

# **Compacte Stad**

# **Extended**

**Agenda voor**

**toekomstig beleid,**

**onderzoek en ontwerp**

**Compact City Extended**

**Outline for future policy,**

**research, and design**

**Design and Politics #4**

**010**

# Compacte zorgstad

## De bijdrage van de zorg aan compacte verstedelijking

### Care in the compact city

The role of health care in compact urban development

Karst Blijham, Matthijs Bouw, Ad Huijsmans

Op 12 februari jl. deed de Nederlandse mededingingsautoriteit NMa invallen bij enkele Amsterdamse ziekenhuizen. De kartelwaakhond vermoedt afspraken die de concurrentie belemmeren. De NMa, zo valt in de *NRC* te lezen, wilde niet zeggen waar haar onderzoek zich precies op richt, maar een woordvoerder laat weten dat ze het 'vermoeden' heeft dat Sigra, een samenwerkingsverband van zorginstellingen in Amsterdam, de mededingingswet heeft overtreden. Deze wet verbiedt organisaties om onderling afspraken te maken op het gebied van prijzen, verdeling van gebieden en over welke instellingen welk soort werk op zich nemen.<sup>1</sup>

De tijd dat de chirurg op de markt zijn werk deed en dat zusters van liefde en diaconessen verzorgings- en gasthuizen exploiteerden is al lang voorbij. De zorg is onderdeel van de 'markt' geworden. Dat betekent dat de (ruimtelijke) ontwikkeling van zorgin-

On 12 February 2010, the Dutch competition authority (Nederlandse Mededingingsautoriteit; NMa) conducted raids of several hospitals in Amsterdam. In its role as anti-cartel watchdog, it suspected that they had made agreements that limited competition. According to the Dutch daily newspaper *NRC Handelsblad*, the NMa would not disclose the exact focus of its investigation, but a spokesperson said that they had a 'suspicion' that Sigra, an alliance of health care institutions in Amsterdam, had violated competition law. Specifically, organizations are prohibited from making agreements with one another on prices, areas served, and which institutions will take on what sort of work.<sup>1</sup>

The days are long past when Dutch surgeons made house calls and the country's hospitals were run by Sisters of Charity (Zusters van Liefde) and deaconesses. Health care is now part of the market sector,

and the spatial development of care institutions is therefore driven by considerations of profit and loss, linked to market processes and market players. This has far-reaching implications for spatial design in general and the compact city approach specifically. Market forces are driving two concurrent health care trends: clustering and upscaling on the one hand, and dispersal and downward transfer of services on the other. These trends are manifest in physical space, in the locations and activities of various types of care institutions. Market forces are also bringing about a second fundamental change for care institutions that bears on the compact city. Specifically, these institutions are now influencing the form of urban life and have the potential to enhance spatial and social quality – for instance, by raising the level of service that they offer.

We begin with a description of developments in the spatial distribution of care, followed by two examples from Deventer that show how care institutions, through their role in urban life, can create both social and economic value.

### **Trends in the spatial development of health care**

In the early twentieth century, most Dutch hospitals were in the centres of cities and major towns. A growing number of specialists with home offices were affiliated with hospitals. Over time, additional hospitals were built or old hospitals were replaced by modern ones on the edge of town. As hospitals came to offer a larger range of facilities, specialists were increasingly drawn to the advanced equipment that they offered.

As a result, costs began to rise out of control. The national authorities decided to place more and more emphasis on regulating supply, and therefore had a growing interest in limiting the number and length of hospital admissions. In the early 1980s there were still 285 general hospitals and 7 academic hospitals. The length of the average inpatient stay was considerable: 21

stellingen tegenwoordig mede wordt geleid door principes van winst en verlies en dus meebeweegt met marktprocessen en marktspelers. Ook voor de ruimtelijke inrichting in het algemeen en dat van de 'compacte stad' in het bijzonder heeft dat grote implicaties. Marktwerking kenmerkt zich in de zorgsector immers door de parallelle tendens van concentratie en opschaling enerzijds en deconcentratie en verkleining anderzijds. Deze kenmerken van marktwerking zijn ook ruimtelijk zichtbaar, in de locaties en functionaliteit van verschillende typen zorginstellingen. Marktwerking brengt daarnaast een tweede fundamentele verandering met zich mee voor zorginstellingen in relatie tot de compacte stad, vooral in de wijze waarop zorginstellingen zich als coproducten van de stad gedragen, en ze (potentieel) een bijdrage kunnen leveren aan de ruimtelijke en sociaal-maatschappelijke kwaliteit, bijvoorbeeld in termen van het voorzieningenniveau.

Na een beschrijving van de ruimtelijk-distributieve ontwikkelingen van de zorg willen we aan de hand van twee voorbeelden uit Deventer laten zien hoe, bij de rol als coproduct van de stad, maatschappelijke en economische waardecreatie gelijk op kunnen gaan.

### **Ruimtelijke ontwikkelingen van de zorg**

In het begin van de vorige eeuw bevonden de meeste gasthuizen en ziekenhuizen zich centraal in gemeenten en steden. Een toenemend aantal specialisten verbond zich vanuit een praktijk aan huis aan de ziekenhuizen. Die werden nieuw gebouwd of oude ziekenhuizen en gasthuizen werden vervangen door modernere versies aan de rand van de stad. Met de toename van de mogelijkheden die een ziekenhuis kon bieden werd het belang van specialisten om gebruik te maken van de mogelijkheden van een ziekenhuis met zijn steeds geavanceerder equipment groter.

Hierdoor begonnen de kosten uit de hand te lopen. De overheid besloot meer en meer op aanbod te

sturen en kreeg meer en meer belang bij minder en kortere opnameduur. Aan het begin van de jaren tachtig waren er nog 285 algemene ziekenhuizen en 7 academische ziekenhuizen. De gemiddelde verpleegduur was lang (in het AZU werd vanaf begin jaren tachtig nog gemiddeld 21 dagen zorg verleend). Steeds vaker werden ziekenhuizen gedwongen te fuseren, vaak verleid met een in het vooruitzicht gestelde nieuwbouw. Dat nam veel tijd. Zo besloot de betrokken minister in het midden van de jaren vijftig dat het AZU opnieuw gebouwd moest worden. De bouw startte dertig jaar later, in 1983, en werd voltooid in 1989. Drie Arnhemse ziekenhuizen zijn 26 jaar in overleg met elkaar geweest en hebben twee achtereenvolgende fusies meegemaakt, voordat uiteindelijk de nieuwbouw in 1991 kon starten voor het samengevoegde ziekenhuis. De voorbereidingstijd van de bouw van een ziekenhuis was langer dan de geplande levensduur van het gebouw.

Hoewel het er misschien door die traagheid niet op lijkt, is een aantal stedelijke fenomenen ook aan de orde in de gezondheidszorg. De voornoemde schaalvergroting leidt ertoe dat grote ziekenhuizen regionaal opereren. In termen van bereikbaarheid worden daarom de locaties gekozen op de grootste gemene deler, in Nederland nog steeds de auto. Ziekenhuizen vestigen zich, net als veel kantoren en grootschalige detailhandel, bij voorkeur op wat vroeger C-locaties heetten, langs de snelweg.

Een ander fenomeen dat zich naar verwachting zal doorzetten is de verdere specialisatie. Om concurrerend topzorg te kunnen bieden kiezen ziekenhuizen voor een beperkt aantal specialismen. Ziekenhuizen krijgen daarmee ook steeds meer een landelijk bereik. Tegelijkertijd worden ze ook steeds meer onderdeel van een andere, meer stedelijke economie: die van de kenniswerkers. Bij steeds verregaandere specialisatie ontstaan er immers ook steeds meer specifieke kennisclusters, waar ziekenhuis, private zorginstellingen, bedrijfsleven en universiteit

days, for instance, at the academic hospital in Utrecht (the AZU, now the UMC Utrecht). With growing frequency, hospitals were compelled to merge, often with the tempting prospect of a new building or complex. This was a time-consuming process. For instance, the responsible minister decided in the mid-1950s that a new complex should be built for the AZU. Construction started thirty years later, in 1983, and was completed in 1989. To take a different example, three Arnhem hospitals spent twenty-six years in negotiation and went through two successive mergers before the construction of the new, joint hospital complex could begin in 1991. The preparation time for the construction of a hospital had come to exceed the lifespan of the building.

A number of urban phenomena are at work in the health care sector, though the slow pace of change makes them difficult to discern. The above-mentioned trend of upscaling has led major hospitals to begin serving entire regions. Locations are selected that are easily accessible to the majority of users, and in the Netherlands, that still means accessible by car. Hospitals are now opting for locations along highways, of the same variety favoured by many office buildings and large-scale retail outlets (a category formerly known in the Netherlands as C locations).

Another tendency that can be expected to continue is increasing specialization. To offer competitive, top-quality care, each hospital is focusing on a limited number of specialties. Hospital catchment areas are thus expanding to take in the entire country. Meanwhile, hospitals are becoming more fully integrated into another, primarily urban economy, that of the knowledge workers. Increasing specialization is leading to the emergence of more and more clusters of specialized knowledge, which bring together hospitals, private care institutions, businesses, and universities. In Leiden, for instance, this trend is already clearly visible at the Bio Science Park. The locations for knowledge clusters of this kind are governed by very different criteria. An at-

tractive city with a full range of amenities and services, where knowledge workers in health care and other sectors can meet, and with a high quality of life for expats and professionals, is an asset of the highest order.<sup>2</sup>

These two contrasting spatial trends – on the one hand, the migration to large hospitals in the urban periphery and, on the other hand, the preference for locating knowledge centres in urban centres – will both profoundly influence the form of the compact city. It is not yet clear which one will prove dominant, but there can be no doubt that both trends will continue; there is no reason whatsoever to assume that there will not simply be four academic hospitals in some years' time.

Alongside this specialization and upscaling, however, the health care sector is also following an almost contrary line of development. In addition to the measures described above, government has also encouraged an expanding scope of practice for primary care – that is, a shift away from hospital-based care towards care provided in the home by general practitioners and home care agencies. Appropriately, the first trials of this new system took place in the new town of Almere, with large general practices that were intended to reduce avoidable hospital admissions. The result of this policy has been that the bulk of the disease process now takes place outside the hospital. Hip replacements, for example, often require a year's absence from work, but only three days are spent as a hospital inpatient. Rehabilitation and aftercare generally take place in rehab centres, nursing homes, and the patient's own home, in a combination that depends on the individual case. This explains why – unlike hospitals, which are moving to the urban fringe – general practices, physiotherapists, and pharmacists are now located in health centres in residential neighbourhoods.

The trend described above has reduced the number of hospitals in the Netherlands, from 285 in the early 1980s to about 100 today. The number of beds has decreased substantially, and the average inpatient stay

samenkomen. In bijvoorbeeld Leiden is deze ontwikkeling al heel goed zichtbaar in het bio-sciencepark. En voor zulke kennisclusters gelden heel andere vestigingscriteria. Een aantrekkelijke stad, met voorzieningen waar de (medische) kenniswerkers elkaar kunnen ontmoeten, en met een goed leefklimaat voor expats en professionals, is daarbij een vereiste.<sup>2</sup>

Voor deze twee ruimtelijk tegengestelde ontwikkelingen, de trek van de grote ziekenhuizen naar de periferie van de stad en de wenselijkheid van de vestiging van de kenniscomponent in de stad, geldt dat ze van grote invloed zullen zijn op de 'compacte stad'. Het is nog niet duidelijk welke van de twee ontwikkelingen sterker zal blijken, terwijl het wel evident is dat deze ontwikkelingen zich verder zullen doorzetten; er is geen enkele reden om te veronderstellen dat er over een aantal jaren niet gewoon vier academische ziekenhuizen zijn.

Tegenover deze specialisatie en opschaling is er echter ook nog een andere, bijna tegengestelde ontwikkeling van de zorgsector. Naast de genoemde maatregelen stimuleerde de overheid immers ook een verschuiving van tweede naar eerste lijn; dus van ziekenhuiszorg naar zorg thuis door huisarts en thuiszorginstellingen. De eerste experimenten daarmee waren, heel toepasselijk, in de new town Almere, met grote huisartsenpraktijken die ziekenhuisopnamen waar mogelijk moesten voorkomen. Resultaat van het beleid is geweest dat het leeuwendeel van het ziekteproces nu buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Bij een heupvervangende operatie, bijvoorbeeld, is men vaak een jaar weg van het werk, maar ligt men slechts drie dagen in een ziekenhuis. Revalidatie en nazorg vindt plaats in een per patiënt wisselende mix van revalidatie-inrichting, verpleeghuis en thuis. Het is dus logisch dat, waar ziekenhuizen zich verplaats(t)en naar de rand van de stad, eerstelijnspraktijken, fysiotherapeuten en apothekers zich in gezondheidscentra in de woonwijken vestigen.



Sint Geertruidenlocatie.  
St. Geertruiden site.



Plan voor Sint Geertruidenlocatie.  
Plan for the St. Geertruiden site.

is now about six days. This has opened up (or is opening up) many central urban sites for redevelopment. These sites were vacated by hospitals and are now available for new purposes.

In 2009, after fifteen years of preparation, Deventer built a new hospital – on the urban fringe, as usual. The construction of this new hospital, which plays an important role throughout the region, has opened up two sites in the city proper, formerly occupied by St. Jozef and St. Geertruiden Hospitals. The practical significance of the aforementioned trends on the work floor in the compact city (aside from the effects on spatial distribution) can be illustrated by our experiences in Deventer.

### **Social and financial value creation**

Until recently, hospital administrators had absolutely no motivation for striving toward the redevelopment of the soon-to-be-vacated sites in a way that would be profitable for the hospital and enhance the spatial structure and the life of the city. Although hospitals had a fifty-year write-off period and were replaced within that time, and relocation therefore predictably led to a book loss, the national organization that set medical fees (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, now part of the Nederlandse Zorgautoriteit) allowed a temporary increase in the basic daily rate for hospital care (the *verpleegtariet*) to compensate for this book loss. When a book profit was inadvertently made, the *verpleegtariet* was lowered to compensate.

The result was that most sites were quickly sold to project developers, and that is still the case today. Health care institutions did not and do not have any expertise in the property market, and they often had other concerns, such as planning the relocation. Consequently, the financial value created by redevelopment often accrued to developers, and the creation of spatial and social value was not given much thought.

Deventer took a different approach, however. We developed an alternative method

Met de voornoemde ontwikkeling werd het aantal ziekenhuizen in Nederland teruggebracht van 285 aan het begin van de jaren tachtig naar bijna honderd thans. Een substantieel aantal bedden werd ingeleverd en de gemiddeld verpleegduur is nu rond de zes dagen. Dat betekent dat er een groot aantal terreinen vrijkomt of vrijgekomen is. Die terreinen worden afgestoten en krijgen een nieuwe functie. In Deventer is in 2009, na vijftien jaar voorbereiding, een nieuw ziekenhuis gebouwd, wederom aan de rand van de stad. In dit nieuwe ziekenhuis, met een sterk regionale functie, zijn twee locaties in de stad, Sint Jozef en Sint Geertruiden, vrijgekomen. Wat de bovenstaande ontwikkelingen, naast de ruimtelijke-distributieve effecten, concreet kunnen betekenen op de 'werkvloer' van de 'compacte stad' laat zich vertellen aan de hand van onze ervaringen daar.

### **Maatschappelijke en financiële waardecreatie**

Tot voor kort hadden ziekenhuisbestuurders er geen enkel belang bij om voor de te verlaten locaties een herontwikkeling met een goede financiële opbrengst voor het ziekenhuis en een mooie bijdrage voor de stad, in ruimtelijke en programmatische zin, na te streven. Hoewel ziekenhuizen in vijftig jaar werden afgeschreven en binnen die tijd werden vervangen, en er dus een voorspelbaar boekverlies ontstond, stelde het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg een tijdelijke opslag op het verpleegtariet vast om het boekverlies te compenseren. Wanneer er per ongeluk een boekwinst werd gemaakt, dan werd deze middels een afslag op het verpleegtariet verrekend.

Het gevolg daarvan was dat de meeste locaties snel werden verkocht aan projectontwikkelaars. Ook nu is dat nog het geval. Zorginstellingen hadden en hebben vaak niet de expertise om met vastgoed om te gaan, en vaak wel andere dingen aan hun hoofd, zoals een verhuizing. Het gevolg daarvan was, in veel gevallen, dat de waardecreatie van de herontwikkeling in financiële zin vooral de ontwik-

kelaar ten goede kwam, en dat de waardecreatie in ruimtelijk-programmatische en maatschappelijke zin niet echt van belang werd gevonden.

In Deventer is het anders gedaan en hebben we een alternatieve methode van verkoop, of vervreemding (zoals het College Sanering Zorginstellingen, de toezichthouder, dat noemt) ontwikkeld. Op basis van deze methode komt het grootste gedeelte van de waardecreatie te liggen bij ziekenhuis en gemeente, en blijft het dus in het (semi)publieke domein.

De 'Deventer Methode' is gebaseerd op de overtuiging dat de belangen van zorgpartijen en gemeente zich eenvoudig laten verenigen, door samen op te trekken in een transparant herontwikkelings- en verkoopproces, en daarmee de rol van 'intermediaren' (waaronder bijvoorbeeld de ontwikkelaar) te beperken. De toenmalige directeur van het Deventer Ziekenhuis verwoordde het kort en bondig: 'iets moois achterlaten, en aan de aanbods zijde blijven.

De grond van de Sint Geertruidenlocatie, waarop bij aanvang van het proces de bestemming 'ziekenhuis' lag, werd in een intensief proces, onder leiding van het ziekenhuis, met gemeente en omwonenden voorzien van een nieuw bestemmings- en beeldkwaliteitplan op basis van One Architecture's stedenbouwkundig voorstel voor de locatie.

Het stedenbouwkundig concept gaat uit van sloop van het merendeel van de naoorlogse bebouwing. Zo wordt het oorspronkelijke groene karakter van de zes hectare grote locatie, als tuin rondom de oudbouw van het ziekenhuis, hersteld. De oudbouw zelf, een mooi gebouw met karakteristieke details uit 1938, is bouwtechnisch en functioneel goed te handhaven. Er werd aangetoond dat het geschikt te maken is voor een grote variëteit aan grondgebonden woningen en appartementen. Het plan brak zo met het aanvankelijke idee van de meeste ontwikkelaars om op de locatie de omringende jaren-dertigbebouwing van (half)vrijstaande villa's te repeteren. Daarmee zou anders een bijna volledig uitgege-

for the sale or 'alienation' (*vervreemding*, the term used by the relevant supervisory body, the College Sanering Zorginstellingen) of former hospital sites. This method ensures that most of the value created will accrue to the hospital and the municipality, remaining in the public and semi-public domain.

The Deventer Method is based on the belief that the interests of health care institutions and the municipality can easily be brought into alignment, through joint participation in a transparent redevelopment and sales process in intermediaries such as developers play only a limited role. In the concise words of Deventer Hospital's former director, the method 'leaves something worthwhile behind while remaining on the supply side'.

The St. Geertruiden location, which at the start of the process had been designated as a hospital site, was the subject of a new land use plan (*bestemmingsplan*) and visual quality plan (*beeldkwaliteitplan*) developed through intensive consultation led by the hospital with the municipality and neighbourhood residents. These plans were based on an urban development proposal (*stedenbouwkundig voorstel*) for the site by the firm One Architecture.

The underlying urban development concept envisages the demolition of most of the postwar structures. The aim is to restore the original green character of the six-hectare site, which will again surround the old hospital like a garden. The old hospital itself, an attractive building from 1938 with striking details, was found to be a good candidate for preservation, in both structural and functional terms. It was determined that the building was suitable to accommodate a wide variety of ground-level homes and apartments. The plan was thus a radical departure from the initial idea put forward by most developers, which was to extend the surrounding urban development pattern of detached and semi-detached 1930s villas onto the site. This would have resulted in a very rigid spatial structure filling almost the entire site.

A structure around a courtyard with arms



extending into the greenery is more compatible with the setting and with the preferences of future occupants, who want to live in a true city neighbourhood rather than an anonymous apartment complex or Vinex suburb. In the urban planning concept, the main theme (a courtyard with 'arms') recurs several times on the site. It combines urban living with a degree of communal living, set in the greenery that surrounds the arms (a vision inspired in part by the almshouses and community gardens in Deventer's city centre). A great deal of freedom can be exercised in positioning the arms, and this makes it possible to adapt to the structures already on the site and preserve the valuable green space.

The high quality of the proposal inspired the municipality to go to great lengths to expedite the planning procedures. The concomitant reduction of the risk run by the purchaser (for example, the project developer who buys the land) is partly reflected in a higher price.

The urban planning concept and the related land use and visual quality plans were designed not only to put the site to the best possible use while safeguarding its spatial quality, but also to give developers a degree of freedom in the implementation phase. Aspects to which a developer could make a creative contribution – such as target groups and marketing, the range of housing types and combination of functions, the project schedule and order of activities, and so forth – were, by and large, left open for individual interpretation. Moreover, the land use plan did not provide a fixed construction planning framework (*bouwvelop*), but a set of percentages and margins within which one could vary the relative proportions of ground-level houses and apartments, or of private and communal outdoor space. The project can be constructed in multiple stages. As part of the visual quality plan, and to allow for differentiation within a strong communal identity, the DNA method was developed. According to this method, the architectural style, the use of materials, the building height,

en sterk verstrate inrichting ontstaan.

De ruimtelijke opbouw, rondom een hof en met armen in het groen, sluit goed aan bij de omgeving en past bij de wens van toekomstige bewoners; mensen die in een echte buurt in de stad wonen en niet in een anoniem appartementencomplex of in een Vinexwijk. In het stedenbouwkundig concept wordt de hoofdfiguur van een 'hof met armen' een aantal keren vrij op de locatie 'herhaald'. Het combineert het wonen in de stad, met een zekere mate van collectiviteit, met wonen in het groen, rondom de armen (een inspiratie daarbij vormen de huidige hoven en gemeenschappelijke tuinen in de Deventer binnenstad). De vrije plaatsing van de armen maakt het mogelijk goed aan te sluiten bij de bestaande bebouwing en het waardevolle groen te handhaven.

De hoge kwaliteit van het voorstel heeft ertoe geleid dat de gemeente zich intensief heeft ingespannen om de planologische procedures vlot te laten verlopen. De daarmee gepaard gaande inperking van risico's voor de afnemer, zoals bijvoorbeeld de projectontwikkelaar die de grond koopt, vertaalt zich deels in de hogere verkoopprijs.

Een belangrijk criterium bij de ontwikkeling van het stedenbouwkundig concept en het daaruit volgende bestemmingsplan en beeldkwaliteitplan is dat ze, naast het maximaliseren van de hoeveelheid programma en het borgen van de ruimtelijke kwaliteit, ontwikkelaars nog vrijheid moet bieden bij de uitwerking. Aspecten waaraan een ontwikkelaar een creatieve bijdrage levert, zoals doelgroepen en marketing, woningdifferentiatie, en programmering, fasering en bouwvolgorde zijn nog in zeer grote mate in te vullen. Het bestemmingsplan geeft in dit geval geen vastomlijnde bouwveloppen, maar percentages en schuifmarges, waardoor het nog mogelijk is in de verhouding grondgebonden woningen en appartementen, alsmede in de verhouding privé buitenruimte en collectieve buitenruimte, te variëren. Het geheel kan gefaseerd gebouwd wor-

den. In het beeldkwaliteitplan is, om differentiatie binnen een sterke gedeelde identiteit mogelijk te maken, een zogenaamde DNA-methode ontwikkeld. Volgens deze methode kunnen de stijl van architectuur, het materiaalgebruik, de bouwhoogte, de dakvorm, het bebouwd oppervlak of de functies elk op zichzelf sterk afwijken van de oudbouw, zonder dat het concept van 'herhaling' wordt aangetast. Voorzien van een nieuw planologisch-juridisch kader waarin de kwaliteit geborgd is en de hoeveelheid te ontwikkelen programma helder, werd het mogelijk de grond te verkopen zonder veel risico's voor de kopende partij. Deze situatie, zonder losse eindjes, maakte het ook mogelijk te verkopen op basis van een onvoorwaardelijk grondbod. Hiervoor werd een veiling georganiseerd waaraan een achttal projectontwikkelaars deelnamen. Het aanzienlijke verkoopresultaat toonde aan dat hier 'marktwerking' optimaal ingezet was.

Voor Deventer betekent dit proces dat op een bijzondere plek in de stad een bijzondere ontwikkeling zal komen, met een voor publiek toegankelijk park en behoud van de identiteit van de plek. Bovendien zou de opbrengst het zomaar mogelijk kunnen maken dat bijvoorbeeld de afdeling oncologie voor het Deventer Ziekenhuis behouden kan blijven. Hoge stedenbouwkundige kwaliteit en hoge opbrengsten voor grondeigenaren kunnen hand in hand gaan. En dat, door het helder neerzetten van publieke en private rollen in een transparant proces, met het slimmer inzetten van marktwerking, zo veel waarde in het (semi)publieke domein is gebleven dient, in deze tijd van vastgoedfraude en crisis, als lichtpuntje. Vanuit dat laatste aspect is de casus daarom ook methodisch gezien belangrijk voor de 'Compacte Stad'. De 'Compacte Stad' vraagt immers, naast slimme coalities, ook veel geld. Ze zou duur zijn.<sup>3</sup> In de 'Deventer Methode' drupt waarde niet volledig weg via de tussenpersonen (de ontwikkelaars) maar blijft ze grotendeels in de stad en haar ziekenhuis.

the shape of the roof, the built-up surface, and the mix of functions can each individually differ from that of the old building without detracting from the visual quality concept of 'repetition', of a family of buildings.

A new legal and planning framework ensured the quality of the project and clearly specified the functional requirements. It was then possible to sell the land without excessive risk being run by the purchaser. This situation, in which there were no loose ends, also made it possible to sell the land by means of an unconditional bidding procedure. An auction was organized, in which eight project developers took part. The impressive selling price showed that 'market forces' had been put to 'optimal use'.

For the city of Deventer, one benefit of this approach will be high-quality development in a special part of the city, with a publicly accessible park and preservation of the area's identity. At the same time, the proceeds from the sale can potentially be used to achieve other worthwhile objectives, such as retaining the oncology department at Deventer Hospital. High-quality urban development and high proceeds for landowners can go hand in hand. The retention of so much value in the public domain, thanks to the clear-headed performance of public and private roles in a transparent process making intelligent use of market forces, is a point of light in this time of property fraud and financial crisis. That final aspect makes this an especially significant case study, in methodological terms, for compact city policy. Along with intelligent coalitions, the compact city also requires a great deal of financing. It has the reputation of being expensive.<sup>3</sup> The Deventer Method prevents the leakage of newly generated value to intermediaries (developers), instead preserving value for the city and its hospital.

#### **Small-scale health care in the city**

Besides the retention of value in the city, another project was carried out on the Deventer 'work floor', a project aimed at keeping some health care services in the city – namely, the

primary care practices left 'footloose' by the relocation plans. On the site made available by the relocation of Deventer Hospital, part of the former St. Jozef Hospital building has been converted into a health centre.

Locating the health centre in the most attractive parts of the old hospital complex made it possible to preserve that complex and leave behind something special for the city and the neighbourhood residents after relocation. Deventer Hospital took advantage of its special status in the Deventer health care infrastructure to directly involve primary care providers, the future tenants, in the conversion of the complex. One major motivation for this project was the social value that it would generate, by providing a strong basic health care infrastructure for the district after the hospital's departure, preserving a historically important complex for the city, and placing the history of the building on display.

To make the most of this added value, it was decided to make part of the complex accessible to the general public, and the gallery is designed to continue serving as a semi-public space, allowing access to other future uses of the site. The design thus laid the groundwork for the future role of the entire St. Jozef location as an integral part of the urban fabric, even though work had not yet begun on the new plans for the site (which are to be developed by another health care institution). In short, the health care centre has provided the spark for a major improvement in the quality of the neighbourhood. It is now clear that the development of the rest of the site will strongly benefit from the presence of the health care centre, and that the nursing home and the housing for the elderly will be seamlessly connected with it.

The clustering of small-scale health care provision in urban residential districts is probably only the start of a larger trend in which hospitals concentrate ever more exclusively on their core tasks. To a growing extent, patients will remain within their home districts not only for primary care, but also for private clinics, day-patient treatment, and preven-

## **Kleinschalige zorgfuncties in de stad**

Naast het in de stad houden van waarde is er op de Deventer 'werkvloer' ook een project gerealiseerd dat tot doel had een deel van de medische voorzieningen, namelijk de eerstelijnspraktijken die 'footloose' werden bij de verhuizing, in de stad te houden. Op de andere locatie die met de verhuizing van het Deventer Ziekenhuis vrijkwam is een deel van het voormalig Jozefziekenhuis herontwikkeld tot gezondheidscentrum.

Door het gezondheidscentrum te vestigen in de mooie delen van het oude ziekenhuiscomplex konden deze daarmee bewaard blijven (het is namelijk niet eenvoudig een passende functie te vinden) en zou er iets bijzonders voor de stad en de buurtbewoners worden achtergelaten na de verhuizing. Het Deventer Ziekenhuis maakte gebruik van haar specifieke positie in de Deventer zorginfrastructuur door de eerstelijnspraktijken, de toekomstige huurders, direct te betrekken bij de herontwikkeling van het complex. De maatschappelijke meerwaarde vormde een sterke motivatie achter het project. Het project houdt een belangrijke basisinfrastructuur in de wijk na het vertrek van het ziekenhuis. Het behoudt ook een historisch belangrijk complex voor de stad en toont de geschiedenis van het gebouw.

Om deze meerwaarden maximaal te benutten is ervoor gekozen een deel van het complex voor een algemeen publiek toegankelijk te houden en de ommeegang zodanig te laten ontwerpen dat het als semipublieke ruimte zal blijven fungeren, als doorgang naar de andere toekomstige functies op de locatie. In het ontwerp zijn zo de voorbereidingen getroffen voor een toekomstig functioneren van de gehele Jozeflocatie als een stedelijk weefsel, ondanks het feit dat met de plannen daarvoor (die ontwikkeld moeten worden door een andere zorginstelling) nog niet aangevangen was. Het gezondheidscentrum is zo aanjager voor een forse kwaliteitsslag in de buurt. Inmiddels is duidelijk dat de ontwikkeling van de rest van de locatie sterk profi-

teert van de aanwezigheid van het gezondheidscentrum en dat het verpleeghuis en de seniorenwoningen naadloos met het gezondheidscentrum verbonden zullen zijn.

Het bundelen van kleinschalige voorzieningen in de wijk is waarschijnlijk slechts het begin van een bredere trend waarin de ziekenhuizen zich tot kerntaken beperken. Naast eerstelijnszorg zullen dan ook privéklinieken, dagbehandelingen en preventieve zorg zich steeds meer in de wijk vestigen, als onderdeel van de gelijktijdige beweging van concentratie en schaalvergroting enerzijds en deconcentratie en 'dichter bij de mensen' anderzijds.

Voor de duurzame compacte stad is het in stand houden van een hoogwaardig voorzieningenniveau in de buurt van grote betekenis. Voorzieningen hebben ook een sociale functie: vaak vormen ze het 'bindmiddel' van de stad.

De zorg kan, zo laten de Deventer voorbeelden zien, een grote rol spelen bij de maatschappelijke waardecreatie. Naast de ruimtelijke en programmatische effecten die direct gerelateerd zijn aan de zorg (het 'brede' gezondheidscentrum, nieuwe vormen van ouderenzorg in de stad, de ontwikkeling van stedelijke kennisclusters, etc.) roepen de Deventer voorbeelden vooral ook de vraag op of de 'compacte stad' andere arrangementen afdwingt.

In samenwerking hebben lokale, gevestigde partijen (een vierhonderd jaar oud ziekenhuis en de gemeente) betekenisvolle bijdragen aan de stad weten te realiseren, zonder een expliciet beroep te doen op de 'marktkennis' van externe ontwikkelende partijen. De gebruikers en bewoners van de stad kennen de stad immers vaak beter. De compacte stad gedijt bij nieuwe vormen van opdrachtgeverschap; nieuwe financieringsvormen en -arrangementen en nieuwe organisatie- en samenwerkingsconstellaties spelen daar een rol bij, en kunnen daar zelfs een voorwaarde voor gaan zijn.

tive health care. This is all part of the two concurrent trends that we have mentioned: one toward clustering and upscaling, and the other toward dispersal and bringing care closer to the patients.

For the sustainable, compact city, it is crucial to keep high-quality facilities and services available at neighbourhood level. Such facilities and services have a social function; they are often the glue that holds the city together.

As these experiences in Deventer have shown, health care can play a major role in the creation of social value. The examples from Deventer illustrate the direct spatial and functional effects of health care development projects (wide-ranging health centres, new forms of elder care in the city, the development of urban knowledge clusters, etc.) and raise the possibility that the compact city can give rise to new forms of partnership.

In Deventer, established local actors (the municipal authorities and a hospital with a 400-year history) worked together to make a meaningful contribution to the city without explicitly drawing on the market expertise of parties such as private developers. They reasoned that the city's users and residents are far more familiar with its workings. Fresh approaches to commissioning building projects will allow the compact city to thrive. New financing arrangements, involving new types of organizations and partnerships, will play a role in this development and may even be essential to it.

1 [http://www.nrc.nl/binnenland/article2482072.ece/Inval\\_NMa\\_bij\\_ziekenhuizen\\_Amsterdam](http://www.nrc.nl/binnenland/article2482072.ece/Inval_NMa_bij_ziekenhuizen_Amsterdam)

2 It is noteworthy that professionals with a background in the exact or social sciences are more likely than those with a humanities background to look for a place to live outside the city, according to a brief survey by the University of Amsterdam and Tilburg University in 2005.

3 This is not the last word on the subject; however, if all the social costs are taken into consideration, including those of building infrastructure and of the inefficiency that results from spreading, then the densification of the existing city may be less expensive than new urban extensions.

- 1 [http://www.nrc.nl/binnenland/article2482072.ece/Inval\\_NMa\\_bij\\_ziekenhuizen\\_Amsterdam](http://www.nrc.nl/binnenland/article2482072.ece/Inval_NMa_bij_ziekenhuizen_Amsterdam)
- 2 Interessant is daarbij wel dat 'beta's' en 'gamma's', meer dan 'alpha's', een woonomgeving buiten de stad zoeken, overeenkomstig een kort onderzoek van de UVA en de Universiteit van Tilburg in 2005.
- 3 Het laatste woord daarover is echter nog niet gezegd: als alle maatschappelijke kosten worden opgeteld, inclusief de aanleg van infrastructuur en de kosten van inefficiency door spreiding, dan zou verdichting van de bestaande stad wellicht goedkoper zijn dan nieuwe uitbreidingen.