



Er moet iets gebeuren.

Maar wat?

Onderzoek behandelruimtes,
huisvesting en therapeutische
impact GGZ



Samenvatting

Stichting MADE Life zet zich in voor de bevordering van de geestelijke gezondheid van kinderen en (jong)volwassenen in Nederland en daarbuiten. In 2023/2024 organiseerden wij een challenge voor de GGZ 'Behandelplek van de Toekomst' onder studenten van Nederlands' toonaangevende ontwerpacademies. Dit leidde tot 19 innovatieve ontwerpen.

Uit initieel onderzoek onder patiënten, ervaringsdeskundigen en naasten bleek namelijk dat de meeste GGZ-behandelplekken als ondermaats worden ervaren. Bovendien beoordeelt minstens de helft van de ondervraagde behandelaren de huidige behandelkamers als onvoldoende tot matig met betrekking tot het mogelijke therapeutische effect op cliënten.

Dit tweede, aanvullende onderzoek heeft als doel om beter inzicht te krijgen van hoe GGZ-instellingen zelf naar hun behandelkamers en huisvesting kijken. Ook onderzoeken wij hoe de GGZ kijkt naar en denkt over mogelijke aanpassingen en/of vernieuwingen wat betreft het mogelijke therapeutische effect van huisvesting op de behandeling.

Uit dit onderzoek onder de Top 20 van de GGZ-instellingen blijkt dat er in de regel niet veel structureel, wetenschappelijk onderbouwd of uitgebreid wordt stilgestaan bij de therapeutische impact van de huisvesting op cliënten. Meer dan driekwart geeft zichzelf bovendien een matige- tot zwakke beoordeling op dit aspect. Ook geven de meeste geïnterviewden de GGZ-sector als geheel een matig tot zwak cijfer met betrekking tot huisvesting en therapeutische impact. Er wordt onderling op dit vlak ook weinig tot geen kennis of inspiratie uitgewisseld.

Er zijn enkele uitzonderingen die het therapeutische aspect wel holistisch meenemen in de ontwikkeling van hun vastgoed. Deze holistische benadering is ook terug te vinden in de huisvestingsconcepten en -plannen van deze organisaties. Opvallend - en eigenlijk logisch - is dat bij deze groep het ontwerpteam aanzienlijk anders is samengesteld qua disciplines.

Meer dan driekwart van de GGZ-instellingen hebben geen concrete wetenschappelijk onderbouwde ideaalbeelden, maar geven wel aan dat het anders moet. Iedereen geeft daarbij aan dat er verschil is tussen ambulante/ poliklinisch en klinisch. De verandering wordt voornamelijk niet voortvarend in gang gezet omdat er geen aandacht, inspiratie of handvatten lijken te zijn. Het is daarbij frappant dat weinigen financiën als hindernis aanstippen. Uit dit onderzoek blijkt, tot slot, dat veel instellingen open staan voor kennisdeling en samenwerking op dit domein. En het mooie lijkt te zijn dat eventuele vernieuwing op het gebied van therapeutische impact goed gecombineerd kan worden met vereiste verandering op het gebied van duurzaamheid.

Stichting MADE-Life heeft op basis van de onderzoeksbevindingen 3 vervolgstappen geformuleerd. Deze stappen kunnen de broodnodige verbetering van behandelplekken bij GGZ-instellingen een vliegende start kunnen geven.

Deze drie vervolgstappen zijn inmiddels gepresenteerd aan De Nederlandse GGZ en MIND.

1. Inspiratieportaal inrichten zodat voorbeelden eenvoudig kunnen worden gedeeld
2. Werkgroep creëren zodat samenwerking binnen de GGZ geborgd wordt
3. Collectief Handboek ontwikkelen waardoor er samen snel meters worden gemaakt

Ook deze vindt u uiteraard uitgebreid beschreven in dit onderzoeksrapport.

Onderzoeksrapport

Dit onderzoeksrapport bevat uit drie delen, waarvan u het eerste net gelezen heeft:

- Korte samenvatting
- Onderzoeksopzet & Beantwoording
- Conclusie & Vervolg



MADE-Life Stichting: 'Behandelplek van de Toekomst' - GGZ

Onderzoekperiode: juli - september 2024

Onderzoeksaanleiding:

Beter begrip krijgen van hoe GGZ-instellingen naar hun behandelkamers en huisvesting kijken. Beter begrijpen hoe de GGZ kijkt naar en denkt over mogelijke aanpassingen en/of vernieuwingen wat betreft het mogelijke therapeutische effect van huisvesting op de behandeling.

Onderzoekcontext:

Uit initieel onderzoek in 2023 onder patiënten, ervaringsdeskundigen en naasten bleek dat de meeste GGZ-behandelplekken als ondermaats worden ervaren. Veel GGZ-cliënten zien de meeste van de huidige kamers als te gedateerd, steriel en onpersoonlijk. Cliënten geven aan dat dit hun behandeling niet ten goede komt. Stichting MADE-Life is daarom een ontwerpchallenge 'Behandelplek van de Toekomst' gestart in de periode van september 2023 tot en met februari 2024. Tientallen studenten van de verschillende ontwerp academies, waarvan sommigen ervaringsdeskundigen, hebben tientallen GGZ instellingen bezocht als voorbereiding op deze ontwerpchallenge. Deze studenten van Nederlands' toonaangevende ontwerppopleidingen, waaronder ArtEZ, Cibap, HKU, Jan des Bouvrie/ Saxion, Nimeto en SintLucas, hebben duizenden uren geïnvesteerd in 19 nieuwe ontwerpen voor de behandelkamers van de toekomst. Veel media, zoals GGZ Totaal, MIND, Architectuur en Interieurbouw hebben hierover bericht. Toch vond MADE-Life - na deze

ontwerpchallenge - dat er nog verder onderzoek nodig was om te begrijpen wat GGZ-instellingen tegenhoudt om meer rekening te houden met het therapeutische effect in hun huisvestingsbeleid.

Onderzoeksdienststelling:

Onderzoek bij de top 20 van grotere GGZ-instellingen geeft inzicht en zorgt dat we beter begrip krijgen wat betreft de huisvestingsvisie en -beleid in de Nederlandse GGZ. De meeste GGZ-instellingen kozen ervoor om anoniem aan deze interviews mee te werken.

Interviewopbouw:

I. Huidige situatie - GGZ

Aantal locaties & behandelkamers
Laatste renovatie/ herinrichting
Huidige waardering (1-10) voor behandelkamers, management, behandelaren, patiënten
Huidige waardering (1-10) voor GGZ sector & ontwerpen in het algemeen

II. Toekomstige situatie - GGZ

Ideaal streven & beoogde design principes
Beperkingen: waarom ideaal niet realistisch is
Realistisch streven

III. Veranderaanpak - GGZ

Beoogde verandering
Beoogde aanpak & betrokken belanghebbenden
Beoogde tijdslijn renovatie en/of herinrichting



VRAGENLIJST (28 vragen)

I. Huidige situatie - GGZ (10 vragen)

Aantal locaties & behandelkamers

Kunt u vertellen hoeveel locaties en behandelkamers u heeft? (schatting)

Alle grote GGZ-instellingen hebben vele honderden behandelkamers, waarbij verschil moet worden gemaakt tussen ambulante en klinische.

Deze behandelkamers zijn meestal verspreid - afhankelijk per organisatie - van enkele locaties tot enkele tientallen locaties en in sommige gevallen honderden locaties.

Hoeveel van deze kamers zijn voor ambulante gebruik? (schatting)

Bij de meeste GGZ-instellingen is - afhankelijk per organisatie en vestiging - een groot deel van de kamers bestemd voor ambulante/ poliklinische gebruik. In sommige gevallen is dit zelfs meer dan driekwart. Dit onderzoek is vooral toegespitst op ambulante/ poliklinische gebruik, hoewel huisvestingsbeleid en -concepten op toepassing kunnen zijn op klinische en poliklinische.

Laatste renovatie/ herinrichting

Wanneer was de laatste renovatie en/of herinrichting van de behandelkamers?

Alle GGZ-instellingen bekijken renovaties en herinrichtingen per vestiging. Meestal gaan er enkele tientallen jaren voorbij voordat een vestiging rigoureus wordt gerenoveerd of heringericht. In de laatste jaren is het duurzaamheidsbeleid een drijvende kracht. Veel GGZ-instellingen hebben een Duurzaam MeerJaren Onderhouds-Prognose (DMJOP), waarin ook gekeken kan worden naar de therapeutische impact van huisvesting. Wanneer er nieuwbouw of grootschalige renovatie wordt gepleegd, wordt soms ook langer stilgestaan bij de therapeutische impact van de huisvesting op cliënten.

Echter, in de regel gebeurt dit niet structureel, stelselmatig of wetenschappelijk onderbouwd.

Welke aanpassingen zijn er destijds gedaan?

De meeste GGZ-instellingen hebben in hun huisvestingsconcepten weinig specifieke en structurele aandacht voor het (therapeutische) effect van huisvesting - en in het specifiek de behandelkamer - heeft op het welbevinden van de cliënt. In de laatste jaren speelt duurzaamheid een steeds belangrijkere rol in de (her)ontwikkeling van het vastgoed, maar er wordt nog steeds weinig wetenschappelijk onderbouwde aandacht besteed aan de therapeutische impact van het vastgoed. Er zijn door deelnemers aan dit onderzoek enkele uitzonderingen genoemd, zoals Arkin, GGZ Friesland en Yes We Can Clinics. Zij nemen dit therapeutische aspect holistisch mee in hun vastgoedontwikkeling. Deze holistische benadering is ook terug te vinden in de huisvestingsconcepten van deze organisaties.

Huidige waardering (1-10) voor behandelkamers. Management, behandelaren, patiënten

Hoe waardeert u - als management - momenteel uw behandelkamers? (1 - 10) Waarom? Welke punten worden gezien als positief en welke als negatief?

Meer dan driekwart van GGZ-instellingen geeft zichzelf een matige- tot mindere beoordeling op dit aspect. Alleen de enkele organisaties die het therapeutische effect geïntegreerd hebben in hun huisvestingsconcept geven zichzelf een ruime voldoende of hoger. Meestal heeft deze lagere waardering vooral te maken met het ontbreken van een daarop aangepast huisvestingsconcept. Veel GGZ-instellingen bekijken de aanpak locatie tot locatie, zonder een onderliggend - wetenschappelijk beargumenteerd - holistisch huisvestingsconcept. Slechts enkele instellingen meten de tevredenheid op dit aspect structureel en frequent. De enkele organisaties die een geïntegreerd huisvestingsconcept hebben, hebben dit overkoepelend gedaan terwijl zij wel met de specifieke locaties rekening houden. Ook evolueren deze huisvestingsconcepten door de tijd heen.



Hoe - verwacht u - waarden uw behandelaren momenteel uw behandelkamers? (1-10)

Minstens de helft van de behandelaren beoordeelt de huidige behandelkamers als onvoldoende tot matig met betrekking tot het mogelijke therapeutische effect op cliënten. Het frappante is dat de meeste behandelaren normaliter niet stilstaan bij dit aspect. Let wel: de behandelaren van de organisaties die holistisch met huisvesting omgaan, waarderen hun kamers wel met een ruime voldoende.

Hoe - verwacht u - waarden uw patiënten momenteel uw behandelkamers? (1-10) Waarom?

Dit onderzoek en de eerdere ontwerpchallenge vonden hun oorsprong in dat de meeste cliënten nogal ontevreden waren met hun behandelkamers, maar - in de meeste gevallen - er in eerste instantie geen opmerkingen over maakten. De meeste kamers worden door cliënten omschreven als steriel, kantoorchtig en zielloos. Inwisselbaar. Cliënten van de GGZ-instelling met holistische huisvesting geven deze kamers wel een voldoende. De meeste cliënten zijn meestal al sowieso opgelucht dat zij überhaupt een behandelaar hebben gevonden, terwijl de wachtlijsten verder oplopen.

Wie was verantwoordelijk voor het ontwerp (wensen & eisen) van de huidige kamers?

Bij de GGZ-instellingen waar de therapeutische impact van huisvesting minder op de radar staat wordt het ontwerp besproken met een beperkte groep mensen en disciplines binnen de GGZ-instelling. In deze gevallen komen individuele behandelaars, facilitaire dienst en daadwerkelijke cliënten weinig tot niet aan het woord. Aan de uitvoerende kant zijn in veel gevallen ook - naast de hoofdarchitect - weinig andere disciplines betrokken. De enkele instellingen die een holistisch huisvestingsconcept hebben, waarbij de therapeutische impact een belangrijke rol heeft, besteden juist veel aandacht aan andere aspecten. In deze gevallen bestaat het ontwerpteam uit de volgende disciplines: architect, interieurarchitect, industrieel ontwerper, landschapsarchitect en omgevingspsycholoog, aangevuld met cliëntengroep.

Huidige waardering (1-10) voor GGZ sector & ontwerp in het algemeen

Huidige waardering (1-10) voor behandelkamers in de GGZ in het algemeen?

Meer dan tachtig procent van GGZ-instellingen doen geen tot weinig structurele referentie- of inspiratiebezoeken bij andere GGZ-instellingen. Ook doen zij weinig tot geen inspiratie op bij andere domeinen. De meeste geïnterviewden geven de GGZ-sector met betrekking tot huisvesting en therapeutische impact een matig tot minder cijfer.

Waarom is er in de afgelopen jaren weinig gebeurd in de GGZ-sector i.v.m. ontwerpen? (in tegenstelling tot scholen, opvanglocaties, kantoren, etc.)

Deze vraag weten weinig GGZ-instellingen concreet te beantwoorden. In het algemeen lijkt het erop dat dit thema een ondergeschoven kindje is geworden. Deze meeste besturen zijn niet of nauwelijks actief met dit thema bezig. Wanneer het expliciet wordt aangestipt - door dit onderzoek - zijn de meeste GGZ-instellingen verbaasd en enigszins ontgoocheld dat dit thema jarenlang niet structureel en wetenschappelijk onderbouwd is opgepakt. Het mooie lijkt te zijn dat deze vernieuwing in verband met de therapeutische impact goed gecombineerd kan worden met de veranderingen die worden vereist in verband met de duurzaamheid.



VRAGENLIJST (28 vragen - vervolg)

II. Toekomstige - GGZ (12 vragen)

Ideaal Streven & Beoogde Design Principles

Hoe zou u uw locaties idealiter vormgeven in de toekomst (1, 3, 5 of 10 jaar)?

Meer dan driekwart van de GGZ-instellingen heeft geen concrete ideaalbeeld, maar geeft wel aan dat het anders moet. Iedereen geeft aan dat er verschil is tussen ambulante/ poliklinisch en klinisch. Men kan in de meeste gevallen geen concrete voorbeelden geven hoe dit ideaalbeeld er zou moeten uitzien. De enkele instellingen die hier in de laatste jaren veel werk van hebben gemaakt, hebben dit allemaal gedaan aan de hand van een huisvestingsconcept en gedetailleerd huisvestingshandboek. Deze handboeken geven aan dat de buitenkant van gebouwen - voor een ambulante/ poliklinische setting - vooral 'neutraal' moet uitzien, zodat voor de buitenwereld niet meteen duidelijk is dat iemand de GGZ binnengaat. Zo'n huisvestingsconcept is in alle gevallen gecreëerd in samenwerking met een extern ontwerpteam. Intern zijn hierbij veelal de volgende teams betrokken: directie, vastgoed- en facilitair management, behandelaren, adviesraad en ledenraad. Extern bestaat dit ontwerpteam naast de hoofdarchitect veelal uit een interieurarchitect, landschapsarchitect, omgevingspsycholoog, industrieel ontwerper en algemene cliënten vertegenwoordiging (vanuit patiëntenverenigingen).

Hoe zou u uw behandelkamers idealiter vormgeven in de toekomst (1, 3, 5 of 10 jaar)?

Zie hierboven. De instellingen die hier veel werk van hebben gemaakt, hebben er in alle gevallen ook de wetenschap op nageslagen. Wetenschap zoals Evidence Based Design, Healing Environments en soortelijke ontwikkelingen. Eén GGZ-instelling, die al veel meters heeft gemaakt, zegt dat de interieurinrichting ook 'destigmatiserend' en 'agressie dempend' moet aanvoelen. Ook is er veel aandacht besteed aan 'dempende akoestiek', wat de rust tijdens behandelingen ten goede komt. 'Direct dag-

licht' is ook een vereiste in alle concepten. Verder is de 'samenhang van het gebouw' ook belangrijk, zoals 'overzichtelijke wachtkamer', 'duidelijke gangen', 'eenvoudige bewijzering', warme verlichting en - vanzelfsprekend - 'vriendelijk en verwelkomend personeel'. Ook heeft de omgevingspsycholoog een grote stem - op basis van dit wetenschappelijk onderzoek - hoe een therapeutische omgeving kan worden vormgegeven.

Een aantal GGZ-instellingen - onder het initiatief 'Groene GGZ' - denkt ook na over hoe de buitenruimte en groenvoorzieningen rondom de behandellocatie kunnen worden ingezet tijdens behandelingen: soms is een wandeling in de natuur te prefereren boven een sessie in een behandelkamer. Yes We Can Clinics wijzen bijvoorbeeld primair naar hun verschillende buitenplekken, zoals wandelpaden en schommels, als ideale behandelplek.

Daarnaast wordt aangestipt dat ook nagedacht kan worden over 'online' behandelingen en hoe ruimtes ook dit kunnen faciliteren. Dit komt ook de (tijdige) beschikbaarheid van de zorg ten goede. 'Multidisciplinaire behandelkamers' verdienen hierbij de voorkeur.

Wat zouden uw beoogde design principes zijn? (bijv. Evidence Based Design, Feng Shui, etc.)

De huisvestingsconcepten in Nederland die zich ook gericht hebben op het therapeutische effect zijn geïnspireerd op Evidence Based Design en Healing Environment. Internationaal, en ook in Nederland, is hier veel onderzoek naar gedaan. Er zijn meerdere hoogleraren en professoren in Nederland die hier veel kennis van hebben. De meeste GGZ-instellingen die deze transitie nog niet hebben doorgemaakt, zijn op hoofdlijnen wel bekend met deze design principes en refereren hier ook naar in de verschillende interviews.



Heeft u al voor verkenningen gedaan voor toekomstige ontwerpen? Zo ja, hoe?

Meer dan driekwart van de GGZ-instellingen heeft weinig verkenningen gedaan voor toekomstige ontwerpen. Wel blijkt uit dit onderzoek dat veel GGZ-instellingen open staan voor kennisdeling en samenwerking op dit domein. Deze behoefte leeft latent en dit onderzoek heeft dat aan de oppervlakte gebracht.

Heeft u collega GGZ-instellingen op de korrel die u als 'benchmark' ziet? Waarom?

Minder dan een kwart van de GGZ-instellingen heeft een duidelijk beeld wat andere instellingen doen in dit domein. Een enkele noemt Arkin of Yes We Can Clinics, maar verder worden er geen namen van instellingen genoemd. Er wordt soms ook naar andere branches gewezen, zoals het hotelwezen of vakantieparken, maar ook daar worden geen concrete 'benchmarks' aangewezen. Dit terwijl er binnen de GGZ-sector elk jaar vele tientallen miljoenen aan renovaties, herinrichtingen en nieuwbouw wordt uitgegeven.

Waarom Ideaal Streven niet Realistisch Is

Zijn er redenen waardoor u uw ideale streven niet zou kunnen realiseren?

Het is frappant dat weinig GGZ-instellingen financiën als hindernis aanstippen. Bij veel van de GGZ-instellingen is het veel eerder dat dit onderwerp is ondergesneeuwd, niet belicht is of van de radar is verdwenen. Alle GGZ-instellingen die hun huisvesting onvoldoende of matig beoordelen, begrijpen dat er iets dient te veranderen, maar weinig instellingen hebben een holistisch plan, inspiratie of handvatten hiervoor.

Zo ja, welke redenen zijn dit?

Bij de meeste GGZ-instellingen wordt de verandering niet in gang gezet omdat er geen focus, inspiratie of handvatten op dit gebied lijkt te zijn. Tijdens dit onderzoek merkten we wel dat iedereen

begaan is met dit onderwerp, maar dat het - in de meeste gevallen - latent op de achtergrond aanwezig is. Gelukkig is er genoeg te leren van de enkele instellingen die deze stappen al wel hebben gezet. Voorbeelden delen en samenwerkingen lijken hiervoor de aangewezen middelen.

Kunt u al deze redenen kort toelichten? (maatstaven, budget, afschrijfperiodes, etc.)

Tijdens de onderzoeksopzet hadden wij gedacht dat dit waarschijnlijk vooral financiële redenen zou zijn, maar dat leek in de meeste gevallen niet zo te zijn. Zoals eerder aangegeven schort het vooral aan inspiratie, samenwerking en handvatten.

Realistisch Streven

Deze vragen kon meer dan driekwart van de GGZ-instellingen niet beantwoorden.

Hoe zou u uw locaties realistisch gezien vormgeven in de toekomst (1, 3, 5 of 10 jaar)?

Hoe zou u uw behandelkamers realistisch gezien vormgeven (1, 3, 5, 10 jaar)?

Wat zouden uw beoogde realistische design principes zijn?

Wat zijn de belangrijkste kaders waarin deze ontwerpen gestalte moeten krijgen (timing (bijv. alleen i.v.m. algehele renovatie/sloop), budget, overlast/ down-time, etc.)

Om dit realistische streven te verwerkelijken heeft MADE-Life - in navolging van dit onderzoek - een drietal vervolgstappen ontwikkeld. Hierdoor kunnen GGZ-instellingen collectief veel sneller meters maken.



VRAGENLIJST (28 vragen - vervolg)

III. Veranderaanpak - GGZ (6 vragen)

Beoogde verandering

Staat dit thema al op de agenda van uw Raad van Bestuur? Zo nee: waarom niet?

Bij alle GGZ-instellingen staat vastgoed wel op de agenda. De grootste uitdaging voor GGZ-instellingen op het gebied van vastgoed momenteel zijn de (wettelijke) duurzaamheidscriteria. De specifieke insteek van de therapeutische impact van huisvesting staat veel minder op de agenda. Het speelt wel - een beetje - mee op de achtergrond.

De meeste besturen beseffen wel dat huisvesting een therapeutisch effect zou kunnen hebben op hun cliënten, maar staan hier meestal niet erg lang bij stil. Enkele GGZ-instellingen zijn op het idee gekomen om de duurzaamheidsagenda te combineren met een therapeutische agenda. Zoals eerder benoemd mist het overgrote deel van raden van bestuur en andere beslissers goede voorbeelden, inspiratie, gedegen samenwerking en pragmatische en wetenschappelijk onderbouwde handvatten om hier iets mee te doen.

Beoogde aanpak & betrokken belanghebbenden

Alle GGZ-instellingen weten wel dat ze hun vastgoed moeten aanpakken - al is het maar in verband met de duurzaamheidsagenda - maar in weinig gevallen is er een holistische veranderingsaanpak. In de GGZ-instellingen waar deze verandering wel al heeft plaatsgevonden, heeft dit vooral te maken met enkele bestuurders en medewerkers die hier bevlogen mee begonnen zijn. Deze instellingen hebben ook hulp van externe experts ingeroepen, zoals de verschillende disciplines van het ideale ontwerpteam.

Hoe zou uw beoogde veranderingsaanpak eruitzien?

Vrijwel alle GGZ-instellingen die zichzelf met minder of matig beoordelen hebben geen duidelijke veranderaanpak. Van deze instellingen die wel een nieuw huisvestingsplan hebben, zijn deze

voornamelijk op de oude leest geschoeid. En deze oude leest houdt geen of weinig rekening met het therapeutische effect van de huisvesting. In de meeste gevallen zijn er weinig tot geen behandelaren en cliënten betrokken bij het opstellen van zo'n plan. Ook mogen andere ontwerpdisciplines, zoals omgevingspsychologen, industrieel ontwerpers en landschapsarchitecten vaak niet of nauwelijks (als sluitpost) aanschuiven aan de ontwerptafel.

Uit welke stappen zou deze verandering bestaan?

Ook bij de GGZ-instellingen met holistische aanpak zijn er weinig inspiratiebezoeken bij (buitenlandse) GGZ-instellingen en andere branches geweest om inspiratie op te doen. Tijdens deze verandering is er bovendien weinig interactie geweest met andere instellingen. Het lijkt erop dat iedereen het wiel opnieuw aan het uitvinden is. Een collectieve aanpak kan hierin veel betekenen.

Welke belanghebbenden zou u bij deze verandering betrekken?

(management, behandelaren, patiënten, patiëntenverenigingen, designers, etc.?)

De GGZ-instellingen die hier langer bij hebben stilgestaan, geven vrijwel hetzelfde antwoord. Intern zullen de volgende teams betrokken zijn: directie, vastgoed- en facilitair management, behandelaren, adviesraad en ledenraad. Extern zal een team worden samengesteld met - naast de hoofdarchitect - een interieurarchitect, landschapsarchitect (mits er groenvoorziening is), omgevingspsycholoog, industrieel ontwerper en cliënten vertegenwoordiging (vanuit patiëntenverenigingen of buiten de eigen organisatie).



Beoogde tijdslijn renovatie en/of herinrichting

Wanneer zal deze beoogde verandering plaatsvinden (over 1, 3, 5 of 10 jaar)?

Alle GGZ-instellingen denken op dit moment na over nieuwe vastgoedplannen. De meeste plannen zijn ingegeven door de duurzaamheidsagenda waar ze vanuit overheidswege aan moeten voldoen.

Door deze agenda moet veel van het vastgoed toch 'op de schop'. De duurzaamheidsinitiatieven kunnen ook doorgetrokken worden, zodat de verschillende therapeutische effecten ook kunnen worden gerealiseerd. De meeste van deze initiatieven zijn al gestart of gaan binnen nu en enkele jaren van start.

Waarom (pas) dan?

De verandering m.b.t. therapeutische impact van huisvesting kan ook nu beginnen. In veel gevallen zou dit gecombineerd kunnen worden met de bestaande duurzaamheidsinitiatieven. Veel GGZ-instellingen moeten in de komende jaren - ingegeven door de milieueisen - toch rigoureuus renoveren, waarom zou de therapeutische impact dan niet worden meegenomen? Twee vliegen in één klap.



■ Conclusie & Vervolg

Beoogde verandering

Uit het onderzoek wordt duidelijk dat enkele GGZ-instellingen al integraal rekening houden met het therapeutische effect van de huisvesting, maar dat vele andere nog een weg te gaan hebben. Meer dan driekwart van GGZ-instellingen geeft zichzelf een matige tot mindere beoordeling op dit aspect en de meeste geïnterviewden geven de GGZ-sector als geheel een matig tot minder cijfer met betrekking tot huisvesting en therapeutische impact. Zij hebben geen concreet beeld bij een oplossing, maar geven wel aan dat het anders moet. Wij denken dat wij met dit onderzoek drie vervolgstappen de 'zevenmijlslaarzen' hebben ontdekt om de GGZ-sector collectief de juiste kant op te sturen, zodat ze snel meters kunnen maken.

Door de vele tientallen gesprekken tijdens dit onderzoek met vele GGZ-instellingen, architectenbureau's, UMC bouwdirecteuren, omgevingspsychologen, hoogleraren en andere betrokkenen is er bij MADE-Life een duidelijk beeld ontstaan van mogelijke vervolgstappen.

Deze drie vervolgstappen zijn inmiddels gepresenteerd aan De Nederlandse GGZ en MIND.

1. Inspiratieportaal inrichten: doorontwikkeling van de door MADE-Life geïnitieerde ontwerpen voor de Behandelplek van de Toekomst ('Boven NAP' concept) op 'ggz community'. De Nederlandse GGZ kan eenvoudig vragen haar leden goede voorbeelden aan te leveren, zodoende kan dit binnen enkele weken gerealiseerd worden. Een 'onder NAP' portaal kan ook worden ingericht mocht hier behoefte aan zijn om de cognitieve dissonantie verder aan te wakkeren.

2. Werkgroep creëren: een team oprichten dat zich focust op wetenschappelijk onderbouwde therapeutische huisvestings- en inrichtingsconcepten, bestaande uit de verschillende belanghebbenden. BNI, BNA, FMN, CfpB en verschillende architecten zijn al gepolst en zijn geïnteresseerd om dit team te ondersteunen. Dit kan eenvoudig beginnen met

periodieke vergaderingen en maandelijkse fysieke bezoeken van locaties om (nog meer) kennis uit te wisselen. Deze werkgroep kan binnen enkele maanden operationeel zijn.

3. Collectief Handboek ontwikkelen: Veel van de uitdagingen in de GGZ rondom huisvesting zijn voor alle partijen hetzelfde. Veel GGZ-instellingen geven aan dat de Pareto-regel (80/20) hier waarschijnlijk op gaat. Zodoende is voor deze generieke 80% een collectief Huisvesting Handboek opportuun, waarin - op basis van wetenschappelijk onderzoek - generieke oplossingen kunnen worden aangedragen. De resterende 20% kan een GGZ-instelling of vestiging dan op maat maken. Deze collectieve aanpak heeft ook een groot kostenvoordeel omdat deze maar één keer hoeft te worden ontwikkeld in plaats van voor tientallen GGZ-instellingen separaat. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft al eerder (2015) de handen ineengeslagen voor Eerstelijns Zorggebouwen. Dit Collectief Handboek kan binnen 6 - 12 maanden gerealiseerd worden.

MADE-Life is nu in gesprek met De Nederlandse GGZ, een aantal grotere GGZ-instellingen en MIND om deze drie stappen in de komende maanden te realiseren.

Wilt u op de hoogte blijven?

Stuur dan een mail naar info@made-life.nl





Dit onderzoeksrapport is een uitgave van Stichting MADE-Life.

Wij zetten ons in voor de bevordering van de geestelijke gezondheid van kinderen en jongvolwassenen in Nederland en daarbuiten.

De Behandelplek van de Toekomst is één van onze initiatieven.

Lees er meer over op www.made-life.nl/room-2024

Colofon

Stichting MADE-Life
Leidsekade 123
3531HD Utrecht
www.made-life.nl
info@made-life.nl

Teksten

Alexander Lethen
Joost Jager

Vormgeving

Frank Mineur
Geert Ploeger

CC BY 4.0

