

do. 25.11.2010

Museum Dr. Guislain, Gent

het huis van de psychiatrie

studiedag over de intieme relatie
tussen architectuur
en geestelijke gezondheid



Het huis van de psychiatrie

Studiedag over de intieme relatie tussen
architectuur en geestelijke gezondheid

25 november 2010

Museum Dr. Guislain, Gent

De studiedag werd georganiseerd door het Vlaams Architectuurinstituut (VAi), het Museum Dr. Guislain en de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) en ondersteund door de Vlaamse overheid en de Vlaams Bouwmeester.

Initiatiefnemers zijn UR Architects.

Verslag: Gideon Boie (BAVO)

Inhoud

Voorwoord bij het verslag

Inleiding

Inleidende toespraak (Katrien Vandermarliere)

Benaderingen tot de huisvestingsopgave

- Psychiatrie en architectuur (Bernard Sabbe)
- Zorgende architectuur, architecturale zorg (Anne Malliet)
- Goede zorg en architecturale kwaliteit, een twee-eenheid (Luc Pelgrims)
- De psychiatrische instelling ontmanteld (Regis Verplaetse)

Ontwerpbenaderingen van architecten

- Afdeling Psychiatrie, Imelda Ziekenhuis, Bonheiden (Hans Verstuyft)
- Home Vijvens, Huise-Zingem (Stephen Bates)
- Het huis aan de overkant (Patrick Lefebure)

Plenair debat onder leiding van Patrick Allegaert

Slotbeschouwing bij het verslag

Colofon en contact

Voorwoord bij het verslag

Voorliggend document legt verslag neer van de studiedag ‘Het huis van de psychiatrie - Studiedag over de intieme relatie tussen architectuur en geestelijke gezondheid’.

De studiedag vond plaats op 25 november 2010 in het Museum Dr. Guislain te Gent.

De studiedag werd georganiseerd door het Vlaams Architectuurinstituut (VAi), het Museum Dr. Guislain en de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) en ondersteund door de Vlaamse overheid en de Vlaams Bouwmeester.

UR architects nam het initiatief voor de studiedag in het kader van het ontwerpend onderzoek dat zij uitvoeren, zowel in Nederland als in Vlaanderen, naar de huisvestingsproblematiek in de psychiatrie. Net als het ontwerpend onderzoek, vertrok ook de studiedag vanuit de vooronderstelling dat de architectuur méér kan betekenen voor de psychiatrie dan vandaag het geval is.

De studiedag herkende de gedeelde verantwoordelijkheid in de architecturale en ruimtelijke kwaliteit van psychiatrische zorginstellingen. De psychiatrie moet meer bewust worden van de meerwaarde die architectuur haar te bieden heeft. De architectuur moet ook de psychiatrische zorg beschouwen als een waardige ontwerpuitdaging.

Met het oog hierop bood de studiedag het platform voor een eerste kennisuitwisseling tussen de betrokken disciplines. Het voorliggende verslag toont het succes van deze doelstelling. De sprekerbeurten slaan elk op een eigen manier een brug tussen psychiatrie en architectuur en bieden ruim stof voor een discussie die disciplinaire grenzen overstijgt.

Gideon Boie, maart 2011

Inleiding

Katrien Vandermarliere

De studiedag wordt ingeleid door Katrien Vandermarliere, directeur van het Vlaams Architectuurinstituut. Vanuit vier vaststellingen bespreekt zij de noodzaak van een diepgaand gesprek tussen psychiatrie en architectuur.

Katrien Vandermarliere schetst vier vaststellingen die de inhoudelijke keuzes van de studiedag bepaalden. Elke vaststelling benadrukt de relatie tussen psychiatrische en architecturale zorg.

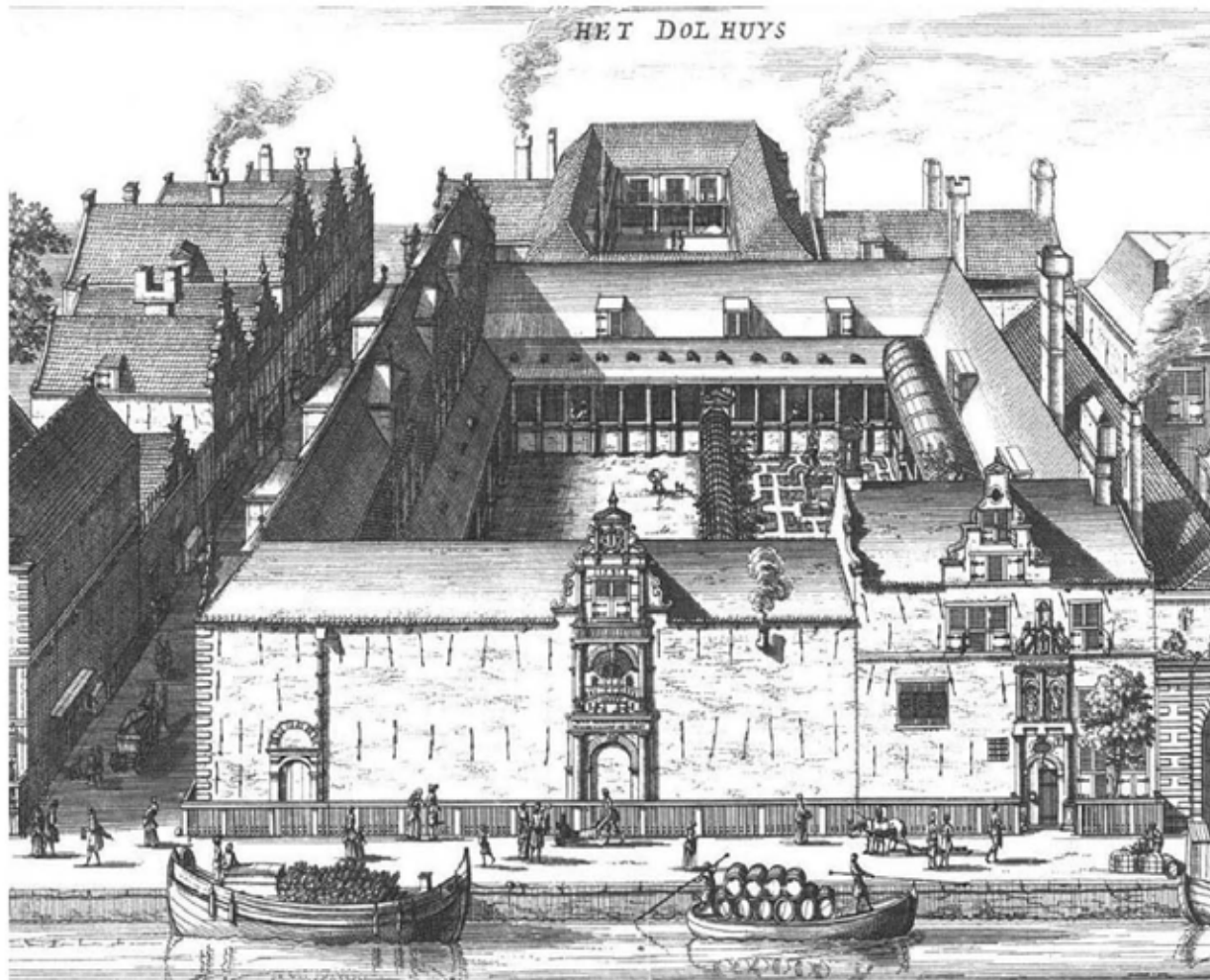
De eerste vaststelling betreft de grote uitdagingen die de gezondheidszorg te wachten staat en de betekenis hiervan voor de samenleving als geheel. Instellingsterreinen worden meer en meer opengesteld naar de buitenwereld toe. Deze ontwikkeling heeft een grote impact op de stedelijke omgeving door de aanzienlijke omvang van de terreinen.

De tweede vaststelling betreft de historische band tussen psychiatrie, architectuur en ruimtelijke omgevingsfactoren. Zelfs in tijden waarin psychiatrische zorg weinig ontwikkeld was als therapie, ging grote aandacht naar het ontwerp van gecontroleerde omgevingen voor de opvang van geesteszieke medemensen.

De derde vaststelling richt zich op de toenemende professionalisering van de zorg. In tegenstelling tot het management-denken, vereist architectuur een integratie van complexe parameters, kennis en verwachtingen.

De vierde vaststelling, tenslotte, betreft de gemeenschappelijke gerichtheid op de mens. Zowel psychiatrie als architectuur overstijgen per definitie een louter technische benadering – zorgtechnisch dan wel bouwtechnisch – van de vraagstukken waarmee zij geconfronteerd worden.

Vandermarliere biedt met deze vier vaststellingen een pleidooi om de patiënt te laten primeren in de ontwerpopdracht voor de zorg en hierbij bewust te zijn van de culturele meerwaarde van architectuur.



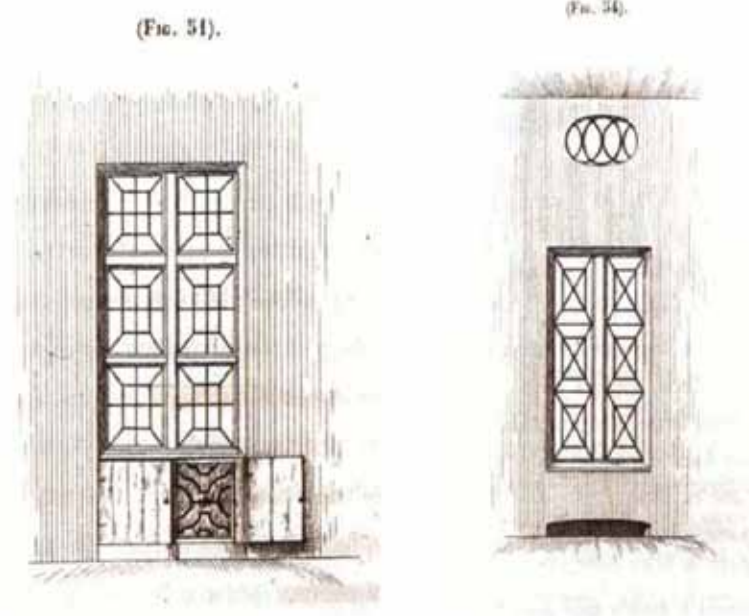
Psychiatrie en architectuur

Bernard Sabbe

De eerste spreker van de dag is Bernard Sabbe, professor psychiatrie verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Sint-Norbertus en de Universiteit Antwerpen. Hij bespreekt de nood aan een dialoog tussen psychiatrie en architectuur vanuit de historische ontwikkeling van de psychiatrie en nieuwe inzichten omtrent het psychisch functioneren.

Bernard Sabbe geeft aan dat de dialoog tussen psychiatrie en architectuur een onontgonnen terrein betreft. Een omgang met architectuur gebeurt vandaag vanuit de psychiatrie veelal op de tast. Het ontbreekt niet alleen aan kennis, maar ook een gevoel voor architectuur – beide moeten nog ontwikkeld worden. Dit gebrek is opvallend met het oog op het grote belang van de omgeving voor de therapie. De dialoog tussen psychiatrie en architectuur kent dan ook een grote urgentie.

In historisch perspectief herkent Sabbe niettemin raakpunten tussen de twee disciplines te herkennen. In de 15de eeuw werden psychiatrische patiënten voornamelijk opgevangen in dolhuizen. Het betrof loutere bewaarplaatsen georganiseerd naar model van de gevangenis zonder enige behandelmogelijkheid. In de 18de eeuw ontstond het psychiatrische ziekenhuis vanuit de vraag naar een betere hygiëne, bewegingsruimte, bezigheidstherapie en ook medische behandeling (heropvoeding). De functionele opvatting van architectuur maakt Sabbe duidelijk met de historische tekening van een raamontwerp voor een psychiatrisch ziekenhuis. Het abstracte raamotief maakt verlichting en verluchting mogelijk niet zonder haar functie van traliewerk te verliezen. In de ontwikkeling van de psychoanalyse (eind 19de eeuw) wordt de psychiatrische zorg een ambulante gebeurtenis waardoor de impact van architectuur gerelativeerd wordt tot de setting van het gesprek. Met Adolf Meyer (1866-1950) start de opkomst van de sociale psychiatrie en wordt de resocialisatie centrale doelstelling. In de periode 1950-60 start de moderne psychofarmacotherapie met om van zelfsprekende reden minder aandacht voor architectuur. In de milieutherapie (jaren 1980) komt opnieuw aandacht te liggen op de omgeving. De zorginstelling (staf, gebouwen, organisatie en leefregels) vormt een beschermende en gecontroleerde omgeving waarbinnen de patiënt zich kan oriënteren.



Raam als element van verluchting en verlichting.

Systeem voor afwatering van de vloer.

J. Guislain, *Leçons Orales sur les Phrénopathies*, Gent 1852
(collectie: Museum Dr. Guislain)

Hedendaagse evoluties situeert Sabbe naast de medicalisering, in de vermaatschappelijking en verwetenschappelijking van de psychiatrische zorg. Binnen de vermaatschappelijking wordt de psychiatrische zorg verspreid over een vijftal functies: preventie, thuisbehandeling, residentiële behandeling, tijdelijke woonzorg, en rehabilitatie. De verwetenschappelijking houdt o.a. de ontwikkeling van een diagnostisch systeem (DSM-IV) in en de nieuwe inzichten in de werking van het brein. In dit verband projecteert Sabbe een filmpje waarin een kleurverandering optreedt, maar door niemand in de zaal waargenomen wordt. Deze blindheid voor verandering toont dat perceptie van de omgeving in grote mate vanuit de individuele aandacht gestuurd wordt. Hierbij wijst hij op een grote voorbewuste activiteit in aandachtpatronen, bijvoorbeeld in de gedeelde attentie van kinderen of voetbalsupporters.

Met de vraag welke zorg het best past op een specifieke patiënt, benadrukt Sabbe het belang van doelgroepspecificatie. Hij vertaalt dit ook naar de vraag welk gebouw het best past bij een specifieke patiënt. In de ontwikkelingen rond helende omgevingen is de bijdrage van de architectuur aan het welbevinden van de patiënt een algemeen aanvaard concept. Hierbinnen moet echter belang gehecht worden aan zowel nonspecifieke factoren (aannames over goede zorg) als specifieke factoren (zorg op maat van patiënten). Daarbij is het van belang om niet alleen te denken in fysische, maar ook in psychische variabelen. Zo rijkt Sabbe de hand naar architecten door een aantal gerichte vragen voor te leggen:

- hoe kan een gebouw genot prikkelen (ifv depressie)?
- hoe kan een gebouw grond en houvast geven (ifv schizofrenie)?
- hoe kan een gebouw stabiliteit geven (ifv borderline)?
- hoe kan een gebouw cognitief verval helen (ifv dementie)?

Sabbe concludeert met de noodzaak voor evidence based empowerment en inspraak van de patiënt. In dit verband doet Sabbe een oproep om de impact van kwalitatieve architectuur te objectiveren en ook meer interdisciplinair en ontwerpend onderzoek te lanceren.



Hotel Min, ontwerp: Mys & Bomans, beeld: Niels Donckers

Zorgende architectuur, architecturale zorg

Anne Malliet

De tweede spreker is Anne Malliet, vertegenwoordiger van de Vlaams Bouwmeester. Het Team Vlaams Bouwmeester adviseert de Vlaamse Overheid omtrent architecturale en ruimtelijke kwaliteit in publieke bouwopdrachten. In de Architectuurnota 2009-2014 wordt de zorg als een centraal aandachtspunt naar voren geschoven.

Het leidmotief van de Vlaams Bouwmeester in het kader van de zorg is: “Zorgende architectuur, architecturale zorg”. Anne Malliet verduidelijkt hierbij dat de mate waarin architectuur een zorgend, therapeutische effect kan hebben in relatie staat tot de zorg die besteed wordt aan de architectuur. Deze samenhang raakt aan de meer algemene aandacht voor de zorgende impact van de stad voor haar inwoners en de zorg die aan de stedelijke organisatie gegeven wordt. In deze context hecht de Vlaams Bouwmeester ook belang aan de “zorgende stad, stedelijke zorg”.

De agendasetting van architecturale kwaliteit in de zorg gebeurt vanuit de bedenkelijke toestand van de zorgarchitectuur in Vlaanderen – deze kan bezwaarlijk gelden als toonbeeld van visie en innovatie. In het licht hiervan pleit de Bouwmeester voor het ontwikkelen van een architectuurreflex waarin opdrachtgevers bij elke bouwopdracht eerst de ruimtelijke implicaties doordenken. Het kwaliteitsgebrek situeert Malliet in de terugkerende keuze van geroutineerde architecten die doorgaans ingegeven wordt vanuit de noodzaak van snelle interventie en angst voor beginnersfouten. Malliet alludeert hierbij voorzichtig op de uitzonderingstoestand die in de zorgsector gemaakt wordt op de wetgeving omtrent overheidsopdrachten. Zij waarschuwt dat deze uitzondering op de publieke aanbesteding naar architecten, geen afbreuk mag doen aan de kwaliteit.

De Vlaams Bouwmeester ondersteunt goed opdrachtgeverschap en ontwikkelde hiertoe een aantal instrumenten. Een instrument dat voorlopig toekomstmuziek blijft, is de creatie van een Kennisplatform Ruimte Zorg. Een beleidsinstrument dat al enige tijd operationeel is, vormt de Open Oproep. Anne Malliet licht de procedure uitvoerig toe. Centraal in de Open Oproep staat de projectdefinitie waarin de opdrachtgever het programma van eisen aanvult met een duidelijke

omschrijving van de inzet en verwachtingen. Op basis hiervan wordt in overleg met de opdrachtgever een shortlist opgesteld van architecten die in staat gesteld worden om hun visie en procesbereidheid toe te lichten aan de hand van een ontwerpvoorstel. De uiteindelijke architectenkeuze blijft liggen bij de opdrachtgever, eventueel bijgestaan door een professioneel expert. Basisidee is de overdracht van de kwaliteitszorg op de goede samenwerking tussen opdrachtgever en architect.

Vervolgens vestigt Anne Malliet de aandacht op enkele goede praktijkvoorbeelden waarbij de Vlaams Bouwmeester de architectenkeuze bemiddelde.

- In Hotel Min te Antwerpen (ontwerp Mys Bomans) wordt het programma voor ex-gedetineerde mannen geïntegreerd met een zaal die openstaat voor buurtwerking. In het kader van de kunstintegratie ontwierp Koen Thys een bushalte op het dak die door het rookverbod in het gebouw spontaan een functionele werking gekregen heeft.
- In Dr. Sanovleugel van OPZ Geel (ontwerp van Omgeving Cvba) stelde zich de uitdaging van het herwaarderen van zorgpatrimonium uit de jaren 1920.
- In het WoonZorgcentrum te Oudenaarde (ontwerp van NOA architecten & Van Geystelen) is gezocht naar een individualisering van de kamerinrichting. De collectieve ruimten werden gecentraliseerd aan de ingang en voorzien met o.a. een kapsalon en café.
- Het Huis aan de kerk van vzw Huize Monnikenheide te Zoersel (ontwerp Johan Decoster/ RAUM) verzekert de nabijheid van het maatschappelijk gebeuren door het zorgprogramma onder te brengen in een rijwoning in de dorpskern
- Het Woonzorgcentrum te Balen (ontwerp van OSAR) toont een versnippering van kleine wooneenheden over het beschikbare landschap. Het niet weerhouden ontwerp van 360 Architecten positioneert de zorginstelling te midden van de omliggende villa's.
- In het AZ Groeninge Kortrijk (ontwerp van Baumschlager en Eberle) speelt het hergebruik van de bestaande gebouwen en het opstellen van een groeimodel voor toekomstige uitbreiding.

Anne Malliet merkt op dat in deze voorbeelden van zorgarchitectuur een verschuiving optreedt in de focus op efficiënte organisatie naar de verwachtingen van de patiënt en de integratie van de omgeving. Architecten tonen zich ook sterk bekommerd over de structuur van het gebouw, de zichten en de wijzigende behoeften.

Anne Malliet verbreedt het perspectief tenslotte met drie voorbeelden van vermaarde Zwitserse architecten:

- Het Rehab te Basel (ontwerp van Herzog & de Meuron) rekt met atypisch materiaalgebruik af met het smetteloze karakter van het ziekenhuis.
- Residentie Multengut te Muri (ontwerp Burkhalter & Sumi) is een publiek-private samenwerking waarin de flexibele indeling zowel ruimte laat voor de gebruiker als wijzigingen in gebruik.
- Residentie Spürgart te Zurich (ontwerp Miller & Maranta)



PZ Sint Norbertus, Duffel, ontwerp: Architectenbureau Jan Maenhout

Goede zorg en architecturale kwaliteit, een tweeenheid

Luc Pelgrims

Derde spreker is Luc Pelgrims, technisch directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus te Duffel. Hij bespreekt de motivatie om werk te maken van de architecturale kwaliteit in het algemeen en in de zorginfrastructuur in het bijzonder. Hij biedt ook inzicht in de eigen procedures die PZ Sint Norbertus opgesteld heeft om de architecturale kwaliteit ook in praktijk te garanderen.

Luc Pelgrims start zijn toespraak met een definitie van het begrip kwaliteit die hij situeert in geschiktheid voor een bepaald doel. In navolging van voormalig Vlaams Bouwmeester Bob Van Reeth wordt kwaliteit in de eerste plaats bepaald vanuit de gebruikswaarde, niet vanuit de schoonheid. Pelgrims beaamt hierbij het groot belang van de opdrachtgever in de realisatie van architecturale kwaliteit. De opdrachtgever moet de functies waaraan het project moet voldoen helder definiëren. Deze kijk op architecturale kwaliteit vooronderstelt ook een dienstbare opstelling van de architect. Pelgrims citeert hierbij de Architectuurnota 2009-2014 die de dienstbaarheid als een essentieel kenmerk van de architectuur naar voren schuift. Maar dienstbaarheid veronderstelt ook een eigen inbreng van de architect. Aan de architect de opdracht om zich niet alleen in te leven in de behoeften van de opdrachtgever, maar hierbinnen ook te zoeken naar meerwaarde.

De dienstbaarheid van de architectuur maakt dat de groei door de jaren heen van het PZ Sint-Norbertus een adequate afspiegeling biedt van de veranderingen in psychiatrische zorgvisie. Luc Pelgrims schetst vijf periodes. In de periode 1790-1914 werd minder gedacht vanuit een therapeutische visie dan wel vanuit waarden als registratie, bewaking en hygiëne. In de periode 1918-1940 stond de afleiding door werk en eenvoudige bed en badtherapie centraal. In de derde periode, 1945-1970, stond niet langer het kloosterleven, als wel het maatschappelijk leven model voor het psychiatrisch ziekenhuis. In de periode 1970-1995 worden verschillende therapieën (milieu, praten, doen, psychofarmica, ...) aangeboden die elk specifieke vereisten stellen aan de infrastructuur. In de vijfde en laatste periode gaat uit van maatwerk in de behandeling. Hierbij staat overleg

met de individuele patiënt voorop en wordt getracht de familiale en sociale omgeving te introduceren in de instelling.

Zo wordt het nieuwe gebouw G16-17, gerealiseerd in 2008, opgesplitst in een drietal kleinere afdelingen met beperkt aantal patiënten (3x10). Een familiale situatie wordt gesimuleerd door elke afdeling te voorzien van een eigen voordeur, terwijl het personeel een eigen interne circuit heeft doorheen het complex. Deze normalisering en humanisering van de psychiatrische zorg wordt verdergezet in het gebouw G13-14 naar ontwerp van architect Jan Maenhout. Deze ontwerp-opdracht, waarvan de realisatie voorzien is in 2014, werd toegewezen na een Open Oproep. De vrijstaande rijwoning in landelijk gebied staat model voor het wonen in kleine groep van 10 patiënten. De patiënten bezitten individuele kamers en een gemeenschappelijk achtertuin. Dit, terwijl de traditionele achterbouw (garages en ateliers) herdacht worden als therapielokaal.

Architecturale kwaliteitszorg situeert Pelgrims echter niet alleen in de gebouwen, maar ook in de ruimtelijke ontwikkeling van de campus. Hierbij rijst het probleem dat er geen masterplan bestond die de productie van gebouwen in een samenhangend geheel structureert. Deze productie gebeurde tot voor kort louter vanuit de behoeftes van de afzonderlijke diensten. In tegenstelling tot deze ad-hoc aanpak maakt het PZ Duffel werk van een gepaste structurerende visie op basis van een analyse van de beschikbare ruimte. De krachtlijnen van het nieuwe masterplan PZ Duffel gaat zo in de eerste plaats uit van de ruimtelijke kwaliteiten van de campus (nabij dorpscentrum, groene dreven, gedifferentieerde toegankelijkheid, ...) Ook worden negatieve punten weggewerkt (ongedefinieerde buitenruimte, belastende infrastructuur, ...)

Pelgrims licht vervolgens de eigen procedure toe die ontwikkeld is om te komen tot architecturale kwaliteit op de campus. Hierbij stond de Open Oproep van de Vlaams Bouwmeester model, maar deze wordt nu in eigen beheer toegepast om sneller op de bal te kunnen spelen. In de eerste plaats wordt een projectdefinitie opgesteld. Deze nota legt de maatschappelijke aandachtspunten vast en vormt zo een aanvulling op het concrete programma van eisen. Zo stelt PZ Duffel als doelstelling de creatie van een herstelbevorderende verblijfs- en behandelomgeving voorop. Het formuleren van leidinggevende criteria (genormaliseerd wonen, healing environment, gebundelde deconcentratie, ...) moet de architect in staat stellen de verwachtingen van de opdrachtgever goed in te

schatten. De architectenkeuze wordt begeleid door een jury waarin de opdrachtgever bijgestaan wordt door een externe professionele adviseur. Op die manier kunnen bouw-, administratief- en zorgtechnische criteria afgewogen worden met architecturale kwaliteit. Om de keuze zo objectief en professioneel mogelijk te laten verlopen werden beoordelingscriteria opgesteld. Net als in de Open Oproep speelt ook hier naast kennis ook de procesbereidheid van de architect een grote rol. Tenslotte ontwikkelde PZ Duffel ook een kunstintegratiebeleid waarin kunst niet langer functioneert als opsmuk maar benut wordt in functie van de kwaliteit van de leefomgeving op de campus. Diverse kunstinterventies van spraakmakende autonome kunstenaars worden zo dienstbaar gemaakt voor de heling van de patiënten en het openen van de campus naar een ruim kunstpubliek.



PZ Wolfheze, ontwerp en beeld: UR Architects

De psychiatrische instelling ontmanteld

Regis Verplaetse

Vierde spreker is Regis Verplaetse van UR Architects. Hij legt verslag neer van het ontwerpend onderzoek, samen met collega Nikolaas Vande Keere, naar de ontmanteling van psychiatrische instellingen in Nederland. De introductie van vastgoedwerking blijkt vooralsnog weinig bij te dragen aan de verhoopde omgekeerde vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg. Ook dreigt waardevol ziekenhuisvergoed verloren te gaan. UR Architects ontwikkelde alternatieve scenario's voor een meer bevredigend resultaat.

De nieuwe naamgeving van psychiatrische instellingen toont volgens Regis Verplaetse de nieuwe context waarbinnen psychiatrische zorg verleend wordt. Namen als Vrederust of Zon en Schild verwijzen naar de historische inbedding van instellingen in afgelegen terreinen in landelijke of bosrijke gebieden. Door fusies en marktwerking dragen dezelfde instellingen nu namen als 'GGZ Noord-Holland-Noord'. Aan de hand van typologische verschuivingen in de zorginfrastructuur schetst Verplaetse veranderingen in de zorgvisie doorheen de geschiedenis. Terwijl in de 19de eeuw de carréstructuur vooropstond, introduceerde men rond de eeuwwisseling de paviljoenstructuren en experimenteerde men in de jaren 1960 met sociowoningen. Vandaag stellen de meeste instellingen – vaak voor het eerst – ruimtelijke masterplannen op. Dit typologisch onderzoek wordt aangevuld met een fenomenologie van terugkerende vormelementen op diverse instellingsterreinen. Mits kleine, lokale verschillen blijken o.a. vijvers en beelden, huis van de hoofdgeneesheer, dierenparken, noodpaviljoenen en kiosken zich te repeteren op de terreinen van psychiatrische instellingen.

Verplaetse presenteert vervolgens een aantal gevalstudies van psychiatrische zorginstellingen met bijzondere aandacht voor de effecten van de privatisering van de zorg. De meest radicale omwenteling treedt hierbij op in de omvorming van de voormalige instelling Meerenberg te Bloemendaal tot Park Brederode. De psychiatrische instelling heeft de unieke ligging van haar gronden te gelde gemaakt om haar eigen werking elders te bestendigen. Tegelijk kon ook het beleidsmotto 'terug naar de stad' gerealiseerd worden. De instelling Sint-Servatius te Venray koos ervoor haar terrein

gedeeltelijk te ontwikkelen met de bouw van luxewoningen. Naast financieel voordeel biedt dit ook voordeel op vlak van de omgekeerde integratie van zorg. In plaats van het zorggebeuren in de stad te organiseren, wordt omgekeerd de stad op het instellingsterrein geïntroduceerd. In Venray blijft deze omgekeerde integratie – en de wederzijdse prikkelingen die hieruit ontstaan - echter uiterst beperkt door de bufferfunctie die het park vervult tussen de verschillende deelgebieden en bewoners. Sint-Willibrordus te Heiloo toont hoe de vermaatschappelijking van de zorg niet eenzijdig kan toegepast worden. Terwijl sommige patiënten baat hebben bij een re-integratie in een het stedelijke leven, zijn er andere die juist nood hebben aan prikkelarme omgevingen. Op die manier creëert de vermaatschappelijking van de zorg een bijkomende vraag naar de diversificatie van de zorg. Tegelijk biedt de meer compacte clustering van zorgfuncties een meer intense confrontatie tussen patiënten met verschillende ziektebeelden. Tenslotte toont Veldwijk te Ermelo hoe het bouwkundig erfgoed van de geestelijke gezondheidszorg in de vastgoedmarkt een unieke meerwaarde oplevert, terwijl het voor de instellingen zelf als stigma van veroudering en onaangepastheid functioneert.

Als tegenvoorbeeld presenteert Verplaetse de Clinique de la Borde te Cour-Cheverny (F). In de traditie van de zogenaamde institutionele psychotherapie staat in deze instelling alles in het teken van de zorg, zelfs het kuispersoneel, het eten en elk ander klein element. Het instituut presenteert zich als een afgesloten universum die de hele maatschappij in zich opneemt en waarin de patiënt vrij kan circuleren.

Tenslotte presenteert Verplaetse alternatieve scenario's binnen een tweetal gevalstudies. Het psychiatrisch ziekenhuis van Wolfheze (vandaag onderdeel van GGZ Pro Persona) toont een exemplarisch ontwerp. Het naoorlogse ziekenhuis ligt ingebed in de bosrijke omgeving van Arnhem en bestaat uit een veelvoud aan verspreide paviljoenen en voorzieningen. UR Architects ontwierp een reeks kleinschalige wooneenheden waarin verblijven voor zowel patiënten als niet-patiënten opgenomen zijn. Deze wooneenheden worden verspreid ingepland in de restruimtes van het park tussen de bestaande paviljoenen tussen de bestaande paviljoenen. De fijnmazige menging van verschillende woonconsumenten voorkomt segregatie en garandeert zo de omgekeerde vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg.

Binnen het nieuwe masterplan voor het psychiatrisch ziekenhuis Duin en Bosch te Castricum (vandaag GGZ Dijk en Duin) ontwikkelde UR Architects een alternatief voorstel. De noodzakelijke vastgoedontwikkeling dreigt ten koste te gaan van de beoogde vermaatschappelijking van de zorg en ook het erfgoed. Het masterplan 2006 voorziet een sterke zonering met in het oostelijke gebied ruimte voor groene woonmilieu's. De omzoming van de villa's herhaalt echter de bestaande segregatie. In het alternatieve voorstel stelt het behoud van de bouwproductie uit de jaren 1970 centraal en rijgt deze aan elkaar met een glazen gangstelstel. Deze eenheid kan zo functioneren als groeimodel waarop in de toekomst nieuwe gebouwen kunnen aantakken. Het gebrekkige energiebeheer van de gebouwen wordt opgelost volgens het doos-in-doos principe waarbij tussen de twee gevels een niet verwarmde tussenruimte gecreëerd wordt. De modernistische typologie van deze wooneenheden vormt ook een gepast aansluitingspunt op de toekomstige rijwoningen.

Verplaetse besluit met een algemene beschouwing waarin hij stelt dat de huidige uitdagingen waarmee de psychiatrische instellingen kampen vanuit architecturaal en ruimtelijke perspectief evenzoveel kansen bieden. Om deze pistes te verkennen is ruimte en tijd nodig voor ontwerp onderzoek bij voorkeur voorafgaand aan de projectontwikkeling.



PAAZ Imelda Ziekenhuis, Bonheiden, ontwerp: Hans Versuyft Architecten. Foto: Koen van Damme

Afdeling Psychiatrie Imelda Ziekenhuis, Bonheiden

Hans Verstuyft

Hans Verstuyft is zaakvoerder van Hans Verstuyft Architecten, gevestigd in Antwerpen. Hij presenteert zijn ontwerp voor de Afdeling Psychiatrie van het Imelda Ziekenhuis in Bonheiden. Aan de hand van dit project bespreekt hij zijn persoonlijke benadering van en ervaring met de ontwerppoging voor psychiatrie.

Hans Verstuyft werd aangesteld als architect voor het ontwerp van de verbouwing van de Afdeling Psychiatrie (PAAZ) van het Imelda Ziekenhuis. Deze aanstelling gebeurde via een selectieprocedure georganiseerd door de Vlaams Bouwmeester op basis van een portfolio-presentatie, geen wedstrijdprocedure. De opdracht bestond in eerste instantie in het opstellen van een masterplan over de hele campus, maar werd in de loop van het proces teruggebracht tot de verbouwing van de Afdeling Psychiatrie en enkele versnipperde ingrepen. De aanstelling vervulde Verstuyft eerst met enige verwondering, en vooral ook angst en terughoudendheid. De professionele ervaring van Verstuyft situeert zich immers eerder in interieur en winkelinrichting, eerder dan in de zorgsector. In retrospectie ervaart Verstuyft deze plotse introductie in een nieuw arbeidsveld als een grote meerwaarde. Als architect kon hij zo onbevangen een ruimtelijke kijk ontwikkelen op het zorgprobleem, zonder zich direct te verliezen in technische en organisatorische problemen.

Het ontwerp voor de Afdeling Psychiatrie speelt in op de unieke ligging in de groene zoom van de ziekenhuiscampus. De vraag van de opdrachtgever was om te komen tot een groeimodel, wat betekent dat de huidige verbouwing ruimte moet laten voor toekomstige uitbreiding. De ruimtelijke uitdaging lag vooral in het omgaan met de 100 meter lange gang waarin de afdeling Psychiatrie gehuisvest is. Deze gang is een restant van een voormalig sanatorium. Dat is nog duidelijk te zien in de kamers die alle naar de zuidzijde gericht zijn. Het dakterras werd in een vroegere verbouwing benut als kraamafdeling.

Verstuyft beschrijft een aantal centrale ontwerpinterventies. De creatie van een kruispunt in het

midden van de lange sanatoriumgang bleek nodig om de lange gang te doorbreken en deze te openen naar het park toe. Het extra licht en zicht laat zo het kruispunt in de gang als natuurlijke overzichtsplek functioneren. Een tweede element vormen de patio's, die ook op hun beurt licht en zicht introduceren. De patio's bieden plaats voor buitenruimte en sluiten aan op verschillende salons. Verstuyft hoopt hiermee een bijdrage te leveren aan de samenhang in de afdeling. De open salons moeten de patiënten stimuleren om de afdeling toe te eigenen. Verstuyft hecht groot belang aan details, zoals de zonnewering en de kamerhoge vensters. Andere belangrijke details vormen het kleurgebruik op de muur en keuze van meubilair.

Een extra moeilijkheid die Verstuyft ondervond was dat het ziekenhuis blijft opereren tijdens de uitvoering van de afbraak- en verbouwingswerken. Deze voorwaarde dwingt niet alleen tot een goede planning van de werken, maar legt ook een claim op het ontwerp en beperkt de mogelijkheden. Hierdoor wordt al vaak geopteerd voor nieuwbouw – al dan niet in een roulerend systeem. Zo verwijst Verstuyft naar de nieuwe ziekenhuisvleugel die opgetrokken is in de tuin waarop de Afdeling Psychiatrie uitkeek en zo het zicht op het bos ontnemt. Deze tijdelijke noodvleugel is opgetrokken in een lichte prefabconstructie, die wat betreft productietijd aanzienlijke voordelen ten aanzien van een verbouwing. Deze voordelen wegen echter niet op tegen de bedenkelijke kwaliteit van het bouwwerk. Ook de inpassing op de campus toont het schrijnend gebrek aan een algemene visie, aangezien de nieuwe vleugel vandaag afbreuk doet aan de meerwaarde van de vernieuwde Afdeling Psychiatrie.

Hoewel Verstuyft in de ontwerpopdracht een groot vertrouwen ervaren heeft bij de opdrachtgever, plaatst hij niettemin vraagtekens bij de gang van zaken rond het nieuwe noodgebouw. Als architect krijgt hij slechts zeggenschap over het eigen ontwerp, maar wordt hij niet geconsulteerd over werken die hier in nauwe relatie mee staan. De noodzaak om te snel te handelen, blijkt zo te verzanden in loutere repetitie. In dit licht pleit Verstuyft voor extra kwaliteitsbewaking door een extern jurylid of opvolger in te schakelen. Hij suggereert hier een uitbreiding van de werking van de Vlaams Bouwmeester die in principe mogelijk gezien de overheidsgelden die aangewend worden in de bouwproductie.



Home Vijvens, Huise-Zingem, ontwerp en beeld: Sergison Bates Architects

Home Vijvens, Huise Zingem

Stephen Bates

Stephen Bates is medezaakvoerder van Sergison Bates Architects uit Londen. Hij presenteert het ontwerp voor RVT Home Vijvens te Huise-Zingem, waarvan momenteel de eerste fase opgeleverd wordt. Stephen Bates situeert de bijdrage van architectuur in de verhuiselijking van de zorginfrastructuur.

Stephen Bates heeft ruime ervaring en ontwerpknis ontwikkeld in de ontwerpopgave voor ouderenzorg. Vanuit deze ervaring stelt Bates dat zorgverblijven moeten gelden als een waardige optie, in plaats van een laatste toevlucht. In het licht van de stijgende levensverwachting moeten zorgverblijven inspelen op verschillende diensten en behoeften van diverse zorgconsumenten. Als referentiebeeld projecteert hij een foto van een geriatrisch patiënt in een warme huiselijke omgeving.

Bates verwijst naar het ontwerp voor een Zorgcentrum in Visp te Zwitserland om de specifieke ontwerpknis (design intelligence) te duiden die hij ontwikkeld heeft voor zorgverblijven. Het ontwerp in Visp gaat uit van een sterke integratie van het zorgcentrum in de stad en het landschap. Ook in het interieurontwerp is zo veel mogelijk gezocht naar een familiale sfeer – zowel in de individuele kamers als in de gemeenschappelijke ruimten. De tussenruimten tenslotte moet uitstijgen boven de circulatiefunctie en ook echt een eigen bestemming krijgen – voor ontmoeting tussen de bewoners en uitzicht op het landschap.

Deze opvattingen vormen de basis voor het ontwerp van RVT Home Vijvens in Huise-Zingem. De opdracht werd toegekend aan Sergison Bates Architects na een Open Oproep. In het ontwerp lieten de architecten zich inspireren vanuit een nauwkeurige lezing van de landelijke omgeving. Zo biedt het dorp een aantal identificeerbare elementen, zoals de boomrijen, de kerk, het plein en uiteraard ook de neoklassieke schoolgebouw – waar Home Vijvens een uitbreiding op vormt. Bates omschrijft het ontwerp als het midden tussen de vrijstaande landelijke woning met tuinmuur en een begijnhof. De landschappelijke nederzetting voorziet naast het zorgverblijf ook ruimte

voor een appartementsgebouw met aanleunwoningen dat in een latere fase zal uitgevoerd worden. Bates omschrijft zijn opdracht als het vormgeven van een landschappelijke nederzetting waarin alle bestaande en nieuwe elementen opgenomen worden.

Het zorgverblijf Home Vijvens ligt teruggetrokken van de straat. Het parkeerterrein functioneert als een overgangszone en is aangelegd met bomen en kasseistenen. De ruimte moet reeds een eerste beschutting creëren, die aansluit op de pittoreske omgeving. Het gebouw bestaat uit 3 verdiepingen en is georganiseerd rond binnenkoeren – waarvan de eerste opengewerkt is als toegang. De woonkamers simuleren een familiair kader, met comfortabele meubelen, huiselijke voorwerpen en een zicht op het landschap rondom. De woonkamers liggen geclusterd rond de binnentuin waardoor de individuele verblijven visueel verbonden worden. Ook de gangen zijn meer dan louter circulatieruimte, maar in de eerste plaats een ruimte om ‘te stoppen’ en medebewoners te ontmoeten. Dat wordt mogelijk gemaakt door in elke gang ruime vensteropeningen te creëren naar de binnentuin toe en ook elke gang te laten eindigen met een zicht naar het landschap. Door het terugtrekken van de hoeken wordt bovendien de suggestie gecreëerd van een andere ruimte om de hoek. Hierdoor ontstaat de verleiding om te circuleren doorheen het gebouw.

Een probleem situeert Bates in de subsidieverstrekking op basis van de kameroppervlakte. Deze regelgeving beperkt de mogelijkheden die een architecturaal ontwerp biedt, aangezien deze grotendeels gericht is op de kwaliteit het gemeenschappelijke ruimte. Zoals in de eerste plaats het gangenstelsel. Terwijl bovendien de waarde van het architecturale ontwerp voor RVT Home Vijvens ligt in het uitwissen van het institutionele karakter en het simuleren van een uitgebreid huishouden. De kunstintegratie biedt anderzijds wel mogelijkheden om hierop aan te sluiten. In samenwerking met een kunstenaar werd het muurbehang en de gordijnen bedrukt met een motief. Opnieuw stond hier de huiselijke sfeer voorop waarbij de suggestie gewekt wordt van kleurige wandtapijten. Dit wordt versterkt door de plafondpanelen met ongelijke perforatie waardoor willekeurige motieven ontstaan. Tenslotte is ook in de gevelafwerking gezocht naar lokale referenties, zoals de toepassing van metselwerk in Vlaams verband, en specifieke kenmerken, zoals de horizontale betonnen geleiding per verdieping. Als afsluiting merkt Bates op dat in deze ontwerpbeslissingen een intense dialoog gevoerd is met de opdrachtgever, wat niet alleen de betrokkenheid maar ook de kwaliteit ten goede gekomen is.



RVT De Lorkenstraat, Gent, ontwerp: Archipl Architecten, beeld: Filip Dujardin

Het huis aan de Overkant

Patrick Lefebure

Laatste spreker is Patrick Lefebure, zaakvoerder van Archipl Architecten (Gent). Zijn bijdrage bestaat uit een werkstuk in twee delen met epiloog. Lefebure bespreekt aan de hand van enkele van zijn ontwerpen naar een aantal essentiële aspecten van het bouwen voor de psychiatrische gezondheidszorg.

In het eerste werkstuk bespreekt Patrick Lefebure de ruimtelijke ontwikkeling van de psychiatrische instelling die hij omschrijft als ‘het verlaten van de kloosterburcht’. Aan de hand van het Dr. Guislain Instituut schetst hij hoe de psychiatrische instelling door de jaren heen meer en meer deel gaat uitmaken van het stedelijke weefsel. Deze evolutie wordt niet alleen aangestuurd door de verstedelijking van het oorspronkelijke landschap, maar ook door de interne aanpassingen op het instellingsterrein. Lefebure waarschuwt dat hierbij niet zozeer vormgeving centraal staat als wel banale feiten en gebeurtenissen. Zo bepaalt de evolutie van een slaapzalen voor 80 patiënten naar individuele kamers in sterke mate de veranderende bouwproductie. Maar evengoed een gebouw dat lijkt neergedaald te zijn als een ruimteschip. Of het voorval van de aankoop van een verlaten Nissan-garage die de mogelijkheid biedt om een nieuwe toegang te creëren tot het domein. En ook het verwijderen van een sanitaire ruimte die zijn eigen vader als architect ontwierp op de binnenkoer van het historische complex.

Deze kleine gebeurtenissen creëren door de jaren heen een nieuw denken over de psychiatrische instelling. Deze werd door Lefebure in een masterplan samengevat. De belangrijkste elementen hierbinnen vormen het verder ontwikkelen van de zoom van het domein. Door nieuwbouw in deze zone in te plannen kunnen flexibele en controleerbare verbindingen gelegd worden met de omliggende stad. Tegelijk bestaat zo de mogelijkheid om de groene ruimte die rond de instelling al lang verdwenen is, binnen de instelling te vrijwaren in de vorm van een groene long. Het historische gebouwencomplex kan hierbij verder ontwikkeld worden met publieke functies. Het museum, de school en het vormingscentrum brengen ook vandaag al het stedelijke gebeuren binnen het instellingsterrein. In dit alles plaats Lefebure de patiënt voorop. Hiervoor verwijst hij naar

de uitbreiding op het historische gebouwencomplex waarin de psychiatrische zorgverlening terug gebracht is tot de essentie van een individuele kamer met bed en lavabo.

In het tweede werkstuk bespreekt Lefebure het verzorgd wonen voor psychiatrische patiënten op vlak van een aantal essentiële programmapunten, zoals veiligheid, restruimtes en identiteit. Hij presenteert hierbij het ontwerp voor de Lorckenstraat, een wooncomplex die aansluit op het stedelijke weefsel rondom het Dr. Guislain Instituut. De basisformule van het verzorgd wonen vat hij samen in: $60\text{m}^2 + \text{lavabo/patiënt} \times 60 \text{ patiënten}$. De typologie van de gebouwen refereert uitdrukkelijk naar de ruimtelijke basiseenheden van het stedelijke weefsel in Gent, met name koeren, achterbouwen en beluiken. De individuele woningen zijn intern geschakeld voor het dienstpersoneel en nachttoegang. Een onderdeel van het complex is een PVT voor 12 mensen die georganiseerd is rond een eigen patio. Lefebure hecht er belang aan dat het complex als een quasi-autonoom stadsdeel functioneert met eigen circulatieruimte, gemeenschapsruimte en restruimte. Hoewel het officieel de titel draagt van PVT, wil hij het vooral presenteren als volwaardige woningen. Het beluik kan 's nachts afgesloten worden om zo de veiligheid omgeving van de instelling te herstellen.

Aan de hand van het Ontwenningcentrum Sint-Camillus in Sint-Denijs-Westrem toont Lefebure hoe een instelling onopvallend ingepast kan worden tussen villa's. Terwijl aan de straatzijde het gebouw ongeveer dezelfde maatvoering hanteert als naburige villa's, strekt het gebouw zich ver uit naar achter toe. De bijdrage van de architecturale kwaliteit ligt hier in het bespelen van de perceptie. Een zelfde strategie werd toegepast bij het ontwerp voor het PVT Krekelmuyter te Zelzate waarin een groot bouwblok ingepast werd op een restruimte in een sociale woonwijk.

In de epiloog tenslotte presenteert Lefebure kort zijn samenwerking met Thierry De Cordier voor de Kapel van het Niets op het domein van het PZ Sint-Norbertus. Hij omschrijft deze lege kapelruimte als het ultieme huis. De bijdrage die beide ontwerpers hier geleverd hebben is het uitzuiveren van de oorspronkelijke opdracht – die uitdrukkelijk vroeg om een gemeenschapsgebouw met bezinningsruimte en een aantal utilitaire functies. De Kapel van het Niets biedt vandaag dit alles in de serene vorm van een ommuurde buitenruimte met deur, bank, maatstaf en zicht op de lucht.

Plenair debat

Moderator Patrick Allegaert

De studiedag wordt afgesloten met een plenair debat onder leiding van Patrick Allegaert, artistiek leider Museum Dr. Guislain. Alle sprekers van de dag zetelen in een panel. Anne Malliet, woordvoerder van Vlaams Bouwmeester, laat verstek gaan.

De moderator peilt bij één van de initiatiefnemers van de studiedag, Regis Verplaetse, naar een eerste algemene beschouwing over de gepresenteerde lezingen – ook in relatie met de in Nederland georganiseerde studiedag rond dezelfde problematiek.

Verplaetse merkt op dat er weldegelijk grote verschillen bestaan – zo speelt de privatisering van de zorginstellingen in Vlaanderen geen rol in de discussie – maar beide niettemin het probleem van de zorgarchitectuur delen. Zowel in Nederland als in Vlaanderen is kwalitatieve zorgarchitectuur een uitzondering op de regel die beperkt blijft tot een ondoordachte, repetitieve bouwproductie. De openheid van het recente debat hierover in Vlaanderen stemt Verplaetse anderzijds wel hoopvol. In Nederland blijkt de discussie sterk opgedeeld en wordt het ontwerpvragestuk beheerst vanuit een managementcultuur.

De moderator vraagt of het managementdenken een reële dreiging vormt voor de zorg in Vlaanderen.

Verplaetse argumenteert dat het managementdenken voorlopig uitgesteld wordt doordat de financiering in Vlaanderen nog steeds publiek geregeld wordt. Toch lijkt hier mogelijks verandering te komen aangezien de grote vraagstukken waarmee de sector kampt meer dan waarschijnlijk dwingen om private financieringsbronnen aan te boren. Zoals vastgoedoperaties of publiekprivate samenwerking.

De moderator herhaalt de vraag aan het panel.

Patrick Lefebure vreest dat het onvermijdelijke scenario van de confectiearchitectuur ook in de zorg zijn opwachting maakt. Hierbinnen wordt de bouwopgave in de zorg gerealiseerd met het oog op mogelijk andere doelgroepen. Specifieke kwaliteitsvereisten die de zorg nodig heeft, dreigen hierdoor genegeerd te worden. Lefebure roept op om in de bouwopgave voor de zorg ook daadwerkelijk de zorg voor ogen te houden.

Bernard Sabbe bevestigt dat de psychische zorg een specifieke context opdringt aan de bouwopgave die niet over het hoofd mag gezien worden. Zo mogen we in de vermaatschappelijking van de psychische zorg er niet zomaar vanuit gaan dat de maatschappij per definitie tolerant staat naar de opvang van geesteszieke mensen in haar midden. Hij benadrukt bovendien dat psychische zorg geen orthopedische geneeskunde is en het onmogelijk is om een patiënt in twee of drie dagen terug in het maatschappelijke gebeuren te introduceren.

De moderator maakt op uit de lezingen van de dag dat goede architectuur minder vanuit functionele en economische motieven ontstaat als uit meer goede zorg. Hij verwijst hierbij naar Bernard Sabbe's programmaverklaring voor het instituut als een plaats voor een helend contact. Hij vraagt Hans Verstuyft of hij ontgoocheld is over de inbreuk van de nieuwe vleugel op het eigen ontwerp voor het Imelda Ziekenhuis?

Hans Verstuyft repliceert dat een ziekenhuis vandaag reeds denkt in het licht van beschikbare subsidies en dus feitelijk volledig opereert als een bedrijf. Hij geeft aan dat een architect buiten dit gebeuren staat en er ook nauwelijks invloed kan op uitoefenen.

Luc Pelgrims voegt toe dat deze situatie in het Imelda Ziekenhuis de noodzaak toont van een ruimtelijk masterplan. Dergelijk plan moet een fundamenteel kader vormen waarop op geen enkele manier afgeweken wordt. De bouw van de nieuwe vleugel is iets wat voor Pelgrims ondenkbaar is. Hij stelt dat er minstens een gesprek had moeten plaatsvinden tussen de verantwoordelijke partijen.

De moderator geeft het woord aan een persoon in de zaal. Hij stelt zich de vraag rond de Open Oproep procedure van de Vlaams Bouwmeester die de dialoog tussen de opdrachtgever en archi-

tect terecht als uitgangspunt van een goed ontwerp naar voren schuift. Hij stelt zich echter vragen bij de heel beperkte dialoog in de selectie van de architect.

Luc Pelgrims beaamt dat de Open Oproep, ondanks haar positieve elementen, een heel log systeem is, die veel tijd vergt en weinig flexibel is. Hij herhaalt dat PZ Sint-Norbertus juist daarom een gelijkaardig, maar individueel traject uitgetekend heeft.

Hans Verstuyft geeft aan dat in de Open Oproep geen ontwerp gekozen wordt, maar wel een ontwerper. Het gesprek in de procedure dient om een inschatting te maken van zijn procesbereidheid en visie.

Stephen Bates situeert de waarde van de Open Oproep procedure in de eerste plaats in de projectdefinitie, waarin de opdrachtgever duidelijk de eigen verwachtingen expliciteert. Het meest waardevolle moment van de Open Oproep ligt echter in de mogelijkheid die de opdrachtgever krijgt om vijf architecten te ontmoeten en met hen een gesprek aan te gaan over een ontwerpvoorstel.

Een andere vraag uit de zaal gaat over de grote aandacht in de lezingen op het woonaspect, ten koste van het therapeutische aspect. Zij herinnert er aan dat niet alle instellingen een woonprogramma aanbieden en dat de mogelijkheid om te wonen door instellingen zelfs afgebouwd worden. Bijvoorbeeld in de psychische zorg voor jongeren.

Patrick Lefebure verwijst naar een inrichting van een gebouw op PC Dr. Guislain samen met therapeuten (o.a. Guido De Geyter). Hij ziet voor zichzelf hierbij een ondersteunende rol weggelegd, terwijl de fundamentele keuzes door de therapeuten gemaakt worden. Van de architect mag niet verwacht worden dat hij therapeut of heilmeester is.

Voor Regis Verplaetse spreekt het vanzelf dat architecten het programma van eisen vanuit de eigen discipline en empathie bevragen en een ruimtelijke visie formuleren die bepaalde uitgangspunten van de instelling zelfs uitdaagt.

Bernard Sabbe vraagt zich af of het wel een goede zaak is om therapie en wonen te scheiden. Hij

verwijst hierbij naar de principetekening die Luc Pelgrims naar voren bracht waarbij de therapieruimte opgevat wordt als koterij naast een rijwoning. Hij herhaalt dat er een heel sterke link bestaat tussen zorg en architectuur, zoals op heel primair niveau aangetoond is met de kleurverandering in het filmpje. In de therapie kan deze relatie benut worden door een patiënt te vragen om te reageren op de architecturale omgeving.

Vanuit het publiek wordt de vraag gesteld of de psychiatrische wetenschap kan toegepast worden als algemene theorie op stad.

(Antwoord Sabbe)

Vanuit het publiek wordt opgemerkt dat in veel presentaties het instituut lijkt afgebouwd te worden tot een woning. De vraag is hoe patiënten hierop reageren en in welke mate patiënten nood hebben aan een institutionele omgeving.

Stephen Bates situeert de positieve, therapeutische waarde van huiselijke atmosfeer in een zorginstelling in de collectiviteit die gecreëerd wordt. Uiteindelijk gaat het niet zomaar om een of andere woning, maar blijft de huiselijke inrichting functioneren als een andere plek waar de patiënt zich in terug trekt. Hij verwijst hierbij naar een resort hotel die wat hem betreft ook functioneert als een andere plaats met een mogelijks therapeutische waarde.

Nikolaas Vande Keere vult aan met de stelling dat het instituut niet noodzakelijk een gebouwde ruimte vooronderstelt. Hij benadrukt de zorg als instrument die verspreid ligt over een diverse structuur.

Patrick Lefebure bevestigt dat de instellingen ondanks het huiselijke karakter, nog steeds opereren als instelling – ook al lijkt dat op het eerst gezicht niet zo te zijn.

Regis Verplaetse stelt dat de gecreëerde woonfunctie in Vlaanderen meestal op het instellingsterrein plaatsgrijpt en dus nog steeds in nauwe relatie staat met zorg.

Uit het publiek wordt opgemerkt dat de discussie zich grotendeels bekommert om het bouwen voor het instituut alsof bewoners daarbij van geen tel zijn. De vraag is of er ook communicatie is met patiënten in de ontwerp- en bouwopgave?

Katrien Vandermarliere getuigt vanuit haar eigen bezoek aan de Afdeling Psychiatrie van het Imelda Ziekenhuis dat zij aanvankelijk ervaren had als een leeg en kaal gebouw. Uit gesprekken met patiënten bleek echter dat zij graag op de plek zijn door de rust die het uitstraalt en er zelfs heimwee ontstaat naar de plek.

Regis Verplaetse stelt dat het instituut te vaak negatief beschouwd wordt en als zodanig tegenover het individu geplaatst wordt. In verwijzing naar de institutionele therapie geeft hij aan dat het instituut ook een positieve werking heeft voor patiënten voor zover het zorg, hulp en ondersteuning verleent.

Bernard Sabbe verontschuldigt zich bij de vraag en belooft in de toekomst meer navraag te doen bij de gebruikers naar hun gevoel bij het gebouw.

Hans Verstuyft verduidelijkt dat het in de praktijk moeilijk is om met iedere partij een gesprek aan te knopen. Als architect komt het erop aan om zo goed mogelijk in te leven in de behoeften van de patiënt.

(Laatste vraag over ruimtebeleving.)

De moderator sluit de studiedag af.

Slotbeschouwing bij het verslag

Het verslag van de studiedag geeft een weerslag van de veelzijdigheid en complexiteit van het voorliggende vraagstuk. In deze slotbeschouwing schetsen wij een aantal voorlopige conclusies waarin de intieme relatie tussen psychiatrie en architectuur naar voren komt. De conclusies functioneren elk op zich als een aanbeveling niet zonder evenzoveel nieuwe onderzoeksvragen te openen.

Het publiek van de studiedag was heel divers: psychiaters, technisch directeurs, architecten en ruimtelijk planners, wetenschappers en studenten uit verschillende disciplines. De brede belangstelling weerspiegelt de reële behoefte aan kennisuitwisseling. Deze behoefte kwam ook in de lezingen naar voren. Telkens opnieuw werd een gebrekkige kennis over zorgarchitectuur vastgesteld en opgeroepen tot meer interdisciplinair onderzoek.

De intieme relatie waar de titel van de studiedag naar verwijst, brengt ons dan ook voorbij de stichtende rol van de architectuur in de geschiedenis van de psychiatrie. Het wijst ook op de samenwerking tussen de ruimtelijke beleving van de lijdende medemens en zijn geestelijke gezondheidstoestand in de langdurige, residentiële zorg. Deze bijzondere relatie is nauwelijks onderzocht. Juist daarom kan onderzoek naar de ontwerpogave voor de geestelijke gezondheidszorg relevante inzichten opleveren voor de zorgarchitectuur in het algemeen.

1. Zorgarchitectuur is een opdracht

De studiedag toont hoe de architectuur van de psychiatrische zorg allesbehalve een evidente opdracht is. Ook binnen de ontwerpopdracht blijft de opdrachtgever een grote verantwoordelijkheid meedragen. Een belangrijke vraag is hoe een goed opdrachtgeverschap verzekerd wordt. In de psychiatrische zorg zijn immers verschillende functies betrokken bij een bouwopdracht, zoals de technisch directeur, raad van bestuur, hoofdgeneesheer en afdelingshoofden, projectmanager, enz. Hierdoor wordt de weg van zorgconcept naar bouwprogramma en gepaste ontwerpstrategie beïnvloed door verschillende denkkaders, ambities en competenties. Een samenwerking binnen een consequente visie is hierdoor noodzakelijk over de hele loop van het ontwerp- en bouwproces. Een goede opdrachtformulering steunt immers op een analyse die alle perspectieven integreert.

Een zorgplan vergt vertaling in een ruimtelijke strategie, maar evengoed kan een ruimtelijk potentieel een nieuw zorgperspectief openen. Ook de feedback van verschillende gebruikers, zoals in de eerste plaats het personeel en de patiënten, verrijkt een ontwerpopdracht. Tenslotte bestaat de ontwerpopdracht ook uit de doordachte keuze van een geschikte ontwerper die de ruimtelijke dimensie van alle claims analyseert en integreert.

2. Zorgarchitectuur is een ontwerpuitdaging

De studiedag toont hoe de psychiatrie, en de zorgsector meer in het algemeen, vandaag een grote uitdaging vormt voor de architectuurpraktijk. In de eerste plaats vraagt het van architecten om de ontwerpkenis relevant te maken binnen een belangrijk maatschappelijk vraagstuk. Ontwerpen voor de zorg is immers niet vrijblijvend, maar vereist dienstbaarheid. Het is zeker zo dat architecten zich niet kunnen verliezen in normen en cijfers – wat vandaag vaker wel dan niet het geval is in het ontwerpen van zorginfrastructuur. Maar in de zorg is evenmin plaats voor hol spektakel en zelfgenoegzame vingeroefeningen. In het ontwerp voor de zorg staat buiten kijf dat elke gekozen typologie, elke ruimtelijke relatie of scheiding, vorm of kleur invloed heeft op de realisatie van een weldoende, zorgende, helende ruimte. De dienstbaarheid van de architectuur strekt zich in de zorg ook uit tot een engagement met de opdracht zelf. Ontwerpen in de zorg worden doorgaans zwaar belast door randvoorwaarden en regelgevingen die in de opdracht vastgelegd zijn. Bovendien kan er moeilijk verwacht worden dat opdrachtgevers reeds in de projectdefinitie anticiperen op alle mogelijkheden die de architectuur hen te bieden geeft. Ontwerpen voor de zorg heeft er daarom ook baat bij dat architecten zich kritisch verhouden tot de opdracht zelf vanuit een positief engagement.

3. De patiënt is een bewoner

De studiedag stootte op de dynamische gebruikswaarde van de architectuur voor de psychiatrische zorg. De gebruiker is immers tegelijk patiënt en bewoner. Deze dynamiek herhaalt de oude spanningsvolle relatie tussen de psychiatrische patiënt en de hulpverlener. De architectuur voor de psychiatrie speelt zich af tussen hulpbehoefte en zelfstandigheid, patiënt en cliënt, intramurale en extramurale zorg, het instituut en de woning. Bovendien is ook de interactie tussen het specifieke ziektebeeld en de ruimtebeleving erg bepalend. Deze complexe dynamieken zetten zich door in de huidige vermaatschappelijking van de zorg. De hoge muren van het gesticht vervagen vandaag.

Oudemanhuizen maken plaats voor woonzorgcentra en beschutte woningen die steeds minder te onderscheiden zijn van gewone stadswijken. Dit betekent vooralsnog niet dat de spanning tussen beide programma's verdwijnt in het ideaal van een zorgende stad. In de praktijk blijkt de maatschappij weinig geneigd om verantwoordelijkheid op te nemen in de zorg van psychiatrische patiënten. De vermaatschappelijking van de zorg botst vaker wel dan niet op hardnekkig buurtprotest. Noch het openbreken van de hoge instellingsmuren noch de meervoudige woonvormen, staat garant voor normalisering van de psychiatrische zorg. Het stigma op de psychiatrie lijkt sterker dan het ontwerp. Het is hierbij essentieel om ook in het ontwerp op een genuanceerde manier om te gaan met de dynamische verhouding tussen ziek-zijn en gezond-zijn.

4. Het ontwerp van regelgeving: van routine naar vernieuwing

In de problematiek van de huisvesting voor de psychiatrie lijkt de aandacht voor de wisselwerking tussen ruimtelijke beleving en gezondheidstoestand voor de hand liggend. Niettemin blijkt in de praktijk het architecturale en ruimtelijke ontwerp eerder beperkt tot het aflopen van een checklist van regelgevingen, standaardelementen en subsidieregelingen. Een waardige zorgarchitectuur wordt onmogelijk gemaakt door een eenzijdige focus op financiële en bouwtechnische haalbaarheid. Tijdens de studiedag werd echter benadrukt dat standaardregelingen onaangepast zijn voor de huisvesting van de psychiatrie, zoals bijvoorbeeld de regelgeving over de positie van het bed en de subsidiëring op kameroppervlakte. Hierdoor doet een routineuze en ad hoc ontwerpaanpak per definitie afbreuk aan de architecturale en ruimtelijke kwaliteit die psychiatrische patiënten verdienen. Zorgarchitectuur heeft dan ook nood aan een intelligente regelgeving die in staat is om in te spelen op een grondige contextanalyse, ruimte laat voor de gehanteerde zorgvisie, leert uit goede referentieprojecten en open staat voor feedback uit het ontwerpteam.

5. Een zorgplan vraagt een ruimtelijk masterplan

De studiedag bracht de noodzaak van een ruimtelijk masterplan voor de terreinen van psychiatrische instellingen aan het licht. Hoewel een zorgplan een vereist document is voor het bekomen van overheidssubsidiëring, is een ruimtelijk masterplan dat niet. Nochtans is een ruimtelijk masterplan een onmisbaar instrument voor een integrale benadering van het instellingsterrein. Het opstellen van een ruimtelijk masterplan verplicht uitspraken te doen over de relatie tussen de instelling en de stedelijke omgeving, tussen het gebouwde volume en de open ruimte en vooral

ook tussen de verstrekte zorg en de ruimte waarin dit plaatsgrijpt. Op die manier is het ruimtelijke masterplan tegelijk een onmisbaar instrument voor kwaliteits- en procesbewaking. Anderzijds biedt het ruimtelijk masterplan geen garanties. Het blijft slechts van kracht zolang de onderliggende visie wordt gedragen door de betrokken partijen. De ontwikkeling van een volwaardige zorgcampus is ook onderhevig aan verandering in de loop van het proces. Het ruimtelijke masterplan moet dan ook de nodige flexibiliteit en openheid bezitten, zodat het de zorgvisie in grote lijnen verbeeldt zonder afbreuk te doen aan de initiërende capaciteit tot verandering die schuilt in architectuurontwerp.

6. Ontwerpend onderzoek verscherpt de opdracht

Tijdens de studiedag bleek dat in het ontwerp voor de psychiatrische zorg nog te weinig gebruik gemaakt wordt van de voordelen die ontwerpend onderzoek bieden. Het ontwerpend onderzoek is een denkoefening zonder vaststaande finaliteit. Het komt niet tot een concreet ontwerp of masterplan. Aan de hand van voorbeelden en prototypes wil het daarentegen ruimtelijke en architecturale feedback genereren in functie van de zorgstrategie. Vanuit een grondige analyse van de bestaande context, zowel op vlak van zorg als ruimte, wordt in het onderzoek verschillende hypothesen, strategieën en ontwerpbenaderingen vergeleken en geëvalueerd. Als zodanig kan het ontwerpend onderzoek ook perspectieven openen die binnen een bepaald zorgperspectief verborgen bleven. Op deze punten ondersteunt het ontwerpend onderzoek de opdrachtgever. Het ontwerpend onderzoek biedt immers een welkome corrigerende werking waar de regelgevende en regulerende overheid in gebreke blijven – in het bijzonder in de voortdurende confrontatie van programma en (ruimtelijke) context en de zoektocht naar intelligente instrumenten en paramaters.

7. Het ontwikkelen van zorg erfgoed

Tijdens de studiedag was aandacht voor de lange geschiedenis van de huisvesting van de psychiatrische instellingen. Het bouwkundig en landschappelijk patrimonium bezit hierdoor een unieke vorm van erfgoedwaarde. De veranderingen in zorgvisie zijn afleesbaar in de verschillende bouwfases en de ruimtelijke veranderingen die ze doorvoeren. Deze veranderingen worden heel tastbaar in de wijzigende omgang in de instelling met de buitenruimte. De gezondheidszorg lijkt vooralsnog uit te gaan van de onaanpasbaarheid van oude gebouwen en onderwaardeert hierdoor veelal haar unieke erfgoed. Zelfs het naoorlogse patrimonium dreigt vandaag onder de slooph-

mer te verdwijnen door toedoen van vermeende hoge renovatiekosten en de verlaagde bouwsubsidie voor renovatie (slechts 75% van de totale kosten). Subsidies voor noodbehuizing dragen bij aan de bouw van wergwerparchitectuur in de zorg. Deze sloop- en bouwwoede in de zorg grijpt echter plaats zonder de erfgoedwaarde te onderzoeken, zonder ernstige studies naar de aanpasbaarheid van het zorgpatrimonium en zonder prestatievergelijkingen met nieuwbouw. Bovendien houdt de sloop geen rekening dat de cultuurhistorische waarde van zorgpatrimonium in de ogen vastgoedsector een belangrijke meerwaarde vormt – zoals in Nederland blijkt. De vraag dringt zich op in hoeverre een win-win combinatie mogelijk is van behoud en ontwikkeling van het patrimonium van zorginstellingen.

8. Evidence Based Medicine en Evidence Based Design

De psychiatrie verwetenschappelijkt onder invloed van de neurologie. Deze evolutie maakt dat de psychiatrie meer evidence based wordt, en tegelijk meer naar binnen gekeerd. Het brein lijkt meer onafhankelijk dan de geest. EBM staat dan ook op gespannen voet met onderwerpen als (sociale) omgevingsfactoren of de interactie tussen ziekte en ruimtebeleving. Evidence Based Design wil de verwetenschappelijking doortrekken naar de zorgarchitectuur. De eis van meetbaarheid en aantoonbaarheid wordt toegepast op de performantie van ontwerpkeuzes. De architectuur blijkt echter kritischer en weerbarstiger tegenover deze evolutie dan de geneeskunde (incl. de psychiatrie). De balans tussen subjectiviteit en objectiviteit ligt er anders, en er is de invloed van het culturele. Niettemin is empathie voor de gebruiker in beide disciplines een ontegensprekelijke voorwaarde voor resultaat. Dit inzicht is een goede motivatie voor nieuw interdisciplinair en ontwerpend onderzoek.

Colofon

De studiedag werd georganiseerd door het Vlaams Architectuurinstituut (VAi), het Museum Dr. Guislain en de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) en ondersteund door de Vlaamse overheid en de Vlaams Bouwmeester.

Initiatiefnemers zijn UR Architects.

Verslag: Gideon Boie (BAVO)

Contact

UR Architects
www.urarchitects.com

Vlaams Architectuurinstituut
www.vai.be

Museum Dr. Guislain
www.museumdrguislain.be

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
www.vvvgg.be

BAVO
www.bavo.biz

