

Het OPPO-gebouw, een voorbeeld voor de rol van architectuur binnen MVO in de zorg

In de meeste bouw- en verbouwvoornemens wordt architectuur gezien als de laatste stap van het proces, waarin het kwantitatieve programma van eisen en het zorgconcept vertaald worden naar een functioneel gebouw. In dit denken wordt de kans gemist om architectuur bewust in te zetten als een succesfactor van het kwaliteitsmanagement.

Door: T.C. Vollmer en G. Koppen

Sinds 2010 bestaat er een nieuwe typologie van zorggebouwen, waarin architectuur integraal onderdeel is van het zorgconcept en het zorgconcept architectonisch vertaald wordt naar een maatschappelijk verantwoorde onderneming. De ontwikkeling van deze typologie is gebaseerd op het nieuwe denken in het kwaliteitsmanagement dat architectuur zo vroeg mogelijk in het bouw- en verbouwvoornemen betrokken wordt, om een cruciale bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van gebruikersspecifieke kwaliteitskaders. In de praktijk wordt daarvoor gewerkt met de methode ontwerpend onderzoek. De nieuwe typologie die in dit artikel voorgesteld wordt, is ontwikkeld vanuit deze methode en is in 2012 benoemd tot 'best practice'. De nieuwe typologie, het OPPO-gebouw, betreft de integrale verzorging van kankerpatiënten en toont de reikwijdte van ontwerpend onderzoek en het praktische nut voor de kwaliteitsverbetering in de zorg.



Tanja Vollmer



Gemma Koppen

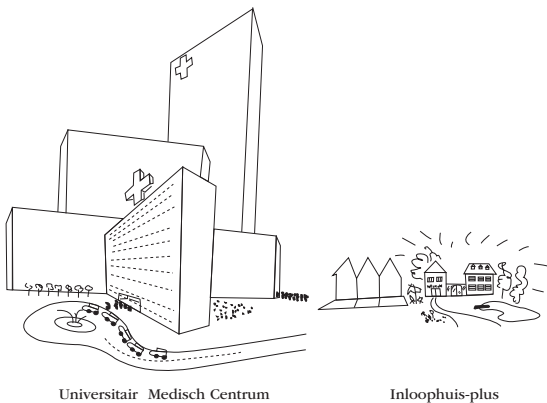
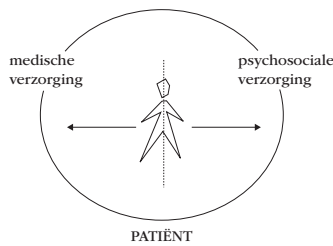
De toekomst van de kankerzorg ligt in ambulante centra

Eén op de vier vrouwen en één op de drie mannen in Nederland krijgt kanker. Door verbeterde diagnostiek en vergrijzing van de bevolking neemt de incidentie van kanker in Nederland naar verwachting jaarlijks met 1 tot 2 procent toe. In 2009 kregen 90.000 mensen te horen dat ze kanker hadden en overleden er ruim 40.000

kankerpatiënten. De medische behandelingen leiden op korte termijn niet tot genezing, maar tot een toekomst waarin kanker een chronische aandoening wordt. Steeds meer (ex-)patiënten zullen moeten leven met de gevolgen van de ziekte en behandelingen. De verwachting is dat deze groep mensen in 2015 een omvang van 692.000 personen bereikt zal hebben.

Het gevolg is dat oude verzorgingsstructuren niet meer voldoen. Ziekenhuisopnames in de oncologie zullen korter duren en het accent komt meer te liggen op poliklinische hulp. In de toekomst bezoekt de chronisch zieke kankerpatiënt levenslang deze ambulante instellingen: voor controles, afstemming op nieuwe medicamenten en het verkrijgen van aanvullende therapieën. De uitbouw of oprichting van oncologische poliklinieken bij bestaande ziekenhuizen is een zichtbare verandering in deze richting. De typologie van reeds gebouwde oncologische poliklinieken onderscheidt zich echter weinig van het oorspronkelijke, bestaande ziekenhuis. Meestal zijn het afdelingen, dependances of integrale onderdelen van het ziekenhuis. In de ruimtelijke vertaling staan de medische aspecten op de voorgrond. Nog staat de ziekte, niet de mens, centraal. Natuurlijk staat bij kanker de medische behandeling voorop, maar tegelijkertijd vormt de diagnose voor kankerpatiënten en hun naasten een enorme, vaak langdurige psychische belasting, die met het chronisch worden van de ziekte zal toenemen. Kanker blijft fysiek en geestelijk een bedreiging. Naast fysieke klachten, zoals vermoeidheid en pijn, blijkt meer dan 80 procent van de patiënten in de loop van het ziekteproces te kampen met problemen van psychosociale aard, zoals gevoelens van angst, onzekerheid, verdriet, boosheid en somberheid. Ook kan de ziekte problemen veroorzaken binnen de relatie en het gezin, op het werk en met financiën: 20 tot 30 procent van alle patiënten

heeft tijdens het ziekteproces behoefte aan professionele psychosociale begeleiding. Vooral na afronding van de (eerste) medische behandelingen, wanneer aanpassing aan de ziekte overgaat in verwerking, gelden als de moeilijkste periodes in het ziekteproces. Voor veel patiënten verandert de psychologische stress, tijdens de behandeling of erna, in een psychiatrisch probleem: rond 40 procent ontwikkelt een angststoornis, meer dan 15 procent een depressie. Slechts 10 procent uit alle groepen krijgt gekwalificeerde hulp, een schril contrast.¹



Scheiding psychosociale zorginstellingen en ambulante centra

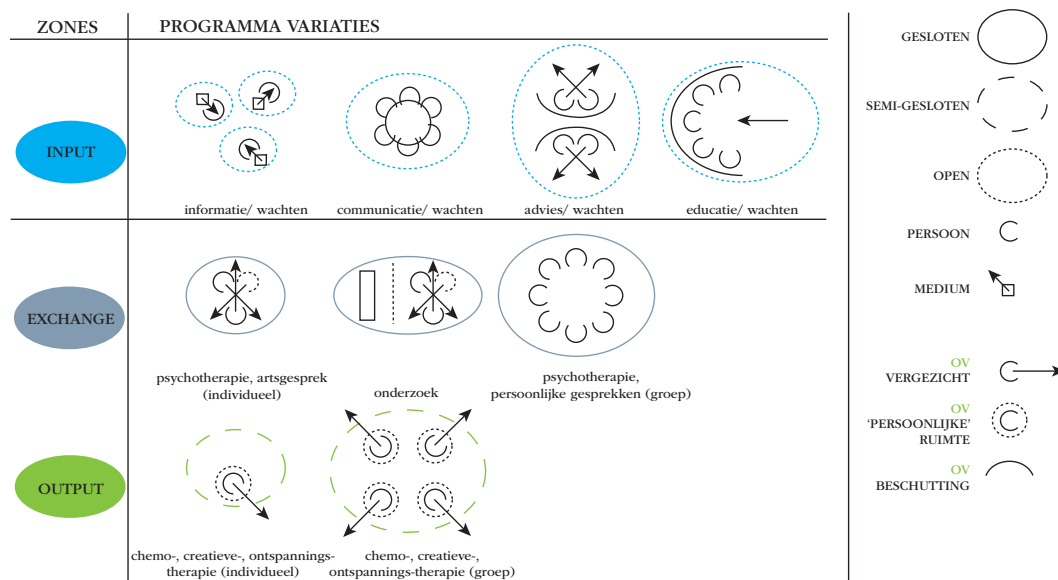
Volgens het Nationaal Programma Kankerbestrijding is een van de oorzaken van deze ‘onderversing’, naast het ontbreken van psychosociale signalering, het ontbreken van een professionele psychosociale verzorgingsstructuur in of gekoppeld aan de huidige klinieken. KWF Kankerbestrijding heeft in 2012 een programma opgesteld om de psycho-oncologische structuren in Nederland en de onderlinge verbindingen van het verzorgingsaanbod in de oncologie en psycho-oncologie te verbeteren. Er blijken namelijk historisch twee volledig contraire instellingen voor de medische en de psychosociale zorg voor kankerpatiënten te zijn ontstaan. De ambulante medische centra zijn gescheiden van inloophuizen (of inloophuizen-plus) en psychotherapiecentra, die zich uitsluitend op de psycho-oncologische zorg van kankerpatiënten richten. De inloophuizen kenmerken zich door laagdrempeligheid, openheid en een emotioneel ondersteunende sfeer. De architectuur steunt deze uitstraling en plaatst de mens in het middelpunt: de gebouwen zijn

kleinschalig, de routing wordt bewust langs rust- en ontspanningsplekken geleid, wachtruimtes bestaan niet en zijn vervangen door activiteiten en afleidingsplekken, daglicht en sfeerlicht domineren, meestal bestaat een toegang naar buiten en verbinding van het gebouw met de natuur en er is aandacht voor geluidsreductie en geur. Het probleem is dat er nauwelijks een fysieke verbinding tussen deze zorgstructuren en de oncologische polikliniek bestaat. Zelfs in de nieuwe faciliteit van de Stichting Roparun die in 2011 het ‘Roparun-Rijnmond-Centrum’ in de zorgboulevard van het nieuwe Maastricht Ziekenhuis in Rotterdam geopend heeft, wordt psycho-oncologie geen integraal bestanddeel van het zorg- en werkconcept van de oncologische polikliniek.

Het OPPO Gebouw als prototype voor de integrale verbinding van oncologische en psycho-oncologische verzorging

Hoe nemen mensen met kanker hun omgeving waar? Welke ruimtelijke factoren beïnvloeden stress en welzijn? Hoe ziet het zorggebouw eruit dat rekening houdt met deze factoren, dat medische en psychosociale zorg verbindt? Deze vragen stonden centraal in het ontwerpend onderzoek waarin wij vijf academische ziekenhuizen en zes psychosociale zorginstellingen in Nederland analyseerden en meer dan vijftig experts interviewden. De insteek om twee typen zorggebouwen, de kankerkliniek en de psychosociale zorginstelling, met elkaar te combineren, is gebaseerd op het feit dat de behoefte aan medische en psychosociale hulp bij de kankerpatiënt in principe niet gescheiden mag worden, noch in tijd noch ruimtelijk. In een nieuwe zorggebouwtypologie, OPPO, is de ambulante medische zorg in de oncologische polikliniek (OP) gecombineerd met het psycho-oncologische (PO) zorgprogramma en is de ziekteverwerking van de patiënt het programma van eisen. Het OPPO-prototype erkent architectuur als belangrijk onderdeel bij de verbetering van de gezondheidszorg en levenskwaliteit van kankerpatiënten. In dit architectonische prototype is rekening gehouden met de zeven belangrijkste ruimtelijke factoren die de beleving van kankerpatiënten beïnvloeden: oriëntatie, geur, geluid, beschutting, vergezicht, licht en vormgeving.

De basisvoorwaarden voor de aankoppeling van de ambulante psychosociale oncologie (PO) aan de oncologische polikliniek in een zelfstandig gebouw zijn: a) de nabijheid van het ziekenhuis, b) de koppeling aan groen en c) bijzondere ruimtelijke kwaliteiten: open, laagdrempelig, uitnodigend, vriendelijk, rustgevend, weldadig en ruim. Het psycho-oncologische aanbod moet als



De vier OPPO-zones en hun toepassing op het programma van de zorgpraktijk

ruimtelijk onderdeel een eigen identiteit vormen en als zodanig voor patiënt en medisch personeel herkenbaar zijn. Dit is vormgegeven in vier zones, gebaseerd op de mate van confrontatie met de ziekte, die bepaalt hoeveel psychologische steun een patiënt nodig heeft. De vier OPPO-zones zijn:

A (Aanmelding): in- of uitgangen en verkeerszones. Dit zijn de overgangsgebieden waar de patiënt omschakelt van de 'normaliteit' naar 'confrontatie met de ziekte'.

I (Input): zones waar patiënten voornamelijk worden geïnformeerd en slechts indirect met hun ziekte worden geconfronteerd.

O (Output): zones waar patiënten direct met hun ziekte worden geconfronteerd zoals onderzoeks- of therapiekamers.

E (Exchange): zones waar patiënten direct in contact met de behandelaar staan en de confrontatie met de ziekte het bindende element is.

De architectuur van het OPPO-prototype reageert op de mens. Aan de binnenkant worden de functioneel gescheiden zones visueel versmolten in een doorlopende architectuur. De uiteindelijke vorm wordt niet bepaald door de vraag of een patiënt medisch of psychologisch moet worden behandeld, maar door de vraag hoe sterk de patiënt in een bepaalde behandelingsfase is geconfronteerd met zijn ziekte. De zeven omgevingsfactoren zijn de leidraad bij de vormgeving van ruimtezones. Sterke confrontatie betekent meer uitzicht, privacy en bescherming, maar bepaalt ook waar de ruimte zich in het gebouw bevindt en hoe ruim deze moet zijn. Deze methode voor conceptualisering van de aan ruimte gekoppelde emotionele behoeftes levert een nieuwe basis voor een gebouw met identiteit. Het doel van het prototype is niet het maken van een mooi gebouw, maar het bewust inzetten van ruimte, architectuur en vormgeving bij de behandeling en de verbetering van het welbevinden van de kankerpatiënt. Het prototype geeft weer hoe de nieuwe typologie zou kunnen functioneren, wat haar kwaliteit is, hoe patiënten door het gebouw bewegen en hoe de interactie tussen personeel en patiënten wordt geoptimaliseerd.

Noot

- 1 Hoekstra-Weebers, J.E., Psychosociale signalering in de IKNO-regio, *Ned Tijdschr Oncol.* 2010/7, 238-246.

Informatie over de auteurs

Dr. Tanja C. Vollmer, psycholoog en bioloog, en **Gemma Koppen**, architect, zijn directeur van kopvol architecture & psychology, tvollmer@kopvol.com. Verdere informatie: www.kopvol.com

Wat is bekend?

De fysieke omgeving heeft invloed op het welzijn van de mens en welzijnsbevordering hoort bij goed kwaliteitsmanagement.

Wat is nieuw?

Het nieuwe denken in het kwaliteitsmanagement betreft architectuur zo vroeg mogelijk in het bouw- en verbouwvoornemen om welzijnsbevorderende kwaliteitskaders te ontwikkelen. In de praktijk wordt daarvoor gewerkt met de methode ontwerp onderzoek.

Wat kun je ermee?

In een vroeg stadium en in korte tijd kan door middel van ontwerp onderzoek architectuur integraal onderdeel worden van het verzorgingsconcept en een bijdrage leveren aan de kwaliteitsverbetering in de zorg.