

Inspelen op veranderingen vereist strategisch sturen op ontwerp en beheer van zorgvastgoed

van der Voordt, DJM; van der Zwart, J

Publication date
2015

Document Version
Accepted author manuscript

Published in
Barometer Maatschappelijk vastgoed 2015

Citation (APA)

van der Voordt, DJM., & van der Zwart, J. (2015). Inspelen op veranderingen vereist strategisch sturen op ontwerp en beheer van zorgvastgoed. In J. Veuger (Ed.), *Barometer Maatschappelijk vastgoed 2015: Health Care real estate international* (pp. 157-163). Hanze Kenniscentra.

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.

Inspelen op veranderingen vereist strategisch sturen op ontwerp en beheer van zorgvastgoed

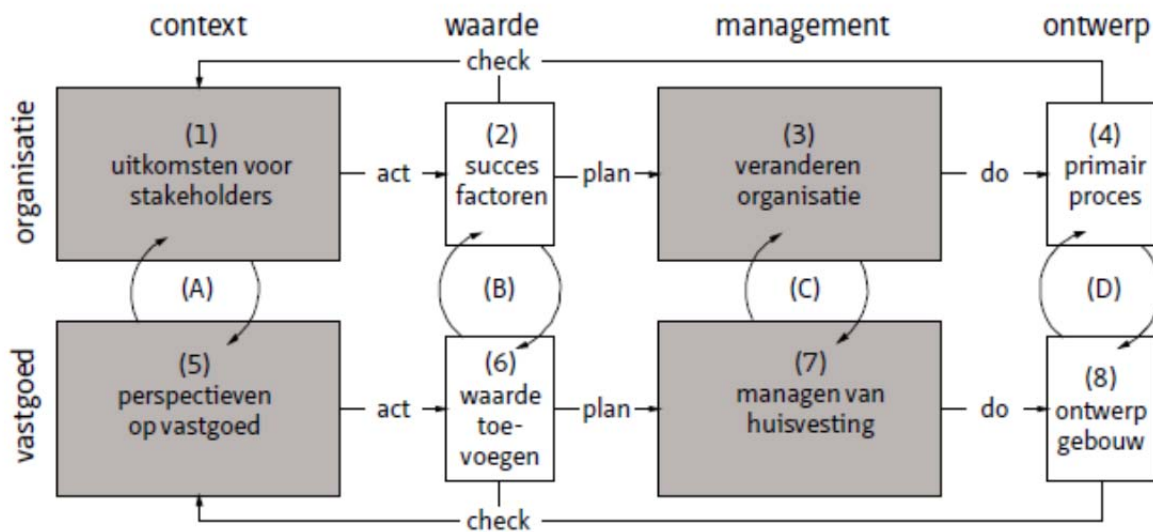
Theo van der Voordt en Johan van der Zwart

De zorgsector is continu aan veranderingen onderhevig. Dat leidt tot veel onzekerheid. Wat betekenen de vele veranderingen voor de fysieke zorginfrastructuur? Hoe vertaal je nieuwe visies op zorg, schuivende organisatiedoelstellingen en technologische innovaties in strategische oplossingen voor de veranderende vraag naar zorgvastgoed? Zet een stel experts bij elkaar en je krijgt veel antwoorden. Het levert ook veel nieuwe vragen op voor beleidsmakers en ontwerpers.

De vele wijzigingen in de zorg hebben niet alleen grote gevolgen voor de organisatie van het zorgaanbod, maar ook voor de fysieke zorginfrastructuur. Het scheiden van wonen en zorg in de care sector en extramuralisering van de lichtere zorgzwaartepakketten naar thuiszorg en mantelzorg leidt tot forse leegstand. Dit dwingt bestuurders om strategische plannen te maken hoe hierop in te spelen. Wat gaan we doen: afstoten, in eigendom houden of blijven huren? Sloop, transformatie en herbestemming naar nieuwe functies, of hergebruik voor andere woon/zorg/welzijnspakketten? In de cure sector is in toenemende mate sprake van samenwerking in netwerkorganisaties, specialisatie, concentratie en deconcentratie. Medisch-technologische innovaties maken nieuwe behandelingen mogelijk, terwijl de financiële middelen zwaar onder druk staan. Ook dit vraagt om een grondige heroriëntatie op zowel de organisatie van de zorg als de huisvesting van zorg. In dit hoofdstuk bespreken we hoe zorgorganisaties hierop kunnen sturen en welke thema's er spelen in het strategisch plannen, ontwerpen en beheren van zorgvastgoed.

Aansturen van de afstemming tussen organisatie en gebouw

Het aansturen van organisaties vraagt om kennis van bedrijfskunde, organisatieleer, arbeids- en organisatiepsychologie en andere sociale disciplines. Plannen, bouwen en beheren van zorgvastgoed is het vakgebied van planologen, bouwkundigen, ontwerpers, vastgoedbeheerders en facility managers. Om het financieel rond te krijgen zijn financieel specialisten nodig. Het is niet eenvoudig om deze werelden en andere expertise samen te brengen en alle kennis en kunde te integreren in een optimaal ontwerp van de zorginfrastructuur, (inter)nationaal, regionaal, en op gebouw- en complexniveau. In figuur 1 is geprobeerd enkele kernbegrippen uit de literatuur over zorgmanagement en vastgoedmanagement met elkaar te verbinden (Van der Zwart, 2014). Dit metamodel voor huisvestingsmanagement in de zorg is generiek gehouden, zodat het ook voor andere sectoren toepasbaar is (figuur 1).



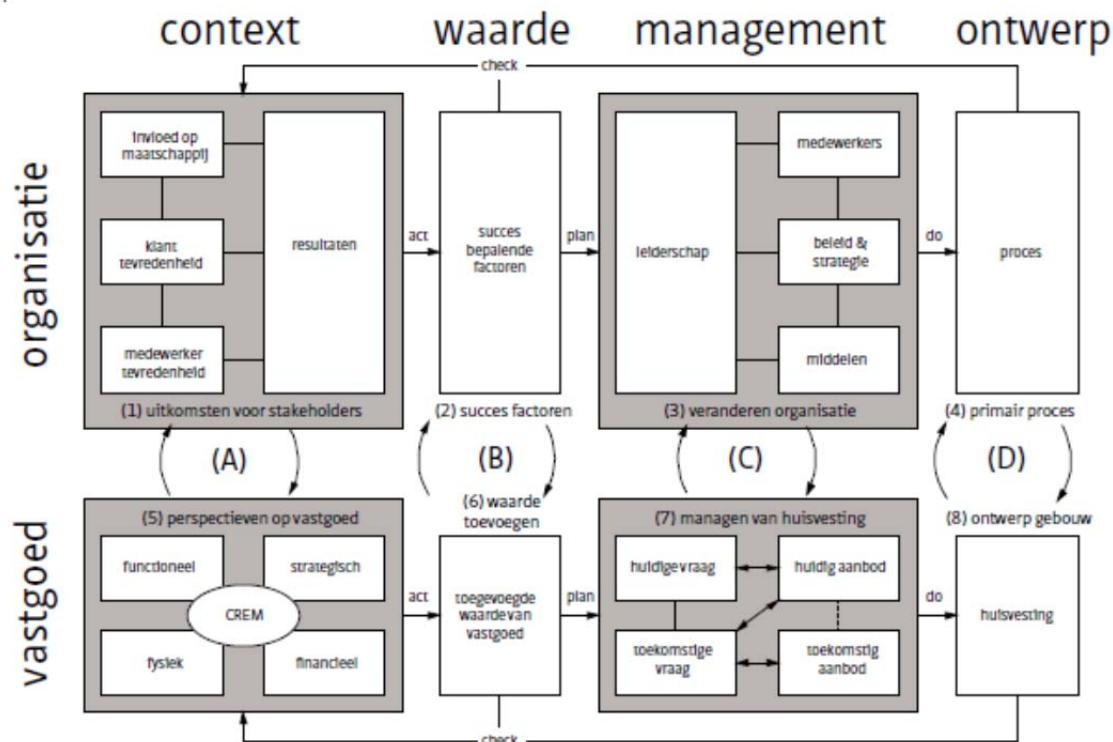
Figuur 1: Metamodel voor huisvestingsmanagement in de zorg

Het model toont de interactie tussen organisatie en gebouw en is te gebruiken als een stappenplan:

1. Stel helder en SMART de doelstellingen vast, zowel voor de organisatie als voor de huisvesting, en houd daarbij rekening met de wensen en belangen van alle stakeholders en met de veranderende context.
2. Bepaal de kritische succesfactoren voor de organisatie en de toegevoegde waarden die het gebouw moet opleveren c.q. hoe het gebouw de organisatiedoelen kan ondersteunen.
3. Stel vast welke organisatorische maatregelen en vastgoedmaatregelen nodig zijn om de doelstellingen te realiseren, nu en in de toekomst, bewaak de onderlinge afstemming, en bepaal hoe de organisatiestrategie en huisvestingsstrategie het beste kunnen worden geïmplementeerd.
4. Voer de veranderingen door in een (her)ontwerp van de organisatie en van de huisvesting.

Dit metamodel is uitgewerkt in een integraal raamwerk (Van der Zwart, 2014), zie figuur 2. Hierin zijn bestaande modellen uit de organisatietheorie (toegespitst op kwaliteitsmanagement) en vastgoedtheorie (toegespitst op CREM: Corporate Real Estate Management) geassembleerd tot een geïntegreerd model. Een parallelle assessment van organisatie en huisvesting laat zien hoe de organisatie presteert, in welke mate het vastgoed deze prestaties ondersteunt, en welke ingrepen nodig zijn in de organisatie en het vastgoed om de prestaties van beide te verbeteren.

In het integrale raamwerk is de aansturing van de organisatie ingevuld met de stappen uit het INK model, in aangepaste volgorde: 1) beoordeling van de resultaten vanuit het oogpunt van de klant, de medewerkers en de maatschappij; 2) vaststellen van kritische succesfactoren; 3) veranderingen invoeren in de organisatie; en 4) verbeterde bedrijfsprocessen. De aansturing van het vastgoed is eveneens onderverdeeld in vier stappen: (5) analyse van het vastgoed vanuit vier perspectieven (strategisch, financieel, functioneel en fysiek); (6) check op toegevoegde waarde van het vastgoed op negen mogelijke toegevoegde waarden; (7) de stappen uit het DAS-frame - *Designing an Accommodation Strategy* – van de TU Delft (De Jonge e.a., 2009) voor het afstemmen van vraag en aanbod van huisvesting, nu en in de toekomst, en (8) input voor het (her)ontwerp van de huisvesting.



Figuur 2: Geïntegreerd model voor een parallelle analyse van een organisatie en haar vastgoed

In het integrale raamwerk is de aansturing van de organisatie ingevuld met de stappen uit het INK model, in aangepaste volgorde: 1) beoordeling van de resultaten vanuit het oogpunt van de klant, de medewerkers en de maatschappij; 2) vaststellen van kritische succesfactoren; 3) veranderingen invoeren in de organisatie; en 4) verbeterde bedrijfsprocessen. De aansturing van het vastgoed is eveneens onderverdeeld in vier stappen: (5) analyse van het vastgoed vanuit vier perspectieven (strategisch, financieel, functioneel en fysiek); (6) check op toegevoegde waarde van het vastgoed op negen mogelijke toegevoegde waarden; (7) de stappen uit het DAS-frame - *Designing an Accommodation Strategy* – van de TU Delft (De Jonge e.a., 2009) voor het afstemmen van vraag en aanbod van huisvesting, nu en in de toekomst, en; (8) input voor het (her)ontwerp van de huisvesting. De verbinding tussen bestaande managementmodellen kan gebruikt worden ter ondersteuning van een integrale aanpak van organisatie- en huisvestingsmanagement door de afstemming tussen organisatie van zorg en de huisvesting op vier punten te toetsen:

- (A) toets op de bijdrage van het vastgoed (5) aan de resultaten van de organisatie (1), beide vanuit het perspectief van verschillende stakeholders;
- (B) toets op toegevoegde waarde van vastgoed (6) en de bijdrage hiervan aan succesfactoren van de organisatie (2);
- (C) toets op consequenties van veranderingen in de organisatie (3) voor het managen van de huisvesting (7);
- (D) toets op ondersteuning van het primaire proces (4) door het (her)ontwerp van het gebouw (8).

Kort samengevat is de redeneerlijn achter het geïntegreerde model: gebruik het INK model (of een ander kwaliteitsmanagement model zoals de Balanced Scorecard) om de organisatie door te lichten en verbeteringen door te voeren. Vertaal de conclusies in prestatie-eisen voor de huisvesting. Gebruik scenarioanalyse om de toekomstige vraag naar zorgvastgoed te verkennen. Onderzoek de (mis)match tussen het huidige aanbod aan zorgvastgoed en de huidige en toekomstige vraag, en stel vast welke vastgoedingrepen nodig zijn om het vastgoed optimaal af te stemmen op de huisvestingsvraag, nu en in de toekomst. Doorloop dit proces vanuit het perspectief van verschillende stakeholders: beslissers (directie, managers, politici, verzekeraars), eindgebruikers (zorgpersoneel, patiënten en bezoekers), financiers en controllers, en gebouwbeheerders. Houdt rekening met de politieke context, veranderende wet- en regelgeving, financiële randvoorwaarden en de technische mogelijkheden van de bestaande vastgoedvoorraad. Omdat al heel veel zorgvastgoed beschikbaar is, ligt de grootste opgave niet zozeer in nieuwbouw van zorgvastgoed maar in het zorgvuldig beheren, aanpassen, renoveren, uitbreiden en inkrimpen van de bestaande voorraad. Het is van belang om al in het ontwerpstadium van nieuwbouw of verbouw te kunnen toetsen of de plannen beantwoorden aan de behoefte en doelstellingen van de verschillende stakeholders. Tegenwoordig redelijk toegankelijke technieken zoals Space Syntax analyse maken het mogelijk om plattegronden zodanig te visualiseren dat thema's zoals patiënttevredenheid, ruimtelijke oriëntatie, privacy, daglicht en uitzicht al in de tekenfase zichtbaar en bespreekbaar gemaakt kunnen worden (Van der Zwart, 2014).

Vier experts aan het woord

In oktober 2014 is naar aanleiding van het proefschrift van Van der Zwart (2014) een symposium georganiseerd met verschillende experts, gevolgd door twee rondetafelgesprekken. Hierin kwamen diverse thema's naar voren, die van invloed zijn op het ontwerpen en beheren van zorgvastgoed (Van der Voordt, 2014; Kloeze, 2014). Christine Nickl-Weller, hoogleraar aan de Technische Universität Berlin en partner in een eigen architectenbureau, presenteerde haar "10 Thesen" over daglicht, groen, identiteit, ruimtelijke oriëntatie, keuzevrijheid, esthetiek, ethiek en het ziekenhuis als een stad. Haar visie is uitgewerkt in het recent verschenen boek *Healing Architecture*.

Roland Bal van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, vroeg om meer aandacht voor *Place for Space*. Wat betekent "displacement" van intramurale zorg naar zorg op wijk- en buurtniveau en zorg thuis voor de sociale relaties van mensen, hun benodigde en beschikbare vaardigheden, en het gebruik van technologie? Wat houdt *community* nu eigenlijk precies in als we lezen over *community care*? Staat *neighborhood care* per definitie garant voor warme *patient-centered care*? Stroken de plaatjes van glimlachende ouderen, voortgeduwd door een stralende mantelzorger (bijna altijd een vrouw), wel met de werkelijkheid? De vraag stellen is haar beantwoorden.

James Barlow van het Imperial College London constateerde op basis van de cijfers over de wereldwijd optredende vergrijzing en ontwikkelingen in de vraag naar zorg onder invloed van nieuwe kennis en medisch-technologische mogelijkheden dat de zorg bij ongewijzigd beleid onbetaalbaar en onuitvoerbaar wordt. Nu al geven we net zoveel geld uit aan zorg als aan zorginfrastructuur.

Dit versterkt de noodzaak tot procesinnovaties, het slimmer inzetten van techniek om de schaarste aan zorgpersoneel te compenseren, een verschuiving van ziekenhuisgerichte zorg naar patiëntgerichte zorg, en meer *remote care* en *telehealth*.

Peter Fröst van het Center for Healthcare Architecture (CVA) aan de Chalmers University Göteborg liet zien hoe zijn team samen met focusgroepen van patiënten en medewerkers empirisch onderbouwde richtlijnen ontwikkelt voor onder andere verlichting, hygiëne, de inrichting van 1-bedskamers en verpleegunits, om daarmee bij te dragen aan *Evidence Based Design*. Zijn onderzoekswerk riep enigszins een Déja-vu gevoel op: alsof de functionele beoordelingsmaatstaven van het vroegere Bouwcollege in een nieuw jasje worden gestoken.

Een terugkerend thema in deze bijdragen is de zorg als onderdeel van het publiek domein. Dit sluit aan op de door de overheid gewenste participatiemaatschappij, maar roept ook nieuwe vragen op. Hoe activeer je de patiënt en zijn sociale en fysieke omgeving om actief bij te dragen aan de eigen zorg en gezondheid? Hoe kan de gebouwde omgeving bijdragen aan (zelf)zorg en gezondheid? Hoe kunnen beleidsmakers en ontwerpers zorgen voor voldoende privacy rond intieme zorghandelingen?

Reacties uit het veld

De door de experts naar voren gebrachte onderwerpen spelen vrijwel allemaal dagelijks een rol in de ontwerp- en adviespraktijk. Waar nog niet zo lang geleden veel aandacht uitging naar nieuwbouw, is de nieuwe opgave: hoe ga je om met de bestaande voorraad? Is deze voorraad een zegen of een vloek? Waar nieuwbouw het voordeel heeft dat je iets geheel nieuws kunt bedenken en hierin de nieuwste inzichten en mogelijkheden kunt verwerken, vraagt het ook om grootschalige ingrepen en investeringen in gebouwen die weer tientallen jaren mee moeten. Bestaande bouw biedt meer mogelijkheden tot kleinschalige en gefaseerde ingrepen.

Centralisatie of decentralisatie is een heikel thema. Ziekenhuizen ontwikkelen zich steeds meer tot netwerkorganisaties met een onderlinge taakverdeling op basis van expertise en zorgproductie. Een ziekenhuis kan en hoeft niet alle mogelijke zorg zelf te kunnen aanbieden. Dit leidt enerzijds tot schaalverkleining, maar betekent ook concentratie van topzorg in bijvoorbeeld het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht. Volgens architect Eric Wendel van EGM Architecten – onder meer de ontwerpers van het nieuwe Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam – zou het Delftse Reinier de Graaf Ziekenhuis wel eens de laatste nieuwbouw van een groot algemeen ziekenhuis kunnen zijn. Grote academische ziekenhuizen houden volgens Wendel hun bestaansrecht. Het aantal categorale ziekenhuizen, zoals het Oogziekenhuis in Rotterdam of de Maartenskliniek in Nijmegen, zal naar verwachting juist toenemen.

Wat erg aansprak bij de deelnemers aan de rondetafelgesprekken is de idee om waar mogelijk niet per definitie te kiezen voor geavanceerde, complexe curatieve high-tech zorg maar voor goede, eenvoudige *patient-centered* zorg dicht bij huis of thuis door gebruik van van Telecare en domotica, en meer aandacht te besteden aan preventie. Denk aan het gebruik van mobiele ICT voor decentrale zorg en zelfsturing als onderdeel van een zorgcontinuüm. Bijvoorbeeld een iPad die je gewicht of bloeddruk bijhoudt, software die patiëntgroepen kan ondersteunen, of een App die laat zien hoeveel calorieën je verliest door te bewegen. Dit vraagt om inzicht in wat daadwerkelijk preventief werkt en ondersteunend is en wat mogelijk tot een additionele zorgvraag leidt.

Meten is weten kan leiden tot gedragsverandering in positieve zin zoals gezonder leven, maar ook tot vraag naar meer zorg vragen. Digitalisering in de zorg zal volgens de meeste gespreksdeelnemers een nog veel grotere vlucht nemen als de samenleving gewend raakt aan zelf-diagnostische apps en laagdrempelige hardware die in staat is thuis allerlei bewakingsfuncties uit te voeren.

Een ander regelmatig terugkerend thema is gastvrijheidsbeleving. Volgens Carel Wielinga van de Hospitality Group hebben mensen niet alleen een goede behandeling maar ook aandacht nodig. Een aansprekend voorbeeld is het Oogziekenhuis in Rotterdam, dat bezoekers op alle mogelijke manieren op hun gemak probeert te stellen om daarmee bij te dragen aan stressreductie. Bijvoorbeeld door mooie kunstwerken, speelse spreekwoorden op de wanden waarin het oog voorkomt, parkeerservice, en de mogelijkheid om te blijven slapen in het naastgelegen hotel. Het gebouw is uiteraard maar één van de vele factoren die bijdragen aan een gevoel van gastvrij te worden bejegend. Een gastvrije houding van het personeel is nog veel belangrijker. Invoering van bijvoorbeeld het Planetree concept kan de klanttevredenheid flink verhogen, ook als er weinig of niets aan het gebouw verandert. *Soft skills* lijken meer bepalend dan de hardware van het gebouw en de of inrichting. Niettemin kan het gebouw substantieel bijdragen aan gastvrijheidsbeleving (Prevosth e.a., 2011, 2012). EGM architecten onderschrijven dat en proberen nieuwe ziekenhuizen zo te ontwerpen dat de verpleging vanuit centrale units via glazen deuren of wanden zicht heeft op de verpleegkamers. Degene die in bed ligt, bepaalt op afstand of de gordijnen open of dicht zijn.

Behalve voor architecten liggen er ook voor stedenbouwkundigen belangrijke uitdagingen. Hoe kunnen we mensen met een slim stadsontwerp verleiden tot meer bewegen? Hoe zorgen we voor voldoende flexibiliteit en creëren we omgevingen die soepel nieuwe oplossingen in het bestaande stedelijk weefsel toelaten?

Implicaties voor vastgoed

Behalve voor beleidsmakers, huisvestingsadviseurs en ontwerpers kunnen ook huisvestingsmanagers en facilitair managers een belangrijke bijdrage leveren aan het betaalbaar en toegankelijk houden van kwalitatief goede zorg. Niet alleen door hun expertise in te brengen in de ontwerpfase, implementatiefase en beheerfase van ingrepen in gebouwen, faciliteiten en diensten. Maar ook door op een strategisch niveau samen met politici, (macro)economen, sociologen, filosofen, ontwerpers, adviseurs, opdrachtgevers, medici en patiënten mee te denken over de wijze waarop facilitaire middelen kunnen bijdragen aan een eenvoudiger en toegankelijker zorgaanbod door alle schaalniveaus heen, internationaal, landelijk, stedelijk, op wijk- en buurtniveau en thuis. Door nieuwe vormen van overleg, communicatie en samenwerking in te zetten moet het mogelijk zijn om de verkokering tussen de ruimtelijke ordening en de zorg te doorbreken, over de eigen belangen heen te stappen en een win-win situatie te creëren. Het inzetten van scenario denken in ontwerpend onderzoek lijkt een probaat middel om nieuwe mogelijkheden te exploreren. Waar zijn toch de ontwerpprijsvragen gebleven die destijds door het Bouwcollege werden georganiseerd om innovaties aan te jagen? Er gaan geruchten over een nieuwe prijsvraag in 2016. Wie loopt zich warm?

Bronnen

- Kloeze, J. (2015), Einde ziekenhuis als brandpunt zorg. Infrastructuur naar de wijk. *Boardroomzorg*, no. 1, februari 2015, 24-26.
- Prevosth, J., Van der Voordt, T., Doets, M. (2012), Het creëren van een healing environment. Sturen op een gastvrij zorggebouw. *FMM Guide 2013* (19) 22-27. Amsterdam: WEKA Uitgeverij.
- Prevosth, J.M., en Van der Voordt, D.J.M. (2011), *Sturen op een gastvrij Albert Schweitzer ziekenhuis. Invloed van de gebouwde omgeving*. Delft: Faculteit Bouwkunde TU Delft, en Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht/Zwijndrecht.
- Van der Zwart, J. (2014), *Building for a better hospital. Value-adding management & design of health care real estate*. PhD thesis, Faculteit Bouwkunde TU Delft.
- Van der Voordt, T. (2014), Integraal sturen op ontwerp en beheer van ziekenhuizen. *Facility Management Magazine*, december 2014, pp. 42-45.

Theo van de Voordt is universitair hoofddocent in Corporate Real Estate Management aan de Faculteit Bouwkunde van de TU Delft en senior onderzoeker bij het Delftse Center for People and Buildings, een kenniscentrum op het gebied van werk en werkomgeving. Zijn onderzoek richt zich op transformatie en herbestemming als middel tegen leegstand van kantoren, sturen op toegevoegde waarde van vastgoed voor organisaties, zorgvastgoed, en gebruik en beleving van kantooromgevingen die Het Nieuwe Werken toepassen.

Johan van der Zwart studeerde Architectuur aan de TU Delft en werkt als Postdoc Architecture & Health aan de Faculteit Architectuur van de NTNU Universiteit Trondheim (Noorwegen). Daarnaast werkt hij aan de afronding van zijn master Zorgmanagement bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij promoveerde in 2014 bij de afdeling Real Estate Management van de TU Delft op het proefschrift *Building for a better hospital, value-adding management & design of healthcare real estate*.