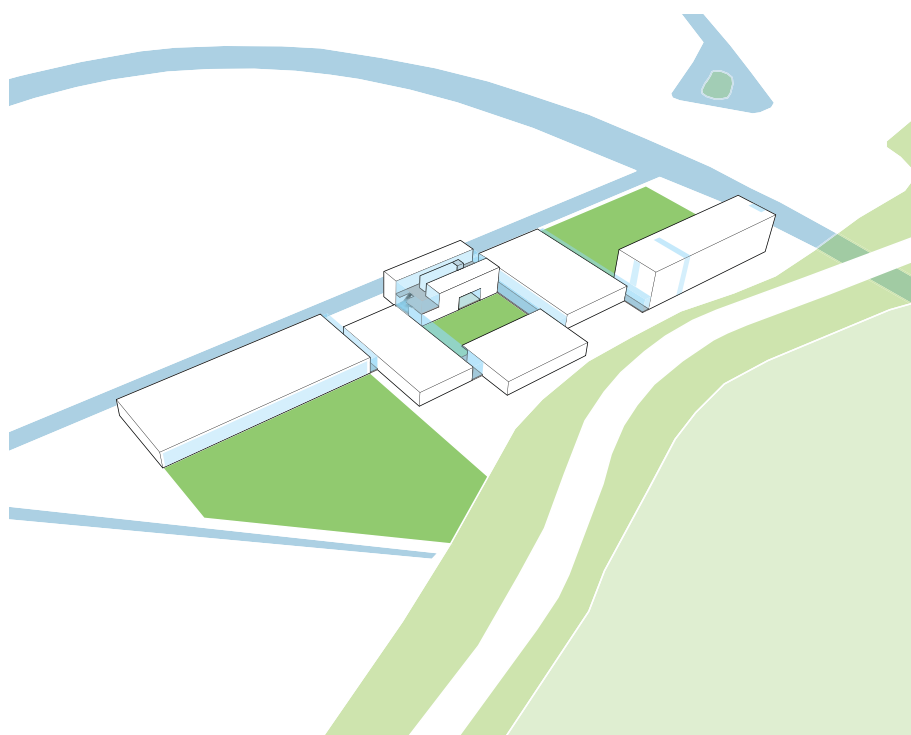
De zorgunit is programmatisch opgebouwd uit spreekruafdelingen en behandelkamers voor de poliklinieken Reumatologie, Dermatologie en Preoperatieve Screening. Er vindt orgaanfunctie- en bloedonderzoek plaats (een satelliet prikpunt) en er zijn diverse therapieruimten die bij de poliklinieken horen. Deze zijn gekoppeld aan een sauna- en wellnessprogramma. In de zorgunit vindt tevens dag- en klinische verpleging tot 'medium care' plaats die is gecombineerd met een hotelfunctie. Het totale oorspronkelijk uitgeplaatste zorgprogramma beslaat circa 680 vierkante meter BVO (Bruto Vloeroppervlak).

**Ruimtelijke typologie**

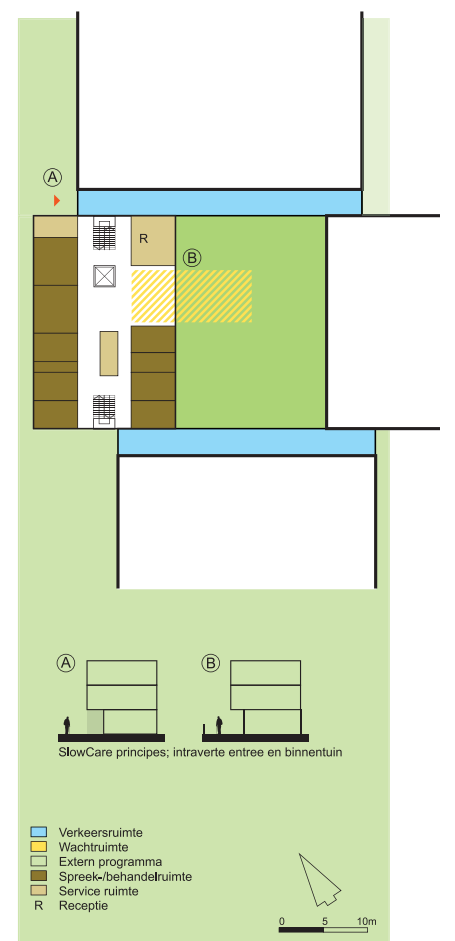
In zorgunit 1 is onderzocht hoe de diverse programmaonderdelen kunnen worden geschakeld met behoud van de herkenbaarheid en het unieke gebruik van ieder afzonderlijk onderdeel. De inrichting van de verkeersruimtes in het complex biedt keuzevrijheid in contact tussen de verschillende gebruikers onderling, waarbij afzondering ook mogelijk is. De organisatie van het programma staat toe dat de hotelfunctie en het saunacentrum in de toekomst kunnen uitbreiden zonder dat dit ten koste gaat van de relatief kleine schaal van het zorgensemble en de beleving van de groene setting. In het ontwerp ligt de nadruk op de relatie tussen het zorgprogramma en de buitenruimtes op maaiveldniveau.



Planlocatie zorgunit 1 Hindersteinlocatie, Vleuten



Gebouwensemble zorgunit 1



Principes en schema plattegrond zorgunit 1





## Zorgunit 2, SlowCare

De tweede Urban Hospitality zorgunit is eveneens van het type SlowCare en ligt in het park Groot Zandveld in de wijk Het Zand. Naast het kindercluster en buurtcentrum Forum 't Zand is een woon- en voorzieningencomplex gepland, aangevuld met uitgeplaatste tweedelijns zorg. Het park is een surrealistisch landschap waar de nieuwe zorgunit en 't Forum als nieuwe bouwwerken inprikken. De zorgunit functioneert als centrale voorziening in de wijk Het Zand. De wijk is voor dagelijkse voorzieningen verder afhankelijk van de omringende wijken.

### Programma

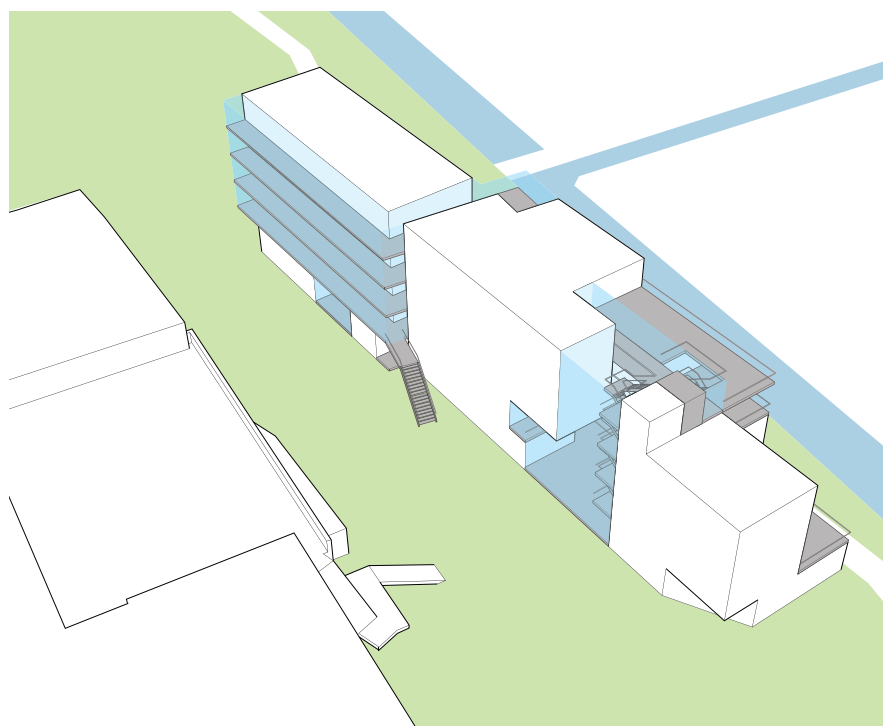
Het medische tweedelijns programma van de unit bestaat uit spreekuurafdelingen en behandelkamers van de poliklinieken Inwendige Geneeskunde, Longziekten en Diëtetiek. Er zijn multifunctionele ruimtes voor longfunctieonderzoek en allergentests en diverse fysiotherapeutische ruimten. Het totale medische programma beslaat in totaal ongeveer 350 vierkante meter BVO. Dit is gecombineerd met het geplande medical fitness programma van ABC Fysiotherapie in Leidsche Rijn. Daarnaast is er een complete voorziening aanwezig voor aerobics, fitness en diverse andere sport-, dans- en beautyfaciliteiten en een horecavoorziening. Ook maken 12 appartementen onderdeel uit van het complex.

### Ruimtelijke typologie

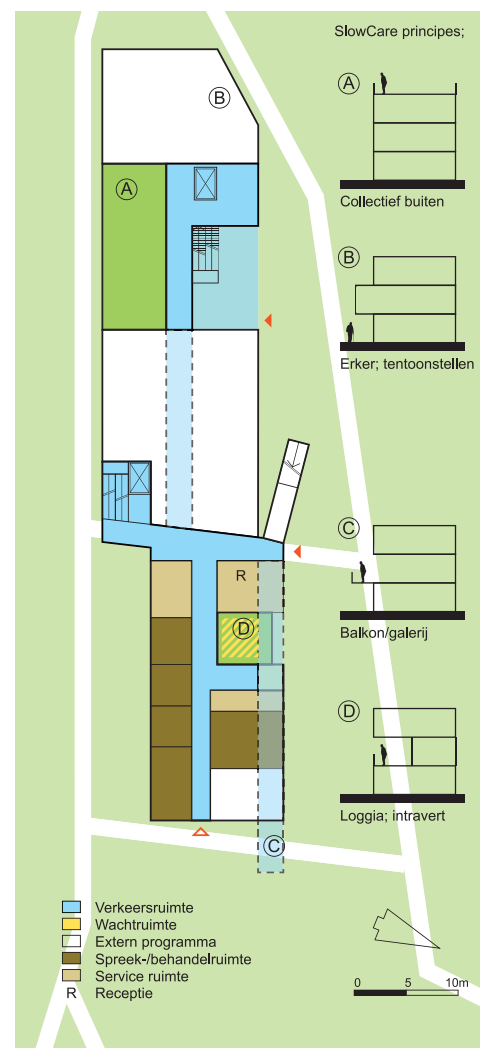
SlowCare zorgvoorziening 2 is de verticaal georganiseerde tegenhanger van SlowCare zorgunit 1 met als basis een sterke oriëntatie op het gebruik van buitenruimtes, maar dan in een gestapelde vorm. Het zorgprogramma is ondergebracht op de begane grond en op de verdieping. In het gebouw komen introverte en extraverte binnen-buiten relaties voor. Hiervoor is veel geveloppervlak beschikbaar. De principes zijn weergegeven in de doorsneden. Het blok zelf is een monoliet en weinig contextgevoelig. De verkeersruimtes, stijppunten en buitenruimtes zijn hierop een uitzondering en hebben een functionele relatie met 't Forum, zodat een centrale tussenruimte ontstaat die uitnodigt tot publieke interactie aan de voet van het gebouw. De poliklinische zorg is introvert ingepast in het gebouw. Het fitness- en overige zorgprogramma is zichtbaar vanuit de openbare ruimte. De woningen zijn beperkt gekoppeld aan het voorzieningencluster en voornamelijk georiënteerd op het park.



Planlocatie zorgunit 2 Groot Zandveld, Het Zand



Gebouwenssemble zorgunit 1



Principes en schema plattegrond zorgunit 2



### Zorgunit 3, CloseCare

CloseCare zorgunit 3 is geplaatst in het centrum van de wijk Veldhuizen. De locatie ligt langs de centrale as voor autoverkeer en openbaar vervoer en tegenover de Mesosbuitenpolikliniek. De buitenpolikliniek verdwijnt op termijn en wordt onderdeel van het Mesos Ziekenhuis Leidsche Rijn op bedrijventerrein De Wetering. Ook andere voorzieningen zoals het Amadeus Lyceum en detailhandel verhuizen naar de nieuwe wijk Vleuterweide. De Urban Hospitality zorgvoorziening kan in dit vacuüm van dagelijkse voorzieningen een nieuwe impuls zijn voor de buurt en openbare ruimte.

#### Programma

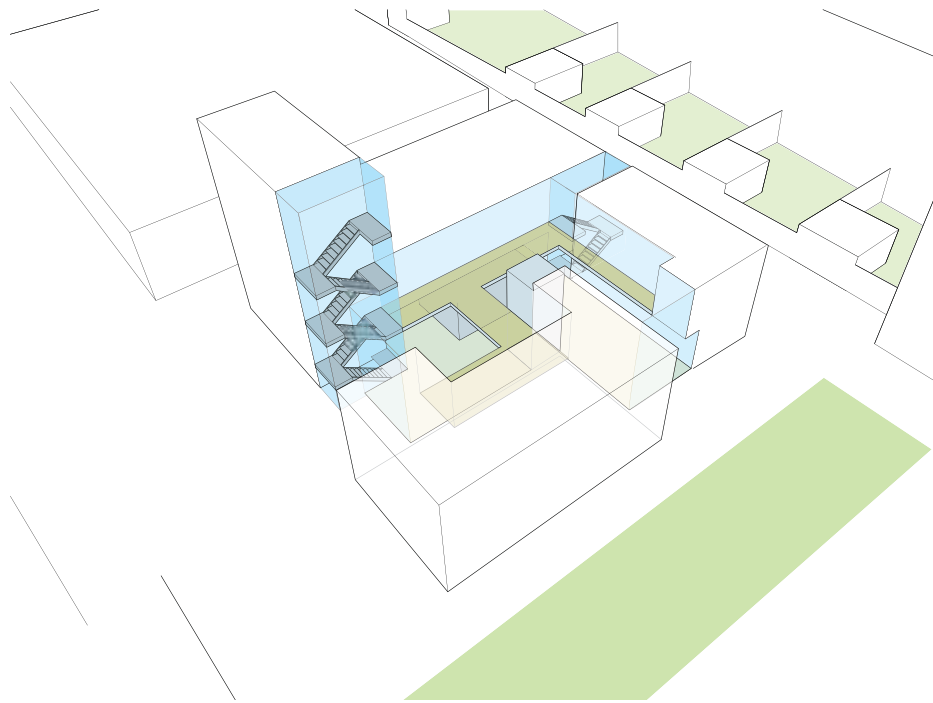
De zorgunit bestaat in zijn geheel uit zorgprogramma, dat wil zeggen een bundeling van uitgeplaatste bestaande eerste- en tweedelijnszorg uit de buitenpoli. Het kleinschalige ziekenhuis dat hierdoor feitelijk ontstaat herbergt spreekuurafdelingen en poliklinische behandelkamers van de afdelingen KNO, Oogheelkunde (en TOA) en Preoperatieve Screening. Naast poliklinische behandeling vindt er ook orgaanfunctie- en bloedonderzoek plaats. Planbare behandelingen en eenvoudige operaties vinden plaats op een kleinschalige operatieafdeling. Hieraan verbonden zijn ruimtes voor dagverpleging en dagbehandeling. Zorgunit 3 is de grootste voorziening binnen het ontwerponderzoek met een totaal BVO van ongeveer 900 vierkante meter.

#### Ruimtelijke typologie

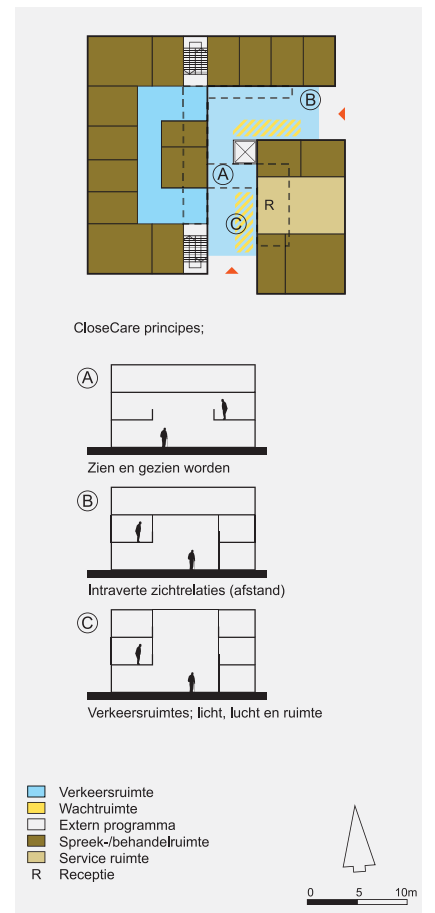
In CloseCare zorgvoorziening 3 is de interne differentiatie van ruimtes van belang. Uitgangspunt is dat niet alle zorg met dezelfde frequentie of intensiteit wordt benut. De ruimtelijke en programmatische organisatie van het gebouw zijn een afgeleide van het diverse zorggebruik en de zichtrelaties tussen publiek en privé. Op maaiveldniveau sluit de centrale publieke ruimte aan op het buitengebied. Doordat deze ruimte visueel kan worden afgesloten is er een genuanceerde grens tussen het publieke binnengebied en de openbare ruimte. Op de begane grond is de drukst bezochte zorg ontsloten. Op de verdieping is in een vooruitgeschoven blok de dagverpleging gehuisvest. Een interne galerij verbindt deze afdeling met de operatieafdeling die aan de achterzijde van het blok ligt. Door hun afstand tot de straat zijn de ruimtes op de verdieping enigszins afgeschermd. De open galerijen, vides en een atrium in het interieur bieden de zorggebruiker ruimte om te zien en gezien te worden, maar ook mogelijkheden voor afzondering. Het blok is, door de vooruitgeschoven façade en uitwerking in de hoogte, een herkenningspunt in de buurt.



Planlocatie zorgunit 3, centrum Veldhuizen



Ruimtelijke opbouw zorgunit 3



Principes en schema plattegrond zorgunit 3





### Zorgunit 4, CloseCare

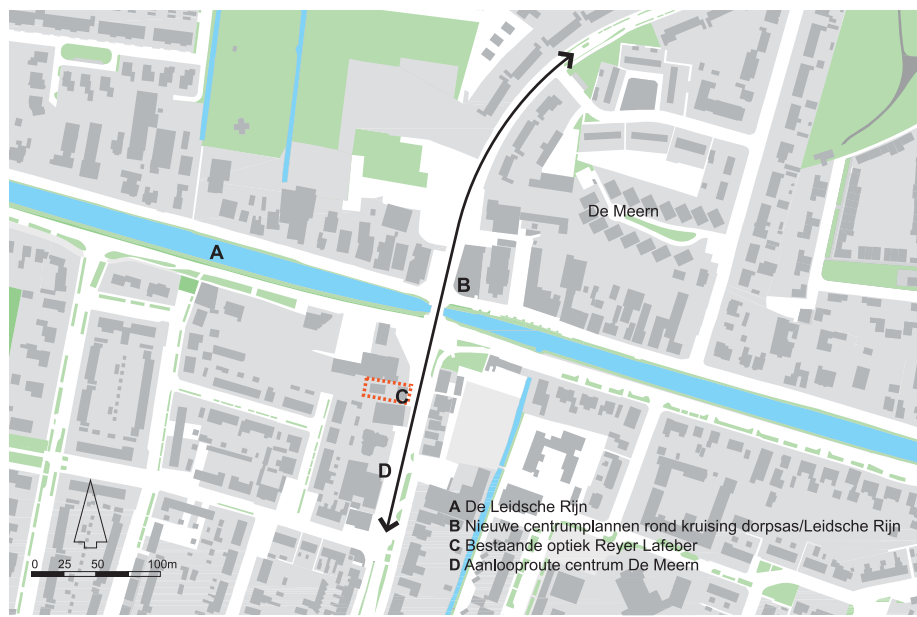
Zorgunit 4 ligt in het bestaande centrum van de Meern, in een geconcentreerd detailhandelgebied rond de kruising van de dorpsas en de Leidsche Rijn. De ligging is ideaal voor het zorgtype CloseCare. De zorgunit is een uitbreiding van een bestaande opticien- en audicienzaak.

#### Programma

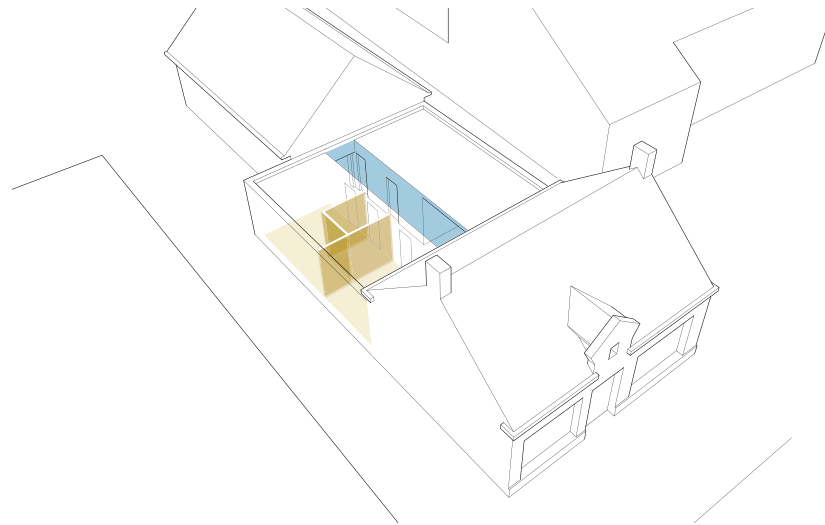
Zorgunit 4 heeft een eenvoudige medisch-programmatische basis: een spreekruimte van de polikliniek KNO en een ruimte voor audiometrie onderzoek, met bijbehorende centrale voorzieningen. In totaal komt dit neer op 60 vierkante meter BVO. Dit programma is gecombineerd met een bestaande Reyer Lafeber opticien in de Meern. Sinds 2007 kunnen consumenten hier terecht voor hoortoestelaanpassingen. Eén dag in de week is er een audicien in de zaak aanwezig. Op het gebied van oogzorg is tweedelijns zorg al gekoppeld aan de opticien, in de vorm van de Eyescan Oogzorgkliniek (ZBC voor onder andere staaroperaties). Het tweedelijns Urban Hospitality programma sluit aan op die ontwikkeling waarbij maatwerk, kwaliteit en persoonlijke aandacht voorop staat.

#### Ruimtelijke typologie

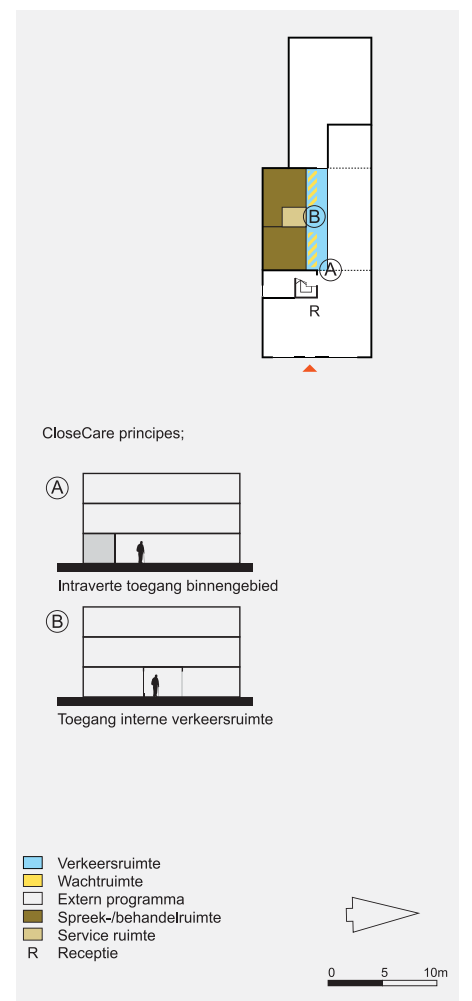
In de ruimtelijke organisatie is de interactie tussen zorg en niet-zorgprogramma essentieel voor de gebruikskwaliteit van de zorgunit. Zorgunit 4 is enigszins vergelijkbaar met CloseCare zorgunit 3, maar dan op kleinere schaal. De zorgunit kan worden beschouwd als een aanbouw aan de bestaande opticienzaak. Door de introductie van een centrale corridor die tevens de algemene voorzieningen van de zorg ontsluit, wordt de zorg visueel gescheiden van de aangrenzende ruimten.



Planlocatie zorgunit 4, centrum De Meern



De ruimtelijke integratie van zorgunit 4



Principes en schema plattegrond zorgunit 4

### Zorgunit 5, FastCare

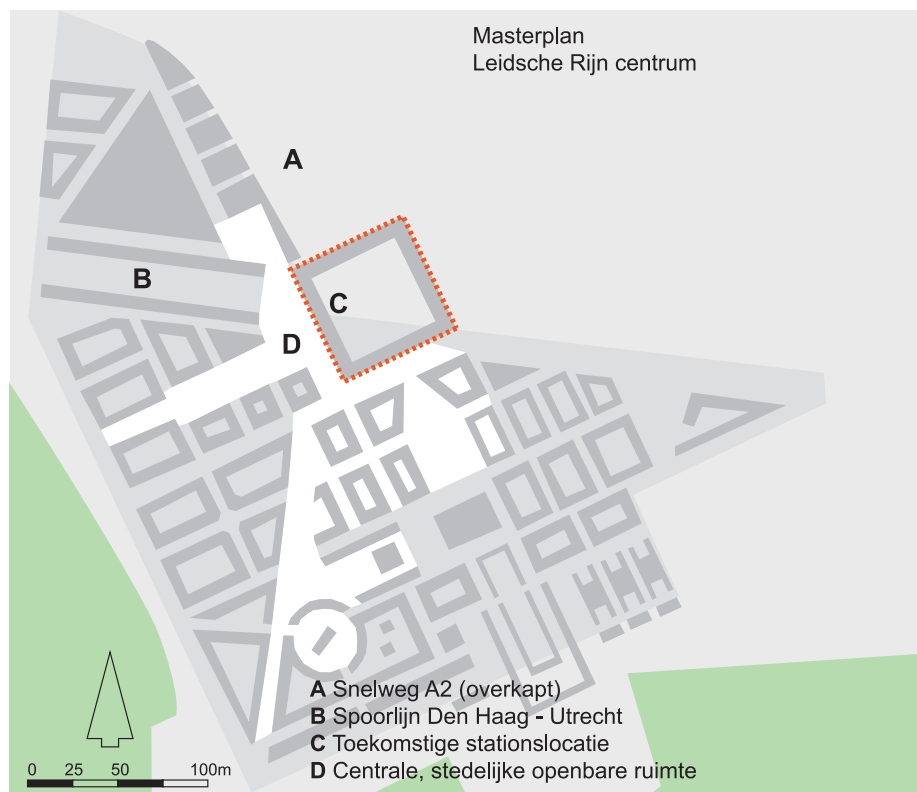
Zorgunit 5 is een uitwerking van het type FastCare, efficiënt en goed bereikbaar. Er is gekozen voor de kleinste ruimtelijke en programmatische eenheid die nog 'ziekenhuis' kan zijn. De minimale zorgmodule kan op drie verschillende manieren en locaties worden ingezet. Locatie 5a is een tijdelijke zorgvoorziening in Leidsche Rijn centrum. Hier kan de zorgunit eventueel in een ensemble van meerdere units een bijdrage leveren aan een tijdig en snel aanbod van voorzieningen in de wijk in ontwikkeling. Door het minimale ruimtebeslag is het in een later stadium ook mogelijk de zorgvoorziening op te nemen in de stationslocatie zelf. De zorg op locatie 5b wordt verzorgd door middel van een *drive-thru* voorziening. De zorgunit is bijvoorbeeld geclusterd gesitueerd langs de A12, nabij rustplaats en tankstation Bijleveld-Helleliet. Locatie 5c is contextloos: de zorgunit bestaat uit één of maximaal twee modules en is mobiel.

#### Programma

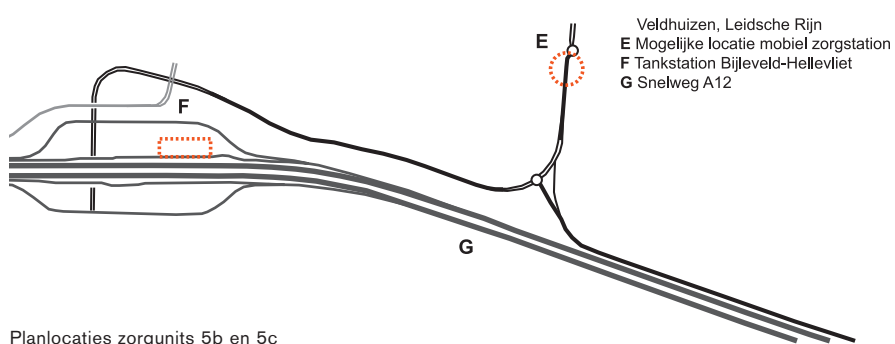
Vanwege een snel en eenvoudig gebruik van FastCare zorg, zijn ook het programma en de organisatie van zorgunit 5 heel eenvoudig. Als voorbeeld zijn twee modules uitgewerkt in een standaard containermaat. Ze zijn gemakkelijk te vervoeren. Uitgaande van de afmetingen van de containers is het programma verdeeld in twee clusters van ongeveer 15 vierkante meter. Eén module is daarbij geschikt gemaakt als multifunctionele ruimte voor orgaanfunctie onderzoek. De tweede module is een satelliet prikpunt, waarin ook een spreek- en werkruimte en sanitaire voorzieningen zijn ondergebracht.

#### Ruimtelijke typologie

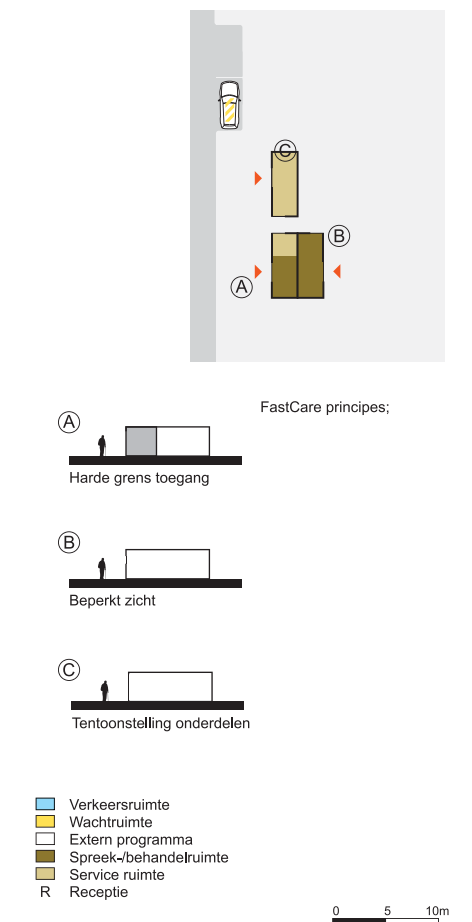
Ook voor het type FastCare zijn meer uitgebreide programma's en ruimtelijke organisaties denkbaar. De uitgewerkte zorgunit 5 is relatief eenvoudig. Door de minimale afmetingen is het contrast tussen de openbare buitenruimte, de collectieve binnenruimte en de private binnenruimte tot in het afscheidende wand- of containerwandelement uitgedrukt. Met het frequente en korte gebruik is toegankelijkheid een belangrijk aandachtspunt, met name voor patiënten met een verminderde motoriek of invalide gebruikers. Ook de zichtrelaties tussen binnen en buiten zijn in detail uitgewerkt.



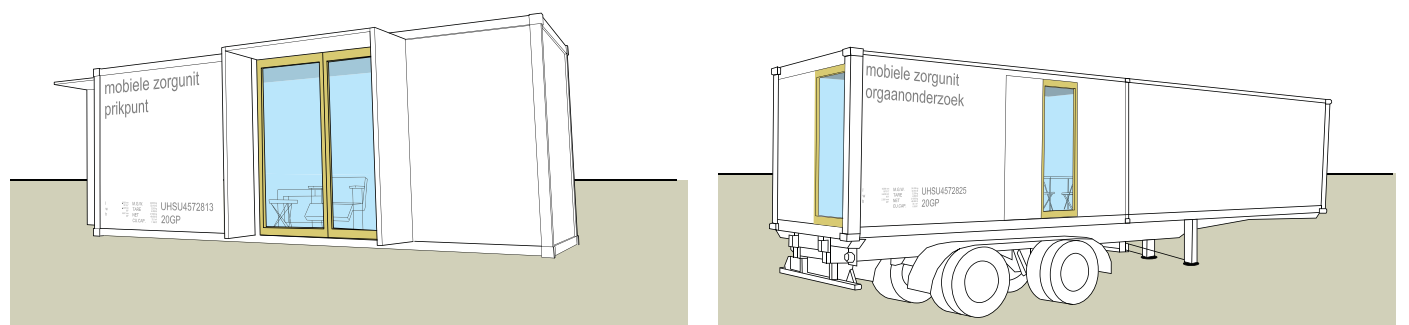
Planlocatie zorgunit 5a, Leidsche Rijn centrum



Planlocaties zorgunits 5b en 5c



Principes en schema plattegrond zorgunit 5



Ruimtelijke weergave modellen zorgunit 5

# Conclusies

**In het ontwerponderzoek zijn de mogelijkheden van het concept Urban Hospitality op stedenbouwkundig en architectonisch niveau verkend. De uitgangspunten kunnen worden beoordeeld en ten aanzien van de genoemde doelstellingen kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Wat levert Urban Hospitality zorg op voor de patiëntgroepen die zijn onderzocht? Functioneert de zorgtypologie als publieke voorziening in het leven van alledag? En wat is de betekenis van het concept in een reële situatie? Deze vragen staan centraal in deze laatste fase van het ontwerponderzoek. De potentie van het concept wordt geschetst maar ook onzekere factoren en vragen die nog moeten beantwoord.**

**Gedurende de uitwerking is het ontwerponderzoek getoetst en begeleid door een team van experts uit de zorgwereld. Deze wereld is groot. De feedback kwam ondermeer van de Gemeentelijke GGD Utrecht, projectontwikkelaar in de zorg TCN Property Projects, het Centrum Zorg en Bouw en van deskundigen uit de medische sector. De door hen geplaatste kanttekeningen en adviezen zijn verwerkt in de conclusies.**

Het ontwerponderzoek richt zich op de belangen van de patiënt en een verbetering van diens beleving van de zorgomgeving. De relatie van de patiënt met de zorgomgeving wordt bepaald door het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het concept van Urban Hospitality verandert hier niets aan, ook niet aan de aard en het type behandeling. De setting, tijdsduur en frequentie van de behandeling veranderen wel, evenals de wijze waarop de zorg wordt aangeboden in relatie tot zorg buiten de tweedelijns. Hiermee verandert de intensiteit en de ervaring van de behandeling en daarmee de beleving van de zorgomgeving. Van ziekenhuisbezoek zoals dat in de huidige zorgpraktijk plaatsvindt, is zo goed als geen sprake meer. Dit betekent voor de patiënten dat het bezoeken van de tweedelijnszorg minder lang duurt, dichterbij is en dat er is meer keuze in zorgaanbod. Wanneer men zorg nodig heeft is dit vaak te combineren met andere dagelijkse activiteiten. De behandeling legt zo minder beslag op de dagelijkse tijdsbesteding. Niet alleen in de tweedelijnszorg liggen kansen. Ook preventieve zorg kan efficiënter worden opgezet door directe integratie in het leven van alledag. En ook nazorg heeft baat bij integratie in de dagelijkse omgeving. Wanneer patiënten zorg gebruiken in een voor hen bekend en geschikt territorium, zullen zij in een vroeger stadium van de zorg zelfstandig kunnen revalideren. De buurt kan hierin sociaal gezien een belangrijke rol spelen.

## Zorg in een keten

Verandering van het zorgaanbod impliceert een belangrijke verandering in de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Of Urban Hospitality in de praktijk kan functioneren hangt dan ook in belangrijke mate af van de mogelijkheden en bereidheid de zorgorganisatie anders in te richten. Uit literatuur en gesprekken met deskundigen blijkt dat het concept aansluit bij diverse ontwikkelingen. Een voorbeeld is de transmurale Diabetes Ketenzorg en geïntegreerde zorg voor chronisch zieken met Reuma of COPD. Dit biedt perspectief. Vooral nog werken deze trends echter niet door in het zorgvastgoed en in de zorgarchitectuur. Een gemiste kans, omdat de te verwachten groei van chronisch zieken gepaard zal gaan met een forse toename van (ziekenhuis)zorg. Doordat het onderzoeksconcept zich juist richt op zorg op maat voor die patiëntengroep met een 'hoog volume' zorgvraag, zoals COPD, kan het de toename van de druk op de ziekenhuis capaciteit verminderen. De doelmatigheid en kwaliteit van de zorginrichting worden verbeterd, mede door meer preventie en een grotere zelfredzaamheid van de patiënt. Bij het verspreiden van zorg is de beschikbaarheid van professionals een belangrijk aspect. Ook TCN wordt bij het ontwikkelen van hun zorgvastgoed geconfronteerd met dit organisatie probleem. Het is binnen dit onderzoek niet goed mogelijk een concrete inschatting te maken van de exacte zorgvraag in de onderzoeksregio en de daaraan gekoppelde personeelsorganisatie. Daarvoor ontbreken eenvoudigweg de gegevens. De concrete openstelling en de beschikbaarheid van de Urban Hospitality zorg is uiteraard afhankelijk van de mogelijkheid genoeg (gespecialiseerd) personeel te vinden. Het capaciteitsprobleem rond medische professionals werd als een van de redenen aangegeven voor de vele fusies van ziekenhuizen in Nederland, maar ook in andere landen. Ook hier stemmen recente ontwikkelingen optimistisch. Een voorbeeld is weer de Diabeteszorg waar het takenpakket van specialisten gedeeltelijk overgenomen is door verpleegkundigen en paramedici. Zo ontstaan andere functiedifferentiaties. De zorgprofessionals zijn van mening dat in het werkveld interesse bestaat om op locatie en kleinschalig te werken. De mogelijke verbanden tussen zorgaanbod, zorgpersoneel en zorg efficiëntie verdienen nader onderzoek.

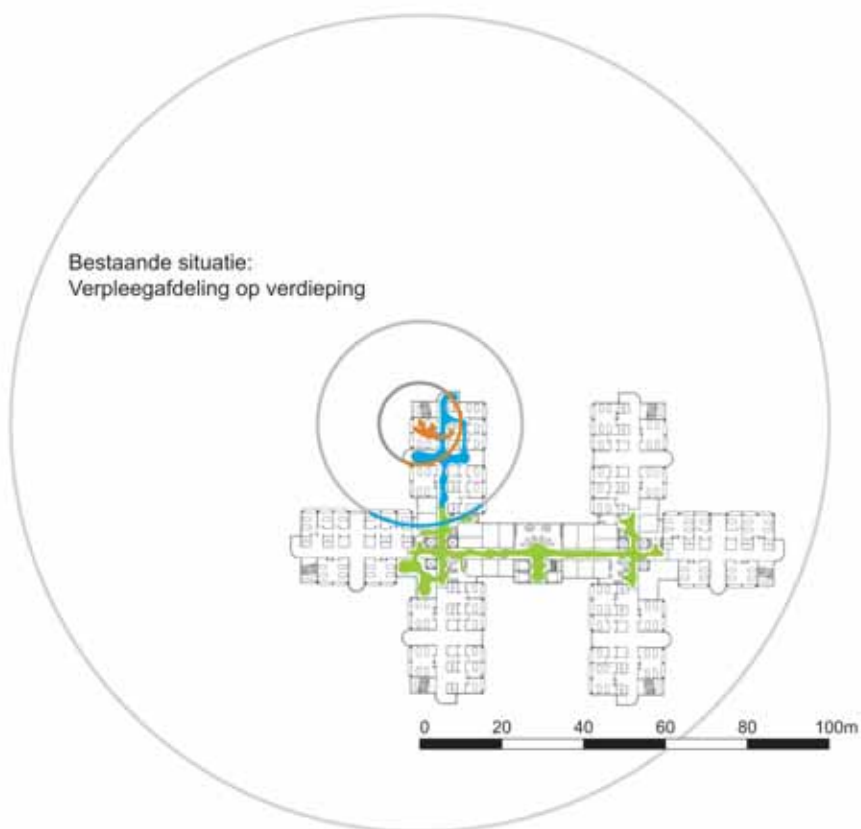
## Zorgtypologie

In dit ontwerponderzoek wordt er van uit gegaan dat de grenzen van de ziekenhuiszorg vervagen. In de praktijk zijn er ook andere ontwikkelingen, zoals het Health Park dat door TCN rond het nieuw te bouwen Mesos Ziekenhuis Leidsche Rijn wordt ontwikkeld. Hoewel deze ontwikkeling op dezelfde locatie is geprojecteerd als Urban Hospitality en de programmatische uitgangspunten elkaar niet veel ontlopen, is de ruimtelijke uitwerking compleet tegengesteld. Met de vestiging van het algemene regionale Mesos ziekenhuis vindt in de zorgregio Utrecht schaalvergroting plaats. Ziekenhuiszorg zal verdwijnen uit Overvecht, Kanaleneiland en Bilthoven. Het ziekenhuis wordt ontwikkeld volgens bestaande maatstaven van het Centrum Zorg en Bouw, standaard en groot-schalig, op het bedrijventerrein de Wetering. Op de kavel naast het ziekenhuis komt een ruime parkeergelegenheid voor het Health Park. Met een oppervlak van circa 25.500 vierkante meter voegt het Health Park zorggerelateerde functies uit omringende wijken toe aan het ziekenhuis. Het uitgangspunt is het aanbieden van gecombineerde ketenzorg en synergie tussen diverse voorzieningen. In het concept Urban Hospitality wordt om dezelfde redenen de tweedelijnszorg juist bij soortgelijke voorzieningen geplaatst op diverse verspreide locaties in de wijken. Het Health Park vergroot nog eens het programmatische pakket en de beleving van het ziekenhuis, terwijl het onderzoeksconcept uitgaat van kleine programmatische en ruimtelijke eenheden. Beide concepten baseren zich op dezelfde trends in de gezondheidszorg van vergrijzing en marktwerking. Het gaat in deze evaluatie te ver om alle verschillen en alle voor- en nadelen van de concepten tegen elkaar af te wegen. Wel kan worden vermeld dat de GG&GD Utrecht een kanttekening zet bij functiemenging omdat deze meestal vertragend werkt bij de praktische uitvoering van zorggebouwen. Vanuit het perspectief van dit ontwerponderzoek zijn de ontwikkelingen rond het Mesos vergelijkbaar met de uitbreidingen en schaalvergroten horizontale integratie van de ziekenhuizen in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Daarmee zijn ze dus een voortzetting van de typologie van bestaande ziekenhuizen, met bijbehorende grootschalige ruimtelijke kwaliteit. Vergelijking van de zorgunits met bestaande ziekenhuistypologieën levert een aantal verschillen op. De zorgunits zijn eigenlijk beter vergelijkbaar met bestaande eerstelijns zorgcentra. De programmatische organisatie is minder complex en de benodigde hoeveelheid technische, administratieve en logistieke voorzieningen is minimaal. Doordat de schaal en maatvoering van de zorgunits aanzienlijk kleiner zijn, nemen de inpassingmogelijkheden in het stedelijke weefsel toe.

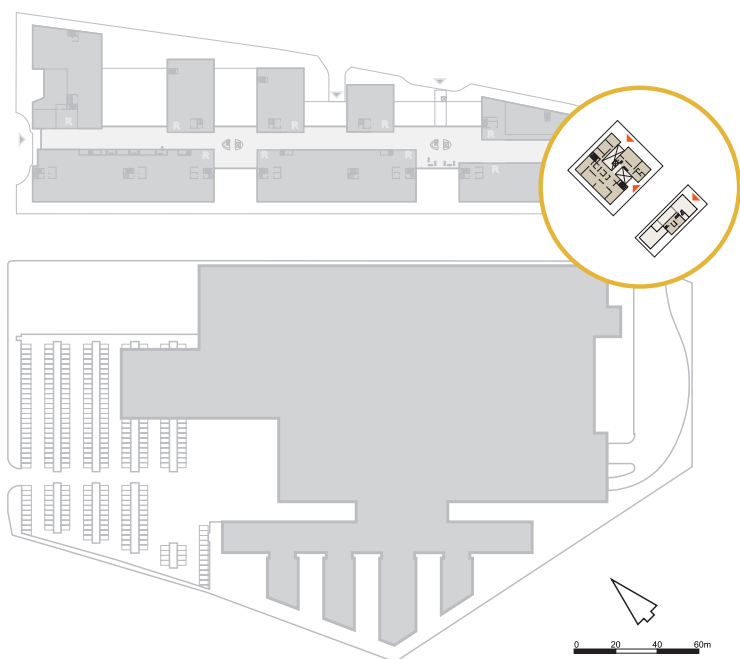
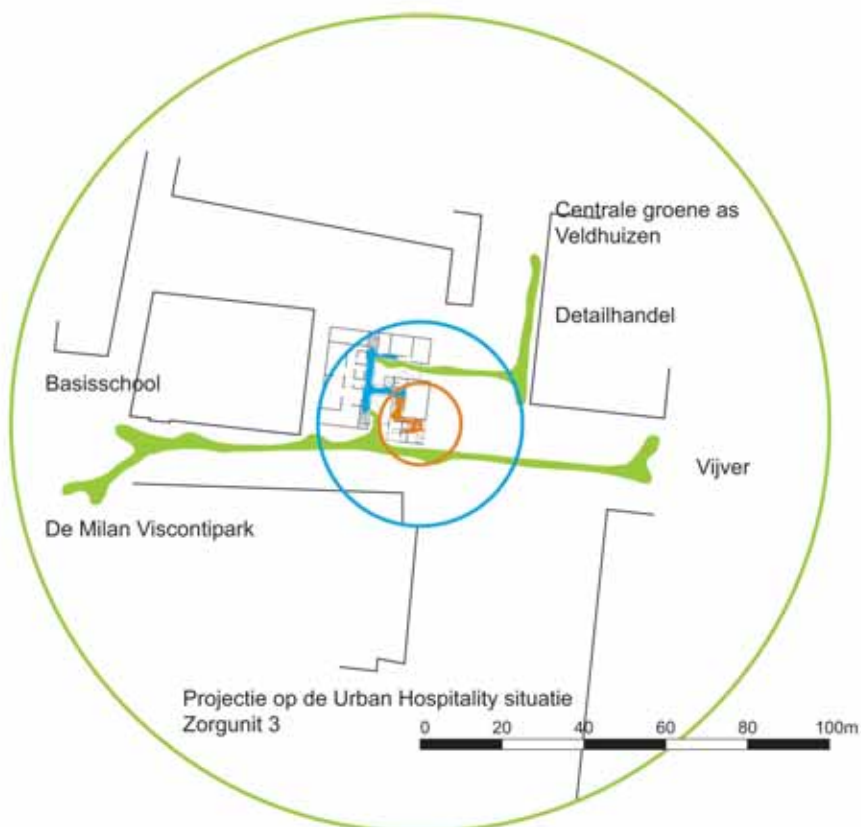
## Zorg voor sociaal-maatschappelijke integratie

De zorgvoorziening is niet alleen van betekenis als private instelling, maar heeft ook een meerwaarde als publiek centrum dat sociale interactie mogelijk maakt. Publieke voorzieningen zijn in het suburbane milieu van de Vinex-wijk Leidsche Rijn hard nodig. Dit vanwege het gebrek aan (basis)voorzieningen in de wijken, maar ook om de gereguleerde openbare ruimte te doorbreken. Door het autogebruik en de matige gebruikswaarde heeft de openbare ruimte als ontmoetingsplaats op diverse plaatsen afgedaan. De publieke zorgunits kunnen het publieke domein in de wijken nieuw leven inblazen. Deze impuls kan doorwerken tot in de buitenruimte om het gebouw. Van alle zorgunits wordt verwacht dat ze de publieke ruimte verlevendigen. De impact is afhankelijk van de typologie en het programma. De publieke zorgvoorziening heeft bijvoorbeeld niet de impact van een filmtheater. Het publieke bereik van de zorgunits is hiervoor te genuanceerd. De wenselijkheid van integratie van 'zieken' in het dagelijkse leven is in dit licht ook belangrijk en bediscus-





De actieradius van een patiënt in een bestaand ziekenhuis in vergelijking met zorgunit 3 in Leidsche Rijn: eerste dagen na de ingreep (oranje), een stap dichterbij genezing (blauw) en in voorbereiding voor de stap naar huis (groen)



Zorgunits 3 en 4 in vergelijking met het nieuwe Mesos Ziekenhuis en Health Park in Leidsche Rijn

sieerd met deskundigen. Concluderend kan worden gesteld dat de integratie van zorg voor algemeen zorggebruik eenvoudig is, ziekte is immers veelal niet zichtbaar. Ander zorggebruik wordt gekenmerkt door een zekere terughoudendheid. De heterogene zorgvraag zal diverse instellingsvormen opleveren zoals geschetst in dit onderzoek, waarin de relatie tussen wat publiek en wat privaat is, gedifferentieerd is.

### Zorgtechnologie

De medische technologie en het efficiënte gebruik ervan, is een drijvende kracht geweest achter schaalvergroting in de ziekenhuiszorg. Omdat deze apparatuur steeds kleiner, flexibeler en goedkoper wordt, komt deze steeds meer ten goede

aan de eerstelijnszorg. Het wordt voor specialisten mogelijk om zorg lokaal aan te bieden. Geavanceerde communicatiemiddelen, zoals Elektronische Patiënten Dossiers, maken het mogelijk daarbij in teams te blijven functioneren. Het concept van de absorptie van kleinschalige medische voorzieningen in stedelijk weefsel is dan niet meer dan een logische consequentie. Even als andere voorzieningen wordt zorg minder afhankelijk van de locatie. Alleen specifieke, dure en zware medische apparatuur zal geconcentreerd blijven functioneren in een soort hightech ziekenhuis. Technologische grenzen bepalen hier de mogelijkheden van gedecentraliseerde zorg. Waar deze grenzen precies liggen kan alleen de toekomst uitwijzen.

### Zorg toekomstgericht

Met de introductie van prestatiebekostiging en marktwerking in de zorg zullen de investeringen in grond en gebouwen worden doorberekend in de tarieven van de gezondheidszorg. Deze investeringen vormen een belangrijke en omvangrijke kostenpost in de exploitatie. Strategisch omgaan met zorgvastgoed en zorglocaties wordt in de nabije toekomst dan ook van groot belang. Hierbij spelen de directe grondprijzen en vastgoedkosten een rol, maar ook de effectiviteit van de zorgvoorzieningen als onderdeel van het primaire zorgproces. Deze effectiviteit is afhankelijk van de situering en de optimalisering van de spreiding en clustering van dit zorgaanbod. Duidelijk is dat de zorgunits een andere spreiding en clustering kennen dan de bestaande ziekenhuisinstellingen. In dit licht zou een nadere marktanalyse van de financiering, bouw en exploitatie van de units in verhouding tot de ontwikkeling van gangbare ziekenhuisinstellingen en gezondheidscentra inzicht kunnen geven in het financieel-economisch potentieel van het onderzoeksconcept. In dit onderzoek is onduidelijk hoe de kosten zich tot elkaar verhouden. Voor de Urban Hospitality zorg spreekt in ieder geval de gedifferentieerde en flexibele vorm, die naar verwachting voordelig en marktconform kan worden gerealiseerd.

De poliklinische functies zijn qua ruimtelijke opbouw goed vergelijkbaar met spreekkamerconcepten buiten de tweedelijnszorg en met kantoren. Het is goed voorstelbaar dat ze bij een verminderde vraag naar zorg ook bruikbaar zijn in de kantorenmarkt. Eenzelfde parallel is te trekken tussen de ruimten voor (dag)verpleging en de hotelfuncties in de verschillende units. Deze potenties worden gesterkt door eensluitende bevindingen van een studie rond gebouwdifferentiatie van het Centrum Zorg en Bouw. De genoemde eigenschappen van de zorgunits kunnen van groot belang zijn in de zorg, vanwege de toenemende dynamiek en de onzekere toekomst door vergrijzing. Binnen de actuele bouwpraktijk van zorginstellingen is een vergelijkbare flexibiliteit onmogelijk waardoor de waarde van het vastgoed op lange termijn niet kan worden gegarandeerd. Het Centrum Zorg en Bouw laat weten dat zorggebouwen met een nog hoge boekwaarde vaak worden gesloopt en door nieuwbouw vervangen, of op kostbare wijze worden aangepast voor wijzigingen in gebruik. Door het vastgoedconcept van Urban Hospitality komt in de toekomst de rentabiliteit van het zorgvastgoed minder snel in gevaar.

### Zorg voor een katalysator

Het belang van het zorgbouw als katalysator voor de inrichting van een duurzaam zorgsysteem wordt in dit ontwerponderzoek hoog geacht. Dit uitgangspunt wordt onderschreven door buitenlandse voorbeelden. Hoewel veel van de redenen om ziekenhuisvoorzieningen te concentreren ook in het buitenland bestaan, maken zorgontwikkelingen een herziening van het aanbod onvermijdelijk. Om die reden is er internationaal, bijvoorbeeld in de Angelsaksische landen, een tendens van deconcentratie. De ziekenhuisdifferentiatie in de samenwerking tussen de eerste en de tweedelijns wordt in het buitenland bepaald door de lokale en regionale context, en is dus niet zonder meer als referentie te gebruiken voor de toepasbaarheid van Urban Hospitality. Er is een grote variatie in de functies die in ziekenhuizen worden aangeboden. Deze variatie is binnen het Nederlandse systeem, dat op enkele categorale ziekenhuizen en privé-klinieken na alleen maar bestaat uit grootschalige algemene ziekenhuizen waar alle basisspecialismen worden uitgeoefend, echter onbekend. De grote verscheidenheid in ziekenhuizen en de patiëntencategorieën die worden behandeld, geven wel een indicatie voor wat er buiten de Nederlandse standaardziekenhuizen aan zorginnovaties in zorgvoorzieningen mogelijk is.

Er is in Nederland nog relatief weinig aandacht voor het zorgvastgoed van de toekomst. Door de combinatie van de complexe opgave rond ziekenhuiszorg en de vele betrokken partijen komen planontwikkeling en uitvoering moeizaam van de grond. De reacties uit het veld op het ontwerponderzoek waren overwegend positief, maar in deze fase van de discussie over zorgvastgoed, voornamelijk theoretisch van aard. Het doorvoeren van het concept Urban Hospitality verplicht tot pionieren. Juist doordat het onderzoek slechts een fragment van alle soorten patiënten betreft, een kansrijke groep, kan het verbeelden hoe eenvoudig toepasbaar kleinschalige verschijningsvormen van nieuwe zorg zouden kunnen zijn. Praktisch gezien kan Urban Hospitality voor enkele van de in dit project beschreven units morgen beginnen. Om het stadium van theoretische planontwikkeling te ontstijgen is deze eenvoud belangrijk. Experimenten zijn nodig om bruggen te slaan tussen de zorgwereld, de architectuur en de bouwsector. In de toekomstige zorgmarkt is Urban Hospitality dan ook niet een zaak van onderzoeken en analyseren, maar een kwestie van doen.



Postbus 29066  
3001 GB Rotterdam

t (010) 436 16 00  
f (010) 436 06 39

www.archfonds.nl

Redactie  
**Martijn Oskam,**  
**Anneloes van der Leun**

Eindredactie  
**Anneloes van der Leun**

Vormgeving  
**Manifesta, Rotterdam**

Drukwerk  
**GTV Oosterhout**

Niets van deze uitgave mag zonder uitdrukkelijke toestemming van de makers worden gereproduceerd.

Uitgave van het Stimuleringsfonds voor Architectuur, december 2008

**Niet alle rechthebbenden van de gebruikte illustraties konden worden achterhaald. Belanghebbenden worden verzocht contact op te nemen met het Stimuleringsfonds voor Architectuur.**

**Urban Hospitality** is een initiatief van Mathilde Peen van bureau +Architecture in Den Haag. Het onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met Finbarr McComb van Stereo Architects in Rotterdam.

+Architecture  
Zieken 181  
2515 SC Den Haag  
www.plusarchitecture.nl

Stereo Architects  
1e Middellandstraat 103  
3021 BD Rotterdam  
www.stereoarchitects.nl

## Het toekomstige ziekenhuis als architectonische opgave

In 2005 organiseerde het Stimuleringsfonds voor Architectuur een open oproep voor architecten om onderzoek te doen naar het toekomstige ziekenhuis en de veranderen de zorgsector. Het fonds stelde subsidie beschikbaar voor ontwerponderzoek naar de mogelijkheden om (gedecentraliseerde) gezondheidszorg aan te bieden in nieuwe gebouwtypen, eventueel in combinaties met andere functies.

'Voor de komende jaren is een grote bouwopgave geformuleerd. Ten onrechte maakt de bouw van ziekenhuizen nauwelijks deel uit van de architectonische cultuur. Nu deze bouwsector haar centrale aansturing kwijt raakt, ontstaan er mogelijkheden om het traditionele ziekenhuis beter af te stemmen op de behoeften van patiënten. Bovendien kan de publieke functie meer dan voorheen deel gaan uitmaken van het stedelijke leven.' Het Stimuleringsfonds presenteert in twee opeenvolgende nummers van *Lay-out* de resultaten van twee geselecteerde onderzoeken.

## Urban Hospitality. Kleinschalige zorg in de stedelijke omgeving

(*Lay-out 07*) was een van de door het Stimuleringsfonds gesubsidieerde voorstellen. Als antwoord op de vraag wat de typologie van het toekomstige ziekenhuis kan zijn, ontwikkelde bureau +Architecture in samenwerking met Stereo Architects het concept 'Urban Hospitality'. Urban Hospitality onderzoekt de mogelijkheden voor kleinschalige ziekenhuisarchitectuur en persoonlijke zorg op wijk- en buurtniveau. Binnen de reikwijdte van de stad worden programmaonderdelen vanuit het ziekenhuis naar de mensen toe gebracht en geïntegreerd met stedelijke voorzieningen op verschillende schaalniveau's. Zorg maakt zo onderdeel uit van de alledaagse leefwereld. De Vinex-locatie Leidsche Rijn dient als context voor het ontwerpend onderzoek.

**Het decentrale ziekenhuis. Katalysator van stedelijke vernieuwing** (*Lay-out 06*) van De Nijl Architecten in samenwerking met Colette Niemeijer

van CEANconsulting en Cor Wagenaar van de TU Delft is een ander onderzoek dat door het Stimuleringsfonds is gesubsidieerd naar aanleiding van de open oproep. De studie vertrekt vanuit twee elkaar aanvullende perspectieven. Het eerste onderzoekt de mogelijkheden van decentralisatie, het andere analyseert de potenties van de kleinschalige centra om als katalysator van stedelijke vernieuwing te dienen. De decentralisatie van het klassieke alles-onder-één-dak ziekenhuis leidt tot een netwerk van betrekkelijk kleinschalige gezondheidscentra verspreid door de stad. Het allesomvattende ziekenhuis blijft als organisatie bestaan, maar fysiek lost het op en vermengt het zich met andere voorzieningen die zich richten op het bevorderen van de gezondheid. Als proefregio is gekozen voor Rotterdam-Zuid. De voorgestelde decentralisatie richt zich op het ontrafelen van samengebalde medische processen, dus op de top. De studie naar de mogelijke inzet van nieuwe gezondheidscentra in de stedelijke vernieuwing brengt de fysieke structuur en de verspreiding van voorzieningen in de proefregio in kaart en analyseert de basis.

## Het fonds subsidieert ontwerpend onderzoek Enkele voorbeelden zijn:

### Het Zorgerf

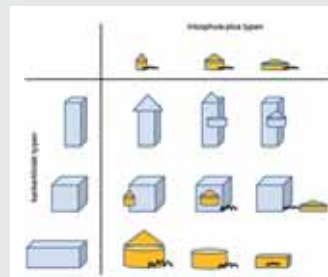
Grote groepen ouderen in kleine kernen zouden graag in hun vertrouwde omgeving willen blijven wonen, maar geschikte woonzorgcomplexen ontbreken. Met het onderzoek naar zorgerven willen de twee architectenbureau's Onix en DAAD alternatieve woonvormen ontwikkelen voor oudere dorpsbewoners met én zonder zorgbehoefte. Een bijkomende drijfveer is het behoud van de leefbaarheid in de dorpen. Onderdeel van het onderzoek zijn nieuwe vormen van opdrachtgeverschap, zoals particulier opdrachtgeverschap voor kleinschalige woonzorg



geren waarbij de toekomstige bewoners zelf het initiatief nemen voor een gezamenlijke woonvorm. Bestaande zorgnetwerken en nieuwe zorgtechnieken worden in het onderzoek meegenomen. Hiermee kan in de lage dichtheid van het platteland toch zorg worden geboden en kunnen mensen langer in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. Deze aanpak biedt ook de kans om nieuwe voorzieningen toe te voegen waar het hele dorp baat bij heeft, zoals een boodschappenservice, tuinonderhoud, artspraktijk, theaterfilmzaal, sauna of dorpscafé. Het onderzoek bestaat uit een inventarisatie van de woonwensen van ouderen en gesprekken met instanties over hun wensen en aandachtspunten met betrekking tot de zorg voor ouderen. Op basis van deze inventarisatie doen DAAD en Onix ontwerpend onderzoek naar mogelijke oplossingen die in vier case-studies worden uitgewerkt. De architecten ontwikkelen daarnaast, in samenwerking met grafisch vormgever Peter de Kan, een spel waarmee zij op een laagdrempelige manier de betrokkenen prikkelen om mee te denken over kleinschalige zorgarchitectuur in het eigen dorp. Dit onderzoek is voortgekomen uit de open oproep voor zorgarchitectuur in 2005. [www.zorgerf.nl](http://www.zorgerf.nl)

### Architectuur als tweede lichaam, het gezondheidshuis

Bureau kopvol architecture & psychology, doet onderzoek naar oncologische zorgklinieken. Het doel van het onderzoek is de psychosociale verzorging van kankerpatiënten in kankerklinieken te verbeteren uitgaande van architectuur. De insteek is om twee typen zorggebouwen met elkaar te combineren, de kankerkliniek en het inloophuis plus. Het groeiende aantal inloophuizen plus in Nederland richt zich op de psychosociale zorg van kankerpatiënten en kenmerkt zich door een laagdrempelig en open karakter. Het is een plaats waar mensen met kanker en hun naasten elkaar kunnen ontmoeten, psychotherapeutische hulp en psycho-oncologische ondersteuning krijgen. De kankerkliniek is vaak onderdeel van een academisch medisch centrum en biedt medische en psychosociale zorg. In de programmatische en ruimtelijke vertaling van het zorgconcept van de kankerklinieken staan de medische aspecten echter op de voorgrond en vinden



slechts deze uitdrukking in haar architectuur. Het zijn functionele, gesloten en steriele omgevingen die niet zijn ontworpen op basis van de huidige wetenschappelijke kennis over de invloed van architectuur op het psychische welzijn en het genezingsproces. In belangrijke behandelingsfasen hebben de patiënt en zijn naasten behoefte aan het verzorgingsaanbod van beide instellingen, maar er bestaat geen enkele fysieke verbinding tussen de kankerkliniek en het inloophuis plus. Voor bureau kopvol is het aanleiding om de mogelijkheden te onderzoeken de kankerkliniek en het inloophuis plus kwalitatief samen te voegen. Daarbij zien zij architectuur als integraal onderdeel van het verzorgingsconcept, ter verbetering van de gezondheidszorg en de levenskwaliteit van kankerpatiënten. Het onderzoek zal resulteren in een aantal ruimtelijke scenario's op meerdere schaalniveaus, van interieur tot stedenbouw. Het onderzoek is voortgekomen uit een onderzoek van kopvol over de ruimtewaarneming van kankerpatiënten in 2006, verwerkt in het boek *Die Erkrankung des Raumes*.

