

Thema

Colette Niemeijer

Droomziekenhuis

81

Tjeerd Haccou

Vier-onder-een-kap

84

Oscar Vos

Specifieke ontwerpen en generieke kwaliteit

92

Ontwerpen aan zorg

Droomziekenhuis

De ontwerpogave voor de zorg gaat verder dan het aanpassen van de voorzieningen naar de huidige stand van de techniek en architectonische denkbeelden. Ze moet voor een groot deel worden gezocht in het opnieuw inrichten van de processen rondom het medisch handelen zelf. Van architecten wordt dan ook verwacht dat ze op zoek gaan naar de vragen die achter een actuele ontwikkel- en bouwopgave liggen en dat ze de urgentie hiervan inzien. Samenwerking met andere experts zet hierbij de toon.

Auteur Colette Niemeijer

De gezondheidszorg moet de komende jaren sterk veranderen, wil ze op termijn voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijven. Als gevolg daarvan gaat het ziekenhuis verdwijnen zoals wij dat tot nu toe kennen. De ziekenhuiszorg staat voor de opgave bedrijfsconcept en bedrijfsprocessen aan te passen. Voortaan moet het gaan over hogere kwaliteit van patiëntenzorg, grotere doelmatigheid en continuïteit.¹ Zieken dienen in deze constellatie zo veel mogelijk thuis te worden verzorgd. Wat overblijft zijn de behandelhuizen. Dit zijn de gevolgen van het door de overheid gevoerde beleid van marktwerking, concentratie en spreiding van de zorg.² Hierbij worden ziekenhuizen vervangen door interventiecentra voor acute en complexe zorg. Planbare zorg wordt dichterbij de patiënt in de wijk ondergebracht.

Architectuur kan een belangrijke rol spelen bij de komende veranderingen die in de organisatie van ziekenhuizen worden doorgevoerd. De wijze van zorgverlening en de gebouwen waarin deze plaatsvindt, zijn sterk met elkaar verweven. Idealiter wordt het toekomstige bedrijfsconcept voor een ziekenhuis opgebouwd vanuit demografische ontwikkelingen, ziektebeelden, medische ontwikkelingen en medische expertise. Pas daarna kan een passend gebouw worden gerealiseerd: niets meer en niets minder dan een droomziekenhuis.

Ziekenhuizen zijn echter gebonden aan tal van bestaande randvoorwaarden, zoals contracten met verzekeraars en medisch specialisten, maar ook aan de bestaande gebouwen met de bijhorende financiële verplichtingen. Dat bemoeilijkt het doorvoeren van de gewenste veranderingen.

De ziekenhuizen die recent hebben gebouwd of nu aan het bouwen zijn, koersen doorgaans op volledig vervangende nieuwbouw of op grootschalige renovaties. Hiermee zijn grote investeringen gemoeid, die een wissel trekken op de toekomst. Deze financiële lasten leiden tot stilstand op het gebied van innovatie. Ziekenhuizen vernieuwen hun gebouwen elke veertig jaar en renoveren ze elke twintig jaar. Dit is mede ingegeven door de afschrijvingstermijn die voor de investeringen worden gehanteerd. De kansen voor een nieuwe werkwijze en een grote sprong voorwaarts doen zich dus eens in de twintig jaar voor. Deze grote innovatiegolf wordt door zorgorganisaties in de praktijk als bedreigend ervaren.

Geringe veranderbaarheid

De nieuwe, mogelijke werkelijkheid is wellicht als droom goed denkbaar, maar wordt door velen niet als realistisch gepercipieerd. Technologische toepassingen die in de nieuwe situatie vanzelfsprekend zijn, zoals volledig online beschikbare

patiëntgegevens, worden afgedaan als onveilig. De op de wand via een touchscreen oproepbare beelden doen het goed in de promotiefilms van de sector, maar de ICT in de ziekenhuizen blijkt vaak ver achter te lopen op die van andere industrieën. En keuzevrijheid en marktwerking waarbij de patiënt zelf op basis van een afweging van kwaliteit en concurrerende tarieven zijn behandelaar kiest, worden afgedaan als zaken die slechts voor een beperkt publiek gelden. Zelfs Achmea constateert dat patiënten geen zicht hebben op de kwaliteit van ziekenhuizen.³

De veranderbaarheid in ziekenhuizen is echter niet voor niets zo laag. De zorg en het medische resultaat moeten nu eenmaal worden gegarandeerd. Als het niet zeker is dat de

.....
De kansen voor een nieuwe werkwijze en een grote sprong voorwaarts doen zich eens in de twintig jaar voor
.....

droom werkelijkheid kan worden, dan vormt de bestaande situatie in ieder geval wel een garantie op een goed medisch resultaat. Veranderingen en innovatie vinden idealiter plaats via een geleidelijk proces en niet via een 'big bang'. Nieuwbouw of verbouw bieden daar ruimte voor, maar werken ook als katalysator.

De zorg kan pas structureel verbeteren als ze zich organiseert rondom en vanuit de medische conditie van de patiënt.⁴ Om dit te kunnen bewerkstelligen, moet een ziekenhuis beschikken over de juiste informatie. Momenteel is deze informatie verspreid over verschillende systemen en bovendien is ze lang niet altijd compleet. Deze informatie is niet alleen nodig voor het goed ordenen van processen, maar ook voor de registratie van het medisch handelen zelf. Fouten en onnodige handelingen zijn te vermijden als informatie consistent wordt opgeslagen. Zo ontstaat een beter inzicht in en controle op de beschikbaarheid van de juiste middelen en mensen op de juiste plek.

Digitalisering leidt tot andere werkprocessen. Ze vermindert de noodzaak tot de fysieke nabijheid van medische professionals. Ook leidt ze tot een kortere verblijfsduur van patiënten in een ziekenhuis. De mate waarin ziekenhuisorganisaties in staat zijn hun gegevens en werkprocessen te digitaliseren, is dus bepalend voor de omvang van de voorzieningen, zoals het aantal OK's en het aantal bedden, en daarmee voor de samenhang die een gebouw dient te krijgen. Dit heeft vergaande consequenties voor het ontwerp van ziekenhuisgebouwen.

Gezondheid en gedrag

De opgave voor een nieuw ziekenhuisgebouw of een grote renovatie wordt vaak opgevat als het actualiseren van de voorzieningen in het gebouw naar de huidige stand van de

techniek en architectonische denkbeelden. De kern van de opgave is echter structureel anders en ligt in het opnieuw inrichten van de processen rondom het medisch handelen zelf. Wil de gezondheidszorg duurzaam betaalbaar en beter worden, dan dienen in de eerste plaats behandelingen zo veel mogelijk te worden voorkomen. Diagnostiek, preventie en leefstijl spelen hierbij een belangrijke rol. Door het streven de zorg toegankelijker te maken en dichter bij de (potentiële) patiënt te brengen, verschuift de oriëntatie van 'zorg en ziekte' naar 'gezondheid en gedrag'.⁵ Als vervolgens toch een behandeling noodzakelijk is, dan moet dit tijdig gebeuren met een zo kort mogelijke verblijfsduur in een ziekenhuis. Het ziekenhuis dient dan vooral gericht te zijn op het organiseren van de juiste mensen, middelen en voorzieningen in een bepaald tijdslot. Daarbij is het van belang dat voorspelbare en onvoorspelbare patiëntcategorieën van elkaar worden gescheiden.

In deze herordening van zorgprocessen spelen ook de positie van het ziekenhuis in de regio en het type behandelingen een rol. Niet alles kan overal meer worden gedaan. Veel behandelingen vergen een kritische samenhang tussen deskundigen, ondersteuners en voorzieningen, 24 uur per dag. Vanuit de gedachte van concentratie en spreiding moet ook in aanmerking worden genomen dat voor bepaalde ingrepen steeds hogere volumennormen gaan gelden. Dit betekent dat niet elke specialist nog bekwaam is om alle behandelingen op zijn vakgebied uit te voeren.⁶ Er ontstaat druk op de kritische massa van medici en hoogopgeleide verpleegkundigen die nodig zijn om met name de 24-uurszorg te kunnen leveren. Het antwoord op de vraag hoe de zorg zich moet concentreren en spreiden, is niet zomaar te geven. Het vraagstuk van hoe de zorg het best kan worden vormgegeven, kan niet op ziekenhuisniveau worden opgelost en vereist een schaa sprong. De crux van de realiseerbaarheid zit ook hier in de details. Dit maakt dat elke ziekenhuisopgave uniek is. Verder is de wet- en regelgeving op dit gebied voortdurend aan veranderingen onderhevig. De gezondheidszorg zit in de constante spagaat tussen enerzijds de eisen van betaalbaarheid ervan en anderzijds de vraag naar hoge kwaliteit met een lage faalkans.

Ten slotte is ook het traject van revalidatie en herstel een aanzienlijke kostenpost in de zorg. In die gevallen waarbij behandeling en verblijf onvermijdelijk zijn, moet men het nazorgtraject zo beperkt mogelijk zien te houden. Ook hiervoor is een tijdige en passende behandeling nodig, door de juiste behandelaars, 24 uur per dag.

Van bouwopgave naar strategisch verandervraagstuk
Een architect moet zich realiseren dat de ruimtelijke conditie van ziekenhuizen niet meer uit voorgaande archetypen van

ziekenhuisgebouwen is af te leiden. Het ziekenhuis weet zelf nog niet welke zorg het in de toekomst gaat leveren en aan wie. Dat roept de vraag op waar het beroep van de architect begint en eindigt. Zegt een architect tegen een ziekenhuisorganisatie: schrijf maar op wat je wilt, dan maak ik het wel? Of gaat hij op zoek naar de vraagstelling achter en de urgentie van de ontwikkel- en bouwopgave? Kan van een ziekenhuisorganisatie worden verwacht dat ze zomaar in staat is het droomziekenhuis te concretiseren? Noch de architect noch de ziekenhuisorganisatie is op dit gebied momenteel voldoende geëquipeerd. Waar de architect eens de bouwheer was die zijn opdrachtgever begeleidde in diens nieuwe bedrijfsplan en dit omzette naar een architectonisch idee, is dat nu voor vele architecten een vervlogen droom.

In de nota Werken aan ontwerpkracht, die daags na Prinsjesdag is gepubliceerd, roepen vijf ministeries op architectuur zodanig te positioneren dat ontwerpen een essentiële vaardigheid wordt voor het oplossen van complexe problemen.⁷ Het rijk ziet voor zichzelf een voorbeeldrol bij het inzetten van deze ontwerpkracht. Deze geambieerde voorbeeldrol staat echter ter discussie, aangezien alle overheidsopdrachten Europees moeten worden aanbesteed. De rol van de architect, een paar uitzonderingen daargelaten, is daardoor de afgelopen jaren uitgehold. In tal van gevallen is de architect niet meer dan een loopjongen van consortia waarin projectontwikkelaars, bouwmanagers en aannemers de boventoon voeren.⁸

De vraag is of een complexe huisvestingsopgave, zoals die van een ziekenhuis, alleen een ontwikkel- en bouwopgave is.

.....
Een grote metamorfose biedt een uitgelezen kans om de zorg toekomstbestendig te vernieuwen
.....

Gezien de herordening van de zorg dient het architectonisch ontwerp voor een nieuw ziekenhuis te worden benaderd als een strategisch verandervraagstuk. Hiervoor is een team van experts (waaronder de architect) nodig, dat integraal werkt aan het vormgeven van nieuwe businessmodellen en nieuwe werkconcepten, evenals aan de financiële haalbaarheid, de omzetting ervan in een architectonisch idee en het oplijnen van de stakeholders. Een dergelijk advies is per definitie strategisch van aard. Dit biedt een architect, door zich verder te verdiepen in de opgave achter de bouwopdracht, de mogelijkheid om een groot deel van zijn werkzaamheden anders te positioneren.

Het ontwerp van een ziekenhuisgebouw kan niet los worden gezien van het vormgeven van nieuwe werkprocessen in de zorg. Deze opgave is per definitie complex en multidisciplinair. Er zijn niet alleen een vastgoedadviseur en een architect nodig, maar ook een businessarchitect en een

ICT-architect. De strategische verandervraagstuk vereist dat een helder doel wordt geformuleerd en dat hiertoe verschillende competenties en stakeholders bijeen worden gebracht. Het risico is echter groot dat dit zonder een gevoel van urgentie voor snelle verandering verzandt in ideeën en grote ICT- en/of bouwprogramma's, die zelden of nooit tot het gewenste resultaat leiden. Bij nieuwbouw of structurele verbouw is maar een beperkte 'window of opportunity' aanwezig om de droom te verwezenlijken.

Plaatsbepaling van de architect

Het ontwikkel- en bouwproces moet worden aangegrepen om de noodzakelijke veranderingen in de zorg te realiseren. Het vormt door zijn eigen urgentie als vanzelf de rode lijn waarlangs de strategische veranderingen vorm en inhoud kunnen krijgen. Het gebouwontwerp ondersteunt de verbeelding van de droom en verenigt daarmee de verschillende onderdelen van de ziekenhuisorganisatie. Het geeft richting aan een gezamenlijk toekomstbeeld. Juist de architect beschikt door zijn opleiding en achtergrond over de ontwerpkracht om verleden en heden, de toekomstige realisatie en de ontwikkelingen daarna, met elkaar te verbinden. Zo kan de architect, met de juiste kennis en tools, als onderdeel van een team dat de strategische verandering leidt, weer de gewenste rol naar de opdrachtgever gaan vervullen. Eerst bij het definiëren van de opgave, en vervolgens bij het realiseren van de droom. Deze positionering is minder vrijblijvend dan ze lijkt. Elke ontwikkel- en bouwopgave voor ziekenhuisbouw moet worden aangegrepen om structurele veranderingen door te voeren en de zorg duurzaam te verbeteren. De herordening van ziekenhuiszorg vormt hierin de spil en bepaalt wat de mogelijkheden en onmogelijkheden van concentratie en spreiding zijn.

Wanneer het rijk architectuur, in de zin van ontwerpkracht, een belangrijke rol toedicht en daarbij excellent opdrachtgeverschap vooropstelt, moet de architect dit op zijn beurt afdwingen. Een grote metamorfose van ziekenhuisgebouwen biedt immers een uitgelezen kans om de zorg toekomstbestendig te vernieuwen. Hier ligt een gezamenlijke verantwoordelijkheid van opdrachtgevers, adviseurs en architecten. Het mag dan niet meer zo zijn dat een architect een ontwikkel- en bouwopgave klakkeloos accepteert en overgaat tot het ruimtelijk ontwerp, zonder zich te vergewissen van de waarom-vraag. Architecten nemen in de huidige economische crisis, als kind van de rekening, wellicht elke opdracht voor lief. In mijn optiek brengt hen dit echter verder van de kern van hun beroep af. Juist door kritisch te zijn en zich te richten op de opgave achter de ontwikkel- en bouwopdracht, kunnen zij de architectuur positioneren als een kritische vaardigheid in een strategisch verandervraagstuk bij het realiseren van het droomziekenhuis.

1 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010a), *Perspectief op gezondheid 20/20*, Den Haag: RVZ, pag. 33-35.

2 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2011a), *Medisch-specialistische zorg in 20/20. Dichtbij en ver weg*, Den Haag: RVZ, pag. 40.

3 C. Stam (2012), 'Burger heeft geen zicht op kwaliteit ziekenhuizen', *Zorgvisie*, 24 september.

4 M.E. Porter, E. Olmsted Teisberg (2006), *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*, Boston, MA: Harvard Business School Press.

5 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010B), *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*, Den Haag: RVZ, pag. 11: "Aanbod en vraag in de zorgsector, in het bijzonder burgers, patiënten en zorgprofessionals, moeten, door interne en externe ontwikkelingen met een autonoom en dwingend karakter, veranderen en wel van een oriëntatie op zorg en ziekte (ZZ) naar een oriëntatie op gezondheid en gedrag (GG). Van 'zz' naar 'gg'."

6 F. Weeda (2011), 'Goed opereren is véél opereren', interview met P.J. van den Akker, chirurg en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, *NRC Handelsblad*, 8 oktober. L.J.R. Vandermeulen et al. met aanvullingen van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012), Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg, Den Haag: Regieraad.

7 *Werken aan ontwerpkracht. Actieagenda architectuur en ruimtelijk ontwerp 2013–2016* (2012), Den Haag: ministerie van Infrastructuur en Milieu.

8 C. Weijts (2012), 'In Nederland, Excellent', *NRC Handelsblad*, 12 september 2012.