

Nederland kantelpunt - Peter Boerenfijn

Hoe zorggebouwen veranderen als gevolg van Covid-19

Oorschot, L.M.

Publication date

2021

Document Version

Final published version

Citation (APA)

Oorschot, L. M. (null). (2021). Nederland kantelpunt - Peter Boerenfijn: Hoe zorggebouwen veranderen als gevolg van Covid-19., ZorgSaamWonen. <https://www.zorgsaamwonen.nl/artikel/hoe-zorggebouwen-veranderen-als-gevolg-van-covid-19>

Important note

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

Copyright

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

Takedown policy

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

Hoe zorggebouwen veranderen als gevolg van Covid-19

9 februari 2021

[Eenzaamheid](#) [Wonen en woonomgeving](#) [Woonvormen](#) [Inclusieve Wijken](#) [Toegankelijkheid](#) [Inrichting wijken](#) [Veiligheid en duurzaamheid](#)



Scheldehof Vlissingen. Foto: Ronald Tilleman.

In zorgwoongebouwen verblijven de meest kwetsbare mensen in grote eenzaamheid. Enerzijds is er de gezondheidseis van social distancing en anderzijds de broodnodige contactmomenten tussen mensen tijdens de lock down om niet te vervreemden. Nergens wordt dit dilemma zo pijnlijk gevoeld als in zorggebouwen.

Auteur: Leo van Oorschot, architect/researcher Atelier PRO. Dit artikel betreft een bewerking. De originele versie staat op de [website](#) van TU Delft.

De COVID-19 epidemie zal niet de laatste crisis zijn waarbij besmetting met zoönotische virussen centraal staat en gezonde afstand enerzijds en verlangen naar contact anderzijds ons leven bepaald. Het is daarom heel waarschijnlijk dat deze epidemie de architectuur van zorggebouwen zal gaan veranderen naar gezonde gebouwen die letterlijk ruimte geven aan gebruikers. Alleen al het feit dat iedereen inmiddels de vaardigheid van videobellen en thuiswerken heeft aangeleerd leidt tot een heroriëntering op het type gebouwen dat wij

gebruiken. In dit artikel is Peter Boerenfijn geïnterviewd die zich met ouderenhuisvesting bezighoudt en de te verwachte veranderingen van het gebouwtype als gevolg van COVID-19.

Tussen vereenzaming en bescherming

Volgens het RIVM hebben mensen die ouder zijn dan 70 jaar een verhoogd risico op ernstig beloop van COVID-19. De helft van de patiënten met COVID-19 is ouder dan 69 jaar en van de overledenen is driekwart ouder dan 76 jaar. Kwetsbaarheid neemt toe met de leeftijd. Vooral kwetsbare ouderen die moeite hebben om hun zelfredzaamheid te behouden lopen meer risico dan vitale ouderen. Op 21 juni 2020 werd directeur Peter Boerenfijn van Habion hierover bevraagd. Habion is een woningcorporatie die is gespecialiseerd in o.a. zorgvastgoed met 11.000 units op 120 locaties in Nederland.

Heeft covid-19 invloed op toekomstige gebouwontwerpen voor woonvormen voor ouderen met zorgvraag?

Ja, maar dit probleem speelt volgens Boerenfijn al veel langer bij zorghuisvesting en moet ook in een bredere context worden gezien. In het verleden was er al het Norovirus, Legionella en de gewone griep. Het grootste probleem is dat patiënten elkaar besmetten in gesloten collectieve ruimten. Infecties kunnen komen van bezoekers, nieuwkomers of personeel. Aerosol verspreiding van virussen in deze slecht geventileerde ruimte of het aanraken van elkaar is dan een groot risico. Bijvoorbeeld de gemeenschappelijk huiskamer of in de gangen. Vooral als er geen redelijk afspraken met patiënten zijn te maken. Hier vinden de besmettingen plaats en verspreid het virus zich het snelst. Naast de patiënten lopen ook verpleegkundigen voortdurend in en uit. Geclusterde zorgwoonvormen met individuele units waarbij men afspraken kan maken met patiënten hebben niet veel meer besmettingen dan vergelijkbare woonvormen buiten de zorg. Vooral als bewoners in hun eigen unit blijven, de keerzijde hiervan is eenzaamheid van patiënten, aldus Boerenfijn.

Moeten geclusterde woonvormen met bewoners met een zorgvraag veel groter worden i.v.m. extra veilige circulatieruimte?

Nee, belangrijk is volgens Boerenfijn dat deze woonvorm altijd de mogelijkheid moet hebben tot zelfisolatie in een eigen unit met keuken en sanitair: compartimentering. Mensen met of zonder zorgvraag in geclusterde woonvormen maakt niet zoveel uit zolang er goed afspraken zijn te maken. Vooral de gemeenschappelijke circulatieruimte, huiskamer en keuken moet ruimte bieden om op afstand te blijven en het ventilatiesysteem moet goed functioneren. Als besmettingsgevaar er weer is moeten mensen de mogelijkheid hebben om individueel te kunnen wonen en koken.

Kunnen ouderen en jongeren nog bij elkaar wonen in geclusterde woonvormen?

Ouderen mensen zijn kwetsbaarder dan jonger mensen. Bij Habion heeft men de ambitie om juist jong en oud samen te laten wonen in geclusterde woonvormen. Men kan zich afvragen of dit een goed idee is. Volgens Boerenfijn is dat samenwonen een heel goed idee. Zowel jongeren als ouderen worden goed geselecteerd en ze passen bij elkaar voor wat betreft leefstijl en gedrag. Als dat niet goed is of als men toch de huiskamer gaat gebruiken bij een virus of huisregels niet

worden gerespecteerd is er een probleem. Kortom het gaat niet alleen om leeftijd maar vooral om de attitude en mate van aanspreekbaarheid van bewoners. Wel moeten bewoners de mogelijkheid hebben tot zelfisolatie en moet er de mogelijkheid zijn om je terug te trekken in je eigen appartement met je eigen sanitair en keuken.

Zijn de maatregelen voor verschillende categorieën zorg zoals somatische en psychogeriatrische patiënten hetzelfde of juist heel anders?

Inderdaad ligt hier het grote verschil, aldus Boerenfijn. Met somatische patiënten kan je meestal afspraken maken. Somatische patiënten zijn vaak ook geschikt voor gewone geclusterde woonvormen waarbij men zelfstandig woont met zorg aan huis. De zorgvraag is hier heel anders dan bij psychogeriatrische patiënten, die wonen vaak in een meer beschermde en gesloten omgeving. Vooral bij de psychogeriatrische patiënten zijn er veel mensen overleden als gevolg van COVID-19. Dat komt omdat voor deze mensen de werkelijkheid om hun heen niet meer te begrijpen is. De patiënten dwalen door gangen en huiskamer omdat hun individuele verblijfsruimte klein en onaantrekkelijk is. Ze begrijpen ook niet waarom er niemand meer op bezoek komt. Ze begrijpen gewoonweg niet wat de pandemie betekent. Regels afspreken met deze mensen heeft ook geen zin. Juist deze groep is zeer kwetsbaar en is zwaar getroffen.

Is social distancing met 1,5 meter van ouderen in tehuizen te handhaven?

Volgens Boerenfijn gelden er voor patiënten waarmee goede afspraken te maken zijn feitelijk dezelfde regels als in andere woonvormen. Alleen bij psychogeriatrische patiënten is deze social distancing niet te handhaven. Wellicht geldt dat niet alleen voor ouderen maar ook voor jongeren met een verstandelijke beperking en bij peuterspeelzalen. Belangrijk in verpleegtehuizen met psychogeriatrische patiënten is dat bij besmettingsgevaar de mogelijkheid er moet zijn om kleine groepjes bewoners direct van elkaar te scheiden en te isoleren. Met besmette bewoners in hun eigen zone en gezonde bewoners in een andere zone en elk met eigen sanitair en keukentje. Enerzijds is er in kleine groepjes nog de mogelijkheid tot sociaal contact en anderzijds het risico van besmetting van de groepjes onderling geminimaliseerd. In nieuw te ontwerpen gebouwen is dit wel raadzaam om mee te nemen.

Is bezoek aan ouderen in tehuizen door bijvoorbeeld kinderen mogelijk op een veilige manier?

Bezoekers van verzorgingstehuizen zijn bijna niet buiten te houden, aldus Boerenfijn. Dat is een groot probleem. Sommige nemen hun vader of moeder mee naar huis om daar te verzorgen. In één geval is er zelfs een hek van twee meter geplaatst om bezoekers weg te houden. Het is wel duidelijk geworden met deze pandemie dat een strakke sturing van een verzorgingstehuis enerzijds en de ruimtelijke mogelijkheden van de gebouwen anderzijds bepalend zijn voor hoe groot de risico's op besmetting zijn. Vooral een strakke sturing op het gebruik van collectieve ruimten, aldus Boerenfijn. Als de circulatie door gebouwen, bezoekeruimten, huiskamer gebruik, schoonmaak discipline etc. goed is geregeld dan zijn de risico's ook aanmerkelijk lager. Echter, de ruimtelijke mogelijkheden moeten er dan wel aanwezig zijn.

Is een totale isolement van ouderen in tehuizen ethisch aanvaardbaar?

Nee, dat is niet aanvaardbaar volgens Boerenfijn maar helaas is het niet anders en moeten we voortdurend afwegingen maken. Bovendien leiden de beschermende beperkingen tot onbegrip bij familieleden. Families die persé hun ouder(s) willen bezoeken zijn weer een risico. Begrijpelijk maar een dilemma. Met patiënten waarmee goed afspraken te maken is over het niet gebruiken van collectieve ruimten en social distancing is het risico minimaal. Als deze ook nog individueel wonen is het risico niet anders dan bij gewone mensen. Eenzaamheid is voor deze groep een groot probleem, en dat is geen bijdrage aan de gezondheid van mensen.

Een hybride gebouw geeft ruimte aan gebruik en circulatie

Bestaat er gezonde ouderenhuisvesting? Het dilemma is dat men enerzijds wil beschermen door (zelf)isolatie en anderzijds de eenzaamheid van bewoners verzachten door ruimte voor ontmoeten. Met een gewijzigde bedrijfsvoering en gebruik zijn veel problemen te ondervangen maar dan moet het gebouw wel adaptief zijn en de ruimte hebben om een werkelijk gezond gebouw te kunnen zijn. Een gebouw dat medewerkers de mogelijkheid geeft om mee te bewegen met de omstandigheden. Een gebouw dat de mogelijkheid biedt tot (zelf)isolatie en ook tot veilig ontmoeten. Een gebouw dat eenvoudig is aan te passen als de situatie dat vereist. Hoe ziet zo'n gebouw eruit?

De problemen in verzorgingshuisvesting zijn beter beheersbaar te maken door een open plattegrond met een scheiding van drager-inbouw en door overmaat te geven, vooral de diepte van het gebouw is belangrijk. De indeling van gebouwen zijn dan te compartimenteren in afdelingen of domeinen of individuele units zodat mensen of groepen van elkaar worden geïsoleerd. De circulatie van mensen binnen deze gebouwen zijn doorstroomlocaties, daar moet ruimte voor zijn. Te beginnen bij de ingang, de centrale hal moet ruim zijn en meerdere toegangen hebben van buiten. Nauwe ruimten zoals gangen waar men elkaar passeert en liften waarbij mensen dicht op elkaar moeten staan hebben geen voorkeur. In afdelingen van ouderhuisvesting moet men een 8 kunnen lopen net zoals in winkelgebieden. Gebruikers krijgen zo de ruimte om door het gebouw te bewegen en elkaar te ontmoeten waarbij het risico op besmetting wordt gereduceerd. Uiteraard naast technische maatregelen zoals een goed ventilatiesysteem.

Veel traditionele openbare gebouwen hebben een lineaire bouwstructuur zoals een gangenkantoor of gangenschool van de 16 à 17 meter diep (eventueel parkeren eronder) met een middengang en functionele ruimten langs gevels. Dat is een groot risico. Deze gebouwen bieden geen veilige circulatie en kunnen bij een gewijzigde bedrijfsvoering nauwelijks aangepast worden.

Het hybride gebouw heeft twee richtingen, is dieper en heeft een open p[lattegrond met een flexibele indeling. Een dieper gebouw met een middenzone of atrium geeft de mogelijkheid tot een grotere differentiatie in soorten ruimten waardoor mensen o.a. ook gescheiden kunnen worden en de circulatie van mensen door het gebouw kan beter worden verspreid.

Een compact gebouw heeft ook meer toekomstwaarde en is in lijn met ideeën van het Passief Bouwen waarbij men streeft naar een minimale energievraag door een gunstige verhouding gebouwschilvloeroppervlakte. Een centrale hal met toegangen als atrium kan ook gebruikt worden als solar chimney of groene long dat warmte van de zomer in de bodem opslaat voor de

winter. Een integraal duurzaamheidsconcept waarbij binnenklimaat met ventilatie, vochthuishouding, verwarming en verkoeling integraal kan worden toegepast.

Binnen een gebouw, afdeling of domein kan men gebouwen ook zoneren naar activiteit. Bij de inrichting van kantoren is dit al een paar jaar gaande. Meestal onderscheidt men de zones met ontmoeten en ontspannen, samenwerken met overleggen en vergaderen, individueel werken of geconcentreerd studeren of instructies volgen. Deze zones worden specifiek vormgegeven voor de verschillende soorten openbare gebouwen door interieurontwerpers met een verschillende inrichtingen en binnenklimaten. Dit biedt ook mogelijkheden om groepen mensen snel te scheiden indien de omstandigheden dat vragen. Niet meer starre functies vormgeven maar de activiteiten van mensen zoneren en geleiden. Binnen de zones kan men met vergelijkbare functies schuiven.

Bewuste materiaalkeuze en inrichting is met binnenklimaateisen, hygiëne, schoonmaak en onderhoud ook al langer actueel. Concepten zoals *Healing, Healthy & Care Environment* worden gebruikt voor ziekenhuizen of woonzorginstellingen. Ook hier staat zonering centraal met verschillende inrichtingen en soorten binnenklimaat die gericht is op het welzijn van de ruimtegebruikers. Daarin komen veel elementen terug die ook in de meer algemene *WELL Building Standard* certificeringsmethodiek zijn benoemd. Vooral het beperken van het aantal te gebruiken materialen en het kiezen van materialen die tegen de zware belasting kunnen van schoonmaakmiddelen, eenvoudig zijn te reinigen en te herstellen is een pre. Dit reduceert niet alleen de schoonmaak, onderhoud en herstellkosten maar beperkt vooral het risico dat het gebouw niet goed wordt schoongemaakt.

Het gezonde openbare gebouw was er misschien al bij gespecialiseerde architecten en opdrachtgevers. Ook drager-inbouw of de Solid of Open Building was er al. Ook het klimaatneutrale en adaptieve compacte en goed geïsoleerde gebouw met een atrium was er al. Belangrijk is de integraliteit tussen klimaatneutraliteit, wisselend gebruik met toekomstwaarde en gezondheid in het nieuwe zorgwoongebouwen.