

Integraal sturen op ontwerp, bouw en beheer van ziekenhuizen

Op 16 oktober promoveerde Johan van der Zwart op het onderwerp ‘Building for a better hospital: value-adding management & design of healthcare real estate’. Een dag later lieten vier gerenommeerde experts hun licht schijnen over ditzelfde onderwerp. Een impressie van de bevindingen.

Tekst: Theo van der Voordt

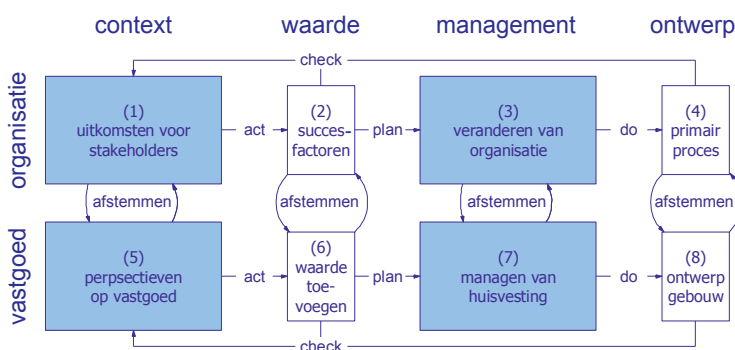
In de zorgsector heerst veel onzekerheid. De stelselwijziging heeft niet alleen ingrijpende gevolgen voor de aanbodsturing en het zoeken naar een goede match met de vraag naar zorg, maar ook op het ontwerpen, bouwen en beheren van zorghuisvesting. Hoe stuur je deze processen het beste aan? Wanneer kun je spreken van een goed gebouw dat waarde toevoegt aan de organisatie? Hoe toets je of de uitgangspunten en doelstellingen adequaat zijn verwerkt in een ontwerp? Hier ligt een mooie uitdaging voor een promovendus. Een paar jaar geleden heeft Johan van der Zwart de handschoen opgepakt. Zijn noeste arbeid heeft geresulteerd in een fraai en kloek proefschrift.

In zijn studie besteedt Van der Zwart veel aandacht aan het verbinden van inzichten en tools uit de literatuur over zorgmanagement en vastgoedmanagement. De bevindingen zijn samengevat en gevisualiseerd in een metamodel voor huisvestingsmanagement dat ook voor andere sectoren toepasbaar lijkt (figuur 1).

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. op welke manier 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. Hierin zijn bestaande modellen uit de organisatietheorie (met name het INK-model) en vastgoedtheorie (met name CREM: Corporate Real Estate Management) als het ware geassembleerd tot een geïntegreerd model, dat de verbanden zichtbaar maakt. Zijn opleiding tot architect en werkervaring als landschapskundig onderzoeker motiveerde Van der Zwart tot een apart deel over ontwerponderzoek: hoe maak je toegevoegde waarden zoals patiënttevredenheid zichtbaar, bespreekbaar en toetsbaar in een ontwerp?



Figuur 1: Metamodel voor huisvestingsmanagement in de zorg.



Beeldimpressie van het University Medical Centre in Hamburg-Eppendorf.

Het laatste deel van het proefschrift presenteert een toolbox, een gereedschapskist met instrumenten voor een context-analyse, organisatie-analyse, het exploreren en prioriteren van toegevoegde waarden van vastgoed, een matrix die waarden en maatregelen met verschillende stakeholders verbindt, en technieken voor ontwerpanalyse. De inzichten, modellen en instrumenten zijn geïllustreerd met en getoetst in praktijkcases. Alles bij elkaar een fraai boekwerk, dat niet altijd snel en gemakkelijk te lezen is, maar veel waardevolle handvatten aanreikt voor een weloverwogen huisvestingsbeleid.

Vier lezingen

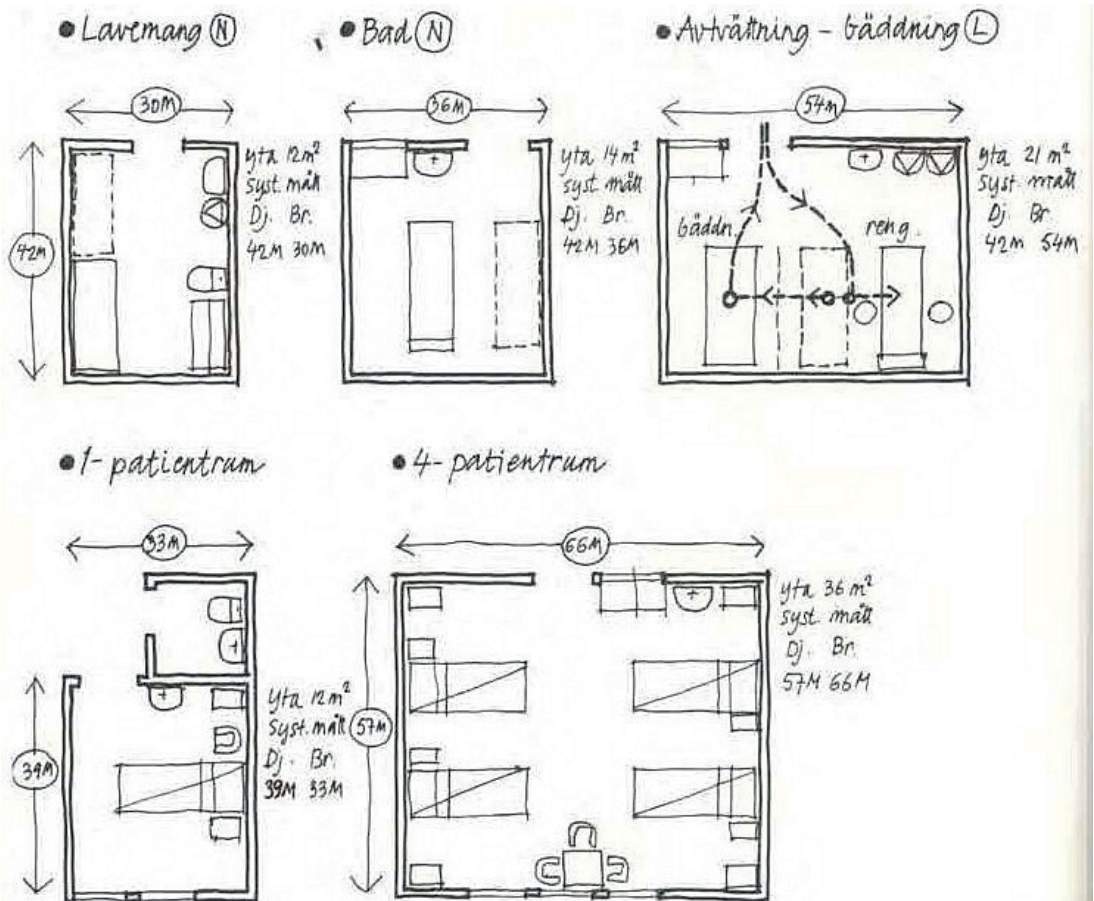
Een proefschrift moet verdedigd worden tegenover een commissie. Dat bood de gelegenheid om een dag na de verdediging een symposium te organiseren, waarin vier commissieleden hun visie en werk presenteerden. Christine Nickl-Weller, hoogleraar aan de Technische Universität Berlin en partner in een eigen architectenbureau, presenteerde een aantal constanten en veranderingen in de geschiedenis van het ziekenhuisontwerp. Haar '10 These' over daglicht, groen, identiteit, ruimtelijke oriëntatie, keuzevrijheid, esthetiek, ethiek en het ziekenhuis als een stad vertonen veel verwantschap met de kernbegrippen uit de literatuur over *Hea-*

ling Environments. Interessant waren de voorbeelden van ziekenhuizen in Kopenhagen, St. Petersburg, Miesbach, Heidelberg, Hamburg en Frankfurt. Wie hier meer over wil weten verwijst ik naar het recent verschenen en rijk geïllustreerde boek *Healing Architecture*, dat Nickl-Weller samen met haar partner Hans Nickl schreef.

Roland Bal van de Erasmus Universiteit Rotterdam verraste het publiek met een intelligent en creatief pleidooi voor meer aandacht

‘Het inzetten van scenariodenken in ontwerp onderzoek lijkt een probaat middel om nieuwe mogelijkheden te exploreren’

voor *Place for Space* in zorgbeleid. 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



Voorbeelden van maatstudies.

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.

Als derde spreker gaf James Barlow van het Imperial College London zijn visie op *The added value of healthcare infrastructure*. Veel indruk maakten zijn cijfers over de wereldwijd optredende vergrijzing, ontwikkelingen in de vraag naar zorg onder invloed van nieuwe kennis en medisch-technologische mogelijkheden en techniek als middel om het tekort aan personeel te compenseren. Uit de UK kwamen plaatjes voorbij van schrikbarende zorgomgevingen. Met zijn uitdagende stelling dat de prachtige gebouwen van Nickl-Weller niet altijd nodig zijn om iemand adequaat te kunnen behandelen en we wereldwijd veel meer geld aan zorg uitgeven dan we ons kunnen veroorloven, zette hij de boel aardig op scherp. Volgens Barlow geven we aan zorginfrastructuur ongeveer net zoveel uit als aan medische apparatuur. Hij pleit daarom voor

procesinnovaties, een verschuiving van ziekenhuisgerichte zorg naar patiëntgerichte zorg, en meer *remote care* en *telehealth* ondersteund door eenvoudige en mobiele technologie.

Ten slotte gaf Peter Fröst, directeur van het Center for Healthcare Architecture (CVA) aan de Chalmers University Göteborg een overzicht van afgesloten en lopend onderzoek naar ziekenhuisbouw. In aansluiting op de roep om *Evidence Based Design* proberen Fröst en zijn team samen met focusgroepen van patiënten en medewerkers empirisch onderbouwde richtlijnen te ontwikkelen voor verlichting, hygiëne, 1-bedskamers en verpleegunits. Dit laatste zorgde wel voor een Déja-vu-gevoel, alsof de functionele beoordelingsmaatstaven van het vroegere Bouwcollege in een nieuw jasje worden gestoken.

Reflectie

In het slotdebat onder leiding van prof. Hans de Jonge werd onder meer gediscussieerd over nut en noodzaak van flexibiliteit, constanten en veranderingen, de noodzaak om multi- en interdisciplinair na te denken over de toekomst, en de invloed van de nationale en lokale cultuur op

ziekenhuisbouw. Een aantal deelnemers aan het symposium was bereid om na afloop gezamenlijk terug te blikken en te bespreken wat was opgevallen.¹ De in de lezingen 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 men het eens over 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. Dit vraagt om modellen die om de vijf tot tien jaar een ingreep toelaten. Centralisatie of decentralisatie blijft een heikel thema. De meningen hierover verschillen en veranderen in de tijd. Enerzijds ontwikkelen ziekenhuizen zich steeds meer tot netwerkorganisaties met een onderlinge taakverdeling op basis van expertise en zorgproductie. Een ziekenhuis kan en hoeft dan niet alle mogelijke zorg zelf te kunnen aanbieden. Dit kan leiden tot schaalverkleining. Anderzijds zien we een concentratie van topzorg in bijvoorbeeld het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht. Er is nog veel onderzoek nodig om te weten welke effecten dit heeft op zorg en gezondheid. Wat erg aansprak 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 dichtbij huis en meer aandacht te besteden aan preventie. Bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van mobiele ICT voor decentrale zorg en zelfsturing als onderdeel van een zorgcontinuüm. Voorbeelden zijn 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 wel om inzicht in wat daadwerkelijk preventief werkt en ondersteunend is en wat mogelijk tot een additionele zorgvraag leidt, vanuit het motto meten is weten is je gedrag veranderen of juist om extra zorg vragen. 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 FM en CREM

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-winsituatie te creëren.

Het inzetten van scenariodenken in ontwerpend onderzoek lijkt een probaat middel om nieuwe mogelijkheden te exploreren. Waar zijn toch de ontwerprijstvragen gebleven die door het Bouwcollege werden georganiseerd? Er gaan geruchten over een nieuwe prijsvraag in 2016. Laten we ons alvast warmlopen!

¹ Voor dit artikel is gesproken met Femke Feenstra, architect en partner bij de Jong Gortemaker Algra architecten en ingenieurs; Elisa van Poelgeest, voormalig zorgmanager en thans onderzoeker/projectleider Healthcare and Aging bij de TU Delft; Joram Nauta, onderzoeker bij TNO, Dutch Centre for Health Assets; Joost Willems, huisvestingsadviseur en partner bij ptg advies; en Marije Talstra, senior adviseur Zorg bij Twynstra Gudde.
