



Nu nog lekker in de zon, straks terug naar hun 1- of meerbedskamer in het ziekenhuis. (foto Robin Utrecht)

door

**NO NONSENSE FABRIEK OF EXCELLENTE ZORG**



Lisa Bruijntjes



Theo vd Voordt



Caroline Vrij

# Zoektocht naar mix 1- of meerbedskamers

1-bedkamers zijn 'hot'. Bij nieuwbouw kiezen ziekenhuizen vaak voor 100 procent 1-bedkamers. In bestaande ziekenhuizen worden meerbedskamers op de verpleegafdelingen (deels) vervangen. Voor Roger Ulrich, voorloper in onderzoek naar healing environments, is het duidelijk: 1-bedkamers zorgen voor privacy en minimaliseren het risico op infectieoverdracht, dus weg met de meerbedskamers. Maar is de keuze voor kamertypes echt zo eenvoudig? Hoe kunnen bestuurders tot een weloverwogen en breed gedragen keuze komen?

**D**eze vraag was aanleiding voor een afstudeeronderzoek naar argumenten vóór en tégen 1- en meerbedskamers en of/hoe deze argumenten worden meegenomen in de besluitvorming (Bruijntjes, 2014). Naast literatuurstudie is gebruik gemaakt van plattegrondanalyses van vijf ziekenhuizen en 30 interviews met experts, raden van bestuur, zorgmanagers en bouwprojectleiders.

Tabel 1 toont de verhouding 1-/meerbedskamers in de vijf onderzochte ziekenhuizen. Ter vergelijking: in 2007 was de verhouding over heel Nederland gemeten (9420 bedden) 37 procent 1-bedskamers, 30 procent 2-bedskamers, 30 procent 4-bedskamers en 3 procent 5- of 6-bedskamers (CBZ 2007). In ziekenhuizen gebouwd na 2000 lagen deze percentages op 40 procent

1-bedskamers, 35 procent 2-bedskamers en 25 procent 3-4-bedskamers.

## Afwegingscriteria

Als je het aan de patiënten zelf vraagt, blijken de meningen over 1- of meerbedskamers verdeeld. Van Baarsen (2012) vond bij 58 procent van zijn geënquêteerden een voorkeur voor een 1-bedskamer, tegen 31 procent voorkeur voor een 2-bedska-

Tabel 1: Percentage 1-/meerbedskamers in vijf onderzochte ziekenhuizen

	1 bed	2 bedden	3 bedden	4 bedden
Medisch Centrum Alkmaar (nieuwbouw)	93,3			6,7
Deventer Ziekenhuis	43,7	18,5	37,8	
Reinier de Graaf Groep, Delft	42,3			58,7
Erasmus Medisch Centrum Rotterdam	100			
Meander Medisch Centrum Amersfoort	100			

mer en 11 procent voorkeur voor een 4-bedskamer. In onderzoek van Hilgers (2007) had 42 procent voorkeur voor een 1-bedkamer; 29 procent prefereerde een meerbedskamer. De rest was neutraal. Bos (2012) vroeg ook naar de voorkeur voor 3-bedskamers: 5 procent van zijn geïnterviewden koos hiervoor, tegen 37 procent voorkeur voor 1-bedskamers, 28 procent voor 2-beds en 30 procent voor 4-bedskamers. Stel je dezelfde vraag aan mensen die wel eens in een 1-bedkamer hebben gelegen, dan kiest volgens Ulrich 95 procent een volgende keer weer voor een 1-bedkamer. De voorkeur voor 1-bedskamers komt vooral voort uit de voordelen van meer rust en privacy. Meerbedskamers zijn populair vanwege de sociale contacten en de verwachting dat een medepatiënt in geval van nood hulp biedt of personeel inschakelt. Op een 1-bedkamer neemt een arts gemiddeld meer tijd voor de patiënt dan op een meerbedskamer: 4,6 minuten versus 2,6 minuten (Hilgers 2007).

1-bedskamers nemen per bed wel meer ruimte in. Dit vertaalt zich in hogere investeringskosten en exploitatiekosten per bed. In een eerder afstudeeronderzoek vergeleek Leenders (2000) drie varianten: een nulvariant met 40 procent 1-bedkamers, 35 procent 2- en 25 procent 4-bedskamers, een middenvariant van 50 procent 1- en 50 procent 2 bedskamers, en een "extreme" variant met 100 procent 1-bedskamers. Het bruto vloeroppervlak van de afdeling nam nave-

nant toe met respectievelijk 8 procent en 36 procent ten opzichte van de nulvariant. Looplijnen namen toe met respectievelijk 11 procent en 24 procent. Meer wanden en meer sanitair dreven de bouwkosten per m<sup>2</sup> op met respectievelijk 3 procent en 14 procent; per afdeling was dit zelfs 12 procent en meer dan 50 procent!

De literatuur (met name Ulrich & Zimring, 2004) biedt een overzicht van 16 factoren die ook in de onderzoeksgesprekken naar voren zijn gekomen, geclusterd naar hard/zacht en gebouw/zorg. Harde factoren zijn redelijk objectief vast te stellen. Zachte factoren zijn dat minder en de waardering ervan kan per individu sterk verschillen. Patiëntvoorkeuren variëren onder meer per leeftijd en ziektebeeld (Van Heel, 2005). Qua veiligheid legt de ene bestuurder de nadruk op infectiereductie, terwijl een ander een extra paar waakzame ogen op de patiënt zwaarder vindt wegen.

### Visie

In de praktijk worden alle factoren in meerdere of mindere mate meegenomen in het besluitvormingsproces. Hoe zwaar de factoren wegen, hangt zowel af van de bestuursvisie in het desbetreffende ziekenhuis als van contextuele factoren zoals de financiële situatie en concurrentie van nabijgelegen ziekenhuizen. Op basis van de 16 factoren kunnen vier ideaaltypische varianten worden onderscheiden, zie fig.1 op de volgende pagina. Deze vierdeling bouwt voort op de indeling van Van Geest (2005).

De no-nonsense fabriek staat voor zoveel mogelijk productie draaien en zoveel mogelijk opbrengst genereren. De nadruk ligt op efficiency, doelmatig-

Op een 1-bedkamer neemt een arts gemiddeld meer tijd voor de patiënt

heid, kostenreductie, productiviteit en winstgevendheid. Veel 1-bedskamers zal dan al gauw te duur worden gevonden. Het imago ziekenhuis is meer gericht op het externe en interne imago van het ziekenhuis. Denk hierbij aan investeerders, verzekeraars en gebruikers. Architectuur en uitstraling zijn belangrijke aspecten, evenals keuzevrijheid voor de patiënt. In het ziekenhuis met de visie klant is koning staan de patiënten centraal en worden ook de voorkeuren van de medewerkers zwaar meegewogen. De verdeling 1-, 2- 3- en 4-bedskamers zou hier samen met de patiënten en personeel moeten worden vastgesteld. Een ziekenhuis volgens het excellente zorg principe zal de nadruk leggen op het optimaliseren van het zorgproces. Hier zijn de werkstromen het belangrijkste uitgangspunt, en medisch specialisten en ander zorgpersoneel de belangrijkste stakeholders.

### Implementatie

Hoe kunnen deze inzichten nu vertaald worden in besluitvorming? Denkbaar is om hierbij de volgende stappen te bewandelen:

## Meer wanden en meer sanitair drijven de bouwkosten per m2 op

- \_ RvB bepaalt welke stakeholders in de besluitvorming worden betrokken: het topmanagement, afdelingshoofden, medisch specialisten, verplegend personeel, patiënten, facilitaire medewerkers, externe stakeholders zoals zorgverzekeraars, etc.
- \_ RvB stelt vast welk van de vier basisstrategieën het dichtst ligt bij de eigen visie.
- \_ Organiseer per functiegroep één of meer workshops.
- \_ Vraag de functiegroepen om op voorhand aan te geven wat zij als

ideale verdeling zien voor 1-, 2-, 3- en 4-bedskamers. Vraag hen vervolgens om individueel stap 5 en/of stap 6 uit te voeren.

- \_ Vraag de functiegroepen een reeks tegenovergestelde stellingen te prioriteren, zie voor een voorbeeld tabel 2 met tegengestelde focuspunten, door ze in volgorde van meest belangrijk (6) tot minst belangrijk (1) te zetten. De uitkomst van de prioritering laat zien waar men zich in het kwadrantenmodel van figuur 1 bevindt.
- \_ Vraag de functiegroepen voor elk van de 16 afwegingscriteria uit tabel 3 te bepalen welke kamerverdeling hierbij het best past door per afwegingscriterium 12 punten te verdelen over 1-, 2-, 3-

en 4-bedskamers. De uitkomst geeft een indicatie van welk type kamer men het best bij welk kwadrant vindt passen.

- \_ Visualiseer de uitkomsten van stap 5 en 6.
- \_ Leg de uitkomsten van de verschillende functiegroepen naast elkaar en stel overeenkomsten en verschillen vast. Beleg desgewenst een bijeenkomst met vertegenwoordigers van de verschillende stakeholdersgroepen waarin de visie van het ziekenhuis en de verschillende functiegroepen worden besproken.
- \_ Neem als RvB een goed onderbouwd besluit over de 1-, 2-, 3- en 4-bedskamers.

### Tot besluit

De gebruikte modellen zijn hulpmiddelen om de besluitvorming te structureren en alle afwegingsfactoren expliciet in de besluitvorming mee te nemen. Daarmee komt een discussie op gang en krijgen de verschillende actoren de gelegenheid zich uit te spreken. Uiteindelijk moet een beslissing worden genomen waar wellicht niet iedereen volledig achter zal staan. Een zorgvuldig besluitvormingsproces en een goed beargumenteerde keuze vergroten wel de kans op een breed draagvlak.

De voorgestelde werkwijze is eenmalig getest aan de hand van een online enquête en bleek goed te werken. Wel zijn opmerkingen gemaakt over het uitleggen van de gehanteerde begrippen. Sommigen vonden het scoren op de stellingen te lang duren. Het koppelen van aspecten aan voorkeur-



Figuur 1: Vier basisstrategieën voor algemene ziekenhuizen

Tabel 2: Tegengestelde focuspunten	
Nadruk op financieel aspect	Nadruk op wensen van de patiënt
Gebruik het ziekenhuis als strategisch vastgoed	Geef gehoor aan de voorkeuren van de patiënten
Het budget is bepalend voor wat kan en mag in het ontwerp	De vraag van de patiënt is leidend bij alle ontwerpkeuzes
Minimaliseer de investering in stenen	Zorg voor een zo comfortabel mogelijk verblijf voor de patiënten

Tabel 3: Puntenverdeling

Verdeel per aspect 12 punten onder 1-, 2-, 3- en 4-bedskamers. Zo wordt de relatie tussen de aspecten en de keuze voor een bepaald type kamer vastgelegd. Hoe meer stakeholders (van verschillende ziekenhuizen) hun voorkeuren invullen, des te beter kamertypes aan aspecten kunnen worden verbonden (stap 6).

	Voorkeur op basis van 16 aspecten	1-bed	2-bed	3-bed	4-bed	totaal
1	Investeringskosten reduceren					12
2	Opbrengsten genereren					12
3	Mogelijkheid om extra service te bieden					12
4	Flexibiliteit van de verpleegafdeling					12
5	Openheid en overzicht creëren					12
6	Versterken concurrentievermogen					12
7	Positief imago voor verzekeraars en investeerders					12
8	Creëren van een healing environment					12
9	Voorkeur van patiënten					12
10	Privacy tijdens gesprekken en behandelingen					12
11	Tevredenheid medewerkers					12
12	Gevoel van veiligheid bij patiënten en personeel					12
13	Minste risico op infectie overdracht					12
14	Efficiënte werkstromen					12
15	Flexibiliteit t.a.v. andere werkwijzen					12
16	Arbeidsproductiviteit zorgpersoneel					12
	Totaal aantal punten per aspect					

Een voorbeeld: Bij het afwegingscriterium veiligheid scoort de 1-bedskamer bijvoorbeeld 6 punten en de meerbedskamers ieder 2 punten. Motivatie: er zullen minder infecties voorkomen op 1-bedskamers terwijl sociale controle juist op de meerbedskamers tot veiligheid zal leiden. Infectiepreventie wordt hier dus hoger gewaardeerd.

percentages voor 1-, 2-, 3- of 4-bedskamers bleek vrij lastig. Dit laat zien dat het helder beargumenteren van een voorkeurkeuze niet eenvoudig is. Een vervolgstap kan zijn om de toepassing in de praktijk te monitoren en de stappen met bijbehorende tools (stellingen, keuze uit focuspunten, toekennen van een verdeelsleutel per aspect) zo nodig aan te passen of te verfijnen. Een andere interessante vervolgstap is uitgebreid patiëntenonderzoek naar patiëntvoorkeuren en -ervaringen en verbanden met leeftijd, geslacht, opleiding, ziektebeeld en eerdere ervaringen met een ziekenhuisopname. Een online enquête onder de patiënten van verschillende ziekenhuizen of klanten van grote verzekeraars kan hier uitkomst bieden. Wie durft? |

Lisa Bruijntjes is in 2014 op dit onderwerp afgestudeerd aan de Faculteit Bouwkunde van de TU Delft, afdeling Real Estate & Housing en werkt sinds die tijd bij Cure+Care consultancy. Theo van der Voordt is als universitair hoofd-

docent verbonden aan dezelfde afdeling. Caroline Vrij is werkzaam bij Cure+Care Consultancy. Het onderzoek is mede begeleid door Jan Pleunis van C+C en door Cor Wagenaar, Faculteit Bouwkunde TU Delft.

### Referenties

- Bruijntjes, L. (2014), *Ziekenhuisvastgoed. Samen of alleen?* Afstudeerscriptie Faculteit Bouwkunde TU Delft.
- Dowdeswell, B., Erskine, J., & Heasman, M. (2004), *Hospital ward configuration, Determinants influencing single room provision*. England: NHS Estates.
- Hilgers, E. (2007). *Andere zorg met eenbedskamers*. [www.erasmusmc.nl/nieuwbouw](http://www.erasmusmc.nl/nieuwbouw).
- Leenders, L. F. (2010), *Ziekenhuizen in competitie*. Afstudeerscriptie Faculteit Bouwkunde TU Delft.
- Ulrich, R., & Zimring, C. (2004), *The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity*. The Center for Health Design,
- Van Geest, J. (2005), *Kamerbesluiten voor ziekenhuizen van de 21ste eeuw*, Erasmus Universiteit Rotterdam.