



Delft University of Technology

Strategisch sturen op locatiepotenties Zorgvastgoed in de stedelijke context

van der Zwart, J; van der Voordt, DJM

Publication date

2009

Document Version

Final published version

Published in

Real Estate Magazine

Citation (APA)

van der Zwart, J., & van der Voordt, DJM. (2009). Strategisch sturen op locatiepotenties: Zorgvastgoed in de stedelijke context. *Real Estate Magazine*, 12(63), 26-30.

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.

Zorgvastgoed in de stedelijke context

STRATEGISCH STUREN OP LOCATIEPOTENTIES

Dit artikel verkent een aantal overwegingen ten aanzien van de positie die ziekenhuisorganisaties (willen) innemen in de stad. Wat is beter: een locatie midden in de stad met alle voorzieningen dicht in de buurt, of een locatie buiten het centrum met meer uitbreidingsmogelijkheden en goed bereikbaar vanaf de snelweg? Blijven zorgfuncties geconcentreerd op grote ziekenbuisterreinen of exploderen ziekenhuiscomplexen in kleinschalige zorgcentra op verschillende locaties? Hoe kunnen de kwaliteiten van de locatie(s) zichtbaar worden gemaakt?

Johan van der Zwart en Theo van der Voordt

Toenemende marktwerking in de zorg betekent meer autonomie in vastgoedkeuzes. Een belangrijk beslis-punt is de locatiekeuze. Voor zorginstellingen die op zoek zijn naar een andere locatie doet zich de vraag voor welke locatie het beste beantwoordt aan de wensen en eisen van de organisatie en haar klanten. Voor wie gehuisvest blijft op de bestaande locatie is een relevante vraag of de kwaliteiten van de locatie kunnen worden aangewend om zich positief te profileren ten opzichte van de concurrenten. Tabel 1 geeft een overzicht van belangrijke aandachtspunten.

Een vraag die aan de locatiekeuze voorafgaat is de vraag naar gewenste concentratie of spreiding van zorgfuncties en de gewenste mate van functiemenging. Om hierin meer inzicht te krijgen is een expertmeeting georganiseerd over zorgvastgoed in de stedelijke context (Van der Voordt en van der Zwart, 2008). De bijeenkomst vond plaats in het kader van een internationaal colloquium Corporations and Cities (zie de artikelenreeks van Vande Putte in dit magazine). Acht experts uit de wetenschap en de praktijk discussieerden een avond lang over de thema's positie in de stad, centralisatie versus decentralisatie en functiemenging.

Positie in de stad

Grote ziekenhuizen kiezen vaak voor een locatie aan de rand van de stad vanwege de goede bereikbaarheid per auto, betere parkeergelegenheid en goede mogelijkheden tot uitbreiding. Maar door de groei van de steden is wat

eens perifeer was steeds meer binnen de stad komen te liggen. Daarmee is de kwaliteit van de omgeving belangrijker geworden dan de positie in de stad. Voor het Erasmus MC in Rotterdam is deze kwaliteit een belangrijke overweging geweest om de nieuwbouw op de huidige locatie te realiseren en niet te verhuizen naar een plek buiten de stad. Goede bereikbaarheid per openbaar vervoer en aanwezigheid van winkels en restaurants in de nabije omgeving zijn gunstige condities voor patiënten, bezoekers en het personeel. Integratie in de stad biedt mogelijkheden tot *facility sharing*. Als op piekmomenten een extra collegezaal nodig is wordt een nabij gelegen bioscoopzaal gehuurd. Ook binnen de stad zijn er mogelijkheden om groei of krimp op te vangen, bijvoorbeeld door in de directe omgeving ruimte bij te huren of ruimte af te stoten. Het Academisch Ziekenhuis Leuven (AZL) heeft bewust gekozen voor een positie tussen de autostrada en de stad. Dit maakt het ziekenhuis goed bereikbaar zowel vanuit de stad als vanaf de snelweg. Dit past bij haar dubbele rol: een lokale functie voor de stad Leuven en omstreken en een regionale rol voor mensen uit geheel Vlaanderen. De locatie biedt ook goede mogelijkheden om uit te breiden.

Centralisatie versus decentralisatie

Het winnende ontwerp voor de ontwerpprijsvraag Healthcare 2025: Buildings for the Future (Bouwcollege 2007) presenteert een concept waarin de megastructuur van een groot ziekenhuis is geëxplodeerd tot een uitgewaaierde zwerm van kleinere zorgvoorzieningen, afgestemd op de behoeften van specifieke doelgroepen. Onder

het motto *Big Bang* is een toekomstbeeld geschetst waarin grotere en kleinere zorgcentra deels geclusterd bij elkaar liggen en deels als kleine eenheden in een fijnmazig stedelijk netwerk zijn opgenomen. Klantgerichtheid en efficiëntie bevordering staan hierbij voorop. De aard van de werkprocessen bepaalt wat mogelijk en wenselijk is. Voor bijvoorbeeld klinisch onderzoek is een ruimtelijke koppeling tussen zorg en onderzoek erg belangrijk. Het eerder genoemde AZL heeft daarom bewust gekozen om de researchlabs op de campus te huisvesten. Voor chemische laboratoria is een directe koppeling aan de zorg minder belangrijk. Hier is onderzoek op afstand met digitale uitwisseling van informatie tussen kleinere units goed mogelijk.

In twee recente studies die met steun van het Stimuleringsfonds voor Architectuur tot stand zijn gekomen, zijn door ontwerpend onderzoek de consequenties verkend van het uiteenvallen van het centrale ziekenhuis in kleinere eenheden voor specifieke doelgroepen. Deze blijken beter inpasbaar in het stedelijk weefsel en gemakkelijker af te stoten als het gebouw zijn zorgfunctie verliest. Mensen voelen zich er meer thuis en de patiëntenlogistiek is eenvoudiger en overzichtelijker. Bovendien ontstaat bijna als vanzelf een grotere mate van functiemenging. Uiteraard moet wel voorkomen worden dat deconcentratie van zorgfuncties de schaalvoordelen van grote patiëntenstromen — multidisciplinaire samenwerking, economisch draagvlak voor onderzoek naar complexe ziektebeelden etc. — teniet doet gaan.

In de praktijk zien we tegenover deze deconcentratiegedachte ook een omgekeerde beweging. Veel ziekenhuizen proberen hun grond te gelde te maken door functies aan de locatie toe te voegen in de vorm van een zorgboulevard. Een argument vóór het toevoegen van functies is

de synergie die ervan kan uitgaan. Een mix aan functies kan aanvullend zijn op de ziekenhuiszorg, bijvoorbeeld wanneer *wellness*-functies of zelfstandige behandelcentra zich in de buurt van het ziekenhuis vestigen. Wanneer winkels en restaurants producten leveren aan patiënten, bezoekers en personeel kan een serviceverlening van buiten naar binnen op gang komen. Winkels kunnen meeprofiteren van de stroom gebruikers van een ziekenhuis. Een gemiddeld ziekenhuis heeft een toestroom van circa 10.000 mensen per week, net zoveel als een gemiddeld buurtwinkelcentrum. Als er een samenhang is met het primaire proces dan is een hoge rentabiliteit mogelijk. In het Spandau Ziekenhuis in Berlijn is de revalidatie in het ziekenhuis geïntegreerd. Vanaf vier uur 's middags gaat het revalidatiezwembad voor de buurt open. Dit draagt bij aan een positief imago van het ziekenhuis.

Tegenover deze voordelen staan ook nadelen. Een ziekenhuis is eigenlijk geen geschikte locatie voor niet-zorggerelateerde voorzieningen. De gezondheidszorg is infectiegevoelig. Het is dus de vraag of je meer mensen dan noodzakelijk in het ziekenhuis wilt hebben. Andere functies trekken wellicht mensen aan die je als zorgorganisatie niet in je gebouw wilt hebben. In een van de academisch medische centra functioneerde het restaurant door de lage prijzen in het begin als buurtrestaurant. Dit moest uiteindelijk een halt worden toegeroepen. Ook loopt het ziekenhuis het risico op imagooverlies als er door derden slechte producten worden verhandeld en dit wordt geassocieerd met de zorgorganisatie. Actueel is de vraag of een kantoor van een zorgverzekeraar binnen het ziekenhuis niet te veel de associatie oproept dat dit ziekenhuis bij deze zorgverzekeraar hoort.

Zorgorganisaties staan dus voor lastige keuzes. De best mogelijke keuze hangt af van het type zorg en van de

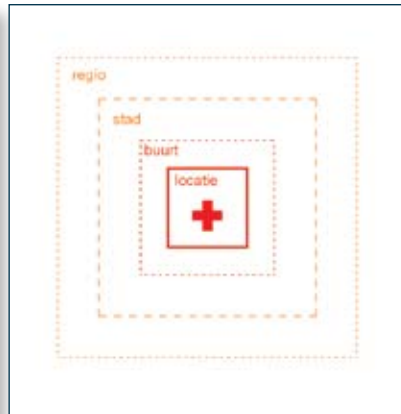
DE KWALITEIT VAN LOCATIES ZICHTBAAR MAKEN

- Geografische ligging.
- Ligging ten opzichte van het stadscentrum.
- Verkeersinfrastructuur (snelwegen, LV-routes, openbaar vervoer).
- Parkeervoorzieningen.
- Omvang en afmetingen van het bouwterrein.
- Afstand tot woonlocaties van personeel, bezoekers en patiënten.
- Afstand tot woningen, winkels, scholen, horeca, culturele voorzieningen, groen.
- Sociaal-economische kenmerken van de omgeving (gemiddeld inkomen, werkgelegenheid, sociale veiligheid, leegstand).
- Uitstraling (esthetische kwaliteiten van omringende gebouwen en openbare ruimten).
- Milieu (zon, wind, geuren, geluiden).
- Wet- en regelgeving (bestemmingsplan, parkeernorm en dergelijke).
- Eigendomsverhouding (eigendom, huur, erfpacht).

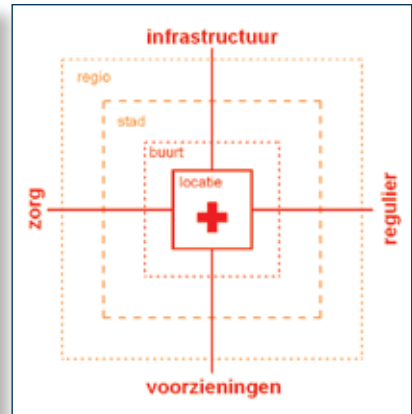
Tabel 1. Belangrijke aandachtspunten bij de locatiekeuze.



Figuur 1. Opdeling stedelijke context naar zorg en reguliere/infrastructuur en voorzieningen.



Figuur 2. Opdeling stedelijke context naar schalen rondom het ziekenhuis: locatie, buurt, stad en regio.



Figuur 3. Conceptuele schematisering ziekenhuis in stedelijke context.

missie, doelstellingen en mogelijkheden van de organisatie. Het is belangrijk om steeds de perspectieven van alle *stakeholders* in de besluitvorming te betrekken.

Instrument voor het in kaart brengen van locatie-kwaliteiten

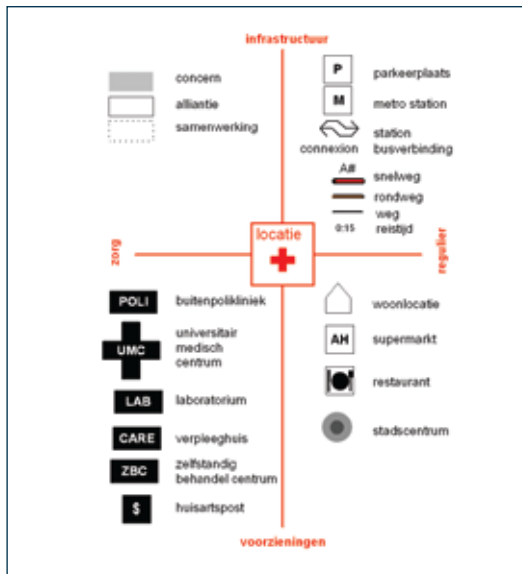
Om tot verantwoorde beslissingen te komen is een helder inzicht in de bestaande en potentiële kwaliteiten van de eigen locatie en andere locaties onontbeerlijk. Binnen het promotieonderzoek van Van der Zwart naar vastgoedstrategieën in de zorg in een veranderende context is een analysetool in ontwikkeling die helpt om locatiekwaliteiten letterlijk 'in kaart' te brengen. Door cartografische informatie te abstraheren worden de omgevingsfactoren van een ziekenhuis voor de verschillende *stakeholders* eenvoudig en toegankelijk in beeld gebracht. Input voor de tool is een analyse van de stedelijke structuur. Deze analyse moet duidelijk maken hoe het ziekenhuis is ingebed in de stedelijke structuur en welke positie het ziekenhuis inneemt in het netwerk van zorgorganisaties. Vervolgens worden de omgevingskenmerken in een conceptueel schema gepositioneerd ten opzichte van de ziekenhuislocatie.

Analyse stedelijke structuur — De stad wordt steeds meer gezien als een netwerkstad. Een voorbeeld van deze nieuwe manier van denken over de stedelijke structuur is het Frame-Pattern-Circuit (FPC) concept van De Bois en Buurmans (2008). In deze benadering is het frame van de stad het complete netwerk van straten en publieke ruimten. Het patroon bestaat uit alle mogelijke bestemmingen. Het circuit is het systeem van routes en punten dat het frame en patroon met elkaar verbindt. Anders gezegd: het circuit wordt gevormd door de door de gebruikers gevolgde routes en punten om diens bestemmingen te bereiken. Als voorbeeld is in Figuur 5 het frame en in Figuur 6 het patroon van Rotterdam weergegeven inclusief de locaties van ziekenhuizen in Rotterdam. Toegepast op zorgvastgoed is het frame de hoofdstructuur van wegen en openbaarvervoervoorzieningen. Het patroon

bestaat uit alle aan het ziekenhuis te relateren zorgvoorzieningen en andere voorzieningen zoals een supermarkt. De zorginfrastructuur is de positie van het ziekenhuis in een netwerk met andere zorgorganisaties. Het circuit ontsluit de voorzieningen door gebruik van het stedelijke frame. Het circuit kan dus verschillen voor personeel, bezoekers, patiënten, ambulancewagens etc. Figuur 1 laat zien hoe het patroon en de structuur van de stad in een schema gepositioneerd kunnen worden ten opzichte van de ziekenhuislocatie. Figuur 4 toont de legenda met een mogelijke invulling van dit schema.

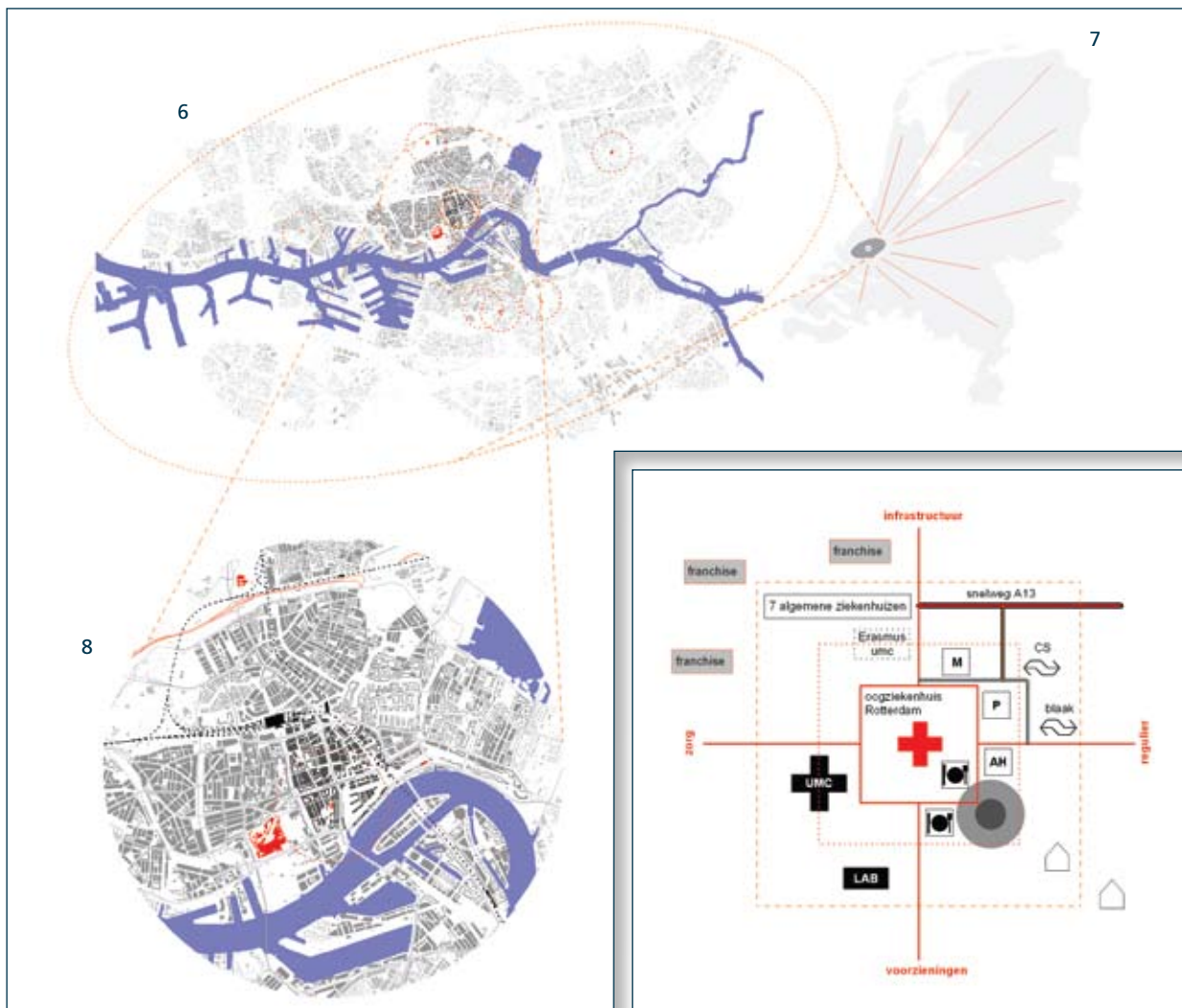
Conceptueel schema — Op basis van de kaartanalyses kan ook een meer abstract schema worden getekend dat de omgevingskenmerken van een ziekenhuis op een eenduidige manier visualiseert. Er zijn allerlei varianten denkbaar. Veel inzicht geeft een schema waarin de infrastructuur en alle aan het ziekenhuis te relateren voorzieningen worden gepositioneerd in een reeks van schalen rondom het ziekenhuis: de locatie, buurt, stad, regio en land (Figuur 2). Tot de schaal van de locatie rekenen we de directe omgeving van het ziekenhuisgebouw waarover het ziekenhuis als eigenaar of gebruiker zeggenschap heeft. De buurt is gedefinieerd als het gebied rond de locatie op loopafstand. De stad staat voor de stedelijke structuur waarin het ziekenhuis zich bevindt met daarin aangegeven het stadscentrum en de ring rond het centrum met een verhoogde concentratie van voorzieningen. De regio is het adherentiegebied van het ziekenhuis. De voorzieningen en infrastructuur zijn op te delen in regulier (niet-zorggerelateerd) en zorg. Figuur 3 is de conceptuele integratie van het patroon en de structuur van de stad en zorgvoorzieningen met de reeks schalen rondom een ziekenhuis. Door ook het netwerk van zorgorganisaties als zorginfrastructuur weer te geven wordt tevens zichtbaar op welke schaal de zorgorganisatie functioneert.

Toepassingsmogelijkheden — Door de locatiekenmerken op eenduidige wijze te visualiseren zijn de loca-



Figuur 4. Schematisering stedelijke context, legenda.

Figuur 5. Stedelijk frame van Rotterdam inclusief de ziekenhuizen.



Figuur 6. Stedelijk patroon van Rotterdam inclusief de ziekenhuizen.

Figuur 7. Oogziekenhuis Rotterdam als franchiseorganisatie in Nederland.

Figuur 8. Oogziekenhuis Rotterdam in de stedelijke context.

Figuur 9. Oogziekenhuis Rotterdam schematisering omgevingsfactoren.

tiekwaliteiten van zorginstellingen goed vergelijkbaar. Bijvoorbeeld qua positie in de stedelijke context, nabijheid van supermarkten, reistijden tot stations en snelwegen, parkeergelegenheid, afstand tot woonlocaties van het personeel. Zorginstellingen kunnen hier hun voordeel mee doen door zichzelf te benchmarken met andere zorginstellingen, als input voor het zichtbaar krijgen van de voor- en nadelen van de eigen locatie of het verkennen van andere, betere locaties. Het instrument kan ook worden ingezet in de communicatie binnen zorginstellingen en tussen zorginstellingen, personeel en klanten. Bijvoorbeeld door duidelijk te maken welke zorg waar beschikbaar is. Of, als marketingtool, door duidelijk te maken dat de locatie van de eigen zorginstelling voor de gebruikers veel voordelen biedt.

Ter illustratie bespreken we als casus het Oogziekenhuis Rotterdam (Figuur 9). Kort na WO II kreeg dit categorale ziekenhuis een eigen R&D-afdeling en werd de status van academisch ziekenhuis verworven. In de jaren zestig wilde de politiek de academische zorg concentreren op één locatie en het Oogziekenhuis onderbrengen in het Academisch Ziekenhuis Dijkzicht. Om te voorkomen dat men zou verdwijnen tussen de andere disciplines heeft de directie hard gevochten om haar zelfstandige locatie te behouden. Begin jaren negentig is een strategische heroriëntatie ingezet richting een *Centre of Excellence*. Zowel medisch en bedrijfskundig als qua patiëntbenadering wil men *State of the Art* zijn. Dit is ook vertaald in strategische vastgoedkeuzes tijdens en na de renovatie van het pand aan de Schiedamse Vest in Rotterdam. Vanwege de historische gebondenheid wilde het Oogziekenhuis in het eigen gebouw blijven. De huidige locatie biedt veel voordelen. Het gebouw ligt dichtbij het stadscentrum. De metro is op loopafstand. Het Centraal Station Rotterdam en treinstation Blaak liggen weliswaar buiten de directe omgeving maar maken het oogzieken-

huis ook per trein goed bereikbaar. Het Oogziekenhuis ligt centraal in een ovaal met zeven algemene ziekenhuizen in de regio die als poorten naar dit categorale ziekenhuis kunnen functioneren (Figuur 6). Het Erasmus Universitair

Medisch Centrum ligt op loopafstand. In de directe omgeving zijn allerlei reguliere voorzieningen te vinden zoals een supermarkt, kapper, bloemenwinkel en restaurants, en regionale culturele voorzieningen zoals het Boijmans van Beuningen Museum en de Kunsthal (Figuur 8). Dit maakt de locatie tot een aantrekkelijke werkomgeving voor de medewerkers. Minder gunstig is dat de woonlocaties van het personeel wat verder weg liggen. Qua reguliere infrastructuur liggen de uitvalswegen eveneens niet in de directe omgeving van het ziekenhuis (Figuur 5). Parkeren op eigen terrein is niet mogelijk. Het Oogziekenhuis heeft daarom een parkeerservice opgezet. Patiënten en

hun begeleiders kunnen voor de deur uitstappen, waarna hun auto door een medewerker van het ziekenhuis wordt geparkeerd. Na de behandeling wordt de auto weer teruggereden naar de ingang. Zo weet het Oogziekenhuis een ongunstige omgevingsfactor om te buigen in een positief concurrentievoordeel. Op dit moment wordt een franchiseconcept ontwikkeld, waarbij oogartsen in dienst van het Oogziekenhuis in andere ziekenhuizen zorg leveren (Figuur 7). Een speciaal hiervoor aangepaste bus moet het mogelijk maken om oogheelkundige zorg te leveren in verpleeg- en verzorgingstehuizen (van 'haalzorg' naar 'brengzorg'). Daarmee creëert het Oogziekenhuis op haar eigen manier een *Small Bang* door een deel van haar zorg te deconcentreren.

Bronnen

De Bois, P.G. en Buurmans, K.A. (2008). Frame - Pattern - Circuit, in: Exploring the public city 2008, strategic public spaces for sustainable new town development.
Voordt, D.J.M. van der, en Zwart, J. van der (2008). Dilemmas in Health Care Real Estate Management. In: H. Vande Putte et al., Corporations and Cities Colloquium, Envisioning Corporate Real Estate in the Urban Future. Delft.
Diverse auteurs (2008). Het decentrale ziekenhuis. Katalysator van de stedelijke vernieuwing. Lay-out 06, Rotterdam: Stimuleringsfonds voor Architectuur.
Idem: Urban Hospitality. Kleinschalige zorg in de stedelijke omgeving. Lay-out 07.

HET OOGZIEKENHUIS CREËERDE EEN SMALL BANG



Joban van der Zwart is bezig met een promotieonderzoek naar strategisch vastgoedmanagement van ziekenhuizen in een veranderende context. Hij is verbonden aan de afdeling Real Estate & Housing van de Faculteit Bouwkunde TU Delft. Theo van der Voordt is zijn copromotor en universitair hoofddocent aan dezelfde afdeling.