



Delft University of Technology

## Klantgericht bouwen in de zorgsector een hele onderneming!

van der Voordt, DJM

### Publication date

2005

### Document Version

Accepted author manuscript

### Published in

Boss Magazine

### Citation (APA)

van der Voordt, DJM. (2005). Klantgericht bouwen in de zorgsector: een hele onderneming! *Boss Magazine*, (26), 24-27.

### 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.

# Klantgericht bouwen in de zorgsector: een hele onderneming!

*Dr. Ir. Theo van der Voordt*

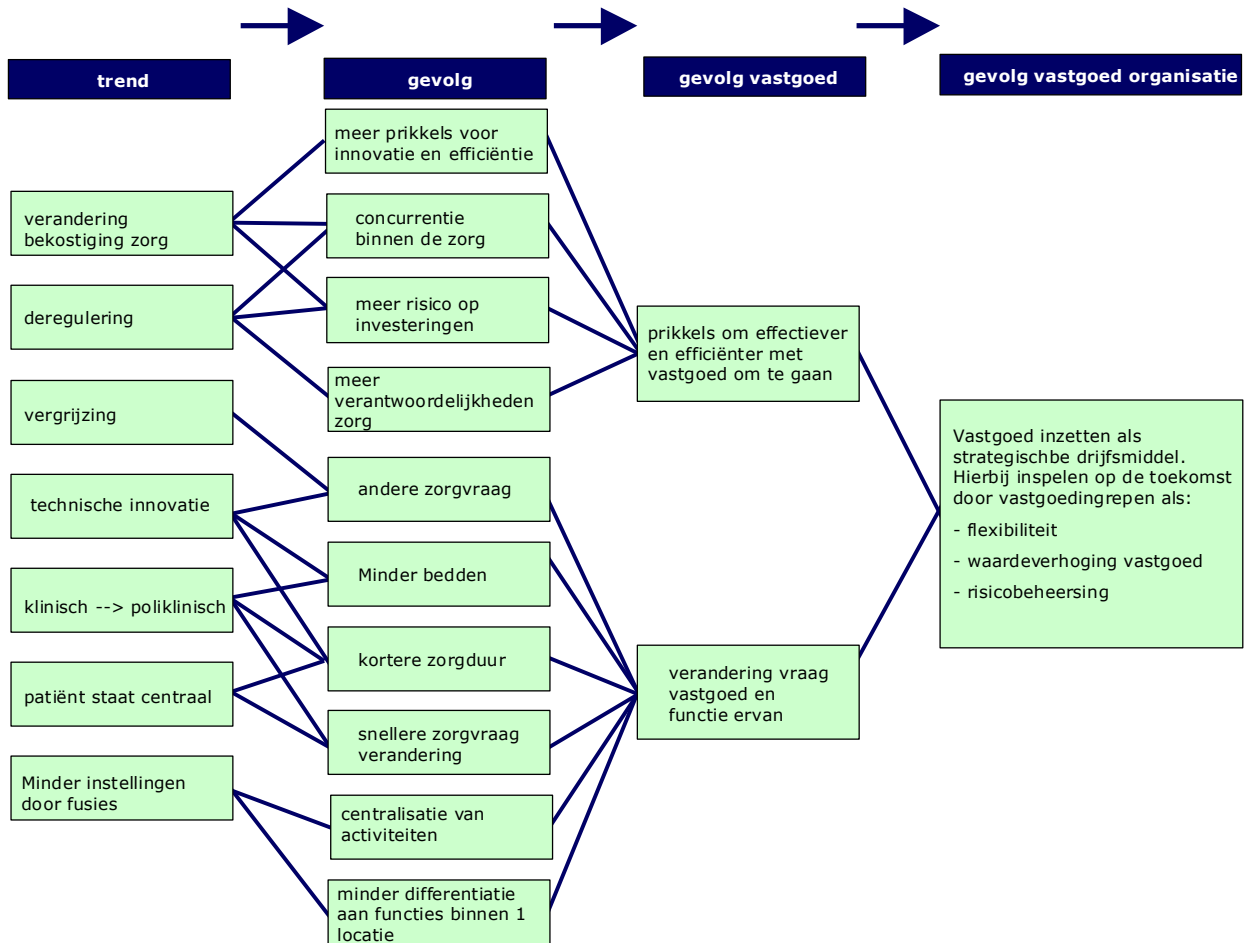
**Van aanbodsturing en zorgbudgetten naar gereguleerde marktwerking en integrale prestatiebekostiging. Healing environments. Een nieuwe kwaliteitsindex Qind. Industrieel, Flexibel en Demontabel bouwen. Differentiatie in zorgaanbod via netwerkorganisaties. Nieuwe clustering van patiëntengroepen. Scheiden van wonen en zorg. Ontwikkelingen in de zorgsector buitelen over elkaar heen. Deze dynamiek is lastig en complex, maar ook uitdagend. Geen wonder dat vastgoed in de zorgsector regelmatig afstudeerders aantrekt. Dit artikel geeft een beeld van de vele onderwerpen en bespreekt resultaten uit recent afstudeeronderzoek.**

## Trends en ontwikkelingen

Nog niet zo lang geleden was de zorgsector vrij overzichtelijk. Voor lichte gezondheidsproblemen was er de huisarts. Voor ernstiger problemen werd je opgenomen in het ziekenhuis. Ouderen (toen nog "bejaarden") die niet langer thuis konden wonen verhuisden naar een verzorgingshuis of verpleeghuis. Mensen met een fysieke of verstandelijke handicap konden terecht in speciale voorzieningen. De kosten werden betaald uit de ziektekostenverzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en algemene middelen. Tegenwoordig is het zorgveld een stuk complexer. Er is een enorme variatie in zorgvoorzieningen, met verschillende gradaties in intramuraal/extramuraal, specialistisch/divers, high tech/low tech, publiek/privaat, grootschalig/kleinschalig en sober/luxe. Belangrijke drijfveren achter deze veranderingen zijn de snelle medisch-technologische ontwikkelingen, demografische ontwikkelingen waaronder de vergrijzing, stijgende kosten en de noodzaak tot kostenbeheersing, veranderende opvattingen over gezondheid en ziekte, scheiden van cure en care en van wonen en zorg, en een toenemende invloed van de markt van zorgaanbieders, consumenten en verzekeraars.

Dit alles heeft grote consequenties voor het vastgoed. Moderne woonzorgcombinaties en tussenvoorzieningen zoals aanleunwoningen zien er totaal anders uit dan de vroegere verzorgings- en verpleeghuizen. Het voorheen vrij dominante Breitfusstype in de ziekenhuissector lijkt plaats te maken voor nieuwe ruimtelijke structuren met thematisch geordende patiëntengroepen en integratie van onderzoek, behandeling en verblijf. Tegelijkertijd wordt gezocht naar mogelijkheden om beter gebruik te maken van de verschillende gradaties in courantheid van het gebouw door het ruimtelijk uiteen trekken van zogenaamde "hot floors" (kapitaalintensieve en specialistische zorgruimten zoals operatiekamers), "low care" (verpleegafdelingen met een zorg- en hotelfunctie), en "covering work" (kantoren, stafafdelingen en poliklinieken) (Scheerder en Verweij, 2005).

Figuur 1 geeft de ruimtelijke implicaties van diverse ontwikkelingen compact weer voor ziekenhuisvastgoed (Van Hasselt, 2005).



*Figuur 1: Ruimtelijke implicaties van trends in de zorgsector voor ziekenhuisvastgoed*  
 Bron: Van Hasselt, 2005

### **Afstudeeronderzoek naar vastgoed en zorg**

Een veld dat zo sterk in beweging is, heeft grote behoefte aan onderzoek van uiteenlopende aard. Beschrijvend onderzoek in de vorm van zorgvuldige documentatie van veranderingen in opvattingen, organisatie van de zorg, kosten en financiering, wet- en regelgeving, gebouwen en gebouwdelen. Explorierend onderzoek naar relaties tussen zorgvisie en gebouw, ontwerpinterventies en kosten, mogelijkheden en obstakels bij het inpassen van nieuwe zorgconcepten in de bestaande bouwvoorraad, gebruik en waardering van nieuwe zorgvoorzieningen etc. Toetsend onderzoek naar het al dan niet uitkomen van verwachtingen over gebruik en beleving, kosten en opbrengsten, kansen en risico's. En ook en vooral: ontwikkeling en toetsing van nieuwe concepten, instrumenten ter ondersteuning van de besluitvorming en procesmodellen om de totstandkoming en het beheer van vastgoed in de zorg effectief en efficiënt te kunnen aansturen. Hoewel de zorg door concurrentie van veel andere onderwerpen niet echt een speerpunt is in het onderzoeksprogramma van de afdeling Real Estate & Housing, draagt deze afdeling regelmatig een onderzoekssteentje bij, met name via haar afstudeerders. In de afgelopen 12 jaar zijn meer dan 50 studenten afgestudeerd op vastgoed en zorg. Dat is ca 7% van alle afstudeerders!

Op het gebied van wonen met zorg voor ouderen is vooral aandacht besteed aan de omslag van verzorgings- en verpleeghuizen naar moderne woonzorgcombinaties en de ontwikkeling van woonzorgzones. Wat zijn de wensen en voorkeuren van de ouderen zelf, in de sociale sector en het hogere marktsegment, Nederlander of allochtoon? Wat betekent dit voor nieuwbouw en voor de bestaande voorraad? Hoe zit het met de verhouding tussen kosten en kwaliteit? Wie zijn de stakeholders? Hoe werken zij samen? Waar zitten de voetangels en klemmen en hoe kunnen processen beter worden aangestuurd? Andere bestudeerde onderwerpen zijn aanpasbaar (ver)bouwen, integrale toegankelijkheid en levensloopbestendigheid van woningen en woonmilieus.

Bestudeerde onderwerpen op het gebied van ziekenhuisvastgoed zijn onder meer: ruimtelijke consequenties van marktwerking en nieuwe wet- en regelgeving, flexibiliteit van gebouw en proces en nieuwe concepten zoals zorgparken. Wat zijn de belangrijkste overwegingen bij de keuze van de vorm en functiemix? In hoeverre zijn de principes van parkmanagement toepasbaar op zorgparken? Wordt het theoretisch gedachtegoed van Corporate Real Estate Management strategisch ingezet bij de bouw en het beheer van ziekenhuisvastgoed? Is dit terug te vinden in de Lange Termijn Huisvestingsplannen (LTPH)? Ook zeer complexe onderwerpen zoals lifecycle kosten en functiegedifferentieerde normkosten voor ziekenhuisbouw worden door de studenten niet geschuwd. Het is onmogelijk om de conclusies en aanbevelingen uit zo'n breed scala aan onderzoeken hier kort samen te vatten.

Over de periode 1993-2003 is in twee publicaties van de afdeling van alle afstudeerrapporten een korte typering opgenomen en staan de namen vermeld van de student en diens mentoren. Meer recente afstudeerrapporten zijn te vinden op [repository.tudelft.nl](http://repository.tudelft.nl) > education. Om een indruk te geven bespreek ik hier twee recente afstudeerscripties

### **Marktwerking in de zorg**

De trend naar meer marktwerking in de zorg is niet alleen in Nederland gaande, maar ook in de ons omringende landen. Kenmerkend is een grotere rol voor private partijen en een terugtrekkende rol van de overheid. Maatregelen van de Nederlandse overheid zijn onder meer de invoering van de Wet Toegelaten Zorginstellingen (WTZi), het loslaten van de contracteerplicht voor zorgverzekeraars en het doorbelasten van de huisvestingslasten in de tarieven voor de zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De WTZi vervangt de eerdere Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). In het nieuwe stelsel wordt de gedetailleerde bouwregelgeving gedeeltelijk losgelaten ten gunste van meer vrijheid voor de participerende partijen. Het Bouwcollege – thans een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) met als voornaamste taak het aansturen en toetsen van bouwplannen op gewenste zorgcapaciteit, kosten en kwaliteit – wordt waarschijnlijk omgevormd tot een zelfstandig en onafhankelijk expertisecentrum.

Van marktwerking wordt veel verwacht. Door meer concurrentie en minder regels neemt het aanbod aan zorg toe en worden de wachtlijsten gereduceerd. Daarmee nemen ook de toegankelijkheid en keuzevrijheid toe. Marktwerking stimuleert innovatie. Er ontstaat meer differentiatie in zorgaanbod, in soort, prijs en kwaliteit. Financiële prikkels leiden tot efficiënter werken waardoor de kosten dalen. Op den duur moet het mogelijk worden om winst uit te keren aan aandeelhouders. Deregulering maakt het mogelijk om tot andere afwegingen te komen inzake vastgoed. Wel leidt meer vrijheid en eigen verantwoordelijkheid tot een groter ondernemersrisico. Businessplannen moeten aantonen dat de risico's verantwoord zijn en tegenover investeringen voldoende opbrengsten staan.

In zijn scriptie *Privatisering van ziekenhuizen* heeft Geert Fiolet de verwachtingen gespiegeld aan de mening van enkele belangrijke spelers in het veld en bevindingen uit case studies. Hoewel het streven naar meer marktwerking over het algemeen onderschreven wordt, zijn er ook potentiële valkuilen. Een al te grote nadruk op kostenbeheersing kan ten koste gaan van de kwaliteit. Een minimale kwaliteitsbewaking blijft dus geboden. Ook moet voorkomen worden dat private zorgaanbieders zich concentreren op planbare zorg en dure zorg en zorgvragers met een hoog risicoprofiel over laten aan de non profit sector. Transparantie in kosten en kwaliteit is een belangrijke voorwaarde om een weloverwogen keuze te kunnen maken uit het zorgaanbod. Dit geldt zowel voor zorgverzekeraars als voor patiënten/cliënten. Verschillende partijen zijn van mening dat marktwerking en privatisering wel prikkelen tot efficiënt werken, maar daartoe geen noodzakelijke voorwaarde zijn. Ook nu zijn zorgaanbieders sterk gemotiveerd om efficiënt te werken en wachtlijsten weg te werken.

De bestudeerde praktijkvoorbeelden laten echter zien, dat van privatisering en deregulering wel een versterkend effect uit kan gaan. Een voorbeeld is de private ziekenhuisketen Rhön-Klinikum in Duitsland. Door het opkopen van bestaande ziekenhuizen heeft deze organisatie al meer dan 30 ziekenhuizen in eigendom, soms gedeeld met de overheid. Zij maken winst waar andere, vergelijkbare ziekenhuizen verlies draaien. Succesfactoren zijn een efficiënte gebouwindeling (bijvoorbeeld alleen brede gangen waar dat nodig is), centrale inkoop, en vergaande arbeidsdeling (b.v. geen hooggeschoolde verpleegkundige inzetten voor eenvoudige zorgtaken). Werkprocessen worden optimaal ondersteund door moderne communicatietechnologie. Alle werknemers zijn in loondienst. De beloning kent een forse prestatiecomponent. Er wordt veel aandacht besteed aan efficiënte patiëntenlogistiek. Er zijn vier gradaties in zorgintensiteit: intensive care, intermediate care, normal care en low care. Dit maakt het mogelijk om de medische bezetting adequaat af te stemmen op de zorgvraag. Keerzijde is dat patiënten moeten verhuizen naar een andere afdeling als hun gezondheid vooruit gaat. Het Rhön-Klinikum financiert al haar vastgoed zelf. Dit levert tijdwinst op omdat men geen last heeft van tijdrovende goedkeuringsprocedure. Door de combinatie van een slimme gebouwindeling (korte looplijnen door groepering van de afdelingen rond een patiëntenhal; alle voorzieningen op de afdelingen zelf aanwezig), een efficiënte patiëntenlogistiek en een passend bedrijfscultuur is dit ziekenhuis volgens de voorzitter van de Raad van Bestuur bovengemiddeld productief (meer verrichtingen per medewerker) en is voor de ondersteunende functies 25% minder personeel nodig.

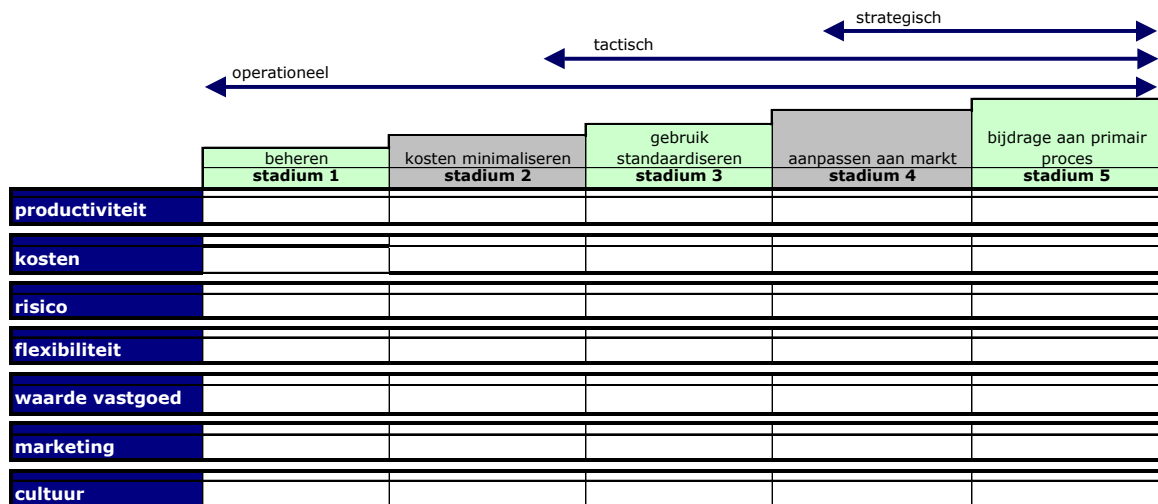
Enkele genoemde principes zijn ook afleesbaar aan de opzet voor het Maasland Ziekenhuis Maastricht. Hier zijn forse investeringen gepleegd voor meer flexibiliteit, voorzieningen en ICT (30% boven de bouwkostennorm van het Bouwcollege!) om fors te kunnen besparen op de exploitatielasten. Beoogd resultaat: korte doorlooptijden, korte wachtlijsten en een hoge productiviteit tegen lagere personeelskosten. Van de éénpersoonskamers zijn relatief eenvoudig hotelkamers te maken, of behandelkamers met het oog op de verschuiving klinisch -> poliklinisch.

### **Toegevoegde waarde van vastgoed**

Bij een toenemende eigen verantwoordelijkheid voor bouw en beheer van ziekenhuisvastgoed zullen ziekenhuizen strategischer met hun vastgoed om (moeten) gaan. Vanuit strategisch perspectief is vastgoed meer dan een noodzakelijke kostenpost. Het is veeleer op te vatten als vijfde bedrijfsmiddel, naast mensen, kapitaal, informatie en technologie. Naast het faciliteren van het primaire proces kan vastgoed ook in bredere zin bijdragen aan de performance van de organisatie. Wanneer we dit relateren aan de zogenaamde "ladder" van Joroff et al (1993), dan valt er een verschuiving te verwachten van een focus op de

dagelijkse ruimtebehoefte ('beheerder') en het transparant maken en doorbelasten van huisvestingslasten ('controller') naar het zelfstandig en marktconform aansturen van het vastgoed ('ondernemer') en het afstemmen van strategische vastgoedbeslissingen op de bedrijfsdoelstellingen ('strateeg').

In haar afstudeerscriptie *Corporate Real Estate Management in de Ziekenhuiszorg* heeft Claudia van Hasselt (2005) op basis van interviews en een analyse van Lange Termijn Huisvestingsplannen geprobeerd om enkele ziekenhuizen in deze reeks te positioneren. De vijf door Joroff et al onderscheiden ontwikkelingsstadia in de professionalisering van de vastgoedfunctie en zeven door vastgoedhoogleraar Hans de Jonge (2002) benoemde potentiële toegevoegde waarden van vastgoed zijn daartoe in een matrix geplaatst, de zogenaamde CREM-thermometer. De drie bestudeerde ziekenhuizen blijken hierop grote verschillen te vertonen (Figuur 2). Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Ten aanzien van productiviteit kan vastgoed toegevoegde waarde bieden wanneer het vastgoed effectief en efficiënt werken adequaat faciliteert en bijdraagt aan de arbeidsatisfactie en arbeidsmotivatie. In het beheer stadium ligt de focus op onderzoek naar medewerkerstevredenheid in relatie tot vastgoed. In het tweede stadium is er behalve aandacht voor gebruikerswensen en voorkeuren ook aandacht voor de werksituatie en de werkprocessen. In het derde stadium is sprake van een concreet plan van aanpak. In het vierde stadium zijn de maatregelen geïmplementeerd, en in het vijfde stadium worden hiervan de vruchten geplukt, aldus Van Hasselt. Op deze wijze zijn alle zeven toegevoegde waarden theoretisch doorgelicht en onderverdeeld in vijf schaalwaarden.



Figuur 2: CREM-thermometer. Bron: Van Hasselt, 2005

Vervolgens zijn de drie onderzochte ziekenhuizen op alle waarden ingeschaald. Op de schaalproductiviteit scoort ziekenhuis A het hoogst. Hier wordt serieus werk gemaakt van bedrijfstijdverlenging en logistieke verbeteringen in de zorgprocessen. In de nieuwbouw wordt sterk gelet op een efficiënte plattegrondindeling, met minder m2. Ziekenhuis B is op dit punt minder actief. Wel is enige aandacht besteed aan centralisatie van bij elkaar behorende activiteiten en een efficiëntere organisatie van het spreekuur. Ziekenhuis C scoort hier tussenin. Hier worden nieuwe kantoorconcepten geïntroduceerd, met multifunctioneel en gemeenschappelijk ruimtegebruik. Verder is er een inventarisatie gemaakt van mogelijkheden om de werksituatie effectiever en efficiënter in te richten en zijn er plannen in de maak om

dit uit te voeren. De schaalindeling en de positionering hierop van de onderzochte ziekenhuizen is vooralsnog vrij subjectief. De thermometer is nog niet gevalideerd door meerdere ziekenhuizen door meerdere onderzoekers te laten beoordelen. Er valt dus nog wel het nodige op de thermometer af te dingen. Niettemin biedt de huidige meter perspectief op een referentiekader, waaraan ziekenhuizen zich kunnen spiegelen en waardoor zij zich kunnen laten inspireren tot het strategischer inzetten van hun vastgoed.

### **Afstuderen op vastgoed in de zorg?**

De besproken voorbeelden maken duidelijk dat afstudeerprojecten interessante kennis toevoegen en een goed middel kunnen zijn om ontwikkelingen in kaart te brengen en opvattingen, ideeën en verwachtingen te toetsen aan de praktijk. Twee keer per jaar (september en januari) stromen nieuwe studenten in. Voorstellen vanuit de praktijk zijn welkom. Voor studenten biedt afstuderen op vastgoed in de zorg een prima mogelijkheid om aan te sluiten bij actuele ontwikkelingen. Omdat de zorgsector in het onderwijs slechts summier aan bod komt en de ontwikkelingen snel gaan, zullen studenten wel een informatie achterstad moeten wegwerken. Tijdig inlezen is dan ook geboden. Ook moet er de bereidheid zijn om zich nieuwe materie eigen te maken. Toen ik zelf met onderzoek in de zorgsector begon, werd ik verrast door allerlei voor mij nieuwe termen zoals mantelzorg, zwevende bedden en verkeerde bedproblematiek. Maar als je hier doorheen bent, ligt er een veld vol interessante en maatschappelijk relevante vraagstukken op je te wachten.

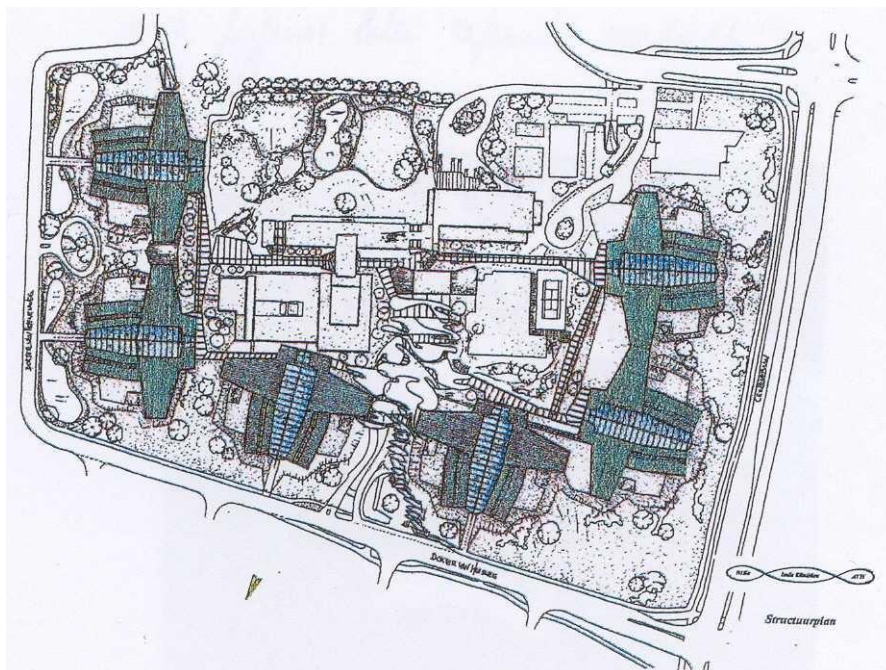
### **Literatuur**

- Fiolet, G. (2005), *Privatisering van ziekenhuizen. De rol van vastgoed*. Afstudeerscriptie Faculteit Bouwkunde TU Delft.
- Fritzsche, C. e.a. (2004), *Huisvesting is strategisch goed. Wegwijzer voor vastgoedmanagement in ziekenhuizen*. Zeist: A-D druk.
- Hasselt, C. van (2005), *Corporate Real Estate Management in de ziekenhuiszorg*. Afstudeerscriptie Faculteit Bouwkunde TU Delft.
- Jonge, H. de (2002), De ontwikkeling van Corporate Real Estate Management. *Real Estate Magazine*.
- Joroff, M.L., M. Louargand, S. Lambert, en F. Becker (1993), *Strategic management of the fifth resource*. Report no. 49, Industrial Development Research Foundation.

## Beeldmateriaal



*Voorbeeld van een Breitfusstype: St. Franciscus gasthuis, Rotterdam*



*Structuurplan voor de Nieuwe Isala klinieken in Zwolle*