



College bouw  
ziekenhuisvoorzieningen

Nummer

2

# In perspectief

mei 2003

## Healing environment stelt patiënt en welbevinden centraal

Het lijkt zo voor de hand te liggen dat de architectuur van een ziekenhuis moet bijdragen aan het welzijn van de patiënt die er verblijft. Wat kan een architect van deze gebouwen anders voor ogen staan? Men kan zich toch niet voorstellen dat hij niet aan het welbevinden van de gebruikers bij zou willen dragen?



Sinds het ziekenhuis in de late achttiende eeuw ontstond als een specifiek gebouwtype, heeft het ontwerp ervan in het teken gestaan van de *healing environment*. Dit streven leek zo logisch dat het niet nader werd benoemd. Een ziekenhuis was, in de toenmalige terminologie, een *machine à guérir*

### TEN GELEIDE

Het onderwerp *healing environment* is niet nieuw. De invloed van de gebouwde omgeving op het genezingsproces krijgt ook in ons land steeds meer aandacht. Het thema maakt ook deel uit van het Werkprogramma van het Bouwcollege.

Als openingsartikel treft u een beschouwing aan van architectuurhistoricus Cor Wagenaar. Daarnaast heeft de redactie het ontwerpteam van de nieuwbouw van het Erasmus MC Rotterdam gevraagd naar haar visie op de waarde van de 'geneeskrachtige omgeving' en de weerslag hiervan op hun ontwerp. Ook is een interview opgenomen met Noor Mens, de auteur van een zojuist verschenen boek over de architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis door de eeuwen heen. Tot slot besteedt *In perspectief* aandacht aan een studiereis van een afvaardiging van het Bouwcollege naar de Verenigde Staten, waar een ontmoeting met de *healing environment*-specialist professor Roger Ulrich op het programma stond. Tijdens deze reis was er ook aandacht voor marktwerking en telemedicine.

en de architectuur was het werkende bestanddeel van die machine. De medische wetenschap was in deze eerste generatie ziekenhuizen weliswaar niet afwezig, maar haar positie was tamelijk marginaal en het ziekenhuis viel praktisch samen met het beddenhuis. De architectuur, dat wil zeggen: het in overeenstemming met de natuurwetten vormgegeven gebouw, dat de aanvoer van een continue stroom verse lucht garandeerde en 'miasmen' verjoeg, maakte mensen beter. Dat was zo vanzelfsprekend dat er geen woorden voor nodig waren. Ook later, toen medische wetenschap en techniek de enigszins mythische referenties naar het ontwerpen in overeenstemming met de natuur overnam, behoefde het geen betoog dat het ziekenhuis door zijn architectuur bijdroeg aan het genezingsproces van zieken. Het begrip 'geneeskrachtige omgeving' komt dan ook niet uit de architectuur voort, maar uit de omgevingspsychologie. In de jaren tachtig van de twintigste eeuw dook het op in Amerika, waar het intussen op een behoorlijke traditie kan bogen. De wortels in de psychologie verklaren meteen waarom het, ondanks de soms spectaculaire resultaten, binnen de architectuur vaak met de nodige scepsis wordt ontvangen.

### Onderzoek

Wat de *healing environment* onderscheidt is het wetenschappelijk onderzoek naar de manier waarop

patiënten en stafleden in het ziekenhuis hun fysieke omgeving ervaren. Het ziekenhuis lijkt voor dit type research de ideale plek. Betere gelegenheden om het gedrag van een dwarsdoorsnede van de bevolking te bestuderen zijn nauwelijks denkbaar. Ook de omstandigheid dat de patiënten een groot deel van hun tijd in bed doorbrengen is, vanuit het oogpunt van het onderzoek, een aantrekkelijke bijkomstigheid. Het maakt het mogelijk de patiëntenkamer als door het ontwerp te manipuleren omgeving te zien. Het gedrag van de patiënten die aan dezelfde aandoening lijden, in dezelfde leeftijdscategorie vallen en wellicht afkomstig zijn uit dezelfde sociale milieus, wordt in relatie gebracht met het type kamer waarin zij verblijven.

Hoeveel patiënten liggen op één kamer? Is er daglicht? Kunnen ze naar buiten kijken? Wordt dit uitzicht dan bepaald door blinde muren van het nabijgelegen ziekenhuispaviljoen of door een groen park? Hoe is de kamer ingericht en wat voor schilderijen hangen aan de muren? Het blijkt inderdaad mogelijk de *health outcomes* van een dergelijke groep patiënten te relateren aan het soort omgeving waarin ze verblijven. Sterker nog, de relatie blijkt soms verrassend direct te zijn. In de gunstigste omstandigheden gebruiken de patiënten andere (over het algemeen minder dure) medicijnen en daarvan hebben ze aanmerkelijk minder nodig. Het aantal dagen dat zij in het ziekenhuis door moeten





DE GRONINGSE VESTIGING VAN HET DRENTSE DENNENOORD HEEFT INTIMITEIT EN OPENBAARHEID GEÏNTEGREERD DOOR EEN PATIO EN STADSTUINEN TE MAKEN.

brengen is geringer dan dat van de groep die in minder optimale omstandigheden verblijft. Nadat de patiënten zijn ontslagen, zo leert *post occupancy* onderzoek, zijn ze tevreden over de behandeling die hen ten deel viel en – in de Verenigde Staten niet onbelangrijk – minder geneigd het ziekenhuis wegens wanprestatie voor de rechter te slepen. Het ontwerpen van een zo ideaal mogelijke omgeving is geen luxe, maar een wezenlijke bijdrage aan het functioneren van het ziekenhuis. De kosten die ermee gemoeid zijn verdienen zich ruimschoots terug.

#### Evidence based design

Een recente innovatie binnen de wereld van het *healing environment* is de opkomst van het *evidence based design*. Dat beoogt een meer wetenschappelijke benadering van het ontwerp, vergelijkbaar met het *evidence based medicine* in de medische wetenschap. Of de vergelijking veel verder gaat dan de naamgeving wordt betwijfeld. Deze vraag is hier minder relevant, al was het maar omdat die raakt aan de wetenschappelijkheid van de psychologie en de verschillen in methoden en wetenschapsfilosofie tussen de sociale en medische wetenschappen. Het onderzoek dat aan het *evidence based design* ten grondslag ligt komt overeen met dat waarop het concept van de ‘geneeskrachtige omgeving’ is gebaseerd. Mensen wordt gevraagd naar hun associaties en preferenties wanneer zij verblijven in een bepaalde omgeving. Deze vaak subjectieve gegevens worden aangevuld met de harde data van medicijngebruik, verblijfsduur, kans op infecties en op medische fouten. Idealiter wordt het palet aan gegevens achteraf aangevuld met de uitkomsten van het al gememoreerde *post occupancy*-onderzoek. Zo ontstaat een tamelijk concreet belevingsbeeld.

Zoals het *evidence based medicine* het gezondheidsbeeld relateert aan volgens strikte protocollen toegediende medische ingrepen, zo relateert het *evidence based design* het belevingsbeeld aan de fysieke omgeving van de patiënt. Daarbij doet zich dan onmiddellijk het pro-

bleem voor hoe men de omgeving definieert. Daglicht, uitzicht, type kunst aan de muur, aantal patiënten per kamer, privacy, bewegwijzering en aanwezigheid van toegankelijke tuinen zijn belangrijke karaktereigenschappen van de ruimtelijke omgeving. Zelfs wanneer men ze allemaal in overweging neemt, blijft men nog steeds ver verwijderd van de precisie die het architectonisch ontwerp kenmerkt. Daarbij laten we dan nog buiten beschouwing dat sommige van de hier genoemde parameters meer op het programma dan op het ontwerp van toepassing zijn. Het schaalniveau waarop ze betrekking hebben varieert van de individuele kamer tot de logistiek van het ziekenhuis.

Dat brengt ons bij de relatie tussen de *evidence* en het *design*, dus tot die tussen de wetenschapper – in dit geval de omgevingspsycholoog – en de ontwerper.

#### Verschil wetenschap en ontwerp

De data waarop het *evidence based design* zich baseert, lijken overtuigend genoeg om rekening mee te houden bij de bouw en

renovatie van ziekenhuizen. Natuurlijk zijn niet alle uitkomsten zonder meer naar Europa over te plaatsen. De financiële consequenties lijken in Amerika uitgesprokener dan hier. Het tegengaan van litigation (het juridische steekspel tussen de ontevreden patiënt en het ziekenhuis, dat maar al te vaak ten nadele van de laatste wordt beslist) is, om eens iets te noemen, een belangrijke post in de winstberekening van het *evidence based design*. Het levert overigens weinig op in een situatie waarin patiënten niet gewend zijn onmiddellijk naar de rechter te stappen als hen iets niet bevalt. Hoewel het niet op voorhand is uit te sluiten dat de hogere kosten worden gecompenseerd door een kortere verblijfsduur en minder medicijngebruik, liggen de werkelijke voordelen bij de grotere tevredenheid van de patiënt, die zich beter lijkt te voelen naarmate meer rekening wordt gehouden met de bevindingen van het *evidence based design*. De fundamentele moeilijkheid ligt bij het ‘vertalen’ van deze bevindingen in het ontwerp. Daar wrekt zich het verschil tussen wetenschap en ontwerp. Tussen beide gaapt een diepe kloof, die elke discussie tussen wetenschapper en architect snel laat ontaarden in het uitwisselen van clichés. De wetenschapper verwijt de ontwerper zijn plannen op drijfzand te baseren, de effecten op de gebruikers niet te meten, puur intuïtief te werk te gaan, oncontroleerbaar te zijn en de eigen creativiteit belangrijker te vinden dan de manier waarop een gebouw wordt beleefd. Architecten verwijten wetenschappers daarentegen geen oog te hebben voor de onderzoekscomponent die inherent is aan elk ontwerp, geen begrip te hebben voor het ontwerpproces, niet over instrumenten te beschikken om zelfs de eenvoudigste ruimte ook maar bij benadering te conceptualiseren en de beleving van een ruimte te reduceren tot de visuele ervaringen van de bedlegerige patiënt. Ze houden geen rekening met de tactiele aspecten van de architectuur, noch met de effecten van het zich door een ruimte bewegen of met de *mental images* die inherent zijn aan het verblijf in een ruimte en de herinnering aan de weg daarheen. Een wereld van verschil, maar ook een kloof die in principe te dichten is.

# Healing environment in het Erasmus MC

Het krantenartikel hiernaast is uiteraard fictief, maar raakt wel de essentie van de ambities ten aanzien van de nieuwbouw. Het concept healing environment, door sommigen healing by design genoemd, heeft daarin een belangrijk fundament. Het is een containerbegrip waar iedereen iets anders onder verstaat. Bovendien is het moeilijk ertegen te zijn. Het begrip is op de keper beschouwd dan ook een open deur. Immers, wie bouwt er een nieuw medisch centrum waar een sick building syndroom aan kleeft? De kernvragen zijn natuurlijk wat je verstaat onder een 'geneeskrachtige omgeving' en hoe je daar invulling aan geeft?

## Kwaliteitsintenties

In het intentiedocument 'Duurzaam en gezond ontwikkelen Hoboken', spreken het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam zich uit over de gewenste kwaliteiten van de gebouwde omgeving. Het concept, met daarbinnen een scala aan prestatievelen, wordt door betrokkenen gezien als een belangrijk en inspirerend onderdeel van het grotere geheel van kwaliteitsintenties. Als eerste stap bij het uitwerken van het intentiedocument naar ontwerpcriteria voor de nieuwbouw, voert het een quick scan uit naar het concept healing by design. Het doel van deze studie is een definitie te geven van het begrip en te beschrijven welke effecten ermee bereikt kunnen worden. Tevens wordt aangegeven wat er verder moet gebeuren op weg naar de realisatie van ambities.

## Gunstig klimaat

De term 'geneeskrachtige omgeving' impliceert dat de nadruk ligt op de patiënten. Het Erasmus MC ziet het overigens net zo goed als haar taak om voor werknemers een prettige werkomgeving te creëren. Ze draagt eveneens bij aan de gezondheid en het welzijn van medewerkers en creëert hiermee een gunstig 'klimaat' waarin zij de patiënt centraal kunnen stellen. Vanwege het besef dat gezondheid als gevolg van de fysieke omgeving breed opgevat kan worden (lichamelijk, sociaal en geestelijk welbevinden), is de voorlopige werkdefinitie breed gekozen. Er is sprake van een healing environment als:

- de kwaliteit van de fysieke omgeving verbetering van de feitelijke en ervaren gezondheid tot gevolg heeft;
- de fysieke omgeving goede voorwaarden schept voor gebruikers om hun gezondheidssituatie te verbeteren;
- aspecten in de fysieke omgeving zeker geen bedreiging of beperking voor de gezondheid vormen.

## Bewijzen, aanwijzingen en wijsheden

Onder de noemer van het begrip, scoren vooral het zicht op planten, natuur en daglicht erg hoog. Geen opdrachtgever of architect die er nog aan kan denken deze belangrijke omgevingsfactoren te onthouden aan gebruikers van hun ruimte. Hoe levend groen exact moet worden vormgegeven voor het beste effect is niet duidelijk, maar ook in een matige uitvoering doet groen het meestal beter dan beton. Omgevingsfactoren die zich wat minder visueel of ervaarbaar aandienen of die niet 'healing' zijn, lijken niet minder belangrijk. Maatvoering, luchtkwaliteit, thermisch comfort, geluid en vele andere aspecten van het binnen- en buitenmilieu hebben bewezen invloed op het welbevinden van gebruikers uit te oefenen. Omdat er veel bekend is over deze factoren, is het goed mogelijk schade te beperken en 'winst' te creëren. De cijfers bij deze factoren zijn niet altijd zo indruk-



BELANGRIJKE OMGEVINGSFACTOREN ZIJN PLANTEN, NATUUR EN DAGLICHT

wekkend, maar ze gaan iedereen 'overall' aan. Zo is er zeker sprake van een beduidende gezondheidsimpact.

Aspecten als privacy, zelfredzaamheid en in het verlengde daarvan mobiliteit en toegankelijkheid, zijn voor patiënten van evident belang. Mensen die ziek zijn willen zo lang mogelijk zelfstandig eten, in en uit bed, naar de wc, telefoneren etc. Evidence based of niet, gevoelsmatig is het zeer aannemelijk dat deze zaken van belang zijn.

## Kosten

De kosten van extra aandacht voor healing environment worden geschat op maximaal een paar procent van de gangbare bouwkosten. De economische waarde van de gunstige gevolgen van een toenemende kwaliteit van de omgeving en een toenemend welbevinden van de 'gebruikers' lijkt een meervoud van de investeringen te betreffen (onder meer: lagere exploitatiekosten, hogere productiviteit van medewerkers en sneller herstel van ziekenhuispatiënten).

## Vervolg: ontwerpcriteria voor de nieuwbouw

Het Erasmus MC gaat de vastgestelde ambities op een groot aantal onderwerpen die te maken hebben met healing environment uitwerken tot ontwerpcriteria voor de nieuwbouw. Van de onderwerpen worden er vijf op korte termijn uitgewerkt. Zij worden binnen het concept van groot belang geacht. Het gaat hier om sfeer en identiteit, licht en zicht, geluid en trillingen, klimaat en toegankelijkheid. Via expertmeetings worden eisen en maatregelen geformuleerd die dienen als inbreng bij programma's van eisen. Daarbij is zoveel mogelijk sprake van doelvorschriften en minder van middelvoorschriften. Bovendien worden naast de algemene eisen voor het totale complex zonodig specifieke eisen geformuleerd voor bijzondere functieruimtes. Bij de expertmeetings worden naast de ontwerpende partijen ook medici en vertegenwoordigers van medewerkers en patiëntenorganisaties betrokken.

Rotterdams Dagblad, 2 februari 2020

## Healing environment in nieuw Erasmus MC Rotterdam

Na ruim 15 jaar bouwen is het geheel vernieuwde Erasmus MC gisteren door koningin Máxima officieel in gebruik genomen. Alles staat in het teken van optimale zorg voor de patiënt en uitstekende werkcondities voor de medewerkers, onderzoekers en studenten. Het concept 'patiënt-centraal' is op allerlei manieren doorgevoerd. De zorg komt naar de patiënt toe in plaats van andersom. Wachten op de uitslag van een onderzoek bestaat niet meer en alles is nagenoeg 'real-time'. Het gebouw en de omgeving dragen bij aan een snellere genezing en het welbevinden van de patiënten en tevreden medewerkers. Hierdoor is er een lager ziekteverzuim. De hoge investeringskosten worden hiermee ruimschoots terugverdiend.



Het ontwerpteam dat op innovatieve wijze uitvoering heeft gegeven aan het nieuwe Erasmus MC bestaat uit: EGM architecten, Raadgevend Technies Buro Van Heugten en Aronsohn raadgevende ingenieurs bv.

## Architectuur en marktwerking in de VS

In Nederland bestaan weinig onderzoeken die de positieve effecten van healing environment wetenschappelijk kunnen aantonen. In de Verenigde Staten is de 'geneeskrachtige omgeving' al langer een actueel thema en daarom ging een afvaardiging van het Bouwcollege onder meer naar de Texas A&M University, waar een studieprogramma bouw en gezondheid werd aangeboden.

De studiereis had als doel meer inzicht te krijgen in het onderzoek naar en de toepassing van healing environment, om zo een vergelijking te

kunnen maken met de Nederlandse praktijk. Daarnaast kreeg de afvaardiging van het Bouwcollege informatie over marktwerking en telemedicine in de gezondheidszorg.

### **Evidence based architecture**

Aan de Texas A&M University wordt onder leiding van Roger Ulrich wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effecten van de (gebouwde) omgeving op het genezingsproces van patiënten. Ulrich is één van de weinigen die daarmee een wetenschappelijke basis, de 'evidence based architecture', probeert te leggen onder het vrij softe begrip 'healing environment'.

Overigens staat de 'evidence based architecture' ook in Amerika nog in de kinderschoenen. Voor de meeste architecten is het nieuw. Het is daarom zeker niet zo dat alle ziekenhuizen in de Verenigde Staten rekening houden met de effecten van een 'geneeskrachtige omgeving', maar de verwachting is dat dit binnen 3 à 4 jaar wel het geval is.

### **Marktwerking**

De VS staan bekend om hun ver doorgevoerde marktwerking in de gezondheidszorg, maar dat beeld moet wel genuanceerd worden. Marktwerking is vooral van toepassing in de zogenaamde 'for profit hospitals', waar de winst door de aandeelhouders wordt verdeeld, maar in veel mindere mate in publieke ziekenhuizen. Daartussenin zit nog een aanzienlijk aantal 'not for profit hospitals'. Bovendien heeft de overheid een toezichhoudende rol en koopt zij 45% van de zorg in, waardoor haar invloed op de gezondheidszorg groot is.

Marktwerking is ook zichtbaar in de ordening: er zijn, veel meer dan in Nederland, thematische ziekenhuizen, zoals een vrouwenziekenhuis of hartziekenhuis. Onderzoek heeft aangetoond dat de vrouw in een gezin bepaalt in welk ziekenhuis een gezinslid wordt opgenomen. Daarom richt een vrouwenziekenhuis zich in zijn pr op de vrouw, maar worden in datzelfde ziekenhuis ook kinderen en mannen opgenomen. Opvallend is dat de 'for profit hospitals' vaak een erg mooie, ruime entree hebben. Naarmate men echter dieper het ziekenhuis inkomt, worden de ruimtes kleiner. Immers, iedere vierkante meter extra kost geld en zet de winst onder druk. De 'not for profit hospitals' kennen de ruimste bouw omdat zij de opbrengsten terugsluizen in de infrastructuur. In de VS is de manier waarop men bouwt ook in hoge mate afhankelijk van de beschikbaarheid en betaalbaarheid van grond en ruimtelijke ordening. In Texas is er nog veel ruimte, maar in een stad als Baltimore, waar de grond schaars en duur is, kiest men noodgedwongen voor hoogbouw en renovatie van bestaande bouw.

### **Telemedicine**

Technisch is er heel veel mogelijk op het gebied van telemedicine. In dunbevolkte gebieden in de VS worden ambulances ontwikkeld die via een satellietverbinding de behandelend arts in het ziekenhuis van medische informatie voorziet. Hierdoor kan de arts al tijdens de ambulance rit instructies geven om de patiënt te laten behandelen door het ambulancepersoneel. Overigens komt telemedicine nog niet op grote schaal van de grond, omdat er juridische problemen zijn rond de financiële vergoeding en de aansprakelijkheid. Dat is veel minder het geval bij politie, leger en het gevangeniswezen. Juist in de gevangenis is er veel ervaring opgedaan met telemedicine, omdat men gedetineerden - uit kosten- en veiligheidsoverwegingen - liever niet vervoert. Telemedicine kan dan in een aantal gevallen uitkomst bieden. Daarnaast wordt veel gebruik gemaakt van de mogelijkheden van teleconferencing.

# “Architectuur psychiatrie is kwestie van vooruitkijken”

Architectuurhistorica drs. Noor Mens geeft in haar onlangs verschenen boek ‘De architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis’ een historisch overzicht van de ontwikkelingen in de architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Het boek brengt de vormgeving van de gebouwen in verband met veranderingen in het denken over oorzaken en behandelmethoden van geestelijke ziektes.



“HET DENKEN OVER PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN IS TERUG TE ZIEN IN DE ARCHITECTUUR.”



UIT ONDERZOEK BLIJKT DAT DE OMGEVING HELEND KAN WERKEN EN HET WELBEVINDEN VAN DE PATIËNT DAARMEE POSITIEF WORDT BEÏNVLOED.

De maatschappelijke positie van de psychiatrie en de mate waarin die als een gewoon en onvermijdelijk onderdeel van de samenleving wordt aanvaard, zijn voor Noor Mens belangrijke aanknopingspunten geweest bij de totstandkoming van haar boek. Echter, de nadruk ligt op concrete ontwerpen en gebouwen.

“De architectuur van de psychiatrische ziekenhuizen hangt samen met hun functie en heeft niet alleen te maken met stijl, maar veel meer met het ontwerpen van ruimtelijke omgevingen die het welzijn van de patiënt, volgens de meest actuele psychiatrische inzichten, bevorderen”, zegt Mens.

## Historische veranderingen

De historische veranderingen in de psychiatrie zijn vervlochten met maatschappelijke ontwikkelingen. Vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw werd uitgegaan van de heilzame werking van de natuur. Juist in een landelijke of natuurlijke omgeving kon de patiënt zich ‘ontwikkelen’. Daarnaast wilde men de psychiatrische patiënt zo ver mogelijk weg hebben van de bewoonde wereld. “We zien dat heel mooi terug in de voor die tijd revolutionaire paviljoenbouw van Veldwijk in Ermelo. Dit architectonische concept wordt vandaag de dag niet meer toegepast, terwijl het toch wel een duidelijk voordeel had. Door de verspreide

gebouwen ontstaat immers een gevoel van kleinschaligheid en uitbreiding is gemakkelijk te realiseren”, zo zegt Mens.

## Terugkeer in de maatschappij

Na de tweede wereldoorlog wordt gestreefd naar reïntegratie van psychiatrische patiënten in de maatschappij. Dit betekent dat patiënten uit de duinen en bossen naar de stad vertrokken. Hierdoor heeft sinds de jaren tachtig een forse nieuwbouw plaatsgevonden in de stedelijke omgeving. Beschermende woonvormen en gedecentraliseerde

nieuwbouw deden onder meer hun intrede. Mens hierover: “in eerste instantie probeerde men op de grote instellingsterreinen ook ‘gewone’ mensen te laten wonen, maar dat was niet haalbaar. Andersom was makkelijker te realiseren. Zo ontstonden in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw woongroepen in de wijken. Nadeel was wel dat mensen sterk afhankelijk werden van de groep. Daarom streeft men er tegenwoordig naar patiënten zoveel mogelijk zelfstandig te laten wonen.”

Bij de trek richting stedelijke omgeving werden veel oude psychiatrische ziekenhuisterreinen grotendeels verlaten. Er gaan in dit kader steeds vaker stemmen op zorgvuldig met deze terreinen om te springen. Het is immers niet uit te sluiten dat door maatschappelijke ontwikkelingen opnieuw behoefte bestaat aan goede huisvesting voor psychiatrische patiënten op enige afstand van de stad.

## Vooruitlopen op realiteit

In haar boek geeft Mens aan dat architectuur tot op zekere hoogte bestaat uit het vooruitlopen op de realiteit. De bouw van psychiatrische inrichtingen is hierop zeker geen uitzondering. Alles wijst in de richting van het vervangen van de klassieke gestichten door andere, kleinschaliger instellingen. Deze vertegenwoordigen een trend

naar zelfstandig wonen van patiënten die betrekkelijk kort in een inrichting hoeven te verblijven en het meest gebaat zijn bij een eigen privéruimte. Deze ruimte moet huiselijk zijn, privacy garanderen en zich toch duidelijk onderscheiden van de normale woning.

De evolutie van de psychiatrische ziekenhuizen wordt echter ook beïnvloed door verschillende begrenzendende factoren. De auteur doelt daarmee onder meer op de fysieke kaders van de bestaande instellingen, die grenzen stellen aan de mogelijkheden van vernieuwingen en renovaties. Pas wanneer renovatie en exploitatie te duur zijn, denkt men eraan oude gebouwen te slopen of aan de geestelijke gezondheidszorg te onttrekken en vervangende nieuwbouw te plegen.

Een andere begrenzendende factor tenslotte, betreft de trend architectuur van de woningbouw in de omgeving als referentiekader te laten meespelen. In Nederland heeft deze oplossing inmiddels al grotendeels zijn beslag gekregen. Duidelijk is dat het streven naar een vorm van normalisatie en imagoverbetering door het relativeren van de als eng ervaren kanten van de institutionele zorg in de psychiatrie tot nu toe het meest succesvol is geweest bij de woonfunctie.

*Noor Mens, De architectuur van het psychiatrisch ziekenhuis*

Uitgever Inmerc bv, 336 pag. € 53,00 ISBN 906611 089 9

## COLOFON

In perspectief is een uitgave van:

College bouw ziekenhuisvoorzieningen

Postbus 3056, 3502 GB Utrecht

Bezoekadres: Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht

E-mail: [cbz@bouwcollege.nl](mailto:cbz@bouwcollege.nl)

Internetsite: [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl)

Telefoon: 030-298 31 00

Fax: 030- 298 32 99

Redactie: Peter van Beek, Han Hoes, Lemmy Koskamp

Fotografie: Peter van Beek, Jannes Linders, Susan Francis

Vormgeving: Twin Design bv, Culemborg

Druk: Wilco bv, Amersfoort