'A posteriori'

Ter gelegenheid van het afscheid van

Hans de Boer

als voorzitter van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen

'A posteriori'

Ter gelegenheid van het afscheid van

Hans de Boer

als voorzitter van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen

31 maart 2004

Colofon

Uitgave van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen
Vormgeving: H.R. Vogelaar
Realisatie: Twin Design bv, Culemborg

De artikelen zijn geschreven op persoonlijke titel.

INHOUDSOPGAVE

In- en uitpraten, mr. T. Vroon 3

De Minister van Volksgezondheid kan geen fusies maar wel het roken verbieden, mr. L.A.M. van Zenderen 5

Het zorgverzekeringsstelsel en Europa; enkele recente ontwikkelingen prof. mr. J.H. Hubben 23

Nieuwe competenties gevraagd van Europa's Bouwcolleges M. Verweij, arts 31

ZBO's: Verleden, heden en toekomst drs. L.J.M. Mimpen 37

Beter bouwen in de gezondheidszorg drs. J.J.M. Vijverberg 45

Marktwerking in de zorg en de rol van de infrastructuur drs. F. Bisschop 53

Helende omgevingen drs. H. d'Ancona 61

Zicht en uitzicht: healing environment in de praktijk ir. B. Troost-Filipovic 67

Healing art: meer dan kunst alleen? ir. L. Wessels 73

Installatie- en elektrotechnische ontwikkelingen in de gezondheidszorgbouw, ir. H.J. Nicolaas 79

Mantelzorg en de planning van zorgvoorzieningen drs. J.M. Timmermans 87

Vergrijzing en verwacht gebruik wonen en zorg drs. W.H. van Staalduinen 93

Gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg regionaal bezien drs. H.E. Post 101

Privacy in verpleeghuizen, metafoor van de Nederlandse samenleving 107
drs. A.W. Klein

Cure en care in de GGZ 115
C.J. Witte, psychiater

Moderne 'asielfunctie' 121
drs. P.S. van der Schaaf

De GGZ en de grotestadsproblematiek 131
drs. J.A.M. Elich

Het moderne, ondernemingsgerichte ziekenhuis 137
W.G. van Dorp, arts

Zelfstandige behandelcentra: booming business of modegril? 147
drs. E.G.M. Knoors

Een goddelijke comedie 153
drs. J.W.P. Schnerr

In- en uitpraten

mr. T. Vroon, algemeen secretaris

Wie afscheid neemt kijkt om. Hij vergelijkt het zijnde met wat was. Hij vergelijkt, hij proeft, hij maakt de stand op.

Wie bij het afscheid van Hans de Boer na ruim acht jaar voorzitterschap van het College voor ziekenhuisvoorzieningen en het Bouwcollege teruggaat naar de jaarverslagen van 1995 en 1996 en die vergelijkt met de actuele discussies op het terrein van de zorg, treft op het eerste zicht veel van hetzelfde aan. De thema's lijken niet veranderd: het *sturingsparadigma*, waarnaar nagenoeg elk onderwerp (tot en met de recente bouwfraude) wordt teruggevoerd, de daarmee samenhangende *dereguleringsvoorstellen* (de meldingsregeling dateert van 1996) en - ook toen - *budgettaire krapte*.

Toch bedriegt ook hier de schijn: binnen de context van deze onderwerpen zijn de posities in die tussentijd sterk verschoven en de antwoorden van beleidsmatige en politieke aard aanzienlijk anders van inhoud.

Maar er is in deze acht jaar veel meer veranderd. Allereerst het **perspectief**. Alle discussie en elke maatregel wordt geplaatst tegen de achtergrond van de voorgenomen stelselherziening die per 2006 zijn beslag moet hebben gekregen.
Een hoge ambitie en een ingrijpende operatie, die veel zal vergen in termen van vernuft, doorzicht en volharding. Ook van politieke zelfbeheersing, in confrontatie met de dominantie van het koopkrachtplaatje.
Dat op die 1e januari 2006 Utopia zal verrijzen, wachten we maar beter af. De stelselherziening is ook niet het antwoord op de wachtlijstproblemen van de afgelopen jaren, want die kwamen veelal niet uit het huidige stelsel maar uit beperkt beschikbare middelen voort.

Maar er is meer veranderd, ook **de afstand van de overheid** ten opzichte van de zorg is toegenomen. De stelselherziening moet de markt introduceren op het terrein van de zorg. Vanzelfsprekend brengt dat de overheid in een andere positie. In welke mate zal afhangen van de keuze die wordt gemaakt bij het oplossen van de al lang geleden door Arrow gesignaleerde problemen[1]. Of de klassieke lezing van artikel 22 GW zal moeten worden herzien is voorshands onzeker. In de praktijk van elke dag plaatst de rijksoverheid zich ook nu al meer en meer op een afstand. Dat maakt de vraag actueel naar haar nieuwe identiteit op het zorgterrein en naar de wijze van borgen van het publieke belang. Interessant zal ook zijn of de nieuwe grenzen waarmee de overheid haar rol afbakent bepalend zullen zijn voor de inhoud van het verkeer tussen regering en parlement. Door de sterke betrokkenheid van de bevolking bij het thema gezondheid en zorg blijkt de ook elders in Europa gecreëerde formele afstand materieel politiek niet te worden aanvaard.

Dit laatste zou ook kunnen samenhangen met een (naar het lijkt) **afgenomen waardering** voor onze gezondheidszorg. Acht jaar geleden was Nederland nog trots op zijn zorg, noemde die vooraanstaand in de wereld en koesterde zich daarin. Nu zijn er Europese studies die dit beeld corrigeren (wat daarvan overigens zij), maar ook wachtlijstdiscussies en, dichter bij huis, een aantal studies naar de kwaliteit van de infrastructuur die Nederland gunstig laten afsteken bij allerlei nieuwe EU-lidstaten, maar ook een kloof te zien geven tussen onze ambities en de werkelijkheid.

Deze kennelijk afgenomen waardering valt in de tijd samen met de verschuiving van het systeem van aanbodsturing naar dat van vraagsturing. Op zich al een lastig begrip (veel elkaar uitsluitende definities die niettemin alle unaniem worden onderschreven), wordt vraagsturing in de zuivere zin thans geconfronteerd met de tegenwind van de veranderde economische situatie. Het is de vraag waar zij zal aanlanden, hoe zich verhouden tot de oplossing van pakketverkleining bij budgetoverschrijding en hoe ten opzichte van het nieuw geïntroduceerde begrip van de eigen verantwoordelijkheid. Nemen verzekeraars de handschoen op? Dat zal samenhangen met de wijze van legitimatie van hun positie. Een vitale en krachtige consumentenorganisatie blijft daarnaast van groot belang. Van haar zal ook een keuze worden gevraagd rond prioriteiten en premie

De **invloed van Europa** op de zorg is nu markant en manifest. Die komt rechtstreeks tot gelding via arresten van het Europese Hof of via een "denkproces op hoog niveau"[2] dat beoogt binnen Europa politieke overeenstemming te bereiken.
Veel vaker[3] is die invloed indirect en loopt dan bijvoorbeeld langs de lijnen van de mededinging (de recente brief van het Commissielid Bolkenstein inzake voornemens tot wijziging van het Nederlandse stelsel) of van de arbeidsomstandigheden. Deze ontwikkeling heeft haar eindpunt nog zeker niet bereikt.

Het is dus niet zoals het was, dat leek maar zo.
Dat geldt trouwens ook voor het College. Voorheen dat *voor ziekenhuis-voorzieningen,* thans voor *bouw* daarvan en onder de WTZi zelfs voor *bouw* van *zorginstellingen*.
Tussen toen en nu staat de WUV, de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid, die van een uitvoeringsorgaan, door de Woestijnwet van zijn (zeer beperkte) algemene adviestaken ontdaan, een zelfstandig bestuursorgaan heeft gemaakt.
Vertrouwde taken in een nieuwe jas en binnen een nieuwe formele positie.
Dat heeft het orgaan goed gedaan en allure gegeven, met missie en al: *medeverantwoordelijkheid* voor voldoende capaciteit, optimale infrastructuur bij een goede kwaliteit/prijsverhouding.
Die verandering heeft ruimte gegeven zélf initiatieven te nemen, voor een andere relatie, namelijk een partnerrelatie, met het veld van instellingen en verzekeraars, voor aanzienlijke deregulering en verkorting van doorlooptijden, voor aandacht voor kwaliteit en innovatie, voor vruchtbare Europese samenwerking en binnenlandse allianties. Tegelijkertijd bleef de onafhankelijkheid van de expertise gehandhaafd en werd het gezag bevestigd.

En dat brengt dit woord van in- en uitgeleide zonder moeite weer bij Hans de Boer, voorzitter van een veranderd en veranderend orgaan in veranderde tijden.
Wat de verandering van het College betreft was hij initiator en drager beide. In bescheidenheid, op de achtergrond, maar met een vaste overtuiging die gespeend was van ideologie, en met vaste hand. Een bruggenbouwer, als bestuurder wijs en mild, voor ons betrouwbaar en loyaal.

Uit respect, en met grote erkentelijkheid voor zijn bijdrage bieden wij hem deze bundel aan met artikelen van leden van bestuur en onderstructuur en van medewerkers van het bureau.
A posteriori luidt de titel. Volgens het woordenboek is dat: *"achteraf, uit of op grond van hetgeen vooraf gaat"*. Dat is een verwijzing naar moment en motief: het afscheid van iemand met grote verdiensten voor het Bouwcollege.

Wie afscheid neemt kijkt om. Hij vergelijkt, hij proeft, hij weegt, hij maakt de stand op. Wie wijs is trekt nog geen conclusies.

Voetnoten:

[1] Uncertainty and the welfare economics of medical care, Arrow, Kenneth J., American economic review (1963)

[2] Denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, Europese Commissie, december 2003

[3] Aldus de Berlijnse hoogleraar Reinhard Busse

De Minister van Volksgezondheid kan geen fusies maar wel het roken verbieden

van aanbodscontrole naar open einden in sturing en kosten van de zorg

mr. L.A.M. van Zenderen, secretaris-jurist

Inleiding

Het boeiende van de periode 'De Boer' (1995-2004) zijn de wisselende vergezichten op het zorgstelsel en de nieuwe trends die zich aandienden. Wijziging van het stelsel is een constante factor in de gezondheidszorg, een houvast voor de beleidsmakers in al die jaren, alleen de richting waarin was niet altijd even duidelijk. Onder de stimulans van congresserend Nederland is de stelseldiscussie bijna een karaktertrek van de sector geworden. Na het vastlopen van het Plan-Simons op een dreigende kostenexplosie, had de nieuw aangetreden minister Borst schoon genoeg van veranderingen in het stelsel, draaide de overheveling van verstrekkingen terug, herstelde de aanbodscontrole en voerde voor de zorgverzekeringen het 'duikbootmodel'[1] in (1994). De overheid ging de zorg indelen in compartimenten. Voor de zorginfrastructuur stelde de overheid zich verantwoordelijk door bouw, collectieve financiering en een zekere afnamegarantie (contracteerplicht). Via sturing van de zorginfrastructuur kunnen gemakkelijk publieke doelstellingen worden gerealiseerd, zoals toegankelijkheid, kwaliteit en niet te vergeten in die tijd: kostenbeheersing. WZV en WTG waren nodig om de kosten van de zorg beheersbaar te houden. Maar tegen het eind van de rit van Paars bleek de filosofie van aanbodscontrole te drastisch uit te pakken (wachtlijsten, geld- en personeelstekort, bureaucratie en gebrek aan innovatie). Het is echter een verkeerde veronderstelling dat alles bij het oude bleef. WZV en WTG zijn in verregaande mate gedereguleerd en aangepast aan vraagsturing. Op dat laatste is gedurende de gehele periode sterk aangedrongen door het College voor ziekenhuisvoorzieningen, dat in de normeringen en de financiën het behoeftebegrip van de WZV tot uitdrukking wilde zien gebracht. Ook inhoudelijk timmerde het nieuwe kabinet flink aan de weg; aanvankelijk voerde Minister Borst min of meer een privé-oorlog tegen het verschijnsel 'privé-kliniek', totdat zij - ongetwijfeld met gemengde gevoelens - ze als 'noodzakelijk kwaad' wel moest toelaten tot het reguliere systeem.

In het Regeerakkoord 1998 was een zinsnede opgenomen die de opening bood voor een nieuwe stelselwijziging. Dit werd opgevat als een opdracht om via een groot aantal adviezen, notities en achtergrondstudies de geesten rijp te maken voor marktwerking in de zorg. Minister Borst, die wars was van blauwdrukken voor de zorg, ging ook overstag: op 10 april 2000 gaf zij op een conferentie in het Scheveningse Kurhaus het startsein voor het 'stelseldebat'. De tijd

leek rijp voor groot onderhoud. Binnen de zorg werden, ondanks het steeds meer beschikbaar stellen van extra financiële middelen, de knelpunten steeds nijpender door wachtlijsten, personeelsproblemen en hoge verwachtingen van de burger. De hoogconjunctuur gaf ook alle aanleiding de 'vraag meer aan bod' te laten komen[2]. Interessanter dan deze blauwdruk voor de toekomst van het zorgstelsel was echter het verschijnen eind 2000 van het 'Actieplan Zorg Verzekerd'. Het kabinet maakte praktisch een einde aan de budgettering, pompte nog meer geld in de zorg, en verschafte iedereen (met de geëigende indicatie) een onbeperkt recht op zorg: 'de verzekering verzekert' en zorgtekorten zijn uit den boze. Zo is de afgelopen twee jaar het zorgstelsel omgebouwd van een door een uitgavenplafond gestuurd systeem naar een stelsel waarbij de vraag naar zorg bepalend is[3].
Het Internationaal Monetaire Fonds (IMF) waarschuwde Nederland voor de (te) sterk oplopende zorgkosten en verwelkomde de beleidskeuze om, zonodig, opnieuw budgettaire plafonds in te stellen; sommigen spraken van een 'tikkende tijdbom'. Een Signalement van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg spreekt van exploderende zorguitgaven: de kostengroei geeft per jaar een versnelling te zien. Er zijn vele rapporten die aangeven dat vraagsturing die niet uitgaat van de collectieve vraag (wat objectief noodzakelijk is: the needs) en concurrentie in het systeem de zorgkosten verder zullen opstuwen[4]. Wat dat betreft vertoont de Zorgnota 2004 een dramatisch beeld: het recept bestaat niet zozeer uit beheersing van de kosten maar vooral uit verschuiving van de zorglasten naar burger en zorgaanbieder. "Betaalbaarheid door eigen verantwoordelijkheid" is daarvoor wel een wat 'zonnige' formulering (Nieuwsbrief ING Bank 2003, nr. 3). Voor de zorgaanbieders ziet de toekomst er verder niet al te zeker uit door de aangekondigde opheffing van de contracteerplicht. De ING Bank verwacht verder een toename van steunverzoeken bij het College tarieven gezondheidszorg. En het is wel tekenend dat onder minister Hoogervorst de in te voeren stukjes markt steeds kleiner worden.

Er kwam in deze periode ook een hele optocht van structuurwetten voorbij: van het intrekken van de WVG (die niet meer wakker zou worden gekust) met enkele tussenvarianten (WMP&B, WBZ Ien II) naar WEZ/WTZi.

En dan de trends. Er zijn vele hele en halve trends in de gezondheidszorg te melden. Beleidsmatig is de sector nogal (mode)gevoelig voor termen als 'modernisering' of 'eigen verantwoordelijkheid'. Beperken we ons tot de trends die ook in de jurisprudentie duidelijk zichtbaar waren dan komen we tot vijf signaleringen. Als eerste trend zien we de (fors) toegenomen jurisprudentie rond allerlei aspecten van privé-klinieken en zelfstandige behandelcentra; de toetredingsmogelijkheden tot de zorgmarkt zijn aanzienlijk verruimd. De tweede trend betreft de raakvlakken met de Europese regelgeving, zowel bij de grensoverschrijdende zorg als bij de kenmerken van het stelsel - publiekrechtelijk of privaatrechtelijk - om dit als 'stelsel van sociale zekerheid' te kunnen kwalificeren.
Als derde trend is waarneembaar de omslag van 'de zich verzettende instelling' naar 'de verontruste burger' die zich opwindt over het gebrek aan sturing van ziekenlocaties en het verdwijnen van vitale zorg uit zijn omgeving; wie is nu eigenlijk de baas van het ziekenhuis?

De vierde trend is de toenemende bemoeienis vanuit het mededingingsrecht met de zorg als concurrerend speelveld. Hier staat ons een nieuwe (Zorg)autoriteit te wachten.

Ten slotte is ook juridisch de rem op de zorg losgegooid: juridisch zijn aanspraken gecreëerd van een onbeperkte omvang. Maar geldt ook niet voor de zorg dat "waar niet is zelfs de keizer zijn recht verliest"?
De zorgkosten maken als collectieve lasten deel uit van het EMU-saldo: het Stabiliteitspact zal ons tot de orde roepen, want de natuurwet dat ongeremd 'aanbod vraag schept' valt zeker in de zorg niet te ontlopen. Aan de andere kant bewijst de geschiedenis van de WZV ook dat doelmatig aanbod niet vanzelf tot stand komt maar 'georganiseerd' en gefaciliteerd moet worden.

De constante factor: stelselwijziging
Begin jaren negentig was het bijna gelukt onder staatssecretaris Simons. Er zou een volksverzekering worden ingevoerd. Op de valreep sneuvelde het voorstel op verzet van de werkgevers (debat met VNO-voorzitter Rinnooy Kan) en op het zichtbaar maken van de gevolgen voor de collectieve lastendruk (Commissie Witteveen)[5]. Toenmalig voorzitter van het College Van Aardenne sloot het jaar 1994 af met de woorden: "Wie ondernemerschap een kans wil geven moet ervan uitgaan dat veranderingsprocessen gestalte krijgen in kleine stappen en niet in revolutionaire blauwdrukken".
Het eerste paarse kabinet dat in 1994 aantrad, maakte een einde aan de stelselwijzigingspogingen. Gezonde overheidsfinanciën kregen de voorrang. Een zo beheerst mogelijke premiestelling werd noodzakelijk geacht om de werkgelegenheid op te krikken. Het kabinet streefde naar 'bewuste schaarste'. Het optimale resultaat dat minister Borst in dat verband voor ogen stond, zag er in haar eigen woorden als volgt uit: Dit kabinet probeert betrekkelijk voorzichtig, stap voor stap, te kijken naar wat die gezondheidsmarkt nu eigenlijk aankan. Marktwerking in de curatieve sector zou beperkt moeten blijven op grond van de werking van haar eigen *Wet van Borst*: Het ziekenhuis vult zichzelf[6]. De sluiting van het ziekenhuis in Kampen was het bewijs van haar stelling: ook de (door het aanbod opgewekte) 'vraag' naar medisch-specialistische zorg nam drastisch af.

Op basis van de WZV zou een scherpe aanbodscontrole (lees: bouwprioritering) plaatsvinden, en "ook bij deregulering van deze wet blijft planning van intramurale voorzieningen en topklinische zorg een overheidstaak". Op grond hiervan bleef, binnen het budgetsysteem, ook de financiering van de zorginfrastructuur gefaciliteerd. Paars koos voor een duidelijke rol bij de besluitvorming over grootschalige zorginfrastructuur en de daaruit voortvloeiende kosten. Zelfs regionale samenwerking in de 'aanbodplanning'[7] en ook de integratie van het medisch-specialistische bedrijf werden bevorderd. Maar niet alles bleef bij het oude. Geen plannen, wel veranderingen. Het streven was gericht op een stelsel van output pricing, en zorgaanbieders en verzekeraars zouden rekening moeten houden met een kritisch anti-kartelbeleid. Stoorzender of niet, de discussie over stelselwijziging bleef in de lucht, en ook de onbedoelde neveneffecten daarvan, zoals een enorme schaalvergroting, kartelvorming en regionale zorgmonopolies. De gedachte was dat het stelsel bestond uit een verzameling verzekeringsregelingen (het duikbootmodel van drie compartimenten), hetgeen

te weinig recht doet aan het feit dat de echte structuur van de zorgmarkt door andere wetten wordt gereguleerd (WZV, WTG, WBMV, KZI). Eigenlijk is de verzekeringskant van het stelsel het sluitstuk van sturing en financiering.

In 1997 publiceerde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) het resultaat van verder stelseldenken[8]. Om de collectieve verantwoordelijkheid voor een basispakket gestalte te geven (en te begrenzen) werd de totstandkoming bepleit van een algemene sociale verzekering, met een beperkte marktwerking. Nog voordat het rapport was uitgebracht, werd het al afgeschoten door minister Borst; het was niet welkom. Maar de vraag hoe het moest met het stelsel lag weer op tafel.

In het regeerakkoord voor Paars II (1998) werd de financiële ruimte voor de zorg sterk vergroot. Het regeerakkoord kende een intrigerende zin: "Het kabinet zal bezien of, in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen." Van het rekening houden met andere Europese systemen is het uiteindelijk niet gekomen: als enige lidstaat in de EU zal Nederland een 'sociaal zekerheidsstelsel' op privaatrechtelijke grondslag kennen[9]. Paars II had zich voorgenomen een lange termijnperspectief voor de zorg te schetsen en dit als erfenis na te laten voor de opvolgers. VWS verzamelde daarvoor de bouwstenen, die in feite al opgestapeld lagen in de stukken over het plan-Simons. Ook het College trok adviezen, zoals over de contracteerverplichting, uit oude laden.

De conferentie 'Met zorg veranderen' (april 2000) was de herstart voor de Grote Zorgdiscussie over het stelsel, die al direct met de oude hartstocht werd gevoerd, en gelukkig was niemand het met elkaar eens. Volgens de minister had de overheid in deze veranderende wereld de permanente opdracht te bezien of herijking van het zorgsysteem nodig is. De minister wees ook op de schaduwkant van de macro-kostenbeheersing (en de goede resultaten op dat punt[10]): de systematiek van kostenbeheersing brengt ook rigiditeiten met zich mee. De zorggemeenschap nam echter geen genoegen meer met rigiditeiten als wachtlijsten, hoge werkdruk, bureaucratie, te weinig klantgerichtheid e.d. De politiek werd zich ervan bewust dat de schaarste niet meer werd gepikt en begon veel extra geld in de zorg te pompen.

Eind 2000 kreeg de minister ook een SER-advies over de solidariteit in de ziek tekostenverzekeringen en over het sturingsmodel voor de gezondheidszorg. In het SER-advies beperkt de stelselwijziging zich tot de curatieve zorg, hoewel men spreekt van een algemene zorgverzekering met private (commerciële) uitvoering. De discussie over de verenigbaarheid met de Europese regelgeving doet zijn intrede. Het SER-compromis bleek te broos. Het tempo van publicaties en symposia over het stelsel werd nog verhoogd. Bijna wekelijks kan men zich hieraan tegoed doen. Het kabinet kan de verleiding niet weerstaan toch met een blauwdruk voor de toekomst te komen: de nota *Vraag aan bod*, over de vernieuwing van het verzekeringsstelsel, welke nota de verandering van de sturing (van aanbodgestuurd naar vraaggestuurd) plaatst vóór de aanpassing van het verzekeringsstelsel. Ingrijpender voor de korte termijn was het

Actieplan Zorg Verzekerd, waarin alle partijen in de zorg worden gefêteerd met extra geld, bevoegdheden en vooral rechten: noodzakelijke zorg moet ook voor iedereen binnen redelijke termijnen beschikbaar komen.

Bij de kabinetswisselingen blijft het concept voor de stelselwijziging vrijwel hetzelfde: in het tweede verzekeringscompartiment (de cure) wordt het duale karakter (ziekenfonds - particulier) opgeheven en vervangen door één (privaatrechtelijke) *standaard*verzekering, verzorgd door private uitvoerders.
De verandering van de sturing en financiering zal ingewikkelder zijn. Die is ingezet met de indiening van de WEZ, nog door Paars II; de wet is nu ijlings aangepast aan de nieuwe sturingsfilosofie van gereguleerde marktwerking; die filosofie omvat ook het (geleidelijk) loslaten van de contracteerplicht, het invoeren van productfinanciering op deelmarkten en het functioneel omschrijven van zorgaanspraken. De AWBZ is inmiddels in een modern jasje gestoken.
Hoe staat het met het kostenbeheersend vermogen en de financierbaarheid van zo'n 'stelsel'[11], of is dat voorbij en functioneert de zorg als een verzameling deelmarkten waarop de patiënt zorg koopt of laat kopen? We zijn nog lang niet uitgedacht.

De optocht van wetten
De optocht van wetten demonstreert dat de ontwikkeling van structuurwetgeving in de gezondheidszorg een weerbarstige materie is. In deze periode werd een aanzet gegeven van sturende wetgeving naar meer kaderstellende en accommoderende wetgeving, waarbinnen partijen tot zelfregulering zouden kunnen komen, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen.
Of zo'n systematiek van geconditioneerde zelfregulering voldoet, valt op basis van een evaluatie van die wet (2001) moeilijk te zeggen: een veeg teken is dat er steeds meer toezicht aan te pas moet komen in de zorg. Voor de structuurwetgeving werd in die tijd uitgegaan van dezelfde systematiek: zelfregulering. De minister trof in portefeuille het wetsvoorstel Modernisering planning- en bouwbeleid (WMP&B, 1992-1994). De overheid wilde niet 'weg uit het beeld' maar 'anders in beeld': de overheid zou vooral (financieel) stimuleren dat partijen het gewenste gedrag gingen vertonen. Intussen was uit een pilot in de revalidatiezorg gebleken dat marktrisico's in de zorg leiden tot onfinancierbaarheid van de infrastructurele investeringen[12]. Voor de financiering is support of achtervang van de overheid nodig[13].

Het nieuwe kabinet kwam met drastisch veranderde voornemens: de overheid is verantwoordelijk voor de (financierbaarheid) van de zorginfrastructuur. Er waren zelfs plannen om de kapitaallasten van de intramurale voorzieningen in het verplichte ziektekostensegment te financieren uit de Rijksbegroting[14].
Minister Borst wilde ook sturen op inhoudelijke doelstellingen, zoals op privé-klinieken en tweedeling, onder het motto "ik bewaak hier de gelijkheid". Daartoe had zij bevoegdheden nodig en regels die zonodig door een verbodsbepaling afdwingbaar waren. De WMP&B werd terzijde geschoven en vervangen door

concepten met verbodsbepalingen en een vergunningensystematiek: de WBZ I en WBZ II, voorontwerp en ontwerp van de Wet Bouw(beheersing) Zorgvoorzieningen (1994-1996); zij bleken niet levensvatbaar. En passant ging ook een mammoettanker ten onder; de teloorgang van de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) werd definitief bevestigd door intrekking van de wet (1995)[15]. Vervolgens is er binnen en buiten de WZV flink gedereguleerd, soms als het 'schrappen in een telefoonboek'.

Tussendoor kregen we nog een afsplitsing van de WZV. Artikel 18 werd de Wet op bijzondere medische verrichtingen (1997); er werden extra stuurinstrumenten aan toegevoegd, zoals de nuloptie voor de Genderkliniek en een begunstigingssysteem door beleidsvisies. De afsplitsing was op zich niet nodig maar pakte goed uit door het 'overhangen' van regelingen van WZV naar WBMV[16]. Zo verliep de overgang soepel. Intussen is de WBMV nog de enige centrale planningswet. Uit evaluatie is gebleken dat de wet positieve gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van bijzondere zorg en voor het stimuleren van kenniscentra, maar dat de werking ondoorgrondelijk is (criteria, besluitvorming).

En toen kwam dus de WEZ. Daar ging wel enige discussie aan vooraf, of het, ter voorkoming van transitieproblemen, niet beter was te streven naar een herziening van de WZV zoals het ook in het Regeerakkoord stond. Aanvankelijk was ook de verantwoordelijkheid van de overheid voor zowel de behoefte aan capaciteiten als voor de zorginfrastructuur opgenomen in het concept van de wet. Toen het wetsontwerp in maart 2001 werd ingediend stond de toelichting op de WEZ in het teken van de herziening van de sturing in de zorg: van een aanbodgericht naar een meer vraaggericht stelsel. De WEZ werd ook in het teken geplaatst van het bestrijden van wachtlijsten van dat moment[17]. Een belangrijk kenmerk is de flexibiliteit: de WEZ kan sturen, maar ook loslaten (in theorie kan de sturing voor een bepaalde sector tot nul worden teruggebracht). Het wetsontwerp werd niet erg positief onthaald in de Tweede Kamer, doch heeft diverse kabinetswisselingen overleefd en is nu na een kleine facelift gewijzigd ingediend als Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Het verkooppraatje[18] om de wet heen is nogal aangepast. De WTZi is nog meer geplaatst in de overgang naar een marktgericht stelsel door de aansluiting op diverse 'markttypen'. De belangrijkste wijzigingen zijn dat het verbod op winstoogmerk ook voor reguliere (premiebekostigde) zorg kan worden toegelaten[19], gerichter op spreiding van zorg kan worden gestuurd, en dat het financieel kader voor de toelatingen is geschrapt. Mist is neergedaald over de vraag in hoeverre de overheid zich nog verantwoordelijk voelt voor de financiering van de zorginfrastructuur, met inbegrip van de reeds aangegane verplichtingen (kapitaallasten). Een gelijk speelveld moet nu eenmaal worden afgekocht.

De trends

Jurisprudentie komt als regel voort uit de spanning tussen beleid en praktijk en geeft daarom een goed beeld van wat er speelt. De trends in deze periode waren privé-klinieken, Europa, de sturing en de verontrusting daarover en het recht op zorg. Ook de mededinging en de opkomst van de Zorgautoriteit waren een trend, maar blijven hier onbesproken[20].

Privé-klinieken: van luis in de pels naar marktkraker?
Behalve op het punt van de transparantie van de bedrijfsvoering (het zichtbaar maken van de kosten)[21] was de jurisprudentie de privé-klinieken gunstig gezind. Jarenlang was hun het leven tamelijk zuur gemaakt (ze werden als 'luis in de pels' van de ziekenhuizen gedoogd), toen door uitspraken van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) de aanbodregulerende werking van de WTG om het verschijnsel in te dammen wegviel: ze kregen vanaf dat moment de kostentarieven van ziekenhuizen vergoed[22]. De uitspraak vormde een trendbreuk naar een steeds welwillender houding, hoewel minister Borst eerst nog probeerde via een noodwet het verschijnsel in de kiem te smoren; zij vreesde een 'buitenproportionele' ontwikkeling ten koste van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB). Die wet kwam er niet, omdat de Raad van State een totaalverbod op verdere groei niet proportioneel vond. De WZV werd weer ingeschakeld om het probleem echt op te lossen. De bestaande privé-klinieken konden zich aanmelden voor een vergunning als 'zelfstandig behandelcentrum' (ZBC), kregen een titel voor kostentarieven en werden collectief toegelaten. Bovendien werden ze nu ingezet om wachtlijsten te bestrijden; dit gaf dekking aan het behoeftecriterium. Verzekeraars konden praktisch geen contract weigeren[23]. Het gedoogbeleid gaf de privé-klieken maar een beperkt perspectief. Paradoxaal genoeg blijkt, hoewel ze graag als vrije jongens opereren, hun levensvatbaarheid juist afhankelijk te zijn van de bescherming door regelgeving en profijt van reguliere premiegelden. Hun financierbaarheid staat of valt, niet met ongebondenheid maar met de zekerheden van het systeem.

Maar hoe je het ook wendt of keert: nog steeds is sprake van een randverschijnsel en het verruimen van de toetredingsmogelijkheden heeft hier eigenlijk geen goed aan gedaan[24]. De andere paradox is namelijk dat het laten vallen van de behoeftetoets (het wachtlijstcriterium) bij financiers en verzekeraars onzekerheid heeft gecreëerd omtrent nieuwe initiatieven (is er eigenlijk wel behoefte aan?). Hoewel menig krantenbericht u anders wil doen geloven, is van een booming business geen sprake. Substantiële initiatieven die ook zorgaanbod toevoegen, lopen al gauw aan tegen financiële barrières. Wat zich aandient zijn vooral *bestaande* voorzieningen, veelal van lillyputformaat, die het predikaat 'ZBC' als een geuzennaam beschouwen.

De vraag is hoe nuttig het allemaal is. In het begin van de periode moest de 'winkeltjesstructuur' binnen de ziekenhuizen wijken voor het GMSB, nu zien we om met Scheerder te spreken dat "als de fabriek niet goed werkt, we er kleine fabriekjes omheen gaan zetten". De privé-kliniek is nu geaccepteerd als nuttig goed en we kijken al weer verder naar de komst van commerciële ziekenhuizen. Er heeft zich al een consortium aangediend om (noodlijdende) ziekenhuizen over te nemen. Liefst voor een appel en een ei, zoals het Duitse Röhn-klinikum AG de Bundesländer verlost van hun begrotingsproblemen (de Bundesländer financieren de infrastructuur rechtstreeks uit hun begroting). Met het ten dele herbestemmen van de infrastructuur maakt de AG echte winst. Dit doet wel het vraagstuk opkomen wat eigenlijk de waarde is van een ziekenhuis en of die waarde komt toe te vallen aan de collectiviteit. Nu geldt nog een afstorting van de verkoopopbrengst naar de AWBZ tegen marktwaarde. Worden commerciële ziekenhuizen de nieuwe marktkrakers?

Europa en de zorg: een grenzeloos domein?

Hier is zowel opvallende jurisprudentie over de vraag naar de kenmerken van een sociaal zekerheidsstelsel als over het verschijnsel van de grensoverschrijdende zorg. Hoewel de jurisprudentie (o.a. HvJ EG 18 mei 2000 – Commissie vs België) volgens ICER, de RVZ en de Landsadvocaat een andere richting uitwijst, bestaat bij Eurocommissaris Bolkestein het vermoeden dat onder de exceptie van artikel 54 van de derde Schaderichtlijn wel een privaatrechtelijk vormgegeven zorgverzekering mag vallen. De juridische grondslag is mijns inziens echter niet van doorslaggevende betekenis (de publieke waarborgen zullen er toch wel komen): het draait om de vraag of de uitvoerende organen zich als verzekeringsbedrijven gaan gedragen (gaan zij voor eigen rekening en risico opereren, dan moeten zij concurreren volgens de Schaderichtlijn).

Het medisch toerisme zou onstuitbaar zijn door het arrest Decker/Kohll (28 april 1998). Dat is voorshands reuze meegevallen. Het Europese Hof begon terug te krabbelen en in het arrest Smits/Peerbooms (12 juli 2001) wordt de ruimte die Decker/Kohll nog leek te bieden weer teruggenomen in de richting van het subsidiariteitsbeginsel. Bij de inrichting van het zorgstelsel is een beperking van het vrije verkeer toegelaten door rechtvaardigingsgronden. Het toestemmingsvereiste (om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in of buiten Nederland) is gerechtvaardigd bij *intramurale zorgverlening*. Alleen bij acute noodzaak (plaatsing op een wachtlijst is niet voldoende) moet de toestemming worden verleend. Het toestemmingsvereiste en daarmee feitelijk ook het gebruik van het overeenkomstenstelsel is echter gekoppeld aan wat het Hof thans als een beschermwaardig belang ziet: "Wettelijke planning, nodig om een zeer kostbare voorziening als ziekenhuiszorg zo doelmatig mogelijk beschikbaar te houden, de kosten te beheersen en iedere verspilling van financiële, technische en personele middelen te vermijden" is zo'n belang. De Raad van State vreest dat het wegvallen van de contracteerverplichting leidt tot een onvoldoende toegankelijk en ook een financieel onevenwichtig stelsel, zodat de doelstelling van een financieel evenwichtig stelsel evenmin kan worden gebruik voor rechtvaardiging van de toestemmingseis[25]. Als die kenmerken wegvallen, zal mogelijk een explosieve ontwikkeling plaatsvinden van medisch toerisme, vooral ook omdat zorg moet worden geboden die naar internationale maatstaven gebruikelijk is (Smits/Peerbooms). Europa wordt het zorgdomein van de Nederlandse burger. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die ze via het contracteerbeleid niet langer kunnen beïnvloeden. Daarmee komen uiteraard de kosten extra onder druk te staan.

Sturing in de zorg: de stakeholders komen in actie

Het kabinet beoogt een nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling in de zorgsector, met meer lokale vrijheidsgraden. Toch neemt de roep om centrale interventies op vitale aspecten van de zorg niet af, zoals voor de bereikbaarheid van vitale zorg, het voorzien in opleidingscapaciteit, de planning van de topzorg, het ambulancevervoer, etc. In deze periode is de 'verontruste burger' in het geweer gekomen tegen de sluiting van ziekenhuislocaties, ook met juridische acties. Impliceert de terugtredende overheid ook het loslaten van sturing op strategische onderdelen van het zorgstelsel? De omslag naar marktwerking ontslaat de overheid niet van haar uiteindelijke verantwoordelijkheid. Als strategische keuzen rond de toegankelijkheid van gezondheidszorg in het geding zijn, dient de overheid haar kernbevoegdheden zo nodig te gebruiken (Hubben[26]). Die verantwoordelijkheid houdt natuurlijk niet op door de vraag onbeperkt toe te laten tot de zorg, maar vereist ook organisatie van een doelmatig zorgaanbod, of het scheppen van de voorwaarden daarvoor: *output ontstaat alleen bij voldoende input*.

De jurisprudentie laat zien dat ziekenhuisbesturen zich wel degelijk wat moeten aantrekken van de bezwaren van 'stakeholders', anders gezegd de maatschappelijk belanghebbenden. In Pres. Rb Zwolle 21 juni 1996, Awb 96/4214 komt de President tegemoet aan de bewaren van de Stichting Verontruste Burgers Kampen vanwege het volkomen negeren van de lokale bezwaren; ook de vordering van de Stichting Behoud Ziekenhuis Kerkrade wordt toegewezen (Pres. Rb Maastricht 16 juli 2001, 67377/KG ZA 01-278);

De President Rechtbank Rotterdam (19 oktober 2001, 164202/KG ZA 01-1170) vindt dat het ziekenhuis zich niet zonder meer kan terugtrekken uit onderhandelingen met de gemeente over de (omtreden) locatiekeuze; In Pres. Rb Zwolle 9 juli 2003, nr. 887387/KG ZA 03-295 wordt uitleg gegeven aan het zgn. stakeholdersoverleg met het Platform Zorggebruikersbelangen: het ziekenhuis heeft een informatieplicht over plannen tot concentratie of nieuwe verdeling van zorg en moet aantoonbaar streven naar overeenstemming, maar de beleidsregels ex artikel 3 WZV schrijven geen consensus voor. Uiteindelijk heeft het ziekenhuis toch beleidsvrijheid.

In deze periode is over dit onderwerp een voortdurende discussie gevoerd. Aanvankelijk beriep minister Borst zich op juridisch onvermogen: de WZV-vergunning was een recht waarvan een ziekenhuis naar believen wel of geen gebruik kon maken. Later volgde de redenering dat ingrijpen juridisch-technisch misschien wel mogelijk was[27], doch dat zo'n interventie zou leiden tot 're-regulering'. Toen de Tweede Kamer de minister het vuur na aan de schenen bleef leggen[28], pakje zij de verantwoordelijkheid toch op: door zeker te stellen dat er tenminste communicatie met de 'stakeholders' zal plaatsvinden over ziekenhuisconcentraties, herallocaties of sluiting van locaties.

In de beleidsregels van de WZV (Stcrt. 2001, 175) werden expliciete uitgangspunten geformuleerd waaraan deze ziekenhuisconcentraties en functiewijzigingen zouden moeten voldoen. Ook werd een zgn. 'standstill' afgekondigd op fusies, echter op vrijwillige basis zodat vervolgens de Kamer weer kon gaan debatteren over het niet nakomen ervan. Vervolgens rees de vraag hoe aan de naleving van de uitgangspunten kracht kon worden bijgezet, want beleidsregels hebben geen directe werking. Er is sprake van 'soft law'. De vergunningen hebben wel directe werking maar waren volgens de minister voor dit doel nog steeds minder goed bruikbaar. Totdat nu dan de oplossing gevonden is in de nieuwe Wet Toelating Zorginstellingen. De sturing van zorg krijgt gestalte in "criteria voor de spreiding van zorg waarvan de bereikbaarheid een bijzonder belang vormt". De WTZi maakt het dan mogelijk aan de toelating het voorschrift te verbinden dat bijvoorbeeld de spoedeisende hulp niet mag sluiten of op een andere locatie worden ondergebracht zonder toestemming van de centrale overheid. Wanneer straks de WTZi van kracht wordt, wordt op grond van artikel 42 een verleende WZV-vergunning met de daaraan verbonden voorschriften gelijkgesteld met een toelating, zodat uiteindelijk toch de WZV-vergunning de basis is voor het spreidingsbeleid. Zo is ook deze redenering weer rond. Maar voordat de WTZi in werking zal treden, is artikel 11a van de Tabakswet van kracht geworden. Conclusie: de minister kan fusies niet, maar het roken wel verbieden.

Het recht op zorg: onbegrensde mogelijkheden of toch niet?
De prestatieplicht van zorgverzekeraars wordt in de huidige systematiek voor de intramurale zorg in principe begrensd door beschikbaar en toegelaten aanbod van voorzieningen. Intramurale schaarste, op grond van een van overheidswege opgelegde normering die kan voortkomen uit financiële overwegingen, kan verzekeraars disculperen voor het feit dat verzekerden hun legitieme aanspraak op zorg niet tot gelding kunnen brengen. Toepassing van het overmachtsexcuus is uiteraard wel onderworpen aan de rechtsbeginselen van zorgvuldigheid, motivering en gelijkheid. In levensbedreigende situaties staat het systeem inmiddels ook een beroep toe op 'zorg over de grens'. Onder bepaalde voorwaarden kunnen patiënten uitwijken naar buitenlandse voorzieningen, en eventueel zelfs op meer zorg aanspraak maken dan in Nederland gebruikelijk is (Smits/Peerbooms).

Bevoegdheid, zoals de budgettaire speelruimte bij extramurale hulp als thuiszorg, schept verantwoordelijkheid en leidt voor zorgverzekeraars vanwege de contractuele relatie met hun verzekerden al gauw tot aansprakelijkheid. In enkele thuiszorgzaken is het beroep van de verzekeraar op financiële onmacht afgewezen (o.a. Hof 's-Gravenhage 23 december 1999, RZA 2000, 23).
Bij een *feitelijk capaciteitstekort* ligt de situatie toch net een slag anders[29]. Dat was zeker het geval in het begin van de periode. Bij plaatsgebrek in de erkende inrichtingen verwijst de rechter eenvoudigweg naar het systeem, waarvan het belang dit in stand te houden ter wille van kwaliteit en financierbaarheid prevaleert boven de urgentie van het geval; de uitwijk naar een niet-erkende instelling wordt niet vergoed (Pres. Rb Amsterdam 7 maart 1990, TvGR 1990/54).

In Rb Breda 20 oktober 1993, RZA 1994, 13 wordt ook de vergoeding van kosten in een niet-erkende inrichting geweigerd, omdat in de regio naar de behoeftenorm gemeten voldoende verpleegbedden beschikbaar waren (hoewel de feitelijke behoefte toch groter was). De rechter toetst hier vooral de rechtmatigheid. In hoger beroep van een casus over jeugdhulpverlening (Hof 's-Gravenhage 22 september 1995, TvGR 1996/4) oordeelt de rechter dat de wet weliswaar aanspraken formuleert, maar niet heeft bedoeld dat de gevraagde voorziening op elk moment beschikbaar moet zijn. Bij de planning van voorzieningen dient de overheid zich tot het uiterste in te spannen om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. De mate van inspanning wordt mede bepaald door de beschikbare financiële mogelijkheden, doch het kan ook niet zo zijn dat een beleid dat tot *structurele* tekorten leidt geheel zonder gevolgen blijft. In Pres. Rb Zwolle 14 februari 2000, TvGR 2000/29 kon het de verzekeraar niet worden toegerekend dat het aan voldoende plaatsen in een intramurale instelling ontbrak, omdat de overheid het aanbod reguleert op basis van de WZV. De Staat was geen procespartij, maar de uitspraak was wel een signaal dat het capaciteitsbeleid van de overheid op gespannen voet leek te staan met de 'ongeclausuleerde' zorgaanspraken. Ten slotte wordt in Pres. Rb. 's-Gravenhage 1 juni 2001, TvGR 2001/43 de Staat, logistiek en financieel, verantwoordelijk gehouden voor een toereikend zorgaanbod (het ging hier om een bijzondere verrichting ex WBMV: longtransplantatie). In casu was echter geen sprake van onrechtmatig handelen of nalaten van de Staat, aannemende dat de keuze voor slechts één transplantatiecentrum berustte op een weloverwogen afweging van belangen en prioriteiten.

Dit leidt tot de conclusie dat de overheid gelegitimeerd is de zorguitgaven te beheersen (met het oog op het toegankelijk houden van de zorg), prioriteiten te stellen en hoeveelheden te rantsoeneren. Het in toom houden van de kosten of het toekennen van middelen aan andere belangen, bijvoorbeeld onderwijs, kan leiden tot een aanwijsbaar zorgtekort. Daarmee kan de Staat net wegkomen, als hij zich tenminste voldoende heeft gekweten van zijn inspanningsverplichting om in zo'n zorgtekort te voorzien (volgens de WZV: hoe in de objectieve vraag te voorzien)[30]. Het behoeftebegrip heeft hierin een cruciale positie[31] alsmede het criterium in ZFW/AWBZ dat de zorg op de meest doelmatige wijze moet worden verleend. Het verleggen van de beleidsprioriteit van handhaving van het financieel kader naar het 'recht op zorg' zal ertoe leiden dat een beroep op het overmachtsexcuus minder snel door de rechter zal worden gehonoreerd.

Als straks de regie in handen komt van de zorgverzekeraars ontstaat een diffuus patroon van verantwoordelijkheden. Verzekeraars mogen dan weliswaar vrij zijn om te contracteren, ze missen de legitimatie om te matigen of te rantsoeneren: zij moeten hun contractuele verplichtingen (zorgplicht) nakomen, zonder excuus. Arme zorgverzekeraars: de *exceptio non paratae pecuniae* (ik heb geen geld) geldt alleen voor een overheid.

Slot

Op de verantwoordelijkheidsverdeling binnen de gezondheidszorg is maar moeilijk grip te krijgen. De bal wordt steeds rondgespeeld. In vele rechterlijke beslissingen is geaccentueerd dat de overheid verantwoordelijkheid draagt, zeker in stimulerende zin, voor een toereikend aanbod van zorgvoorzieningen. De stelselwijziging werkt zonder nadere maatregelen contraproductief op de input van dit zorgaanbod. Bovendien kunnen we de erfenis van de bestaande verplichtingen (bijvoorbeeld de kapitaallasten) niet zomaar van ons afschudden.

De overheid geeft veel ruimte aan de vraag, doch verwaarloost de betekenis van het zorgaanbod door onderschatting van het belang en dominantie van bouw voor kosten en inhoud van de zorg. Vanwege 'beleidsopportuniteit' (er komt een markt aan waarop partijen het zelf moeten regelen) laat de overheid die verantwoordelijkheid en de daarmee samenhangende sturingsmogelijkheden teveel liggen. Dat is moeilijk te verenigen met haar specifieke sturingslegitimatie voor toegankelijkheid, kwaliteit, financierbaarheid en beheersing van de kosten, als elementen die in samenhang moeten worden gezien. Sturing op een strategisch niveau schept juist de voorwaarden voor uitvoering door partijen in de zorg. Soms helpt het gewoon de stekker erin te steken.

En het nieuwe stelsel? Het zal vooral duur zijn.

Voetnoten:

[1] C.A. de Kam, in ESB-dossier Generatiebewust vooruitzien, *samen voor ons eigen*, 26 november 2001, nr. 4336.

[2] De nalatenschap van Paars II bestaat uit de Nota *Vraag aan bod*, TK 200/2001, 27855, nr. 2, een blauwdruk voor de vernieuwing van het zorgstelsel.

[3] Wat dat betreft hebben we al Amerikaanse toestanden. Het IMF: de Verenigde Staten en Nederland zijn de enige landen ter wereld zonder begrotingsplafond voor de gezondheidszorg.

[4] Volgens Ely's Law (create a need and fill it) blaast een systeem dat de kosten niet weet te beheersen zichzelf op.

[5] De parlementaire Commissie Willems die de lotgevallen van het plan-Simons onderzocht voerde nog meer redenen aan voor de mislukking, vooral gelegen op het politiek-ideologische en maatschappelijke vlak.

[6] Het citaat is ontleend aan de jubileumuitgave van het College voor ziekenhuisvoorzieningen *Dynamiek in steen*: "Zo wordt natuurlijk al jaren bewust schaarste in de aanbodkant gehouden. Wij willen niet een land hebben waar onbeperkt ziekenhuizen kunnen worden gebouwd. Je zult zien dat als je een nieuw ziekenhuis neerzet, het een poosje later helemaal vol zit met dokters en verpleegkundigen en vol ligt met mensen die nu niet in ziekenhuizen zitten. Het ziekenhuis vult zichzelf. Daarom houden we de nieuwbouw van de grote instandhoudingsbouw van ziekenhuizen in overheidshanden. Dat betekent dat wij het aanbod van infrastructurele voorzieningen bewust schaars houden." Anno 2000 blijkt de schaarste niet te zitten in de infrastructuur maar in personeel en budget.

[7] Dit was een vreemd element in het geheel van beleidsvoornemens, omdat 'vanwege de carnavalsoptocht van planprocedures' al sinds 1991 geen aanwijzingen meer werden gegeven tot het opstellen van regionale plannen ex WZV.

[8] WRR-rapport *Volksgezondheidszorg,* 1997, nr. 52

[9] Brief d.d. 19 december 2003 aan de Tweede Kamer over de standaardverzekering.

[10] Volgens een OESO-rapport was Nederland met glans geslaagd in het landenexamen, zowel wat betreft de gezondheidsstatus als de financieel-economisch kenmerken, zoals de totale kosten, aldus de minister.

[11] F. de Kam voorziet als onvermijdelijk een terugkeer naar strikte budgettering: onherroepelijk gaat het deksel weer op de pan. Instrumenten aan de vraagzijde als verhoging van eigen bijdragen en pakketverkleining zijn maar met mate mogelijk. Tegelijk is hij voorstander van beperkte marktwerking, als speldenprikjes in het systeem, Zorgvisie 1 / januari 2004.

[12] Vanaf dat moment hanteren banken als leningsvoorwaarden de zgn. anti-stelselwijzigingsclausule. Er kwam wel een Waarborgfonds voor de zorg om de banken de wind uit de zeilen te nemen en ruimte te maken voor institutionele beleggers (die overigens vrijwel zijn weggebleven); dit heeft de nodige rentevoordelen opgeleverd.

[13] Anno 2003 blijkt dit nog steeds zo uit de verwikkelingen rond de zgn. zorginfrastructuur die als (onbedoeld) neveneffect van de modernisering van de AWBZ uit de WZV-bekostiging verdween.

[14] TK 1993-1994, 23715, nr. 11, p. 37.

[15] Zij leidde al geruime tijd een slapend bestaan en zou "niet meer wakker worden gekust", aldus de MvT. Sommige Eerste Kamerleden die de hele geschiedenis van nabij hadden meegemaakt, zagen in de WEZ een herrijzenis van de WVG. Maar die vergelijking gaat mank: de WEZ is geen planningswet en de overheid kan loslaten.

[16] De WBMV was een reactie op een in de WZV door jurisprudentie geslagen bres die het mogelijk maakte dat topklinische zorg in privé-klinieken kon plaatsvinden.

[17] Het ontstaan van wachtlijsten hangt echter niet af van het toevallige regelsysteem maar is veeleer het gevolg van het niet voorhanden zijn van adequate behoefteramingen (bijv. voor verpleging en verzorging, radiotherapie, intensive care) en/of het niet tijdig op basis van die planning beschikbaar stellen van financiële middelen.

[18] Ted Marmor, Amerikaans zorgpoliticoloog, over fabels in de zorg: Ik zie absoluut geen bewijs voor de bewering dat er in Nederland een dramatische verandering in de kwaliteit van het systeem, van de zorg of van de dokters zou zijn, terwijl de gebruikte taal suggereert dat het allemaal verschrikkelijk is, Medisch Contact, 3 oktober 2003, nr. 40.

[19] Over het winstbegrip bestaan veel misverstanden. Thans wordt de sector vrijwel moeiteloos gefinancierd door vreemd vermogen, afgedekt door de premies. Door de systeemverandering verdwijnt het 'risico-arm ondernemen'. Daardoor zal de sector voor de financierbaarheid 'eigen vermogen' nodig hebben, bijvoorbeeld van aandeelhouders. Die zullen rendement eisen op hun investeringen. Dat is dus (uitgekeerde) winst; ook die moet worden afgedekt door de premies. Daarnaast heeft winst natuurlijk een cultureel aspect; is een winstoogmerk het goede motief om zorg te verlenen ?

[20] Geïnteresseerden verwijs ik naar de reacties van het Bouwcollege op de consultatiedocumenten van de NMa, die de gezondheidszorg graag wil ordenen vanuit het perspectief van de mededinging en de neiging heeft "voor de muziek van de marktwerking uit te willen lopen" (rapporten CBZ 18 augustus 2003).

[21] Pres. CBB 29 mei 2001, AWB 01/200 en 201: verhoogde tarieven kunnen pas worden toegestaan als de ZBC's inzicht geven in hun kostenstructuur, prestaties en hun organisatie en daartoe medewerken aan onderzoek.

[22] CBB 12 december 1996, RZA 1997, 24 en CBB 4 november 1997, RZA 1998, 30.

[23] Pres. Rb Maastricht 25 mei 1999, TvGR 2000/11: onderhandelingsplicht over voorwaarden zorgovereenkomst.

[24] In de opmaat naar meer marktwerking kwamen het wachtlijstcriterium, de samenwerkingseis met een ziekenhuis en de verklaring van de zorgverzekeraar te vervallen; gehandhaafd bleven het 24-uurs zorgcriterium en het winstverbod.

[25] Advies Raad van State wetsontwerp herziening overeenkomstenstelsel zorg, TK 2002-2003, 28994, A, p. 14.

[26] J.H. Hubben, *Overheidsverantwoordelijkheid: Sturing bij functieconcentratie of fusie*, ZM 2003/4.

[27] Zie ook preadvies J.H. Hubben & L.A.M. van Zenderen 8 mei 2001 *Juridische mogelijkheden WZV bij functieconcentratie of sluiting,* website Bouwcollege.nl

[28] In een AO van 19 april 2001 drong de Tweede Kamer sterk aan op sturing van de ziekenhuislocaties.

[29] J.K.M. Gevers ziet hier een contrast met situaties waarin het eerst en vooral aan financiële middelen ontbreekt, *Het recht op toegang tot noodzakelijke zorg*, Mens en Maatschappij, AA 52 (2003) 6, p. 443 en 444.

[30] Dit leidt ook niet linea recta tot aansprakelijkheid omdat het overheidsbeleid niet altijd aanwijsbaar is als oorzaak van een zorgtekort. De overheid bouwt of bestuurt immers zelf geen instellingen, en er zijn in de praktijk tal van factoren die de bouw van inrichtingen kunnen verhinderen of vertragen: welstandscommissies, grondpolitiek, financiering, etc.

[31] Het behoeftebegrip weegt mijns inziens zwaar, omdat de burger moet weten hoe de overheid in de behoefte aan zorg denkt te voorzien en dit begrip als toetsteen kan dienen bij tekorten in de zorg.

Het zorgverzekeringsstelsel en Europa; enkele recente ontwikkelingen

prof. mr. J.H. Hubben, vice-voorzitter

Sinds de kabinetsformatie van 2002 is de herziening van het zorgverzekeringssysteem weer actueel. De belangrijkste voetnoot in het strategisch akkoord van het toen aangetreden kabinet Balkenende I betrof de vraag hoe het beoogde stelsel met een privaatrechtelijke basisverzekering zich verhoudt tot de Europese regelgeving en met name of het wel is aan te merken als een sociaal zekerheidsstelsel. Voor de Staat is daarbij vooral van belang dat het stelsel als zodanig gekwalificeerd blijft, omdat anders de publiekrechtelijke invloed daarop snel verloren gaat. Ontbreekt de kwalificatie sociaal stelsel dan zijn de Europese richtlijnen voor het directe schadebedrijf van toepassing, hetgeen onder andere betekent dat geen acceptatieplicht kan worden opgelegd en het verzekerde pakket niet bindend kan worden voorgeschreven. Steyger heeft al in een vroeg stadium erop gewezen dat de kabinetsplannen het risico in zich dragen om hierop vast te lopen[1]. Drijber en De Groot hebben zich daarover later nog stelliger uitgelaten en de aanbeveling gedaan om het stelsel publiekrechtelijk vorm te geven (een verzekering van rechtswege) met duidelijke overheidsinvloed ten aanzien van de nominale premie, de uitvoeringsorganisatie en een verbod van premiedifferentiatie op grond van aan de persoon van de verzekerde gerelateerde factoren[2].

Het kabinet Balkenende II heeft opnieuw een voorkeur uitgesproken voor een privaatrechtelijke variant met publieke randvoorwaarden. De bovengenoemde vraagpunten zijn daarom nog steeds actueel.

Europa en de mededinging

Bij gebreke van communautaire regeling zijn de Lidstaten vrij in de inrichting van hun stelsel van sociale zekerheid. De jurisprudentie heeft nader inhoud gegeven aan het begrip 'stelsel van sociale zekerheid'[3]. Zo'n stelsel moet blijkens de rechtspraak van het Hof van Justitie van de EG (Poucet/Pistre en Garçia) aan bepaalde criteria voldoen[4]. Het moet een sociaal doel dienen, een wettelijke inkadering hebben, elementen van solidariteit met inkomensherverdeling tussen de participanten bevatten en een aansluitplicht hebben. Het vergroten van concurrentiemogelijkheden in de uitvoering maakt de status van sociaal zekerheidstelsel twijfelachtig. Het stelsel komt daarmee niet alleen binnen het bereik van de Europese schaderichtlijnen maar ook van het mededingingsrecht. Een wettelijk (sociaal) stelsel dat in handen is gesteld van uitvoerders die voor eigen rekening en risico opereren, ontkomt niet aan toepassing van de Schaderichtlijnen[5]. De keuze voor een *privaatrechtelijke* vorm van de beoogde

basisverzekering vergroot de kans op toepassing van de Schaderichtlijnen[6], doch uiteindelijk draait het om de vraag naar de al dan niet commerciële status van de uitvoerders van de verzekering (de zorgverzekeraars). Dat de Europese dimensie een niet te verwaarlozen factor is geworden in de wet- en regelgeving hebben ook de arresten Decker/Kohll, Smits/Peerbooms en Müller-Fauré/van Riet aangetoond [7].
Voor zover een sociale verzekering gebruik maakt van diensten op de vrije markt, gelden in dat opzicht de verdragsnormen die in het algemeen gelden voor het vrije verkeer van goederen en diensten. Een wettelijk toestemmingsvereiste voor zorg over de grens is in beginsel strijdig met deze verdragsnormen, zij het dat overbelasting van het sociale stelsel of aantasting van een vitaal deel van het stelsel of van de financiële grondslag daarvan een toestemmingseis kunnen rechtvaardigen ('Rule of reason'). Wettelijke planning, nodig om een zeer kostbare voorziening als ziekenhuiszorg zo doelmatig mogelijk beschikbaar te stellen en uit de sociale fondsen financierbaar te houden, is zo'n beschermwaardig belang dat een toestemmingseis rechtvaardigt. Los daarvan blijft de inrichting van het stelsel een nationale aangelegenheid (subsidiariteits beginsel). Omdat patiënten onder bepaalde voorwaarden wel kunnen uitwijken naar buitenlandse voorzieningen, neemt de druk op het Nederlandse stelsel en het opruimen van de wachtlijsten sterk toe.

Vanaf 1998 is ook de Mededingingswet (Mw) van toepassing op alle factoren van het economisch leven, met inbegrip van de gezondheidszorg. Hoofddoel van de Mw is het bevorderen van mededinging. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), die de wet toepast, heeft sinds de invoering een groot aantal besluiten genomen op het gebied van de gezondheidszorg, gericht op het tegengaan van concurrentiebeperking, zoals kartelvorming, misbruik van een economische machtspositie en ongewenste concentraties. De gezondheidszorg heeft het hier moeilijk mee, omdat zij in de regel ook baat heeft bij bepaalde vormen van samenwerking, bijvoorbeeld de zorgketenallianties.
In zogenaamde Visiedocumenten[8], die wellicht al vooruitlopen op de beoogde stelselwijziging en de daaraan inherente marktwerking, heeft de NMa nu definitief bepaald dat sprake is van 'zorgmarkten' zowel voor ziekenhuiszorg als voor AWBZ-zorg. Op die zorgmarkten gaat de Mededingingswet toegepast worden; tot op heden moesten voorgenomen concentraties in de zorg wel worden aangemeld maar werden niet getoetst omdat zorg nog niet als een activiteit (goed of dienst) werd beschouwd waarop concurrentie plaatsvond. In zijn kenschets van de (karakteristieken) van de zorgmarkten neemt de NMa het begrip 'concurrentie' wel erg ruim, zeker waar het de AWBZ betreft.

Daarmee wijkt de NMa af van de recente kenschetsen van het Europese Hof van Justitie in de arresten Smits/Peerbooms (zie noot 8: ziekenhuiszorg) en FENIN[9] (AWBZ-zorg), als in overwegende mate door de Nederlandse overheid wettelijk geplande systemen die een sociaal doel dienen. Mijns inziens is dit nog een toetsbaar punt op Europeesrechtelijk niveau, omdat de Richtsnoeren van de NMa er vanuit gaan dat de toepassing van Mededingingswet moet sporen met de Europese Verdragsbelangen en derhalve ook met de jurisprudentie daarover[10]. De NMa treedt hier meer op als stimulator van een bepaald marktgedrag dan als toezichthouder.

"Denkproces op hoog niveau"
Door de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn de gezondheidsstelsels en het gezondheidsbeleid in de lidstaten van de EU nauwer dan ooit met elkaar verbonden. Daarom heeft de Europese Commissie hierover een "denkproces op hoog niveau" gestart. Eerder is dit onderwerp al aan de orde geweest in het Comité van hoge ambtenaren van volksgezondheid en tijdens de vergadering van de EU-ministers van volksgezondheid in Malaga op 8 februari 2002. Ook hebben de diensten van de commissie in juli 2003 een samenvattend verslag opgesteld over de nationale toepassing van de jurisprudentie van het Hof van Justitie inzake de vergoeding van in een andere lidstaat genoten medische diensten. Het genoemde "denkproces op hoog niveau" heeft inmiddels geleid tot een document waarin een aantal aanbevelingen aan het adres van de Europese Commissie is geformuleerd[11]. Europa is voor het zorgverkeer te lang afhankelijk geweest van de uitspraken van het Hof van Justitie, die in feite het beleid hebben bepaald. De politiek neemt nu het stokje over, omdat, aldus genoemd document, "ontwikkelingen als de mobiliteit van patiënten en de verwevenheid van de zorgstelsels alsmede de arresten van het Hof van Justitie aanleiding gaven tot een coherente reactie van de politiek".

Het document van de brainstorming is opgebouwd rond een vijftal thema's[12]. In de paragraaf over afstemming van nationale doelstellingen op Europese voorschriften (paragraaf 4) komt ook de bovengenoemde jurisprudentie aan de orde waarin het Hof van Justitie het recht van de patiënt heeft erkend om in bepaalde omstandigheden in een andere lidstaat de verstrekte gezondheidszorg vergoed te krijgen.
Daarnaast wordt aandacht besteed aan het feit dat het Hof van Justitie tezelfdertijd heeft erkend dat de lidstaten de mogelijkheid moeten hebben om de gezondheidszorg zodanig in te richten dat toegang wordt verkregen tot een evenwichtige reeks hoogwaardige ziekenhuisbehandelingen, dat een ernstige verstoring van het financiële evenwicht en het sociale zekerheidsstelsel wordt voorkomen en dat de kosten worden beheerst om een verspilling van financiële, technische en personele middelen zo veel mogelijk tegen te gaan.

De opstellers van het document schrijven dat de lidstaten met het oog op de financiering en organisatie van hun gezondheidsstelsels, met inachtneming van de Gemeenschapswetgeving, op een aantal gebieden hun beleid zelf kunnen bepalen[13]. Daarbij wordt geconstateerd dat "onzekerheid" bestaat over de mogelijkheden van de lidstaten om op het solidariteitsbeginsel gebaseerde schadeverzekeringen (ziektekosten) te bevorderen. Dit vindt zijn oorzaak in het feit dat in het Verdrag de wisselwerking tussen de nationale bevoegdheid voor de regulering van de diensten voor gezondheidszorg enerzijds en de interne marktvoorschriften anderzijds niet duidelijk is vastgelegd. Uit het document spreekt duidelijk de wens om de rechtszekerheid over de toepassing van de Europese regels op de gezondheidszorgstelsels te vergroten.

Verschillende mogelijkheden daartoe passeren de revue. Allereerst wordt genoemd een wijziging van het Verdrag omdat het ongewenst is dat de inrichting van het zorgstelsel thans een aangelegenheid is die vooral bepaald lijkt te worden door de uitkomsten van beslissingen van het Europese Hof en daarmee door de casuïstiek die aan dit rechterlijk college wordt voorgelegd[14].

Te verdedigen valt dat belangrijke uitgangspunten met betrekking tot de zorgverzekering in de Grondwet voor Europa worden vastgelegd. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de mogelijkheid om de rechtszekerheid te vergroten door secundaire wetgeving. Daarbij wordt met name genoemd het verder bijwerken van de bepalingen inzake de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels, algemene bepalingen inzake het vrije verkeer van patiënten of specifieke verduidelijkingen betreffende de toepassing van het Gemeenschapsrecht op gezondheidsdiensten. Opmerkelijk is dat daarnaast wordt gepleit voor het instellen van een "permanent mechanisme op EU-niveau" dat de Europese samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg kan ondersteunen en het effect van de EU op de gezondheidsstelsels kan controleren. Voorgesteld wordt om dit permanente mechanisme te doen bestaan uit gezondheidszorgve rtegenwoordigers op hoog niveau van de lidstaten en de Commissie, als ook uit relevante belanghebbenden. Dit permanente mechanisme zou een overzicht moeten verschaffen van "toegangs- en kwaliteitsproblemen die van invloed zijn op de mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers, de politieke dialoog en een betere samenwerking op het gebied van de gezondheidszorg moeten vergemakkelijken...".

In het slotdocument wordt verder aan de Europese Commissie de oproep gedaan om in overleg met de lidstaten te onderzoeken hoe de rechtszekerheid kan worden vergroot ten vervolge op de jurisprudentie van het Hof van Justitie inzake het recht van de patiënt op een medische behandeling in een ander lidstaat en met passende voorstellen te komen.
Het eindverslag zal de basis vormen voor een in 2004 te verschijnen 'Mededeling' van de Europese Commissie.

De varianten onderzocht

Deze benadering sluit vrijwel naadloos aan op het rapport over zorgverzekeringen, EG-recht en particulier initiatief dat eind 2003, op initiatief van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, is uitgebracht door Van de Gronden[15]. In zijn onderzoek is hij nagegaan welke randvoorwaarden het EG-recht stelt aan de wijze waarop de zorgverzekeraar zijn activiteiten uitoefent en de ruimte die het laat voor nationale wetgeving. Bij de vormgeving van het zorgstelsel kan de overheid kiezen uit verschillende vormen van betrokkenheid van het particulier initiatief dan wel maatschappelijke organisaties. Daarbij onderscheidt Van de Gronden een aantal varianten, lopend van volledig gereguleerd tot marktwerking. Uitgaande van een glijdende schaal van publiek naar privaat zijn de volgende varianten in beeld gebracht:

- Publieke regelgeving, publieke uitvoering;
- Publieke regelgeving en niet winstbeogende particuliere verzekeraars;
- Publiekrechtelijke regelgeving met randvoorwaarden voor het gehele particuliere initiatief;
- Privaatrechtelijke verzekering en publiekrechtelijke randvoorwaarden;
- Publiekrechtelijke regelgeving met kaders voor het particulier initiatief en opting out voor commerciële verzekeraars.

In zijn onderzoek heeft Van de Gronden deze varianten afgezet tegen de vraag hoe groot de kans is dat de Schaderichtlijnen van toepassing zijn, de vraag hoe groot de kans is dat het verbod van art. 29 en art. 39 Derde Schaderichtlijn is geschonden en hoe groot de kans is dat, bij schending van art. 29 en art. 39, voldaan is aan de exceptie van art. 54 Derde Schaderichtlijn. Variant A is daarbij buiten beschouwing gelaten, omdat op deze variant de Schaderichtlijnen niet van toepassing zijn. Het onderzoek mondt uit in de conclusie dat zelfs bij variant B, die een relatief hoog publiek karakter heeft, de kans van strijd met de Derde Schaderichtlijn bestaat. Verder maakt Van de Gronden duidelijk dat de kans op strijd met de Derde Schaderichtlijn groter is bij de varianten C en D. Bij variant E is deze kans aanzienlijk lager maar daarbij moet rekening worden gehouden met een groot aantal mededingingsrechtelijke problemen[16].

Het uitvoerig gedocumenteerde onderzoek van Van de Gronden toont aan dat de relevante bepalingen van de Derde Schaderichtlijn aanleiding geven tot grote onduidelijkheid. Daarvoor noemt de auteur twee redenen. In de eerste plaats de weinig heldere bewoordingen van een aantal belangrijke artikelen van de Derde Schaderichtlijn. In de tweede plaats wijst hij erop dat optimale rechtszekerheid pas verkregen kan worden, wanneer het Europese Hof zich over de verhouding tussen het EG-recht en een bepaald nationaal zorgstelsel heeft uitgesproken. Hij vestigt er daarbij de aandacht op dat de stelsels van de lidstaten sterk van elkaar verschillen, zodat niet op voorhand duidelijk is welke consequenties een arrest van het Hof over het zorgstelsel van een lidstaat heeft voor de zorgstelsels van andere lidstaten.

Voor lidstaten, zoals Nederland, die particuliere verzekeraars een belangrijke plaats willen geven in het zorgstelsel, formuleert Van de Gronden een strategie in vier stappen. Als eerste noemt hij het uitlokken van een standpuntbepaling door de Europese Commissie. Daarbij gaat het met name om de uitleg van belangrijke bepalingen als art. 29, art. 39 en art. 54 Derde Schaderichtlijn. Het voordeel daarvan is dat, indien de Commissie zich positief heeft uitgelaten over het voornemen van een lidstaat om een bepaald stelsel van particuliere ziektekostenverzekeringen in te voeren, de Commissie bij uitvoering van dat voornemen, niet snel een infractieprocedure zal starten tegen de betrokken lidstaat.

Als tweede stap wordt aanbevolen het bewerkstelligen van een aanpassing van de Derde Schaderichtlijn. De Europese Commissie heeft het recht van initiatief om een dergelijk voorstel in te dienen.

Als derde stap onderscheidt de schrijver de mogelijkheid om speciale Europese regelgeving voor zorgverzekeringen tot stand te brengen. Het argument daarvoor is dat bij de opstelling van de Derde Schaderichtlijn de consequenties van deze richtlijn voor ziektekostenverzekeringen niet voldoende zijn doordacht. In speciale regelgeving kunnen de spelregels voor inschakeling van particuliere zorgverzekeraars op Europees niveau worden vastgelegd om zo meer rechtszekerheid te verkrijgen. Van de Gronden doet verschillende aanbevelingen voor de inhoud van een dergelijke transparantierichtlijn.
Als vierde stap beveelt hij aan om in de Grondwet voor Europa algemene principes te verankeren over de inrichting van het zorgstelsel.

De Commissie en het Europese Hof

De eerste door Van de Gronden aanbevolen stap is inmiddels gezet. Blijkens de brief van de Minister van VWS van 19 december 2003 aan de Tweede Kamer heeft recent consultatie van de Europese Commissie plaatsgevonden aan de hand van de "hoofdlijnen van de denkrichting van het Kabinet" voor een proeve van een zorgverzekering[17].

Het antwoord van Commissaris Bolkestein geeft het Kabinet aanleiding voor de conclusie dat de Commissie "in een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel het opleggen van acceptatieplicht, pakketomschrijving en een verbod op premiedifferentiatie (met bijbehorend risicovereveningssysteem) met een beroep op art. 54 van de Derde Schaderichtlijn gerechtvaardigd acht". Daarbij wijst Bolkestein erop dat bij de uitwerking van de betreffende overheidsmaatregelen wel steeds de eisen van noodzakelijkheid en proportionaliteit in acht genomen dienen te worden. Van belang is echter dat Commissaris Bolkestein aan het slot van zijn brief een algemeen voorbehoud maakt ten aanzien van zijn eindoordeel.

Dit voorbehoud komt erop neer dat de Commissie als regel geen formele opinie geeft over wetsvoorstellen of over toekomstige wetgeving. Bolkestein wijst er uitdrukkelijk op dat het Europese Hof van Justitie als enige competent is om te beslissen over de vraag of nationale wetgeving strijd oplevert met het recht van de Europese Unie. Gezien dit voorbehoud is er alle aanleiding om het niet te laten bij deze eerste consultatie van de Europese Commissie en daadwerkelijk inhoud te geven aan de vervolgstappen die door Van de Gronden in zijn uitvoerig gedocumenteerde studie zijn aanbevolen. Alleen zo kunnen de in de inleiding van deze beschouwing genoemde vraagstukken tijdig en zonder onverwachte complicaties tot een oplossing worden gebracht.

Ten slotte

De vraag naar het karakter van de verzekeringsovereenkomst – privaat- of publiekrechtelijk – is misschien minder relevant dan de positie van de uitvoeringsorganen in de zorgverzekering. In beide varianten zullen de publieke randvoorwaarden er wel komen. Een privaatrechtelijke grondslag biedt hoogstens een bepaalde aanwijzing voor de status van de uitvoerders, waarvoor het Hof een glijdende schaal hanteert: van volledig publiek en wettelijk ingekaderd tot voor eigen rekening en risico opererend (als verzekeringsbedrijf). De schaderichtlijnen zijn van toepassing op commerciële schadeverzekeringen.

Ziektekostenverzekeringen zijn uiteraard schadeverzekeringen. Waar het om draait is echter de vraag of de uitvoering van de verzekering – privaat- of publiekrechtelijk – zal plaatsvinden op commerciële grondslag, waarmee de zorgverzekeraars het terrein van andere (commerciële) schadeverzekeraars zouden betreden. Is dat het geval, dan lijkt mij aan toepassing van de Schaderichtlijnen op de uitvoerders niet meer te ontkomen. En als de Schaderichtlijnen van toepassing zijn op de uitvoerders dan zijn zij ook op de activiteiten van de uitvoerders van toepassing: het verzekeren kan daarmee aan minder beperkingen worden onderworpen. De wijze van inkleding van de uitvoeringsorganen (zorgverzekeraars) door de overheid zou wel eens de bepalende factor kunnen zijn.

Voetnoten:

[1] E. Steyger, Europese zaken in de zorg, in: J.H. Hubben en L.A.M. van Zenderen, *Het Stelsel voorbij?*. Reeks Gezondheidsrecht 18, Koninklijke Vermande, Lelystad, 2002, p. 61-77. Zie voorts haar bijdrage De communautaire inhoud van het begrip 'sociale zekerheid'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2002*, 2, p. 88-98.

[2] B.J. Drijber en G.R.J. de Groot, *Een nieuw stelsel van zorgverzekering. Toetsing aan het gemeenschapsrecht en het internationaal recht,* Den Haag, 4 december 2002.

[3] De gangbare uitleg van een "een (gesloten) publiekrechtelijke ordening nagenoeg zonder marktelementen" bleek te globaal voor praktische toepassing; bovendien bleek zo'n stelsel ook rekening te moeten houden met de beginselen van de vrije markt.

[4] HvJEG 17 februari 1993, zaken C-159/91 en C-160, *Jur.* 1993, p. I-637 (Poucet en Pistre), HvJEG 26 maart 1996, zaak C-238/94, *Jur.* p. I-1673 (Garçia).

[5] ICER rapport, Werkgroep zorgstelsel, 3 april 2001 en HvJEG, 18 mei 2000, zaak 206/98, *Jur.* 2000, p. I-3509 (Commissie vs België).

[6] Het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I, p. 12, maakt dan ook een veelbetekenend voorbehoud in de vorm van een 'kleine' voetnoot: "Uitgaande van de veronderstelling dat het gemeenschapsrecht daartoe voldoende ruimte laat."

[7] HvJEG 28 april 1998, zaken C-120/95 en C-158/96, TvGR 1998/58, RZA 1998/121 (Decker/Kohll), HvJEG 12 juli 2001, zaak C-157/99, TvGR 2001/44, RZA 2001/115 (Smits/Peerbooms), HvJEG 13 mei 2002, TvGR 2003/58 (Müller-Fauré/van Riet).

[8] Visiedocument 'AWBZ-zorgmarkten' en Visiedocument 'Concurrentie in de ziekenhuissector, 3130/66 en 3128/55, januari 2004, NMa, Den Haag.

[9] Gerecht van Eerste Aanleg EG, 4 maart 2003 (T-319/99).

[10] De Mededingingswet is per slot van rekening overgeschreven van de Mededingingsbepalingen uit het Verdrag.

[11] http://www.snellerbeter.nl. Volgens mededeling van G.J.A. Hamilton wordt het document gepubliceerd in Zorg & Financiering, maart 2004.

[12] Deze thema's zijn: Europese samenwerking om de beschikbare middelen beter te kunnen benutten; informatiebehoeften van patiënten, gezondheidswerkers en beleidsmakers; toegang tot en kwaliteit van de zorg; afstemming van het nationale gezondheidsbeleid op Europese voorschriften en gezondheidsgerelateerde vraagstukken en het cohesiefonds en de structuurfondsen van de Unie.

[13] De deelnemers aan het "denkproces op hoog niveau" over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie, onderscheiden verantwoordelijkheden voor:

a. de financieringswijze voor het gezondheids- en sociale zekerheidsstelsel (bijvoorbeeld belastingen en sociale verzekering) en de algemene organisatie van het stelsel, waaronder de wijze waarop de prijzen worden vastgesteld;

b. de interne toewijzing van middelen (met inbegrip van de personele middelen) via centrale of decentrale regelingen;

c. de bepaling van algemene prioriteiten voor gezondheidsuitgaven en het recht om de omvang van de met publieke middelen gefinancierde zorg te bepalen;

d. de vraag wie gezien de klinische noodzaak voorrang krijgt bij de toegang tot het stelsel (bij vergoeding door de nationale regeling);

e. beheersstrategieën binnen vaste budgetten, zoals de toepassing van de zogeheten evidence-based medicine, met inachtneming van de nationale diversiteit op het gebied van gezondheidsbeleid en behandelingspatronen;

f. de kwaliteit, effectiviteit en efficiency van de gezondheidszorg, zoals klinische richtlijnen.

[14] Ook G.J.A. Hamilton, Gezondheidszorg en Europees recht, Vraagbaak Medisch Specialist, Bohn Stafleu van Loghum, 2003, wijst erop dat regelgevende bevoegdheden op Europees niveau onontbeerlijk lijken, wil de rechtsontwikkeling op het terrein van de zorg zich niet moeizaam blijven voortslepen van het ene arrest naar het andere (m.n. p. 63).

[15] J.W. van de Gronden, Zorg tussen lidstaat en interne markt, Uitgave van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Den Haag 2003.

[16] O.c. m.n. p. 155.

[17] Brief Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 19 december 2003, Tweede Kamer, 2003-2004, 23619, nr. 20.

Nieuwe competenties gevraagd van Europa's Bouwcolleges

M. Verweij, arts, plaatsvervangend algemeen secretaris, voorzitter EU Health Property Network

In de Europese Unie is sprake van een veranderend landschap op het gebied van de gezondheidszorg, zowel binnen de individuele lidstaten als in de Unie als geheel. Het is opvallend hoezeer discussies over de zorg in de verschillende landen parallel verlopen en grote gelijkenis vertonen. Overal stijgen de kosten en overal proef je het machteloze gevoel dat de burger zo weinig lijkt terug te krijgen voor de hogere uitgaven in de zorg. Elk land worstelt met pogingen om efficiëntie en effectiviteit te verhogen: meer concurrentie, scherpere onderhandelingen tussen aanbod en inkoop, de overheid op grotere afstand, minder bureaucratie en meer verantwoordelijkheid voor veldpartijen. De thema's zijn overal hetzelfde, de uitwerking verschilt. Onderscheidend daarbij is vooral of sprake is van een *national health system,* of van het *Bismarck* model (sociaal verzekeringsstelsel) zoals bij ons.

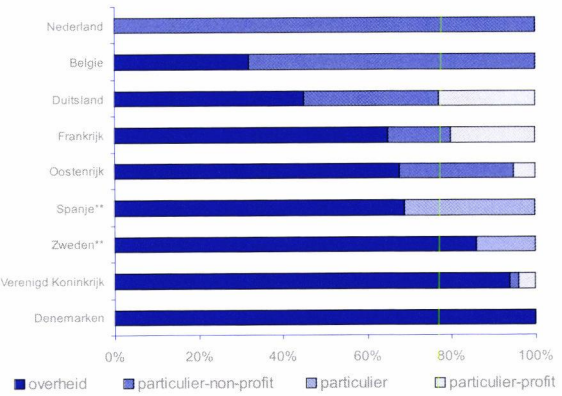
Het gaat zoals gezegd echter niet alleen om de lidstaten afzonderlijk, ook het Europese 'landschap' verandert. In recente publicaties[1] van de EU is te lezen dat, volgens artikel 152 van het verdrag tot oprichting van de EEG (Maastricht, 1991), gezondheidszorg weliswaar de verantwoordelijkheid van de individuele lidstaten is, maar dat om allerlei redenen de zorg (ook) steeds hoger op de EU-agenda komt te staan. Dit blijft overigens een gevoelig politiek punt; verschillende landen verzetten zich tegen EU-bemoeienis met het zorgstelsel in individuele lidstaten. Belangrijk in dit verband is het subtiele onderscheid tussen *health* en *healthcare*. *Health* (lees: *public health*) is altijd al een Europees thema geweest: denk daarbij aan kankeronderzoek, anti-rookcampagnes en gezamenlijke bestrijding van infectieziekten. Hiervoor zijn ook veel Europese subsidies verstrekt. *Healthcare*, echter, heeft betrekking op het zorgstelsel i.c. de organisatie van de zorg in de verschillende landen, en dat ligt in Europees verband veel moeilijker.
Er zijn echter duidelijke redenen waarom afwijzing van EU-bemoeienis met de nationale zorgsystemen op termijn niet vol te houden is. Een eerste reden is de toegenomen mobiliteit van burgers; het mooiste voorbeeld is de wijze waarop Spanje het 'Florida van Europa' wordt: burgers uit andere landen die daar van hun pensioen genieten vallen terug op het Spaanse zorgsysteem met financiering uit het land van herkomst. De gevolgen van de vergrijzing vragen sowieso de nodige aandacht in Europees verband.
Een andere reden is de aanstaande toetreding van nieuwe lidstaten. De verschillen tussen landen worden hiermee fors groter en dat betekent dat de EU een belangrijke rol zal moeten spelen om de nieuwe toetreders te ondersteunen bij een inhaalslag.

Zorgvastgoed in Europa

In de discussies bestaat opvallend weinig aandacht voor het zorgvastgoed in Europa. Dit is wonderlijk. De kosten van vastgoed zijn aanzienlijk, veelal tussen 10 en 15 % van de totale zorguitgaven. Verder zijn gebouwen weliswaar veelal

de uitkomst van een discussie over de inrichting van het zorgproces, maar als ze er eenmaal staan zijn ze lange tijd zeer bepalend voor de wijze waarop zorg geleverd wordt. Met een zekere passie zou daarom gesteld kunnen worden dat het belang van de gebouwde omgeving in de zorg wordt onderschat. Met de toegenomen aandacht voor *healing environment* wordt ook steeds beter onderbouwd dat een gebouw invloed heeft op de beleving en genezing van de patiënt.
Wel is in veel landen sprake van experimenten met nieuwe financieringsvormen van zorgbouw. Het Verenigd Koninkrijk is het duidelijkste voorbeeld met het PFI programma[2]; op dit moment zijn ook Italië, Portugal, Spanje, Duitsland en Zweden bezig met een vorm van publiek-private samenwerking (Public Private Partnership). Overigens blijkt uit een studie van het Bouwcollege[3] dat Nederland een buitenbeentje is, met een lange traditie van private financiering van het vastgoed.

Een ander element dat tot nu toe onderbelicht is gebleven, is de impact van zorgbouw op de lokale en regionale economie. Zorgbouw behoort tot de meest complexe utiliteitsbouw en kan een belangrijke economische stimulans betekenen. Meer dan in Nederland worden elders vooral grote zorggebouwen gezien als gezichtsbepalende publieke werken. De architectuur is daarom belangrijk, het gaat immers om meer dan de kale functie van een gebouw. Het Bouwcollege poogt met zijn recente prijsvragen ook in Nederland de zorgarchitectuur in bredere zin opnieuw te stimuleren.



Tabel1: Eigendom van zorgvastgoed in Europa

EU Health Property Network
Ondanks het feit dat het Verenigd Koninkrijk een Europese bemoeienis met de zorgstelsels afhoudt, is wel door haar NHS Estates - een uitvoerend orgaan van het Ministerie van Gezondheid voor vastgoedzaken in de zorg - het initiatief genomen om in oktober 2000 het EU Health Property Network op te richten. Met de verandering van het politieke klimaat in Engeland, toen de Labour-regering van Tony Blair aan de macht kwam, moest een majeure inhaalslag plaatsvinden, zowel ten aanzien van de dienstverlening als de bouwkundige zorginfrastructuur. Plannen werden opgesteld om een groot aantal nieuwe ziekenhuizen te bouwen en Blair heeft de NHS Estates gevraagd om te bezien in hoeverre geleerd kon worden van ervaring elders in Europa.
In korte tijd is het netwerk zeer succesvol gebleken. De leden vertegenwoordigen overheden of daaraan gelieerde organisaties met een vergelijkbaar mandaat als het Bouwcollege. In vrijwel elk EU-land bestaat een orgaan of afdeling die gelijkenis vertoont met het Bouwcollege. In het Verenigd Koninkrijk en Nederland gaat het om een zelfstandige organisatie, in andere landen is het een afdeling van het departement (Ierland, Portugal), in weer andere landen is sprake van decentralisatie naar regio's of deelstaten (Duitsland, Spanje). Het aantal deelnemende landen is intussen verdubbeld en sinds vorig jaar worden ook de nieuw toetredende landen bij het netwerk betrokken.

De gemeenschappelijke agenda van de leden kan in enkele kernzinnen worden samengevat:

- De consequenties van nieuwe organisatievormen, zorgconcepten en technologieën voor de bouwkundige infrastructuur;
- Het zoeken naar goede ontwerpen (*good practice*) in Europe, vanuit het perspectief van de patiënt/cliënt, de functionaliteit en de prijs-kwaliteitverhouding; de financiering van vastgoed in de zorg, met een bijzonder accent op nieuwe vormen van financiering, eigendomsverhoudingen en privaatpublieke initiatieven.

De discussies binnen het netwerk zijn begonnen met vooral informatie-uitwisseling i.c. kennis opdoen van elkanders organisaties en activiteiten. Nu het netwerk drie jaar verder is, blijft het daar niet bij, maar is een bewuste stap richting Brussel gezet om het belang van het zorgvastgoed op een ander niveau onder de aandacht te brengen.
Vanuit het besef dat zorgvastgoed een blijvend aandachtsgebied zal zijn binnen Europa, moet de vraag gesteld worden naar de positionering van Europa's bouwcolleges en de kerncompetenties die deze organisaties moeten bezitten om in de toekomst een meerwaarde te kunnen bieden binnen het publieke domein.

De veranderende rol van de overheid

Alhoewel een enkel land (met name Noorwegen) kennis over planning, bouw en financiering van het zorgvastgoed vrijwel geheel overlaat aan het private domein (daar komt men overigens nu van terug vanwege de kostenexplosies), kiezen bijna alle landen voor een zekere vorm van bundeling van expertise en bestuurlijke macht binnen het publieke domein. Het gaat immers om grote investeringen, zorg is een politiek gevoelig onderwerp en de ministers van financiën willen greep houden op de zorguitgaven.

In de inleiding is reeds gememoreerd dat in de lidstaten grote gelijkenis bestaat waar het gaat om discussies over knelpunten in de zorg. Opvallend is eveneens de parallellie in discussies over de positionering van de bouwcolleges. Komend vanuit een tijdperk waarin de overheid veel zelf regelde, is nu in Europa breed sprake van een terugtredende overheid en komen de bouwcolleges op grotere afstand te staan. De introductie van concurrentie en marktwerking gaat gepaard met een andere visie op de rol van de overheid. Overal is sprake van deregulering en decentralisatie. Daaraan gekoppeld speelt in een aantal landen een herstructurering van het ambtelijke apparaat. Ministeries worden teruggebracht tot kerndepartementen en de bouwcolleges worden op grotere afstand geplaatst met een grotere mate van zelfstandigheid, zoals ook in Nederland is gebeurd[4].

De bouwcolleges zullen hierdoor veranderingsprocessen ondergaan. De taken van de organisaties verschuiven van uitvoerend, met een ambtelijk-bureaucratische cultuur, naar meer adviserend op strategisch niveau, met een sterkere kenniscultuur. Dit betekent een heel nieuwe oriëntatie.

Benodigde competenties

Expertise
Het nieuwe Europa vraagt van de bouwcolleges deels andere competenties, dat wil zeggen zowel andere deskundigheden als aanpassingsvermogen. De belangrijkste competentie zal kennis worden. Een bouwcollege in Europa zal kennis moeten bezitten op het gebied van zorgvastgoed. De meeste bouwcolleges hebben een unieke uitgangspositie doordat ze een helicopterview hebben over de ontwikkelingen. Er zit al veel kennis binnen de organisaties, maar dat is niet voldoende. Kennis beheren en ontsluiten gaat niet vanzelf, hiervoor is actieve sturing binnen de organisatie nodig.
In plaats van te volgen wat in het veld gaande is, gaan de bouwcolleges steeds meer een actieve advies- en antennefunctie vervullen. Ontsluiting van kennis gaat gepaard met een actief communicatiebeleid.

Wetenschappelijk netwerk
Een oriëntatie op kennis zal tevens een sterkere band met wetenschappelijke instituten en gelieerde kenniscentra vragen. De bouwcolleges doen er verstandig aan het wetenschappelijk onderzoek zelf aan anderen over te laten. Dat neemt niet weg dat het onderhouden van wetenschappelijke netwerken onontbeerlijk is. De taak van de bouwcolleges is dan vooral de vertaling van nieuwe wetenschappelijke inzichten naar de beleidsmatige en praktische consequenties.

Internationale oriëntatie
De kennis- en antennefunctie vraagt om een internationale oriëntatie en wel om twee redenen. Weliswaar is de organisatiewijze van de zorg sterk cultuurbepaald, de medische en technologische veranderingen zijn echter mondiaal. De medische wetenschap heeft al jarenlang een internationale oriëntatie, om niet te spreken van de techniek. Dit heeft gevolgen voor zorgmodellen en processen en daarmee op termijn impact op het gebouw.
Een nieuwere ontwikkeling is de tendens tot internationaal benchmarken. De blik van de burger is niet langer beperkt tot het eigen land, maar reikt door de media en internet verder tot een internationaal veld. Wat in Amerika of Australië gewoon is, heeft relevantie voor de situatie in het eigen land. In het Verenigd Koninkrijk wordt de NHS steeds explicieter vergeleken met internationale standaarden[5]. Een internationale oriëntatie zal nieuwe ideeën genereren, niet zozeer om modellen van elders als blauwdrukken klakkeloos over te nemen, maar veeleer om het eigen referentiekader te verbreden.

Soepel en aanpasbaar
Wanneer de bouwcolleges zich moeten herpositioneren, op grotere afstand van de overheid, is de eerste eis die gesteld wordt souplesse om met veranderingen mee te kunnen gaan. Dit valt voor veel overheidsorganisaties niet mee. De overheid is bekleed met gezag en autoriteit en verandering van cultuur is lastig. Er moet een *sense of urgency* bestaan en een veranderingsgezindheid, wil men überhaupt ruimte kunnen creëren voor herpositionering. Verandering kan moeilijk en bedreigend zijn voor medewerkers. Het vraagt ook andere competenties binnen het personeelsbestand.

Onafhankelijk en gezaghebbend
De bouwcolleges zullen op een nieuwe wijze gezaghebbend moeten zijn, niet alleen vanuit de bestuurlijke machtspositie, maar veeleer vanuit kennisgezag. Gezag gaat gepaard met onafhankelijkheid. Enerzijds betekent dit enige afstand tot het dagelijkse politieke gewoel (infrastructurele beslissingen hebben immers betrekking op de lange termijn), anderzijds onafhankelijkheid van de belangen van uitvoerende partijen, zoals aannemers, adviseurs en architecten.

Kennisgebieden
Binnen het EU Health Property Network (EUHPN) is het werkveld omschreven met de term *strategic asset planning.* Een nadere analyse van dit begrip levert een herleving van een vrij klassiek trio op: planning, bouw en financiering.

Zorgmodel en capaciteit
Planning krijgt een comeback. Een gemoderniseerde inhoud van het begrip planning heeft nog weinig van doen met de Nederlandse context waarin dit begrip is gebruikt. Het begrip planning roept in Nederland de associatie met 'Moskou aan zee' op: centrale overheidsplanning uitgaande van een maakbare zorgsamenleving. We zijn inmiddels een paar decennia verder, en zien dat het (Engelse) begrip planning weer terug is. Het woord strategic wil aangeven dat op een hoger abstractieniveau rekenschap wordt gegeven van de te verwachten ontwikkelingen met betrekking tot de zorginhoud, capaciteit en wijze waarop zorg verleend wordt. Engels onderzoek[6] naar care pathways en care products probeert, los van de huidige zorgstructuren, de zorgbehoefte van een populatie te relateren aan de meest effectieve wijze van zorgverlening (met veel aandacht voor de eigen rol van de patiënt of cliënt) en daarvan afgeleid het benodigde zorgvastgoed te definiëren. Consequentie hiervan is dat de vormgeving van het vastgoed mede bepaald zal gaan worden door de samenstelling en zorgbehoefte van een populatie. De routing van patiënten door het zorgproces kan daarmee eveneens veranderen. Met name voor ziektebeelden die veel voorkomen of die een hoge zorgconsumptie kennen (bijvoorbeeld chronische aandoeningen) kan deze manier van denken op termijn tot een hele nieuwe vormgeving van het vastgoed leiden. Nog veel meer onderwerpen vragen van de bouwcolleges goed ontwikkelde antennefuncties, echter dat zou in het kader van dit artikel te ver voeren. Nu slechts twee voorbeelden: ICT-toepassingen zullen op velerlei terrein gevolgen hebben voor zorgbouw en mogelijk in de vormgeving leiden tot schaalverkleining. Ook zal de vergrijzing Europa de komende 25 jaar voor flinke uitdagingen plaatsen.

Bouw en architectuur
Het woord *asset* slaat op het vastgoed zelf. Ondanks het feit dat Europa al eeuwenlang ziekenhuizen bouwt, is bouw en architectuur nog volop onderwerp van onderzoek. Geconstateerd kan worden dat wetenschappelijk onderzoek naar *zorg*gebouwen een ondergeschoven kindje is. De komende jaren zal een inhaalslag gemaakt moeten worden, die het beste Europa-breed kan worden ingezet. Enkele voorbeelden. In de industriële sector is de logistieke wetenschap volwassen geworden. Fabrieken worden gebouwd en ingericht met behulp van minutieus logistiek onderzoek. Het *just in time* logistieke model, waarbij voorraden tot een minimum worden beperkt, is hiervan een voorbeeld. De zorgbouw en -architectuur kan hiervan geweldig profiteren.

Dit geldt ook voor de flexibiliteit en functionele levensduur van zorggebouwen. De bestaande kennis is op veel fronten nog anekdotisch van karakter. Een eerste stap is om voorbeelden van *good practice* in de Europese zorgbouw te inventariseren.

Financiering
Strategic asset planning betekent ook financiering. Landen die zorgvastgoed *à fonds perdu* uit de rijksbegroting bekostigen lopen vast tussen twee klippen: enerzijds de noodzaak tot investeren en anderzijds de politieke onmogelijkheid om door belastingverhoging voldoende middelen te verwerven.
Het zoeken naar nieuwe financieringsmodellen is in de landen waar een *National Health* systeem geldt het meest aan de orde. Allerlei vormen van publiek-private samenwerking zijn in opgang. De eerste ervaringen in het Verenigd Koninkrijk laten ook de nadelen zien: door de langlopende contracten is flexibiliteit in gebruik van het gebouw of aanpassing van functie slechts beperkt mogelijk. Hierdoor is, naast het verwerven van middelen voor vastgoedinvesteringen en het realiseren van nieuwe voorzieningen, evenzeer de mogelijkheid tot afstoten van het vastgoed aan de orde[7].
Strategic asset planning slaat ook op de afstootbaarheid van vastgoed. Met de snel veranderende context in 'gezondheidsland' blijkt de functionele levensduur van gebouwen steeds sneller af te nemen. Dit roept veel vragen op met betrekking tot eigendomsverhoudingen en de omkeerbaarheid van zorgbouw.

Conclusie
In verschillende landen is sprake van herpositionering van de bouwcolleges door een veranderende visie op de rol van de overheid. Deze veranderingen staan niet op zichzelf, maar passen binnen een bredere discussie over de inrichting van de zorgstelsels. Herpositionering zal een verandering van taken en cultuur binnen de organisaties tot gevolg hebben. Samenwerking tussen bouwcolleges in Europa heeft prioriteit om kennis en ervaring te delen, evenals de ontwikkeling van bredere netwerken met universiteiten en andere kenniscentra. Het EU Health Property Network kan hiervoor een geschikt instrument zijn. Een gezamenlijk optreden richting Brussel biedt de mogelijkheid om invloed uit te oefenen door op het juiste moment inzichten te communiceren en te propageren.

Voetnoten:

[1] High Level Process of Reflection on Patient Mobility and Healthcare Developments in the European Union (2003).

[2] Private Financing Initiatives, die in verschillende rondes vanaf 1995 zijn opgezet.

[3] College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Sturing en financiering van de bouwkundige zorginfrastructuur in andere landen van de Europese Unie, rapportnr. 513, Utrecht 2001. Te downloaden via www.bouwcollege.nl/publicaties.

[4] Het Bouwcollege is per 1 januari 2000 een zelfstandig bestuursorgaan geworden.

[5] In the British Medical Journal is in 2003 herhaaldelijk aandacht besteed aan een vergelijking tussen de prestaties van de NHS en de Amerikaanse Health Maintenance Organisation Kaiser Permanente uit Californië.

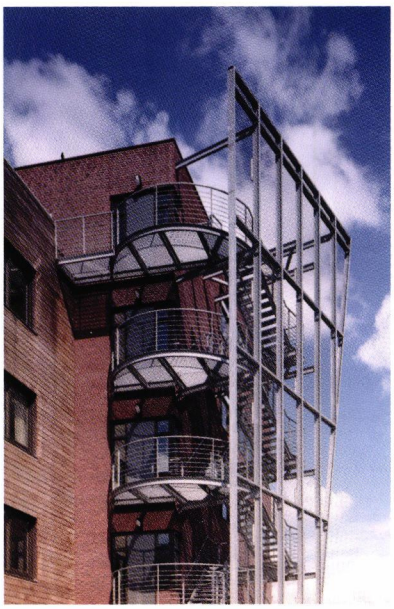
[6] Het EUHPN werkt hierin samen met Durham University in Engeland.

[7] Barrie Dowdeswell: Ketenzorg en de portfolio-benadering van het vastgoed, In perspectief 6, december 2003, Bouwcollege.

ZBO's: verleden, heden en toekomst

drs. L.J.M. Mimpen, hoofd afdeling Bestuursondersteuning

In deze bijdrage wordt een beschouwing gewijd aan het fenomeen Zelfstandig Bestuursorgaan (ZBO). Allereerst wordt de ontstaansgeschiedenis van de ZBO's beschreven. Vervolgens komt de verantwoording door en het toezicht op ZBO's aan de orde. Ten slotte wordt op basis van de voorgaande analyse een ideaaltypisch beeld geschetst van ZBO's in de toekomst. Gepoogd is de analyse vorm te geven op een rationele, objectieve en wetenschappelijk verantwoorde wijze. Overigens moet bedacht worden dat schrijver dezes wellicht enige vooringenomenheid niet ontzegd kan worden.



Ontstaansgeschiedenis ZBO's

De economische recessie in de jaren zeventig en de steeds groeiende tekorten op de rijksbegroting leidden tot het politieke besef dat het hoog nodig was de publieke sector te reduceren en de private markteconomie te stimuleren. Tijdens de eerste twee kabinetten Lubbers werd privatisering beschouwd als een belangrijk instrument om de financiële en personele omvang van de overheid te verkleinen en de marktsector te versterken. De overgang van publieke taken naar de marktsector was bedoeld om de markt te stimuleren en ging uit van de economische assumptie dat marktwerking tot een grotere efficiëntie zou leiden. Bovendien zou de verkoop van staatseigendommen leiden tot aanvullende inkomsten voor de armlastige overheid. Vele privatiseringsoperaties gingen van start en werden gerealiseerd. Zo werden alle staatsbedrijven geprivatiseerd: de Postbank, de PTT, de Rijksmunt en later de NS. Tevens gold dit voor vele grote overheidsdiensten: het Rijksinkoopbureau, het Facilitair Bedrijf NOS en de Loodsdiensten bijvoorbeeld. Ten slotte werden ook tal van kleinere diensten verzelfstandigd, zoals departementale accountantsdiensten en drukkerijen. Afgezien van de Staatsbedrijven, ongeveer 100.000 werknemers, waren circa 18.000 ambtenaren bij privatiseringen betrokken, 11% van het toentertijd aanwezige personeelsbestand. Uit diverse publicaties kan worden opgemaakt dat ernstige twijfels bestaan over het bereiken van de overheidsdoelstellingen op het gebied van privatisering[1]. Efficiencyvergroting blijkt in de praktijk moeilijk te achterhalen. Financiële voordelen werden soms niet bereikt.

Met het toetreden van de PvdA tot het derde kabinet Lubbers deed zich ook een verschuiving voor in de overheidsdoelstellingen. Privatisering werd niet langer als prioriteit beschouwd. Dit betekende echter niet het einde van het beleid het ambtelijk apparaat van de overheid te reduceren. Als instrument werd daarbij gekozen voor verzelfstandiging van de uitvoerende diensten. Hoewel de ideologische benadering verschoof van stimulering van de markteconomie

naar managementargumenten als kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van publieke dienstverlening, bleef de reductietaakstelling prevaleren. Het product bleef derhalve min of meer hetzelfde, slechts de verpakking veranderde.
De directe aanleiding voor de grote groei van het aantal verzelfstandigingen in de jaren negentig vormde de in 1990 van start gegane "grote efficiencyoperatie" (GEO). De grote efficiencyoperatie leidde binnen de rijksoverheid tot grote taakstellingen. Een belangrijk deel van de invulling hiervan werd bereikt door verzelfstandiging van uitvoerende diensten, veelal in de vorm van Zelfstandige Bestuursorganen. Ook nu was de achterliggende filosofie geënt op financiële overwegingen. Uiteraard werd de financiële argumentatie verpakt in managementachtige doelstellingen.
Zo werd geconcludeerd dat in de rijksdienst vooral aandacht en waardering bestond voor beleidsvoorbereiding. Het carrièrepad naar de ambtelijke top loopt via beleidsnota's en niet via de toepassing van beleid. De geringe aandacht voor de uitvoerende zaken is overigens notoir. Een van de meest in het oog springende voorbeelden vormt het fiasco rond de invoering van de wet studiefinanciering eind jaren tachtig. Teneinde het evenwicht tussen beleidsvoorbereiding en uitvoering te herstellen moesten de aandacht en de waardering voor de uitvoering worden vergroot. Het middel hiertoe vormde de verzelfstandiging van de uitvoering via ZBO's. De overheersende redenering werd, dat het plaatsen van de uitvoerende dienst op afstand van departementale beleidsmedewerkers, de dienst in staat zou stellen om zich in de luwte van de waan van Haagse politiek en beleid te concentreren op de uitvoering. Dit zou moeten leiden tot een verbetering van de taakvervulling. Autonomie, zo werd verondersteld, zou leiden tot beter management en dus meer kwaliteit, effectiviteit en efficiency. De keuze voor ZBO's was mede ingegeven door de institutionele traditie van de Nederlandse staat en samenleving, waarin de uitvoering van publieke taken traditioneel door de overheid werd overgelaten aan het maatschappelijk middenveld. De oudste ZBO's zijn de Rijksuniversiteiten en de Nederlandse Bank. De beleidsmatige voedingsbodem voor het opnieuw introduceren van het fenomeen ZBO werd gevormd door het advies van de Raad voor Binnenlands Bestuur over functionele decentralisatie van rijkstaken. De discussie concentreerde zich vooral op problemen rond de ministeriële verantwoordelijkheid, de democratische verantwoording naar het parlement en de motieven om een ZBO in te stellen.

Drie soorten motieven werden onderscheiden:

- Het deskundigheidsmotief.
  Organen die opgericht zijn om de voor de taakuitoefening vereiste deskundigheid beter tot haar recht te laten komen. Voorbeelden hiervan zijn de Octrooiraad en het KNMI;
- Het onafhankelijkheidsmotief.
  Organen die zelfstandig zijn omdat de taak onafhankelijk van de regering behoort te worden uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn de Kiesraad en het Centraal Bureau voor de Statistiek;
- Het belanghebbendenmotief.
  Organen bedoeld om aan de medeverantwoordelijkheid van maatschappelijke organisaties gestalte te geven, zoals de Kamers van Koophandel.

Naast deze hoofdmotieven voor de oprichting van een ZBO werden genoemd: de verhoging van effectiviteit en efficiëntie en de reductie van bestuurlijke last van een departement.

Halverwege de jaren negentig kreeg de tendens tot verzelfstandiging van uitvoerende taken door ZBO's plotseling tegengas. Aanleiding hiertoe vormde het rapport van de Commissie Sint dat via een beslisboom aanzienlijke beperkingen aan de totstandkoming van ZBO's wilde opleggen. Het feit dat mevrouw Sint directeur was van het Ministerie van Binnenlandse Zaken, waarvan de toenmalige Minister, Dijkstal, herhaaldelijk zijn twijfels had geuit over de gevolgen voor de ministeriele verantwoordelijkheid en de democratische controle, zal in de geschiedschrijving waarschijnlijk als toeval worden bestempeld. De daadwerkelijke kentering in de verdere groei van het aantal ZBO's trad op bij de publicatie van het uiterst kritische rapport van de Algemene Rekenkamer over de ZBO's en de ministeriele verantwoordelijkheid. De Rekenkamer concludeerde in 1995 dat aanzienlijke verduidelijking nodig was, gezien het grote aantal ZBO's en de enorme sommen publiek geld die erin omgaan. Vooral het feit dat het in meer dan de helft van de gevallen ontbrak aan de minimaal noodzakelijke vorm van toezicht en inspectie was de Rekenkamer een doorn in het oog. Kabinet en parlement veranderden qua houding en betuigden steun aan het primaat van de politiek en de parlementaire controle. Binnenlandse Zaken kwam spoorslags met verscherpte aanwijzingen voor de oprichting van ZBO's. Jaarverslagen, begrotingen en benoemingen vereisen sedertdien goedkeuring van de betreffende minister. Dit om de ministeriële verantwoordelijkheid aan te scherpen. Een kaderwet voor de ZBO's werd snel opgesteld maar heeft ondanks heftige discussies nog niet de eindstreep gehaald.
Sinds deze discussies lijkt het fenomeen ZBO over een ongunstig gesternte te beschikken. Dat neemt niet weg dat ook na 1995 nog een groot aantal ZBO's het licht heeft gezien. Meer en meer wordt er echter geopteerd voor interne verzelfstandiging via zogenaamde agentschappen.

In de tendens tot privatisering en met name verzelfstandiging van uitvoerende diensten staat Nederland overigens niet alleen. Ook in Canada, Finland, Frankrijk en Zweden hebben zich vergelijkbare ontwikkelingen voorgedaan. Angelsaksische landen als Australië, het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland zijn nog avontuurlijker gebleken en hebben vooral het pad van de privatisering gekozen. In Duitsland bestaat er daarentegen wat minder ambitie om het overheidsapparaat te hervormen[2].

Verantwoording en toezicht ZBO's
Een van de doelstellingen van verzelfstandiging was tot een emancipatie van de uitvoering te komen. Beleid en uitvoering zijn niet langer ondergeschikte, maar nevengeschikte schakels in de beleidsketen geworden. Deze emancipatie zou ertoe moeten leiden dat beleidsmakers meer aandacht hebben voor de (on)mogelijkheden van de uitvoeringspraktijk. Hierdoor verandert de bovengeschiktheid van het ministerie in een meer gedistantieerde en tegelijkertijd wederkerige relatie. Dit heeft uiteraard ook consequenties voor de verantwoording door het ZBO en het toezicht op het ZBO. Hierbij past het traditionele hiërarchische organisatiemodel niet meer.

Als je kind voor het eerst op kamers gaat wonen zal je ook de neiging moeten onderdrukken elke avond te informeren of hij/zij wel gezond heeft gegeten en doelmatig is omgesprongen met de hem/haar ter beschikking staande middelen.

De kritiek van de Rekenkamer op het in hoge mate ontbreken van toezicht en inspectie op ZBO's was overigens op dat moment volstrekt terecht. Op zich was het ontbreken van toezicht en inspectie op een groot aantal ZBO's – uiteraard waren er ook talloze ZBO's waar dit wel goed geregeld was – overigens niet geheel verwonderlijk. De belangrijkste, vaak niet uitgesproken, doelstelling om een ZBO op te richten, zo bleek uit de vorige paragraaf, was immers gelegen in een bezuinigingsdoelstelling voor de Rijksoverheid. Was deze bezuiniging, via verzelfstandiging, eenmaal gerealiseerd dan was het doel gehaald en de noodzaak voor controle en toezicht op de verzelfstandigde organisatie niet manifest aanwezig. De rapporten van de Rekenkamer en van de Commissie Sint leidden er echter toe dat er meer aandacht kwam voor toezicht en verantwoording.

Sinds deze publicaties vormt de discussie over de ministeriele verantwoordelijkheid in de politiek weer een belangrijk onderwerp. De ministeriele verantwoordelijkheid voor een ZBO is uiteraard beperkter dan voor het functioneren van een ambtelijk apparaat van een ministerie. Dit heeft in theorie ook gevolgen voor de wijze waarop het parlement de minister op zaken die het ZBO regarderen ter verantwoording kan roepen. Hoewel deze conclusies vanuit de bestuursrechtelijke en bestuurskundige theorie volstrekt juist zijn, kan worden geconstateerd dat de feitelijke praktijk deze theorieën niet staven. In de eerste plaats heeft een analyse van de in de periode 1945-2000 tussentijds afgetreden ministers en staatssecretarissen (54)[3] uitgewezen dat er geen enkele bewindspersoon heeft moeten aftreden vanwege het falen van een ambtelijk apparaat. Hoewel de ministeriele verantwoordelijkheid voor het functioneren voor een ZBO zodanig beperkt is dat aftreden hierom de facto niet mogelijk is, mag gelet op bovenstaande constatering verondersteld worden dat een minister of staatssecretaris nooit gedwongen zou zijn af te treden voor het falen van een zelfstandig bestuursorgaan. Temeer niet omdat, vanwege de toegenomen professionaliteit, verwacht mag worden dat het falen bij verzelfstandigde organisaties geringer is dan in de periode dat de taken nog rechtstreeks onder de minister vielen. Voor zover er wel sprake is van falend functioneren en de Kamer de minister daarop aanspreekt blijkt bovendien dat de minister zich niet kan verschuilen achter de beperkte ministeriele verantwoordelijkheid. Zowel over de tariefstelling door de NS als over de verbouwing door de UWV werden de betreffende bewindspersonen met succes door de Kamer gedwongen maatregelen te nemen ondanks het feit dat de bewindslieden niet over bevoegdheden terzake beschikten. Blijken er relatief weinig discussies in de Kamer plaats te vinden over het functioneren van ZBO's. Als deze discussies toch plaatsvinden blijken die veelal betrekking te hebben op ZBO's die politiek gevoelige taken uitvoeren. Een goed voorbeeld hiervan vormt het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA).

De discussie over de ministeriële verantwoordelijkheid heeft er wel toe geleid dat het toezicht op en de verantwoording door ZBO's aanzienlijk is geïntensiveerd. Het toezicht is meer en meer in het teken gaan staan van een gedetailleerde hiërarchische sturing door het departement. In de literatuur[4] worden vraagtekens geplaatst bij de hiërarchische beleidsmatige aansturing van ZBO's door een ministerie. Uitvoering, zo wordt opgemerkt, is een van de fasen in het totale beleidsproces. De kwaliteit van de uitvoering is afhankelijk van de kwaliteit van het beleid. Voorts leidt het verder versterken van het ministeriele toezicht volgens de auteurs tot scheve afhankelijkheidsrelaties tussen ministerie en ZBO. In dit verband spreken ze van een verticale reflex. Dit impliceert dat in de praktijk ambtenaren van een ministerie die verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen van het beleid, namens de minister invulling geven aan het ministeriele toezicht. Zodoende wordt de beoogde horizontale relatie tussen beleid en uitvoering weer geverticaliseerd.
Een dergelijke opstelling leidt tot verstarde verhoudingen tussen ministerie en ZBO, waardoor een effectieve ministeriele sturing en verantwoordelijkheid niet mogelijk is.

Bij de ZBO's heeft het rapport van de Rekenkamer geleid tot meer aandacht voor verantwoording. Daarbij is overigens de verantwoording in een bredere context geplaatst. Bedacht moet namelijk worden dat een ZBO dat in hoofdzaak uitvoerende taken heeft niet alleen te maken heeft met het ministerie maar onderdeel uitmaakt van een meer omvattend systeem. Er zijn naast de minister ook andere partijen waar het ZBO mee te maken heeft en waaraan het ZBO ook verantwoording verschuldigd is. De mythe dat alleen aan de politiek verantwoording hoeft te worden afgelegd is de laatste jaren al lang achter ons gelaten. Burgers en instellingen hebben al jaren geleden hun gezagsgetrouwe houding laten vallen en eisen een directe verantwoording. Burgercomités en bijvoorbeeld de reizigersvereniging ROVER zijn hiervan in het oog springende voorbeelden. Vele ZBO's hebben hierop ingespeeld door te kiezen voor een meer klantgerichte opstelling waarbij transparantie een van de belangrijkste kenmerken vormt. Teneinde verantwoording af te leggen hebben deze ZBO's er vrijwillig voor gekozen om zaken als certificering, klanttevredenheids-onderzoeken en benchmarkonderzoeken te entameren. Overigens hebben ze dit niet alleen gedaan om verantwoording af te leggen maar vooral ook om er van te leren en zich te verbeteren.
Naast het toezicht door het departement en bovenstaande vrijwillige verantwoording hebben ZBO's ook te maken met onderzoeken door de Algemene Rekenkamer, de Nationale Ombudsman en belangengroeperingen.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat ten aanzien van verantwoording en toezicht de opvattingen tussen de ministeries en de ZBO's in belangrijke mate divergeren. Ministeries laten zich, onder druk van de Algemene Rekenkamer en de politiek, vaak leiden tot een hiërarchische aansturing vanuit de rationaliteit van alleen de ministeriële verantwoordelijkheid, terwijl ZBO's een meer gevarieerde wijze van verantwoording voorstaan. Teneinde dit dilemma op te lossen wordt in de volgende paragraaf een ideaaltypisch model voor de toekomst geschetst.

Toekomst ZBO's

Uit de historische schets (zie de paragraaf Ontstaansgeschiedenis) is naar voren gekomen dat de opkomst van het fenomeen ZBO vooral het gevolg is geweest van een bezuinigingsdoelstelling. Daarnaast hebben ook andere motieven en overwegingen een rol gespeeld, zij het dat deze minder de besluitvorming hebben beïnvloed dan in de officiële stukken is verwoord. Toch zijn juist deze motieven en overwegingen, ook bij nadere bestudering, uiterst waardevol en legitiem. Wel betekent het dat bij de evaluaties van de ZBO's de vraag aan de orde moet worden gesteld of de oorspronkelijke motieven en overwegingen een blijvende ZBO-status rechtvaardigen. Daarbij dient een extra factor in de beschouwingen te worden betrokken, namelijk de vraag of een ZBO zich bezig houdt met politiek gevoelige onderwerpen. Indien dit het geval is lijkt een continuering van de ZBO-status niet in de rede te liggen. In dergelijke situaties is een rechtstreekse invloed van de minister namelijk gewenst. Als het om uitvoeringstechnische en organisatorische overwegingen toch aanbeveling verdient om tot verzelfstandiging over te gaan zal dit ook de vorm van een agentschap kunnen aannemen. Een agentschap maakt immers onderdeel uit van een departement.

Als de ZBO-status gecontinueerd kan blijven is het zaak om het toezicht en de verantwoording goed te regelen. Dat impliceert dat in een toezichtprotocol moet worden vastgelegd waarover verantwoording moet plaatsvinden en op welke onderdelen toezicht geboden is. In dit toezichtprotocol zal gelet op de horizontale vormgeving van de relatie gekozen moeten worden voor slechts die elementen waarop de minister wenst te sturen. Daarbij kan gedacht worden aan het werkprogramma, begroting, jaarrekening en jaarverslag. Allerlei gedetailleerde vragen over de interne organisatie en werkwijze van een ZBO horen daar niet bij. Het accent moet daarbij primair liggen op het functioneren van een ZBO als informatieverstrekkende partij voor die onderwerpen waar de minister als klant kan worden aangemerkt. Voor wat betreft de andere klanten zou voorzien moeten worden in een vorm van horizontale verantwoording.
Het bovenstaande vergt een andere opstelling van in het bijzonder het departement, als verlengstuk van de minister. Het departement zal zich indachtig het Duitse spreekwoord "In der Beschränkung zeigt sich der Meister" beperkingen moeten kunnen opleggen.
In de praktijk kunnen in een relatie departement-ZBO drie rollen worden onderscheiden: de eigenaarsrol, de opdrachtgeversrol en de opdrachtnemersrol. De eigenaarsrol en de opdrachtgeversrol liggen bij het departement, de opdrachtnemersrol bij het ZBO. Gelet op het feit dat de twee rollen van het departement sterk verschillen, verdient het aanbeveling om de eigenaarsrol (het toezicht) door een andere directie te laten uitvoeren dan de directie die in feite als opdrachtgever optreedt. Dit om te voorkomen dat een directie twee petten op heeft. Vaak lopen deze rollen namelijk door elkaar wat een bron van frustratie kan vormen.

Door de Commissie Scheltema (1993)[5] is indertijd al gewezen op de fricties en frustraties die verbonden zijn aan de ministeriele verantwoordelijkheid in relatie tot ZBO"s. De commissie pleitte er destijds al voor om de flessenhals van de ministeriele verantwoording te omzeilen door topambtenaren van ZBO's vaker direct voor vaste kamercommissies tekst en uitleg te laten geven over het feitelijk reilen en zeilen van de ZBO's. Het debat met de minister kan zich dan beperken tot de vraag of er in de algemene kaders ingegrepen moet worden. Geconcludeerd kan worden dat dit voorstel uitstekend past bij de behoefte van de Kamer meer inzicht te hebben in het functioneren van de ZBO's.
Bij deze vorm van horizontalisering van de verantwoording blijft het primaat van de politiek gehandhaafd, maar is dit niet meer altijd ook het primaat van de minister. Meervoudige vormen van externe verantwoording doen hun intrede.

Een tweede, verdergaande vorm van horizontalisering is het afleggen van publieke verantwoording aan andere fora dan formele staatsinstellingen. Dit is thans bij vele ZBO´s al gebruikelijk en zou ook door de minister voorgeschreven moeten worden.

De bovenvermelde ideeën over de functie en positie van ZBO's geven de contouren aan van een horizontaal model van publieke verantwoording dat in ieder geval een perspectief vormend alternatief kan zijn voor het tot op heden gehanteerde, dominante model van verticale verantwoording. Naast parlement en politiek bestuurder worden andere publieke instituties geplaatst die bevoegd zijn op onderdelen rekening en verantwoording te vragen. De verantwoordingsfora hoeven niet beperkt te blijven tot de officiële instellingen. Het gaat er immers om te voorkomen dat er een allesoverheersende macht ontstaat. Dit kan worden tegengegaan door het organiseren van institutionele tegenmacht. Een dergelijke benadering sluit ook aan bij de liberale traditie van onder andere Montesquieu en de Amerikaanse Federalisten. In de Federalist Papers[6] wordt dit heel praktisch beschreven: "If angels were to govern men, neither internal or external controls on government would be necessary".

Voetnoten:

1 Boorsma, P.B. en N. Mol; Privatisering, Den Haag (1983). Boneschansker, E. en J. de Haan; Privatisering, in: C.A. de Kam en J. de Haan (red.) (1991). Terugtredende overheid: een evaluatie van de grote operaties, Academic Services, Schoonhoven

2 Pollit, C. and G. Bouckaert; Public management reform: a comparative analysis, Oxford University Press, Oxford (2000)

3 Bovens, M.; De vierde macht revisited (Oratie), Utrecht (2002)

4 Kickert, W.J.M. et al; Aansturing van verzelfstandigde overheidsdiensten, Over publiek management van verzelfstandigde organisaties, Samsom, Alphen aan den Rijn (1998) Akdag, K.; De sturingsrelatie tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (aan de hand van het fenomeen uitvoeringstoets), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam (2003)

5 Scheltema, commissie; Steekhoudend ministerschap, Den Haag (1993)

6 Federalist Papers, New York (1787/1788)

Beter bouwen in de gezondheidszorg: Het belang van een expertisefunctie

drs. J.J.M. Vijverberg, plaatsvervangend hoofd afdeling Bouwzaken

Inleiding

Iedere zichzelf respecterende organisatie vervult tegenwoordig een expertisefunctie. Organisaties beseffen, dat kennis money is. Kennis is een productiefactor bij uitstek en op verschillende manieren te beïnvloeden.
Kennis is niet alleen money, maar ook een belangrijk instrument om doelstellingen te realiseren. Niemand zal vraagtekens plaatsen bij de stelling, dat het met de inzet van actuele en specifieke kennis mogelijk is om tot "beter bouwen in de gezondheidszorg" te komen.

Kennismanagement wordt op onze universiteiten steeds vaker als vak opgenomen in de onderwijsprogramma's van de faculteiten Sociologie, Economie en Informatica. De belangstelling voor het vak is groot. Er wordt veel over kennismanagement gepubliceerd. In nieuwe literatuur over management komt bijna altijd ook kennismanagement aan de orde. Op het gebied van het kennismanagement neemt het aantal gespecialiseerde adviseurs hand over hand toe. Kenniscentra schieten als paddestoelen uit de grond. Met andere woorden: kennis is in.

In dit artikel wil ik me tegen de achtergrond van die toenemende belangstelling voor kennis bezighouden met de vraag wat expertise of kennis eigenlijk is. Op basis van literatuur over de kennistheorie zal ik proberen daarop een antwoord te geven. Vervolgens zal ik ingaan op de vraag, wat onder kennismanagement moet worden verstaan en wil ik het belang van kennismanagement in moderne organisaties schetsen.

Instellingen en organisaties, die met kennismanagement aan de gang gaan, staan op enig moment voor de keuze, of ze hun kennis- of expertisefunctie al dan niet zullen verzelfstandigen. Ik zal de voor- en nadelen, respectievelijk kansen en risico´s van de verschillende verschijningsvormen trachten aan te geven.

Tenslotte wil ik globaal beschrijven, waarop de expertisefunctie van het College bouw zich zal richten en zal ik aangeven, wat het concrete belang van zo'n expertisefunctie voor de Nederlandse gezondheidszorg kan zijn.

Wat is kennis?

In de kennisliteratuur komen we de begrippen kennis, expertise en competentie tegen. Hier en daar worden de begrippen kennis en expertise door elkaar gebruikt. Zo omschrijft Professor Boersma expertise als "feitenkennis en procedurekennis, die zijn ontleend aan boeken en/of experts"[1]. Onder expertise verstaat hij kennis, gerelateerd aan ervaring.

Van kennis bestaan veel verschillende definities. De definities zijn afhankelijk van de context, waarin over kennis wordt gesproken. In de wetenschap bijvoorbeeld is kennis een theorie of een wetenschappelijk model, een wet.

In de context van organisaties heeft kennis te maken met handelen. Kingma definieert kennis als iets, "dat in de hoofden van mensen zit en mensen in staat stelt te handelen. Zodra kennis het hoofd verlaat, wordt gesproken over informatie. Het gaat dan om informatie in de vorm van bijvoorbeeld gesproken woorden, of in de vorm van een notitie"[2].

Anderen brengen in hun definities het verband met handelen nog explicieter tot uitdrukking. Volgens de definitie van Nooteboom is "knowledge understanding plus the ability to transform it into actions (skills), which yields performance"[3]. Kennis wordt in de definitie van Nooteboom gerelateerd aan het begrijpen van een bepaalde situatie. Kennis geeft inzicht in de mogelijkheden om problemen op te lossen. Dit wordt het "understanding"-deel van kennis genoemd. In het tweede deel van de definitie gaat het over "skills", over vaardigheden.
Terwijl het "understanding"-deel van de definitie betrekking heeft op het begrijpen en op inzicht, heeft het "skills"-deel betrekking op de mogelijkheden om inzicht om te zetten in acties, of in activiteiten, die nodig zijn om doelen te bereiken of problemen op te lossen. In de definitie van Nooteboom is het doel van kennis het leveren van "performance", het leveren van prestaties.

Bij het samengaan van kennis en (het goede) gedragsrepertoire is sprake van competentie. Competentie - in het engels capability - is "het vermogen hebben om...". Bij competentie zijn kennis en gedrag (attitude, aandacht, emotie en vaardigheden) in de praktijk moeilijk van elkaar te (onder)scheiden.

Kennismanagement
In de wereld van de wetenschap is kennis van oudsher de sleutel tot succes. Inmiddels wordt ook in de wereld van politiek, beleid en bedrijfsleven beseft, dat kennis en informatie van cruciaal belang zijn voor het in gang zetten en sturen van veranderingen en voor het ontwikkelen van nieuwe concepten en producten. Managers zijn inmiddels niet alleen meer verantwoordelijk voor het doelmatig inzetten van mensen en hulpmiddelen, maar ook voor het "managen" van kennis. Maar wat is managen van kennis?

Rob van der Spek en André Spijkervet geven aan, dat "kennismanagement beoogt instrumenten aan te reiken om kennis optimaal te sturen en te beheren". Kennismanagement heeft volgens hen drie dimensies.
In de eerste plaats is kennismanagement volgens hen "*probleemgeoriënteerd* en richt het zich op het voorkomen of het verhelpen van knelpunten in het kennisbeheer"[4]. Voorbeelden van knelpunten, die volgens hen voorkomen of verholpen moeten worden zijn:

- De lange (doorloop)tijd, die nodig is, voordat nieuwe informatie, nieuwe kennis in een organisatie of bedrijf wordt toegepast en wordt verspreid;
- Vormen van inefficiëncy in de eigenorganisatie of bij derden, die het gevolg zijn van het feit, dat niet bekend is welke kennis aanwezig is of wie binnen een organisatie over bepaalde kennis beschikt;

- Het niet beschikbaar zijn van kennis voor gebruik door het collectief, voor gebruik door derden of voor toekomstig gebruik, omdat de kennis niet goed toegankelijk is;
- Het wegvallen van kennis als gevolg van vertrek van medewerkers, pensionering, en jobrotatie als kennis niet wordt vastgelegd.
- De probleemgeoriënteerde dimensie van kennismanagement heeft niet alleen betrekking op knelpunten op kennisgebied in de eigen organisatie, maar ook op knelpunten op kennisgebied van derden (bijvoorbeeld klanten of relaties).

Naast een oriëntatie op het voorkomen of verhelpen van problemen heeft kennismanagement volgens Van der Spek en Spijkervet ook een *strategisch perspectief*. Vanuit het strategisch perspectief formuleert een organisatie doelstellingen voor het kennisbeleid voor de langere termijn. Vanuit het strategische perspectief legt een organisatie daarnaast eventueel randvoorwaarden vast voor het kennisbeleid voor de kortere termijn of geeft zij aan, aan welke eisen de kennishuishouding moet voldoen. Het strategisch perspectief van kennismanagement is doorgaans afgeleid van de missie of doelstellingen van een organisatie.

De derde dimensie van kennismanagement is het *organiseren van processen*, waarin

- Nieuwe kennis wordt ontwikkeld,
- Kennis wordt gedistribueerd naar diegenen, die over die kennis moeten c.q. willen beschikken,
- Kennis toegankelijk wordt gemaakt voor toekomstig gebruik of voor gebruik door derden (binnen en buiten de organisatie),
- Kennisgebieden worden gecombineerd of gerelateerd aan kennis van andere kenniscentra.

Weggeman koppelt kennismanagement in zijn definitie zeer uitdrukkelijk aan de missie, visie, doelen en strategie van een organisatie. Weggeman omschrijft kennismanagement als "het zodanig inrichten en besturen van processen van de KennisWaardeKeten, dat daardoor het rendement en het plezier van de productiefactor kennis wordt vergroot". Onder KennisWaardeKeten verstaat hij "het ontwikkelen, vaststellen, inventariseren, delen, toepassen en evalueren van kennis, uitgaande van de *missie, visie, doelen en strategie van de organisatie*"[5].
De nadruk op zowel rendement als plezier lijkt me erg belangrijk. In bedrijven gaat het daarbij uiteraard in de eerste plaats om rendement in economische termen. Dat rendementsaspect is in bedrijven wellicht eenvoudiger te meten dan in non-profitorganisaties. Maar het is niet ongebruikelijk, dat ook non-profitorganisaties in hun kennisbeleid indicatoren vastleggen, waarmee de prestaties worden gemeten. De meetresultaten geven dan aan, of de doelen worden gehaald dan wel of op een of meer punten moet worden bijgestuurd.
Kennismanagement is echter niet alleen economy-driven. Het rendement in termen van plezier is ook belangrijk. Immers, als kennismanagement of kennisbeleid in een bedrijf of organisatie bijdraagt aan het plezier van werknemers is de kans dat zo'n bedrijf of organisatie successen boekt groter dan wanneer

dat plezier ontbreekt. In een kennisintensieve organisatie kan kennismanagement er in gunstige omstandigheden toe leiden, dat de organisatie zich ontwikkelt tot een "lerende organisatie". In zo´n organisatie zijn medewerkers bewust gericht op leren en kan zelfs sprake zijn van collectief leren.
In dat soort bedrijven vallen werken en leren samen. Bekwame mensen beleven plezier aan het ontwikkelen van nieuwe kennis en het toepassen en verspreiden van die nieuwe kennis. Het geeft hen status op hun vakgebied en wordt doorgaans ook beloond met een hoger salaris. Waardering en erkenning geeft zulke mensen extra zelfvertrouwen, hetgeen hen weer extra zal stimuleren om goede prestaties te leveren. Als in een bedrijf een dergelijke "positieve bekrachtigingscyclus" optreedt, is sprake van een bedrijfscultuur, die gericht is op innovatie, respectievelijk op het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten[6].

De relatie met andere organisatiedoelstellingen
Kennismanagement is verbonden met, respectievelijk onderdeel van, het algemene management of de besturing van een organisatie. Kennismanagement is een van de instrumenten om belangrijke organisatiedoelstellingen te realiseren. Kernthema´s zijn daarbij synergie, klantgerichtheid, effectiviteit en innovatie[7].

Middelgrote en grote bedrijven en organisaties hebben vaak een matrixstructuur met functionele afdelingen en product- of marktafdelingen. Ze moeten vaak én kwaliteit én productie leveren. Het belang van *samenwerking en synergie* tussen de verschillende bedrijfsonderdelen of organisatie-eenheden is uiteraard groot. Als de functionele afdelingen door de verschillende product- en marktafdelingen gevoed worden met kennis en informatie over de markt, over de ontwikkelingen in de markt en/of over nieuwe doelgroepen of nieuwe klantprofielen in de markt, zullen zij de product- en marktafdelingen vanuit de verschillende disciplines beter kunnen ondersteunen. Als de product- en marktafdelingen op adequate wijze onderling informatie uitwisselen en daarnaast vanuit de functionele afdelingen vakinhoudelijke kennis op maat krijgen aangereikt, zullen zij hun klanten goed kunnen bedienen. Dat levert meerwaarde op, zowel voor de klanten als voor het bedrijf zelf. Kennismanagement kan in bedrijven en organisaties niet alleen die betere samenwerking en synergie tussen de verschillende bedrijfseenheden faciliteren, kennismanagement stelt bedrijven en organisaties ook beter in staat de klant producten en diensten te leveren, die aansluiten bij zijn wensen (versterken van de *klantgerichtheid*).

Kennismanagement kan verder bijdragen aan de *efficiëncy en effectiviteit* van bedrijfs- en productieprocessen. Als relevante informatie en beschikbare kennis niet voor iedereen toegankelijk is, zullen vaker fouten worden gemaakt en zullen fouten worden herhaald. Medewerkers worden gedwongen zelf het wiel uit te vinden of zelf de benodigde informatie van elders te halen. De

tijd om een product te maken en de kosten per eenheid product nemen dan onnodig toe. Relaties met klanten en collegiale verhoudingen kunnen onnodig onder druk komen te staan. Dat kan worden voorkomen door ervoor te zorgen dat alle afdelingen en organisatie-eenheden (tijdig en in het goede format) over voor hen relevante informatie en kennis beschikken.
Innovatie, het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten is bepalend voor de positie van bedrijven en organisaties in hun markt. Nieuwe producten en diensten komen meer en meer in nauw contact met klanten tot stand. Het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten is sterk afhankelijk van de mate waarin organisaties en bedrijven interne kennis en expertise weten te combineren met externe kennis en expertise, met kennis en expertise van rolpartners, van andere kenniscentra of van onderzoeksinstituten en universiteiten.
Een expertisefunctie is daarbij niet alleen van belang voor het functioneren van een bedrijf en organisatie zelf, maar als kennis wordt ontsloten kan de expertisefunctie eveneens in belangrijke mate bijdragen aan het bereiken van doelen door derden.

Positionering van de expertisefunctie
Een organisatie die besloten heeft een expertisefunctie uit te voeren, ziet zich al gauw geconfronteerd met de vraag hoe zij die expertisefunctie wil positioneren. Voor de positionering bestaan eigenlijk maar twee hoofdopties: een keuze voor een impliciete positionering of een keuze voor een expliciete positionering. Beide opties hebben voor- en nadelen.
Bij een impliciete positionering is de expertisefunctie verbonden met en ondersteunt ze de organieke kerntaken van een organisatie. Dan is de expertisefunctie in zekere zin een spin off van de reguliere activiteiten van zo´n organisatie. Bij een impliciete expertisefunctie profileert een organisatie zich dan ook niet als kenniscentrum, maar blijft zij zich profileren met voor haar klanten bekende producten.
Een keuze voor een expliciete positionering zou inhouden dat de expertisefunctie wordt ondergebracht in een van de moederorganisatie te ontkoppelen expertisecentrum. Zo´n verzelfstandigd expertisecentrum heeft een eigen adres, een eigen gezicht, een (klein) eigen bureau, een eigen begroting, een eigen missie en visie, enz. Bij een keuze voor een expliciete expertisefunctie worden nieuwe producten en diensten systematisch onder de vlag van het expertisecentrum naar buiten gebracht. De relatie van die producten en diensten met de kernproducten van de moederorganisatie wordt steeds minder hecht.
Eerst het voornemen en later het besluit van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen om zijn expertisefunctie verder uit te bouwen, bracht met zich mee, dat ten aanzien van de positionering een keuze moest worden gemaakt. Het Bouwcollege heeft bewust gekozen voor de impliciete optie. Dat betekent, dat het Bouwcollege heeft gekozen voor een verdere ontwikkeling van de expertisefunctie ter ondersteuning van zijn kerntaken. Bij de koppeling van de expertisefunctie aan een kerntaak als de bouwplanbeoordeling kan de expertise omgezet worden in concrete aanbevelingen, concrete suggesties voor verbetering van nieuwbouw- of renovatieplannen. Instellingen zijn in het algemeen zeer ingenomen met dergelijke concrete en direct toepasbare expertise.

De optie voor een expliciete expertisefunctie is om een aantal redenen afgevallen. De activiteiten, die het Bouwcollege tot op heden in het kader van de expertisefunctie uitvoert, kán het uitvoeren, omdat het als zelfstandig bestuursorgaan op grond van zijn kerntaken heel veel relevante kennis en informatie krijgt aangeleverd. Dat is kennis en informatie die aansluit bij actuele ontwikkelingen in de zorg en in de bouw. Als de expertisefunctie zou worden ontkoppeld van het Bouwcollege is het de vraag of zo´n zelfstandig expertisecentrum in voldoende mate met actuele kennis en informatie over de bouw van gezondheidszorgvoorzieningen gevoed kan worden. In theorie kan zo´n centrum natuurlijk overal kennis aftappen, door samen te werken met andere kenniscentra of allianties aan te gaan met andere organisaties, maar het Bouwcollege is met zijn kerntaken een meer vanzelfsprekende samenwerkingspartner voor andere organisaties en kenniscentra dan een kenniscentrum zonder die kerntaken.

De expertisefunctie van het Bouwcollege

Hiervoor heb ik al aangegeven dat kennismanagement verbonden is met de missie, doelen en strategie van een organisatie. Voor het Bouwcollege ligt dat niet anders.

Redenerend vanuit diens visie en wettelijk takenpakket is het logisch, dat de expertisefunctie van het Bouwcollege zich richt op het (beter) bouwen in de gezondheidszorg en meer specifiek op het (beter) bouwen van ziekenhuisvoorzieningen, waarbij het begrip ziekenhuisvoorzieningen niet alleen staat voor algemene en academische ziekenhuizen, maar ook voor verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor gehandicaptenzorg.

In zijn expertisefunctie richt het Bouwcollege zich vooralsnog op een viertal expertiseclusters. De expertiseclusters hebben alle vier expliciet met beter bouwen te maken. De expertiseclusters zijn:

De ontwikkeling van de zorgvraag en de ontwikkeling van de capaciteit.

Het is tegen de achtergrond van de wachtlijstproblematiek, de toenemende vergrijzing en veranderende opvattingen over verblijf in intramurale zorgvoorzieningen van groot belang dat systematisch gegevens worden verzameld en geanalyseerd over de ontwikkeling van de zorgvraag en over de ontwikkeling van het aanbod, dat daar meer of minder goed op zal aansluiten. In dit expertisecluster worden ook gegevens bijgehouden over vraag en aanbod van voorzieningen voor bijzondere doelgroepen, over het gebruik van de beschikbare capaciteit voor uiteenlopende voorzieningen zoals bijvoorbeeld IC, OK´s, radiotherapie, daycare, deeltijdzorg enz., en over spreiding en bereikbaarheid van voorzieningen.

Maatstaven, good practice en Qind.

In dit expertisecluster gaat het om gegevens en informatie over uitgangspunten, richtlijnen en basiskwaliteitseisen voor het bouwen van verschillende categorieën van zorgvoorzieningen, maar ook om gegevens over de onderscheiden functiegroepen en de meest relevante gebouwconcepten, met beschouwingen over welke concepten meer of minder flexibel zijn en/of meer of minder toekomstwaarde hebben.

Een wezenlijk onderdeel van dit expertisecluster is verder het voortdurend aan te vullen en te vernieuwen bestand aan good practice voorbeelden. Daarbij gaat het niet alleen om good practice voorbeelden van complete instellingen, maar ook om good practice voorbeelden van afzonderlijke functiegroepen en afzonderlijke ruimten. En voorts om zowel good practice uit binnen- en buitenland. Als in dit verband over good practice wordt gesproken wordt niet alleen gedoeld op good practice vanuit een functionele en installatietechnische invalshoek, maar nadrukkelijk ook vanuit het gezichtspunt van healing environment en belevingswaarde. Om de kwaliteit van gezondheidszorggebouwen vanuit de invalshoek van de belevingswaarde te kunnen beoordelen heeft het Bouwcollege voor instellingen recentelijk Qind als meetinstrument geïntroduceerd om zelf ook de kwaliteit van hun bouwplannen te beoordelen[8].

Kosten, aanbesteden, contractvorming.
Het gaat bij het bouwen van gezondheidszorgvoorzieningen niet alleen om kwaliteit (expertisecluster 2), maar ook om een goede prijs/kwaliteits-verhouding. In het onderhavige expertisecluster worden gegevens verzameld en geanalyseerd over investeringskosten per voorziening, per plaats en per m^2 en voorzover relevant ook voor afzonderlijke functiegroepen. In dit expertisecluster gaat het mede om gegevens over grondkosten, startkosten, huurkosten en om gegevens voor bijzondere voorzieningen, zoals bijvoorbeeld OK´s, intensive care, keukens, parkeergarages, ICT, bijzondere (brand-)veilig heidsvoorzieningen, separeervoorzieningen, enz.
Dit expertisecluster omvat mede data van en analyses over aanbestedings-resultaten, aanbestedingsvormen en contractvorming.

Techniek en innovatie.
In dit expertisecluster worden gegevens en beschrijvingen verzameld over technische voorzieningen voor bijvoorbeeld communicatie, veiligheid, informatievoorziening, koeling, hygiëne, enz. en nieuwe technische ontwik-kelingen op het gebied van bijvoorbeeld duurzaam bouwen en IFD-bouw (industrieel, flexibel en demontabel bouwen). Om innovatie en toepassingen van nieuwe techniek in de gezondheidszorgbouw te bevorderen, wordt ook in dit cluster good practice materiaal verzameld

Het belang van de expertisefunctie van het Bouwcollege
Met het invullen en uitbouwen van de expertisefunctie dient het Bouwcollege meerdere doelen. In de eerste plaats is er de relatie met de uitvoering van de kerntaken. Voor het Bouwcollege zelf ondersteunt de expertisefunctie de uitvoering van de kerntaken en draagt zij in dat verband bij aan de kwaliteit van de output. Daarbij gaat het niet alleen om een betere kwaliteit van signalerings- of uitvoeringstoetsen, maar ook en misschien wel vooral om kwaliteit of meerwaarde bij het beoordelen van bouwplannen. Er is daarbij in de praktijk sprake van meerwaarde in termen van aanbevelingen of concrete aanwijzingen voor functionele of technische aanpassingen of voor verbeteringen op het punt van de belevingswaarde.

Maar de expertisefunctie dient ook een breder belang. Dankzij die expertisefunctie kunnen overheid én veldpartijen beschikken over alle actuele deskundigheid en informatie, die beleidsmatig en maatschappelijk relevant is voor het (beter) bouwen van gezondheidszorgvoorzieningen. Het gaat om deskundigheid en informatie, die de overheid nodig heeft voor haar beleid op het terrein van planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen en om deskundigheid en informatie, die instellingen kunnen gebruiken voor hun huisvestingsbeleid of voor het ontwikkelen van (betere) concrete bouwplannen. Zorgverzekeraars en zorgkantoren houden dankzij die expertise zicht op de kwaliteit, de te stellen eisen en verantwoorde investeringskaders voor nieuwbouw en bestaande bouw. Patiënten- en consumentenorganisaties kunnen dankzij de expertisefunctie beschikken over informatie over de mate waarop het aanbod aansluit op wensen en behoeften van zorgvragers.
De expertise van het Bouwcollege is door de minister en het ministerie te gebruiken als countervailing power bij het sturen van het zorgbouwbeleid op hoofdlijnen. Voor instellingen is dat niet anders. Zij en hun adviseurs maken meer en meer gebruik van de expertise die bij het Bouwcollege voorhanden is. Ze hebben kennelijk behoefte aan countervailing power. Ook als het om niet-vergunningplichtige bouw gaat, doen zij steeds vaker een beroep op de onafhankelijke deskundigheid van het Bouwcollege en vragen zij over uitgewerkte bouwplannen en investeringskostenramingen om een second opinion. Door de expertise en met name de gegevens en informatie in het expertisecluster techniek en innovatie te ontsluiten kan het Bouwcollege bijdragen aan een continue verbetering en innovatie van het gezondheidszorgbouw. Om invulling te geven aan zijn verantwoordelijkheid voor de zorginfrastructuur in ons land, zal het Bouwcollege zijn expertisefunctie verder moeten uitbouwen.

Voetnoten:

1 Boersma, prof. dr. J.; Management van kennis, een creatieve onderneming, Koninklijke van Gorcum (2002)

2 Kingma, J., E. Kruizinga, J. Schuurman, R. Van der Spek, B. Römgens, F. Zwerink; Inleidende visie op KM, Cibit Adviseurs/Opleiders (2003)

3 Nooteboom, B., Towards a cognitive theory of the firm. Issues and a logic of change, Proceedings AFEE conference, San Francisco (1996)

4 Van der Spek, drs. R., dr. A. Spijkervet; Kennismanagement, intelligent omgaan met kennis. Kenniscentrum Cibit, 5e druk (2001)

5 Weggeman, M.; Kennismanagement: inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties, Scriptum (1997)

6 Leonard, D.; Bronnen van kennis, bronnen van innovatie opsporen en stromend houden, Scriptum Management (1995)

7 Kingma, J. e.a.; Inleidende visie op KM, Cibit Adviseurs/Opleiders (2003)

8 College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Signaleringsrapport Integraal evaluatiesysteem / Quality index, rapportnr. 560, Utrecht 2003.
Te downloaden via www.bouwcollege.nl/publicaties.

Marktwerking in de zorg en de rol van de infrastructuur

drs. F. Bisschop, hoofd afdeling Economie

Marktwerking moet, zo lijkt het tegenwoordig. In tal van sectoren waar de overheid traditioneel een sterke rol vervulde bij de allocatie van goederen en diensten wordt naar de introductie van vormen van marktwerking gestreefd. Wie weet zien we straks op een dag drie postbodes langskomen van verschillende bedrijven. In de sectoren waar de overheid van oudsher een sterke rol speelde met betrekking tot de allocatie van goederen en diensten heeft dat veelal te maken met de rol die gespeeld wordt door de infrastructuur. In het hier genoemde voorbeeld van de posterijen is dat vooral een netwerkorganisatie. Bij de nutsbedrijven ging het met name om productie en transport, bijvoorbeeld elektriciteitscentrales en hoogspanningsnetten. De hieraan verbonden kosten creëerden een zogenaamd natuurlijk monopolie, zo was de opvatting, waardoor een actieve rol van de overheid logisch werd gevonden.
Ook in de zorgsector die met name door particulier initiatief tot stand gekomen is en waar in verband met de collectieve financiering steeds meer overheidsbemoeienis is ontstaan, wordt door de overheid thans naar meer marktwerking gestreefd.

Het streven naar meer marktwerking in veel sectoren met overheidsbemoeienis is overigens niet typisch Nederlands. Ook in de ons omringende landen, soms ook voortkomende uit beleid van de EU, wordt marktwerking in een aantal sectoren geïntroduceerd. Op het gebied van de zorg lijkt Nederland echter een voorsprong te nemen. Dit betekent dat we bij het analyseren van te verwachten gevolgen ons niet kunnen baseren op ervaringen in de zorgsector elders, zodat we vooral moeten kijken naar andere sectoren waar zich privatiseringsprocessen afspelen of hebben afgespeeld.

In dit artikel wordt ingegaan op de rol die infrastructuur in de zorg speelt bij de beoogde verdere invoering van marktwerking in deze sector. In de literatuur over marktwerking in de zorg wordt vrijwel geen aandacht besteed aan de rol van infrastructuur. Met name in de intramurale sector speelt infrastructuur echter een belangrijke rol. De hieraan verbonden kosten kunnen een aanzienlijke barrière vormen om tot de zorgmarkt toe te treden. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt met de wijze waarop de infrastructuur in andere sectoren de vormgeving van vormen van marktwerking beïnvloedt. Tevens wordt aandacht besteed aan het concept van de zogenaamde deelmarkten in de zorg en de betekenis daarvan. Ook wordt een schets gegeven van de financiële kant van marktwerking met betrekking tot de infrastructuur. Dat deze relevant is, is wel gebleken ten tijden van het plan Simons toen de revalidatiesector als proeftuin voor het nieuwe stelsel gold. Bouwprojecten van revalidatie-instellingen konden niet verder ontwikkeld worden omdat financiers niet bereid waren de risico's te accepteren. Ook de financiële problemen die een aantal privé-klinieken ondervonden en die soms tot bedrijfsbeëindiging hebben geleid, zijn een voorbeeld van het belang van dit onderwerp.

In dit artikel wordt uitdrukkelijk niet ingegaan op de wenselijkheid van de introductie van marktwerking in de zorg.

Het waarom van marktwerking

Op een aantal terreinen waar thans de overheidsregulering door marktwerking wordt vervangen, hebben aanvankelijk private aanbieders in een marktomgeving geopereerd. Een goed voorbeeld is de vorming van de Nederlandse spoorwegen. In de 19e eeuw ontstonden geleidelijk aan steeds meer particuliere maatschappijen. Zowel vanwege de slechte financiële positie van deze maatschappijen, als vanwege de slecht op elkaar afgestemde verbindingen zijn al deze maatschappijen uiteindelijk onder de NS gebracht. Vanwege een marktfalen in de 19e eeuw is de overheid zich dus met het reizen per spoor gaan bemoeien. Aangezien de voortbrenging van diensten door grote overheidsbedrijven ook niet als erg efficiënt werd beschouwd. is men zeker vanaf de jaren '70 een nieuw begrip gaan hanteren, namelijk overheidsfalen.

Vanuit de economische wetenschap wordt de markt als een allocatie-instrument bij uitstek beschouwd. In de zogenaamde neoklassieke theorie is het algemene evenwichtsmodel beschreven, waarmee ook wiskundig bewezen kan worden dat in een situatie van volledige concurrentie de welvaart maximaal is. Dit model gaat uit van een aantal zeer specifieke veronderstellingen zoals volledige transparantie en probleemloze toetreding tot de markt. In de praktijk wordt hier vrijwel nooit volledig aan voldaan. In zo'n geval spreken we van marktfalen of marktimperfecties. Door marktimperfecties wordt dus in welvaartstermen een suboptimale situatie bereikt. Toch is dit model bijzonder nuttig omdat ook bij marktimperfecties geanalyseerd kan worden welke correctiemechanismen eventueel ingezet kunnen worden om deze geheel of gedeeltelijk teniet te doen.
In zijn beroemde artikel "Uncertainty and the welfare economics of medical care" analyseert Arrow de markimperfecties in de zorg en legt hiermee de basis voor het vakgebied van de gezondheidseconomie.
De meest in het oog springende marktimperfecties in de zorg zijn:

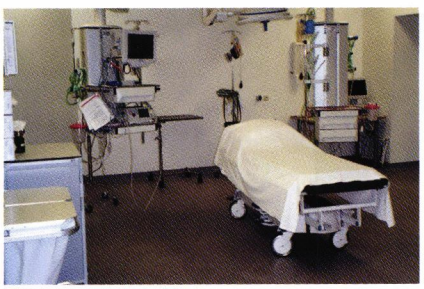
- Gezondheid en ziekte en dus ook de vraag naar zorg zijn onvoorspelbaar. Tegelijkertijd is ziekte ingrijpend vanwege de consequenties, variërend van ongemak en minder inkomsten tot levensbedreigende situaties.
- De consument is zelf niet deskundig voor wat betreft zijn vraag naar zorg maar moet zich hiervoor tot een arts wenden.
- De arts moet dus de vraag naar zorg voor de consument formuleren, tegelijkertijd heeft hij echter net als iedereen een doelstelling met betrekking tot de hoogte van zijn inkomen. Het inkomen kan afhankelijk zijn van de door hem te kiezen aanpak.
- Om de toegang tot de zorg te kunnen garanderen is er veelal sprake van een ziektekostenverzekering. Dit betekent dat burgers geen prijs betalen per door de zorgsector geleverde dienst; de kosten zijn reeds door een verzekering gedekt. De afweging om zorg te consumeren wordt dus niet beïnvloed door de prijs van het product, zoals dat bijvoorbeeld bij de aanschaf van consumptie-artikelen wel het geval is. De hieruit voortkomende neiging om sneller een beroep op de zorg te doen staat in de literatuur bekend als "moral hazard".

- Hoewel Arrow met zijn artikel baanbrekend werk heeft verricht, besteedt hij hierin geen aandacht aan de zorginfrastrutcuur. Wel blijkt duidelijk uit zijn analyse dat er in de zorgmarkt een veelheid van marktimperfecties is te onderscheiden

Op het moment dat de politieke keuze werd gemaakt om meer marktwerking in het zorgstelsel te introduceren, realiseerde het Ministerie van VWS zich dat op sommige onderdelen van de zorgmarkt, zoals de vraag naar spoedeisende hulp, de marktimperfecties groot zijn. Tegen deze achtergrond is het concept van de zogenaamde deelmarkten ontwikkeld. De gedachte hierbij is dat voor sommige onderdelen in de zorg marktwerking makkelijker is te realiseren dan voor andere onderdelen. Dit concept wordt onder meer beschreven in de nota "Zorg aan bod" die op 6 juli 2001 aan de tweede kamer is gezonden. Over de wijze waarop concurrentie in een aantal onderdelen van de zorg kan worden geïntroduceerd, heeft onder meer het centraal planbureau een rapport uit gebracht, het rapport "Zorg voor concurrentie" van januari 2003.

De rol van de infrastructuur in het deelmarktenconcept

In deze paragraaf richt ik mij op de vraag wat marktwerking betekent voor de ziekenhuissector en de daar aanwezige infrastructuur. In diverse beleidsnotities is uitgesproken dat het wenselijk is dat de kapitaallasten van de ziekenhuizen in het eindmodel onderdeel zijn van de in rekening te brengen kostprijzen. Deze kostprijzen zullen gekoppeld zijn aan de te hanteren producten, de zogenaamde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).



Niet voor ieder onderdeel van de ziekenhuiszorg zal echter marktwerking kunnen worden ingevoerd. Voor reguliere planbare zorg is concurrentie denkbaar. Concurrentie zal dan vooral plaatsvinden tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en nieuwe aanbieders, zoals bijvoorbeeld zelfstandige behandelcentra. Om concurrentie mogelijk te maken moet dan wel het zogenaamde kapitaallasten-probleem worden opgelost. Voor de onderdelen spoedzorg en topzorg lijkt concurrentie moeilijker te realiseren.
Bij spoedzorg is de reden hiervoor dat deze zorg een beschikbaarheidsfunctie heeft die in hoge mate de kosten bepaalt. Bij topzorg speelt een rol dat deze zorg slechts door een beperkt aantal ziekenhuizen kan worden geleverd. In beide gevallen kan de positie van ziekenhuizen die de desbetreffende functie aanbieden als marktmacht worden aangeduid. Zij kunnen de marktwerking verstoren op die onderdelen waar wel concurrentie mogelijk zou zijn. Deze ziekenhuizen zouden, om concurrenten "dwars te zitten", voor de spoedzorg of de topzorg extra hoge prijzen kunnen rekenen zodat voor de reguliere zorg lagere prijzen in rekening kunnen worden gebracht dan door de concurrenten. De instellingen maken dan gebruik van zogenaamde kruissubsidies. Marktwerking zonder misbruik van hun monopolie, vereist dus dat voor de DBC's voor topzorg en spoedzorg prijzen worden berekend die uitsluitend betrekking hebben op de kosten voor deze functies.

Dit betekent ook dat de kapitaallasten die in de prijzen van deze DBC's verwerkt worden, moeten corresponderen met de functies topzorg en spoedzorg. Tegelijkertijd geldt dat het bij spoedzorg om een functie gaat die een grote mate van synergie met andere ziekenhuisfuncties vertoont. Een indicatie hiervan is bijvoorbeeld dat noch in Nederland, noch in andere landen klinieken bekend zijn die uitsluitend spoedzorg aanbieden.
Ook in het geval van topzorg zal dit voor de meeste functies gelden. Bij spoedzorg telt bovendien mee dat deze direct beschikbaar moet zijn, zodat er feitelijk sprake is van overcapaciteit. Volgens Varkevisser e.a. (zie Varkevisser, Van der Geest, Schut en Dijkgraaf, Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg, Rotterdam 2003) zou de DBC voor spoedeisende hulp daarom een opslag voor deze in verband met de beschikbaarheid benodigde overcapaciteit moeten hebben. De beschikbaarheidkosten zullen echter naar verwachting sterk variëren. In minder dicht bevolkte gebieden is de beschikbaarheid waarschijnlijk nog belangrijker, maar tevens duurder. De vraag rijst dan of het niet beter is om de beschikbaarheid als een afzonderlijk product te zien en te financieren.

Infrastructuur in andere geprivatiseerde sectoren
Bij de introductie van marktwerking in diverse sectoren is niet steeds dezelfde vorm gekozen met betrekking tot de rol van de infrastructuur. Van Twist en Veeneman onderscheiden vijf situaties, waarin een vorm van marktwerking kan worden gerealiseerd in sectoren die zich daar in het verleden niet voor leken te lenen.

Quasi-competitie over de infrastructuur
In sommige situaties valt er werkelijk niet te kiezen. De overheid kan dan een monopoliesituatie niet opheffen, maar kan wel de consument beschermen tegen de schadelijke gevolgen daarvan door op basis van vergelijkingen (benchmarking) de aanbieder te wijzen op de kwaliteit en prijzen van de desbetreffende producten. In hoeverre het straks mogelijk zal zijn om benchmarking toe te passen op topzorg en spoedzorg is nog niet goed te overzien. De kostprijsberekeningen voor DBC's dienen zoveel inzicht te geven in de kostenstructuur dat nagegaan kan worden of voor genoemde functies redelijke prijzen worden berekend. Het gaat in de zorg om honderden DBC's en de daarbij behorende kostprijzen. Het lijkt er daarom op dat de zorgsector andere sectoren qua complexiteit en onoverzichtelijkheid overtreft.

Concurrentie met de infrastructuur
Soms ontstaat er concurrentie tussen aanbieders die niet beiden van (dezelfde) infrastructuur gebruik maken. Een voorbeeld is een waterleidingbedrijf dat concurrentie ondervindt van een aanbieder van water in flessen. Evenzo de warmtekrachtcentrale van een ziekenhuis als alternatief voor energie die door het nutsbedrijf wordt geleverd. Ook een privé-kliniek die diensten aanbiedt die ook door een naburig ziekenhuis kunnen worden geleverd, zou als een voorbeeld van deze vorm van concurrentie kunnen worden beschouwd. Indien een privé-kliniek in staat is bepaalde electieve zorg efficiënt te leveren door het productieproces anders te organiseren, zoals bijvoorbeeld bij staaroperaties, ontstaat hier een sterke prikkel voor de andere aanbieders om de doelmatigheid van deze DBC's eveneens te verhogen.

Concurrentie tussen infrastructuren
Bij deze vorm van concurrentie kunnen verschillende aanbieders die over verschillende infrastructuren beschikken - vaak ten gevolge van technische ontwikkelingen - inmiddels hetzelfde product aanbieden. Als voorbeeld kan gedacht worden aan de keuzemogelijkheid die de consument heeft voor een internetaansluiting: via de telefoon of via de kabel. In de gezondheidszorg kan bijvoorbeeld gedacht worden aan thuiszorg versus een langer verblijf in het ziekenhuis. Ook wanneer de zorg een meer medisch karakter draagt, kan het consumeren van de zorg thuis soms een alternatief zijn zoals bijvoorbeeld bij thuisdialyse.

Concurrentie om de infrastructuur
Deze vorm van concurrentie is door Baumol geïntroduceerd en staat ook wel bekend als het model van de betwistbare markten (contestable markets). Het concept houdt in dat een aanbieder zijn monopolie kwijt kan raken indien hij bijvoorbeeld zijn prijzen te hoog opschroeft. Dit concept kan ook op kunstmatige wijze worden geconstrueerd, bijvoorbeeld door een concessiestelsel in te voeren. De aanbieders dingen dan niet zoals gebruikelijk om de gunst van de consument, maar om de gunst van degene die de concessie voor een aantal jaren verleend. In de ziekenhuiszorg zou een concessiestelsel alleen uitvoerbaar zijn als een splitsing wordt gemaakt tussen het eigendom van het ziekenhuisgebouw (bijvoorbeeld de overheid) en de organisatie die daar de zorg verleent. In het recente verleden heeft met name de vereniging van ziekenhuizen (NVZ) zich sterk gemaakt voor dit concept.

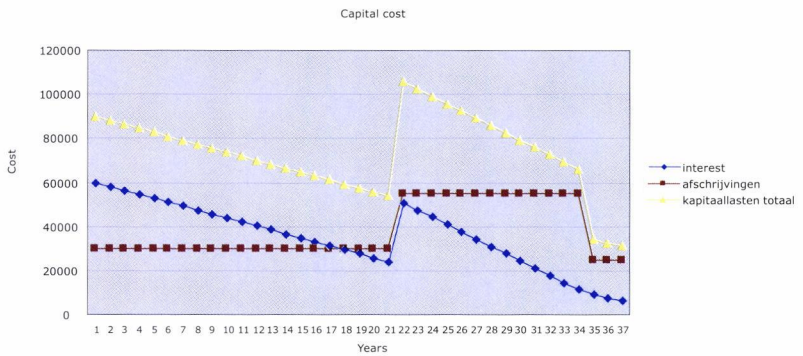
Concurrentie op de infrastructuur
Deze vorm van concurrentie houdt in dat onderscheid wordt gemaakt tussen de infrastructuur en de diensten die daarmee verricht worden. Soms betekent dit dat gekozen wordt voor een splitsing van enerzijds het eigendom en beheer van de infrastructuur en anderzijds de overige dienstverlening. Een bekend voorbeeld is dat de Nederlandse staat eigenaar is van het spoorwegnet, maar dat de gebruikers voor het gebruik een vergoeding moeten betalen.

Een dergelijk splitsing is echter niet perse nodig. Zo is KPN als eigenaar van het vaste telefoonnetwerk in Nederland verplicht om ook gesprekken van zijn concurrenten door te geven. Ook deze vorm van concurrentie is in ons zorgstelsel niet actueel. Wel zou het technisch mogelijk zijn om verschillende groepen van de infrastructuur van het ziekenhuis gebruik te laten maken. Een voorbeeld hiervan is de zogenaamde bedrijvenpoli die buiten de normale werktijden in het ziekenhuis wordt gehouden.

Het kapitaallastenprobleem in de gezondheidszorg
De zorgsector kent niet alleen het vraagstuk hoe bij de verdere invoering van marktwerking met de infrastructuur moet worden omgegaan, er is ook een probleem met de financiële component hiervan, veelal aangeduid als het kapitaallastenprobleem. Feitelijk bestaat het kapitaallastenprobleem uit twee onderdelen: de financiële positie van de instellingen en het ontbreken van een gelijk speelveld.

De financiële positie van zorginstellingen
Investeringen in zorginfrastructuur worden vrijwel volledig met vreemd vermogen, dat wil zeggen met leningen, gefinancierd. Zulks ondanks het feit dat zorginstellingen in het huidige stelsel een (in bedrijfseconomische termen) slechte financiële positie hebben. Deze financiële positie wordt door verstrekkers van vreemd vermogen (banken, institutionele beleggers) gemeten aan de hand van een aantal financiële kengetallen.
De rentabiliteit is feitelijk nihil omdat de budgetregels terzake geen rendement op het schaarse eigen vermogen toestaan. De solvabiliteit, een maat voor de financiële weerstand, is lager dan 10%. In het bedrijfsleven zijn, afhankelijk van de bedrijfstak, percentages tussen de 25 en 40 normaal.
De balans van zorginstellingen geeft voor wat betreft de activa een te rooskleurig beeld. De afschrijvingsperiode op gebouwen van zorginstellingen is met 50 jaar duidelijk veel langer dan de werkelijk levensduur.

Toch is het in de praktijk in het huidige stelsel geen probleem om een zorginstelling te exploiteren. Hiervoor zijn een aantal redenen te noemen. In het huidige stelsel geldt een contracteerplicht voor instellingen die via een WZV-vergunning tot stand gekomen zijn en een budgetsysteem waarbij de kapitaallasten als aparte component vergoed worden. Dat betekent dat de investeringsgelden die met vreemd vermogen zijn gefinancierd vrijwel zeker kunnen worden terugverdiend. Bovendien is er een waarborgfonds voor de zorg, waardoor zorginstellingen die aan de toelatingscriteria voor dit fonds voldoen tegen zeer gunstige condities vreemd vermogen aan kunnen trekken.



Er zal dus een aantal zaken veranderen wanneer instellingen in een markt-omgeving moeten opereren. De rentabiliteit zal omhoog gaan, de solvabiliteit zal naar een redelijk niveau getild moeten worden en kapitaalinvesteringen zullen in aanmerkelijk kortere periodes afgeschreven gaan worden.
Het gevolg hiervan is dus dat een aantal kostenvergoedingen die door ziekenhuizen in de prijzen voor DBC's zullen worden doorberekend omhoog zullen gaan, terwijl tevens de balanspositie door een kapitaalinjectie zal moeten worden verbeterd. In "Financiering van intramurale instellingen" (zie F. Bisschop, Financiering van intramurale instellingen, Handboek structuur en financiering gezondheidszorg) wordt op basis van jaarrekeninggegevens uit 1998 becijferd dat er in de ziekenhuissector (exclusief de academische ziekenhuizen) een extra bedrag van € 1,4 mld. nodig is voor balansverbetering tot een solvabilitietsniveau van 25%.

Het ontbreken van een gelijk speelveld
Kapitaallasten van zorginstellingen kunnen aanzienlijk verschillen, doordat wordt afgeschreven op basis van historische kosten volgens een lineair patroon. De onderstaande grafiek brengt in beeld hoe het verloop van de kapitaallasten van investeringen in infrastructuur er dientengevolge uitziet.
Bovenstaande grafiek laat zien dat de kapitaallasten van investeringen in bouw resulteren in een soort zaagtand verloop. Instellingen van verschillende ouderdom hebben dus ook een ander kostenniveau. Het gaat bovendien om vrij aanzienlijke kostenverschillen. De nieuwbouw van een ziekenhuis van 300 bedden kan op basis van bouwkostenkengetallen op ca € 100 mln. uitkomen. De kapitaallasten zullen dan na ingebruikname op ca €10 mln. uitkomen. Dit betekent dus dat er tussen nieuwe en oudere ziekenhuizen behoorlijke prijsverschillen kunnen ontstaan, die in het huidige stelsel geen probleem vormen voor de financierbaarheid van investeringen, maar bij het wegvallen van de contracteerverplichting wel. De huidige wijze van kapitaallasten doorberekenen zal dus in het nieuwe stelsel resulteren in een fors concurrentienadeel voor nieuwe instellingen.
Het speelveld wordt nog ongelijker als we kijken naar mogelijke nieuwe spelers op de markt. Dit heeft niet zozeer te maken met de exacte wijze waarop de kapitaallasten worden berekend, maar met het feit dat ziekenhuiszorg forse investeringen met zich mee brengt oftewel forse verzonken kosten. Bovendien zullen nieuwe toetreders hun kapitaallasten niet op de traditionele hiervoor beschreven manier kunnen berekenen. Zij zullen dan gedwongen zijn kortere afschrijvingsperioden te realiseren en een hoger rendement op het geïnvesteerd vermogen (zowel eigen als vreemd vermogen) te maken.

Een laatste opmerking betreft de concurrentiepositie van ziekenhuizen in Nederland in vergelijking met de buurlanden. Noch België noch Duitsland hebben op dit moment een systeem van marktwerking in de zorg. In deze landen nemen de (gemeenschaps- respectievelijk deelstaat-)overheden de investeringskosten in ziekenhuisbouw gedeeltelijk dan wel rechtstreeks voor hun rekening. Marktwerking binnen onze landsgrenzen - met de beoogde integrale kostprijzen, inclusief de kapitaallasten - leidt dus tot een slechte concurrentiepositie ten opzichte van het buitenland. Het gaat niet om concurrentievervalsing, immers onze buren hebben niet voor marktwerking in de zorg gekozen en er is dus sprake van een sociale sector waarop het Europese mededingingsrecht niet van toepassing is.

Slotbeschouwing
De rol van de infrastructuur levert een aantal problemen op. Het oplossen hiervan zal niet eenvoudig zijn. Te meer daar het stelsel van marktwerking in de zorg, zoals voorgestaan door het Ministerie van VWS, in internationaal opzicht uniek mag worden genoemd.
Hoewel bij privatiseringen in andere sectoren een veelheid aan oplossingen met betrekking tot de infrastructuur is uitgedacht, wordt daaraan in beleidsnotities over de zorg geen aandacht besteed. Feitelijk wordt zonder meer een voorkeur uitgesproken voor zogenaamde integrale kostprijzen voor DBC's. Zelfs voor de infrastructuur voor die onderdelen waarvoor marktwerking vermoedelijk niet ingevoerd gaat worden - zoals spoedeisende zorg - en waarvoor de kosten deels door de beschikbaarheid worden bepaald, zouden louter aan de DBC's gekoppelde integrale kostprijzen moeten gelden.

Een geheel andere vraag is nog aan wat voor infrastructuur aanbieders of eigenaren behoefte zullen hebben. Op dit gebied is nog weinig onderzoek verricht. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen is voornemens in een in 2004 uit te brengen rapportage hier aandacht aan te schenken. Er zijn signalen dat efficiencywinst te behalen valt uit het splitsen van planbare processen en niet planbare processen. Ziekenhuizen zullen ook deze kant op gedwongen worden wanneer privé-klinieken planbare zorg via industriële productie concepten gaan leveren. Deze ontwikkelingen kunnen ertoe leiden dat de ziekenhuisinfrastructuur anders opgezet moet worden. Ook ontwikkelingen op automatiseringsgebied kunnen een geheel andere manier van werken in het ziekenhuis mogelijk maken.

Beide ontwikkelingen kunnen betekenen dat aanzienlijke investeringen in infrastructuur nodig zijn. Voorwaarde hiervoor is echter wel dat bestaande kapitaalgoederen versneld kunnen worden afgeschreven en dat tegelijkertijd nieuw kapitaal gegenereerd kan worden. In hoeverre de beoogde marktwerking dit bevordert, dan wel dat zaken als investeringen en de kwaliteit van zorggebouwen en misschien zelfs de zorg zelf, juist op een laag pitje komen te staan, is een vraag die nog niet te beantwoorden is.

Particuliere eigenaren van zorggebouwen zullen bij investeringen niet alleen in de waarde van een investering voor het zorgproces geïnteresseerd zijn, maar ook in de marktwaarde van het onroerend goed. Zij zouden ervoor kunnen kiezen om bij de bouw rekening te houden met een alternatief gebruik van het ziekenhuisgebouw en indien door gewijzigde omstandigheden langs deze weg meer rendement lijkt te worden gehaald, het gebouw aan zijn zorgfunctie onttrekken.

In beleidsnota's over marktwerking wordt vooral gesproken over te verwachten nieuwe toetreders tot de markt. Het zou echter goed zijn om te onderkennen dat toetreding slechts aantrekkelijk is als rendement en risico in een goede verhouding staan tot wat op andere markten in de economie wordt aangetroffen. Commerciële zorgaanbieders treden vrijwillig toe tot de zorgmarkt maar kunnen, bij het ontbreken van een concessie die voor een bepaalde periode is overeengekomen, eveneens besluiten deze weer te verlaten, niet alleen vanwege tegenvallende resultaten. Een eigenaar kan bijvoorbeeld ook besluiten dat het bedrijf beëindigd wordt omdat op die manier bijvoorbeeld een aantrekkelijke locatie te gelde kan worden gemaakt.

Samenvattend kan gesteld worden dat de rol van de infrastructuur bij invoering van marktwerking in de zorg nog maar beperkt in kaart gebracht is. Verder onderzoek, waar ook het College bouw ziekenhuisvoorzieningen een bijdrage aan hoopt te leveren, is gewenst.

Helende omgevingen

drs. H. d'Ancona, bestuurslid

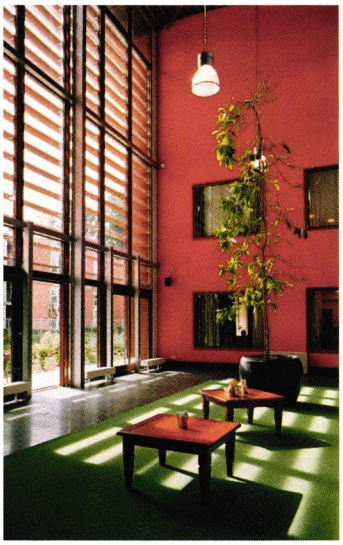
Op dat ene bed naast het raam met uitzicht op alles daarbuiten is door alle vier gevlast. Vanzelfspekend kan slechts één de gelukkige zijn. Maar de andere drie patiënten worden ruimschoots gecompenseerd. Want de man aan het raam onthoudt ze niets. Spannende liefdesaffaires neemt hij waar, de vertederendste observaties van met hun kinderen spelende moeders. Bloeiende bloemperken, spuitende fonteinen, imposante boomgroepen, spannende beeldhouwwerken; alles wordt gerapporteerd. Op de avond vóór het vertrek van de waarnemer wordt er geloot om de favoriete uitkijkpost. Maar als de winnaar de volgende ochtend op die plek is beland, deelt hij zijn kamergenoten verbijsterd mee dat er helemaal niets te zien is, behalve een gigantische dode muur. De gedeelde verwarring stijgt ten top als de binnenkomende verpleegster hen vertelt dat de ontslagene blind was.

Ik hoor het verhaal uit de mond van één van de architecten die ik belde tijdens mijn speurtocht naar de "helende omgeving". Het lijkt illustratief voor het vraagstuk: hoe creëer je als vormgever van zorggebouwen een situatie waarin mensen die er verblijven zich geborgen weten, zich ondersteund voelen bij het beter worden. Een omgeving waar degenen die er lang verblijven zich mee identificeren, waar bezoekers zich op hun gemak voelen, werkers worden gestimuleerd en passanten het oog wordt gestreeld. Zo'n ideale toestand, zou dan het antwoord zijn, is in de alledaagse werkelijkheid niet bereikbaar. Het is de perceptie van bewoners, gebruikers en voorbijgangers die de werkelijkheid, als ze met het goede been in of uit bed gestapt zijn, inkleuren met hun zonnig gemoed. Als je een rozenprieel wilt zien, is de strekking van bovenstaande anekdote, dan wordt je daarin niet gebarricadeerd door een dode muur.

Het gemiddelde ziekenhuis heeft een bureaucratische en utilitaire uitstraling

Eigenlijk zijn degenen die verantwoordelijk zijn voor de gebouwde omgeving van zorgbehoevenden en zorgverleners met een dergelijke redenering veelal weggekomen. Natuurlijk kregen zorgconsumenten meer ruimte, vaak ook meer privacy. Er werd rekening gehouden met bijzondere omstandigheden; Voor degenen die het ziekenhuiseten niet aanstond, kwamen er ijskasten en magnetrons. Een eigen televisie maakte dat je naar je eigen programmavoorkeur kon kijken. Er kwam apparatuur die de zorg voor patiënten lichter maakte, het werd partners, ouders en andere familie mogelijk gemaakt om zich met de verzorging van hun kind of hun geliefde bezig te houden. Allemaal zaken die de verzorging functioneler maakte en ook effectiever. Die toegenomen functionaliteit en effectiviteit vertaalde zich ook naar de vormgeving van zorggebouwen, die daarmee een bastion werden van het functionalistisch denken, waarin het begrip belevingswaarde nauwelijks aan de orde kwam.

Terwijl juist degenen die zorg behoeven sterk op hun onmiddellijke omgeving zijn aangewezen, aldus Janny Rodermond, directeur van het Stimuleringsfonds voor Architectuur, in december 2002 bij de presentatie van het boek "Het beste van drie werelden, de architectuur van wonen en zorg".



Op het jubileumcongres van het Bouwcollege over Zorg en Architectuur eerder in hetzelfde jaar, constateerde Wytze Patijn, de voormalige Rijksbouwmeester, dat slechts een kleine groep gespecialiseerde architecten in ons land bekend is met het oplossen van de administratief medisch-technologische puzzel die de bouw van een ziekenhuis behelst en dat er wellicht daardoor ook zelden of nooit namen van beroemde architecten verbonden zijn aan de bouw van ziekenhuizen. Het gemiddelde ziekenhuis heeft dan ook een bureaucratische en utilitaire uitstraling. Maar de schuld van veel van die bloedeloze, saaie of lelijke gebouwen ligt niet alleen bij die regels en voorschriften en is evenmin toe te schrijven aan het gebalanceer van architecten tussen die regels en het beschikbare budget. Het is eerder een manier van denken, een mentaliteit, die wordt gematerialiseerd in onze zorggebouwen.

Het veranderen van die vigerende opvattingen, is dus de moeilijke en langdurige opgave waarvoor we staan en waarmee in de afgelopen jaren een begin is gemaakt. Op verschillende manieren. Door opdrachtgevers bewust te maken van de waarde van schoonheid en zeggenskracht van gebouwen, door onderzoek naar de wensen van bewoners en patiënten, bezoekers en verplegenden, door "best practices" te etaleren, door ideeënprijsvragen te organiseren en door belevingskwaliteit in de bouwplanbeoordeling op te nemen. Al die inspanningen dienen niet alleen om de aanblik van zorggebouwen visueel aantrekkelijker te maken, "a work of art" zoals Patijn dat op bovengenoemd congres aanduidde, maar vooral omdat verondersteld wordt dat fraai ogende buitenkanten en aangenaam voelende binnenkanten bijdragen aan het welbevinden van iedereen die er verblijft c.q. bijdragen aan het "helingsproces".

De patiënt verschijnt in beeld

Die veronderstelling gaat dus langzamerhand een rol spelen bij de totstandkoming van ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen. Om te beginnen verschijnt - vooral via onderzoek en literatuur - de patiënt in beeld. "Patient-focused Architecture for Health Care", verschenen in 1996, is daarvan een voorbeeld. In deze reader wordt aan de hand van talloze bestaande voorbeelden duidelijk gemaakt wat als positieve dan wel negatieve ervaring of beleving van patiënten moet worden beschouwd. Daartoe worden vijf, kennelijk relevante, categorieën onderscheiden: ruimte, privacy, comfort, diversiteit en communicatie. Een zelfde soort aanpak vindt men in "Patiënt bouwt Ziekenhuis, een programma van eisen vanuit patiëntenperspectief". In deze uitgave van het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht uit 2002 staan wensen en verwachtingen ten aanzien van: het ziekenhuis

en de omgeving, de organisatie van het ziekenhuis en het gebouw en de inrichting. Uitgebreider komt patiëntgericht bouwen aan de orde in een studie die plaatsvond onder leiding van Joost Koldewey, in opdracht van de STAGG (Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg). De thema's - autonomie, privacy, keuzevrijheid, zelfredzaamheid, territorium, veiligheid, oriëntatie en sociaal contact - werden geselecteerd omdat ze, zoals bleek uit uitgebreid literatuuronderzoek, voor ieder mens relevant zijn als het gaat om de wisselwerking tussen omgeving en gedrag. Ze dragen met elkaar bij aan het begrip "identiteit".

Identiteit

Van alles dat ik tot nu toe onder ogen kreeg, verschafte me dat begrip de meeste inspiratie als het gaat om "de helende omgeving" handen en voeten te geven; tot ideeën te komen die in de bouwpraktijk tot oplossingen leiden. Beter dan wensenonderzoek zonder meer. Dat laatste suggereert immers dat menselijke voorkeuren het zelfde worden op het moment dat die mensen het patiënt zijn met elkaar delen. Een onterechte opvatting, die onvermijdelijk leidt tot uniformiteit. Identiteit, omschreven als dat wat eigen is aan een persoon, creëert juist verscheidenheid, is bovendien moeilijk te bewaren in een omgeving die de elementen ontbeert waaraan men in het gewone leven die identiteit ontleent.

En dat levert spanning op, hetgeen een negatieve invloed op het genezingsproces zal hebben. Naast de bevindingen uit de literatuurstudie, werden de verschillende thema's en hun relatie met het begrip identiteit doorgesproken met vertegenwoordigers van patiëntenorganisatie's. Bij ieder thema resulteerde dat in een aantal vragen op het niveau van het gebouw, de afdeling en de patiëntenkamer. Het thema autonomie, gekoppeld aan het niveau van het gebouw, levert dan bijvoorbeeld de volgende vragen op: Op welke wijze kan worden voorzien in de behoefte van de patiënten om zelf inkopen te doen? Op welke wijze kan er worden voorzien in de behoefte van de patiënten om niet afhankelijk te zijn van familie of vrienden voor bijvoorbeeld de verzorging van de was? Op welke wijze kan worden voorzien in de behoefte van patiënten om contact met de buitenwereld te onderhouden? Er op het niveau van de afdeling: op welke wijze wordt voorzien in de behoefte van patiënten om over een eigen bergruimte te beschikken? Is het wenselijk om aparte bezoekruimten te maken waar de patiënt met eigen bezoek kan zitten of heeft een algemene zitruimte die door meerdere patiënten en hun bezoek gebruikt kan worden de voorkeur?

Het draagt ongetwijfeld bij tot de eerder genoemde mentaliteitsverandering als deze vragenlijst standaard gebruikt zou worden bij de totstandkoming van zorggebouwen. Ook omdat daardoor dit instrument verbeterd en vervolmaakt kan worden. Wellicht ontdekt men dan dat er betere of zuiverder indicatoren zijn om binnen de gegeven situatie zoveel mogelijk uitdrukking te geven aan de eigen identiteit dan de nu gekozen thema's. In ieder geval zal de vragenlijst aangepast moeten worden aan de verschillende typen van zorgconsumenten. De spanning tussen autonomie en aanpassing zal groter zijn naarmate men er langduriger aan wordt blootgesteld; is beter te verdragen gedurende een kort ziekenhuisverblijf dan wanneer men een lange periode of voor altijd is aangewezen op een collectieve voorziening.

Maar ook ruimten voor kortdurende behandeling dienen langs een dergelijke maatlat gelegd te worden, getuige de column van Martin Bril in De Volkskrant van 24 januari jl. Bril schrijft onder de kop "Oncologie" het volgende: "Ik was weer eens in het ziekenhuis. Ondanks de bezuinigingen die de gezondheidszorg treffen, was er een hele vleugel nieuwbouw aangelegd. Daar verdwaalde ik. Maar uiteindelijk trof ik een zuster die ik kende: Pleuni van oncologie. We maakten een praatje en Pleuni liet me de nieuwe therapiekamer zien, een rij groene stoelen die aan tandartsen en vliegtuigen deden denken, comfortabel, maar ook medisch, voorzien van koptelefoon en luxe armsteunen. Er was uitzicht over het park en misschien hing er ook wel inspirerende kunst aan de muren. Ik vergat ernaar te kijken... Twee jaar geleden onderging ik zelf een chemokuur: zesentwintig weken iedere vrijdag naar het ziekenhuis. De therapie speelde zich niet af in een speciale ruimte, maar gewoon in de kamers van de artsen, muffe ruimtes zonder ramen, met een bureau, een computer, een prullenbak, een haak om een jas aan op te hangen, een fonteintje in de hoek, een telefoon die regelmatig rinkelde. Gezellig...."

"Je voelt je hier nooit alleen, ook als je eens een keer in je eentje zit"
Hoe gereserveerd je ook kunt staan tegenover de "helende" mogelijkheden van de omgeving, zeker is het wel dat de Brils beschrijving van de situatie waarin hij zélf zijn behandeling onderging, daar in ieder geval geen bijdrage aan leverde. Ook aan wacht- en andere publieke ruimten zoals gangen, restaurants en koffiekamers kan nog enorm veel verbeterd worden. Allemaal bestemd voor tijdelijk gebruik, maar waarom zou men er niet op dezelfde manier mee omgaan als met vergelijkbare semi-openbare plekken?

Dorine de Vos, de inrichtster van Hotel New York in Rotterdam, Eveline Merx, de vormgeefster die het Amsterdamse Concertgebouw onder handen nam, Gillian Schrofer en Ton Wagemans, die tekenden voor de inrichting van verrassende café's, restaurants en nachtclubs, het zijn slechts enkele namen van talentvolle interieurdeskundigen die kennelijk begrijpen hoe je onpersoonlijke ruimten zó aankleedt dat veel, verschillende mensen zich er prettig voelen; een bijdrage dus aan hun identiteit. Dorine de Vos bewees dit trouwens al met de herinrichting van de recreatieruimte van het verzorgingshuis Peppelrode in Eindhoven, waar de grijzen en de groenen, de neonlampen en het uniforme meubilair werden vervangen door kleuren, kroonluchtertjes en een variëteit aan tafels en stoelen.

In "Vijf jaar Woonzorg Nederland", een uitgave ter gelegenheid van dat eerste lustrum in 2001, is dat project er één van de vierentwintig die beschreven worden. Je kunt in de nieuwe recreatieruimte kiezen tussen een Belgisch café, een wintertuin met grote planten en schommelstoelen rond een haardvuurtje, een Engels theehuis of de Grote Zaal met leestafel.
Er is een kinderhoek Klein Peppelrode en je kunt er eten zoals in een normaal restaurant. "Je voelt je hier nooit alleen, ook als je eens een keer in je eentje zit", merkt een bewoonster op. En dat gevoel van erbij horen is algemeen. Gelukkig zijn er ook nog andere soortgelijke uitzonderingen te noemen, maar om van gunstige uitzondering tot normale praktijk te komen zou een aantal van dergelijke deskundigen uitgenodigd moeten worden om aan de hand van de STAGG-vragenlijst concrete uitwerkingen te maken. Op die manier wordt

een bijdrage geleverd aan de afstand die er nu nog bestaat tussen woord en daad; tussen een wereld op papier en de wereld van levende mensen. Want weten waaraan gedacht moet worden is van belang, maar belangrijker is nog hoe je dat vorm geeft.

De belevingswaarde van gebouwen

Als we het niveau van de afdeling en dat van de afzonderlijke kamer verlaten en kijken naar het niveau van het gebouw zelf, dan zou het concept identiteit ook nog op een andere manier geïnterpreteerd kunnen worden. Identiteit wordt immers ook ontleend aan het gebouw waarin men vertoeft, woont, werkt of om andere reden verblijft. Vraag het de medewerkers van de Rijksdienst voor Archeologisch Bodemonderzoek in Amersfoort die hun dagen doorbrengen in een gebouw van Abel Cohen of aan hen die werken in één van de gebouwen van Alberts, de ING, de Gasunie of KPMG en je komt dat gevoel op het spoor. Bij het mooiste voorbeeld daarvan - het sanatorium Zonnestraal, de creatie van Duiker - kunnen we het niet meer uit de mond van gebruikers vernemen maar van bijna iedere bladzijde van Ton Idsinga's boek, gewijd aan dat monument, valt het af te lezen. Grootse bouwwerken, "works of art" komen nu eenmaal niet tot stand op grond van woonwensen van individuele gebruikers, maar grote architecten als le Corbusier of Wright zagen lang voordat er woonwensenonderzoek bestond kans om mensen het gevoel te geven dat hun niet-uitgesproken wensen vervuld werden.

In het binnenkort gerealiseerde woonzorgcentrum Het Reinalda-Huis in Haarlem lijkt veel van wat hiervoor is beschreven samen te komen. In dit complex van het ontwerpbureau Alberts en Van Huut, het grootste woon-, zorg- en dienstencentrum van ons land, wordt de omgeving als het ware in het gebouw getrokken door tal van voorzieningen die alle leeftijdsgroepen in de wijk tot gebruikers maken. Daardoor worden de bewoners blijvend geïntegreerd in de samenleving, terwijl in het gebouw rekening is gehouden met hun diverse leefstijlen. Kortom, een voorbeeld van de praktische toepassing van het begrip identiteit en dus van een "helende omgeving". Maar als - zoals hiervoor gesteld werd - de belevingswaarde moet worden gezien als het reduceren van de spanning tussen identiteit en de omgeving, dan zullen gebouwde voorbeelden ertoe moeten dienen om te onderzoeken of dat al dan niet het geval is. Op die manier zullen zowel voor het exterieur als het interieur indicatoren worden gevonden die als richtingaanwijzers kunnen fungeren voor de bouwpraktijk.

Die weg zal meer en meer bewandeld worden nu het Bouwcollege de belevingswaarde van gebouwen als onlosmakelijk onderdeel van de kwaliteit beschouwd. Een weg die is ingeslagen onder het voorzitterschap van Hans de Boer en onder meer gestalte kreeg door het organiseren van ontwerpprijsvragen, studiedagen en congressen. Het is zijn bijdrage aan de opgave die het Bouwcollege zich gesteld heeft: de totstandkoming van zorgvuldige, zorgzame, zorggebouwen.

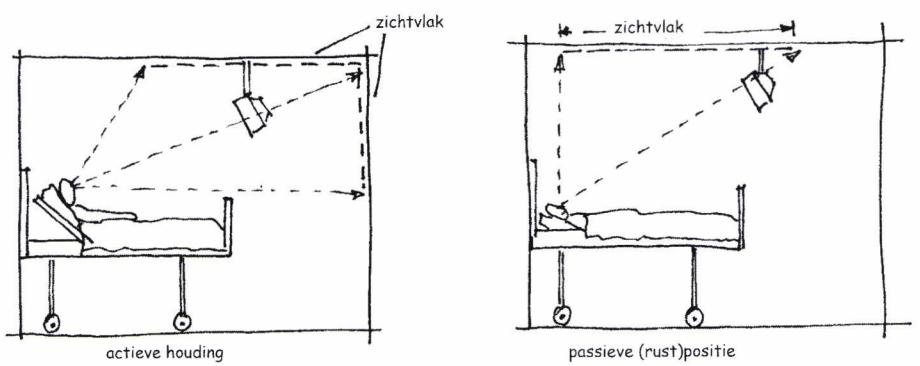
Zicht en uitzicht: healing environment in de praktijk

ir. B. Troost-Filipović, senior-stafmedewerker Onderzoek en Ontwikkeling

Stelling:
Bij afname van persoonlijke mobiliteit neemt het belang en de invloed van de directe omgeving op de mens toe.

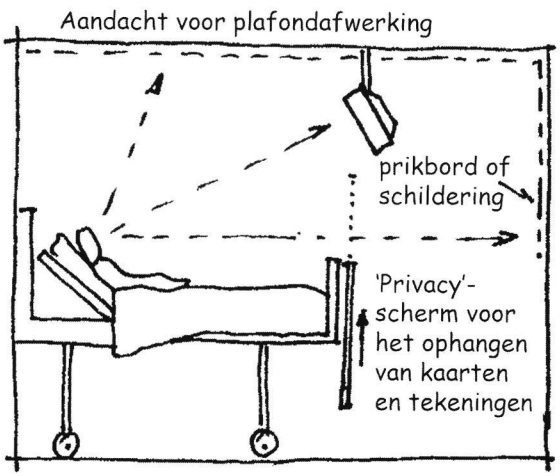
De interesse in de 'healing environment' in gezondheidsgebouwen is groeiende, zowel in Nederland als daarbuiten. Tot nu toe lijkt de meeste energie te zijn gestoken in het onderzoeken van de omgevingsinvloeden op de (zieke) mens. Ook het Bouwcollege heeft een literatuurstudie uitgevoerd en de resultaten neergelegd in een notitie[1]. In de toekomst zullen theoretische kaders en conclusies moeten worden gematerialiseerd. Patiënten en bewoners ervaren immers geen theorieën en notities maar de gebouwde omgeving waarin ze (noodgedwongen) verkeren. Daarom is het van belang om zoveel mogelijk positieve conclusies uit diverse onderzoeken praktisch c.q. ruimtelijk te 'vertalen'. Deze vertaling kan de opdrachtgevers en ontwerpers helpen bij het realiseren van betere gezondheidsgebouwen.

Uitzicht
Een van de belangrijke aspecten die het welbevinden in de gebouwde omgeving beïnvloeden is het uitzicht. De mogelijkheden tot uitzicht (visueel contact met andere ruimten) en de kwaliteit ervan beïnvloeden onze psychische en fysieke gesteldheid. Uit diverse onderzoeken blijkt dat kenmerken als eigen keuze, afwisseling, zelf aanschouwen zonder zich bekeken te voelen, beschut binnen zitten met zoveel mogelijk plezierige indrukken van buiten etc., zeer belangrijk zijn voor ons gevoel van welbehagen.
Een gezonde mobiele mens is meestal in staat om de omgeving op te zoeken die past bij zijn activiteiten, stemming of behoefte van dat moment. Mensen die door een lichamelijke of geestelijke beperking die keuze niet (meer) kunnen maken zijn noodgedwongen aangewezen op hun directe omgeving in de (toevallig) aangeboden vorm.



Gezichtsveld van een bedlegerige patiënt

De grootte van de te ervaren omgeving is afhankelijk van de mate van immobiliteit. De wereld van een bedgebonden patiënt is over het algemeen beperkt tot (een gedeelte van) de muren en het raam van de eigen kamer. Het leven van een bewoner van een gesloten instelling in de GGZ wikkelt zich af binnen de muren van de instelling en de wat moeilijker bewegende oudere ziet zijn actieradius, ondanks de tegenwoordige hulpmiddelen (rollators, rolstoelen met al dan niet elektrische aandrijving) toch gestaag kleiner worden.

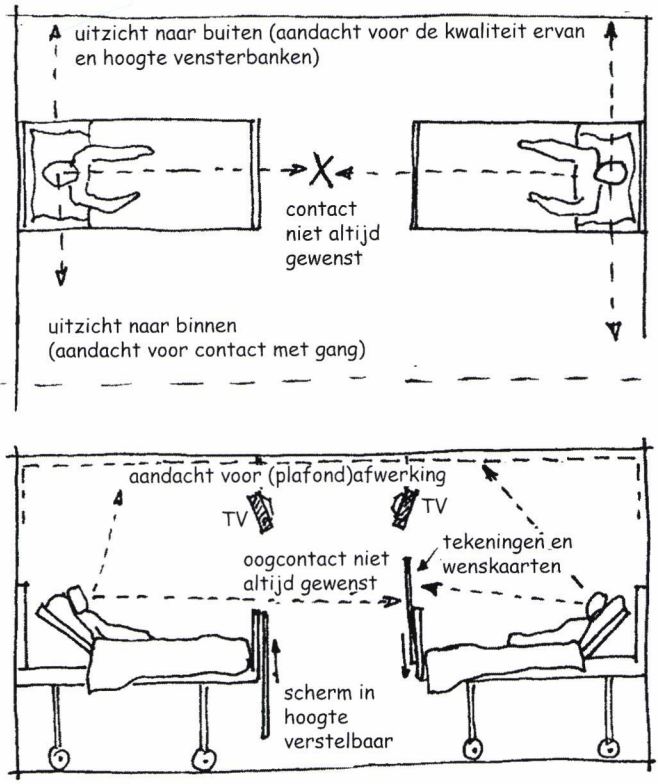


Uitzicht als aandachtspunt bij de inrichting van een kamer voor een bedgebonden patiënt

Het uitzicht van een bedgebonden patiënt is veelal beperkt tot het plafond en een deel van de wanden, al dan niet voorzien van ramen. De wand achter het bed valt buiten het gezichtsveld.

Opmerkelijk is dat in de meeste ziekenkamers juist daar een 'eigen plek' voor de patiënt wordt gecreëerd met de ontvangen beterschaps- en andere wenskaarten, tekeningen etc., terwijl het uitzicht zelf weinig belevingswaarde en een min of meer toevallige oriëntatie heeft[2]. Het plafond biedt hooguit wat vlekjes en oneffenheden om te 'bewonderen'.

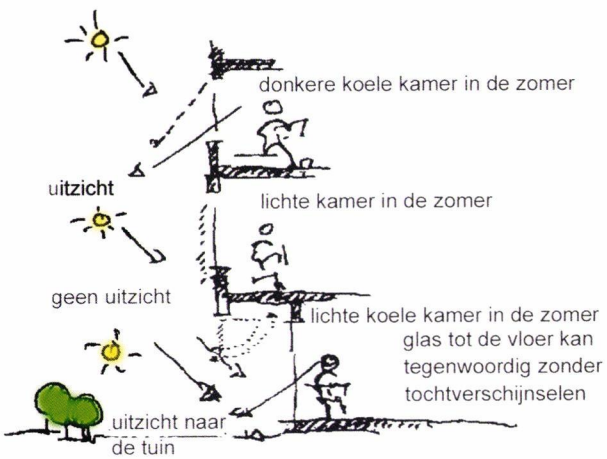
Wanden kunnen door verschillende vormen van afwerking voor de nodige variatie zorgen. In plaats van het neutrale (en saaie) wit of grijs, kan bijvoorbeeld plaatselijk ter afwisseling gebruik worden gemaakt van muurschilderingen of wisselende (bij voorkeur zelf te kiezen) projecties op de wanddelen binnen het gezichtsveld, naast het al ingeburgerde TV-toestel. Ook zelf of op verzoek in te richten prikwanden voor wenskaarten en tekeningen op goed zichtbare plaatsen kunnen het gevoel van geborgenheid en een eigen plek bevorderen.



Uitzicht van tegenover elkaar liggende patiënten

Uitzicht door de ramen is alleen mogelijk als de (hoogte van de) vensterbank aangepast is aan de bed- of rolstoelgebonden bewoners of patiënten, rekening houdend met de hoogte van het gebouw en het logische kijkdoel binnen het gezichtsveld. Bij dit alles moet rekening worden gehouden met de richting van bezonning. Een doeltreffende (in het ontwerp geïntegreerde) zonwering is voor het comfort van met name minder mobiele en bedlegerige bewoners en patiënten onontbeerlijk.

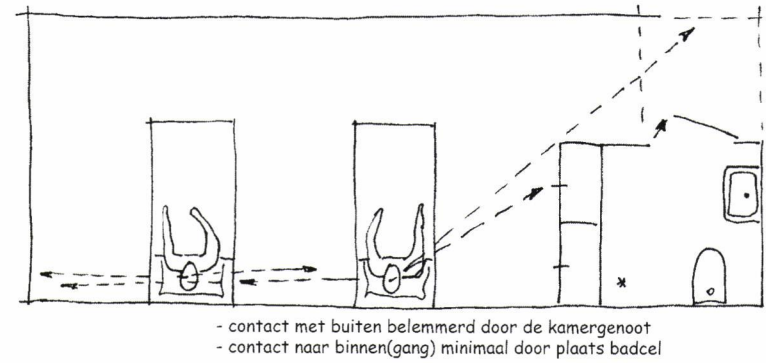
De beperkte wereld van een bedgebonden patiënt kan, behalve door uitzicht naar buiten, ook worden vergroot door uitzicht naar binnen te bieden. Een raam aan de gangzijde geeft de mogelijkheid om een vleugje van de activiteiten in het gebouw te ervaren. Dit kan het gevoel van opgeslotenheid en eenzaamheid verminderen. Deze 'doorkijkjes naar het binnenleven' moeten desgewenst vanuit het bed afgeschermd kunnen worden, zodat men de momenten van deelname aan de dagelijkse activiteiten zelf kan bepalen.

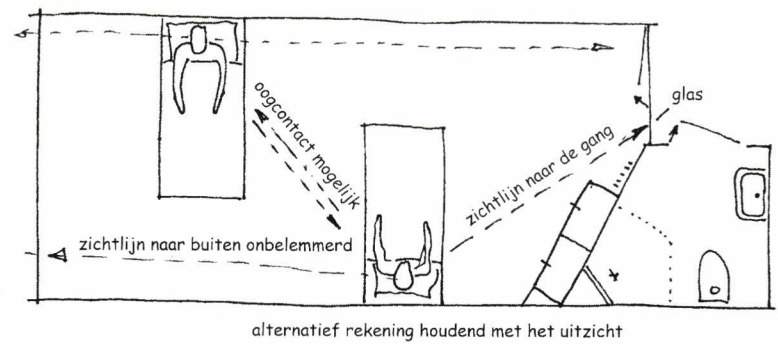


Het gebouw bepaalt door de hoogte en plaats van de ramen en overstekken mede het kijkdoel.
(N.B.: de stippellijn geeft de zonwering aan)
(Bron: Prijsvraag Zorgzame architectuur CBZ 2003, inzending prof. Kristinsson)

Voor een bedgebonden patiënt bieden binnenramen de mogelijkheid om zo veel mogelijk (desgewenst) deel te nemen aan het leven in de instelling en verhogen ze het gevoel van veiligheid (gezien worden door het personeel).

De meer mobiele bewoners kunnen zelf deelnemen aan het leven binnen de instelling. Voor deze groep biedt een eigen kamer of appartement juist de mogelijkheid om zich terug te trekken uit het groepsleven. Toch kan het ook voor deze categorie prettig zijn om over uitzicht naar binnen te beschikken. Zo kan een gang of een atrium de functie krijgen van een buurtstraatje of -pleintje. Op deze manier worden het maatschappelijke leven en de gewoonten die men buiten de instelling had, zij het in het klein, voortgezet.





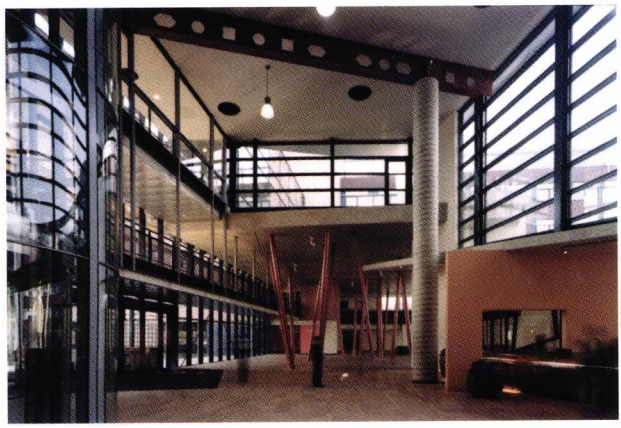
Zichtlijnen bij twee inrichtingsvarianten van tweepersoonsverpleegkamers in een ziekenhuis.

Looproutes

Looproutes in zorgcentra en andere gezondheidszorginstellingen zijn soms zeer lang. Als deze eenvormig en eentonig zijn, lijken ze langer en dienen ze slechts als verbinding tussen A en B. Met name de zich langzaam voortbewegende, minder mobiele bewoners zullen dit als deprimerend ervaren. Door het creëren van gevarieerde (semi)openbare ruimten en activiteiten langs de looproute slagen sommige ontwerpers erin de - soms lange - wandeling toch tot een boeiende ervaring te maken.

Een huiskamer voor psychogeriatrische bewoners heeft ook een raam aan de atriumkant.

Wanneer heeft een route kenmerken van healing environment? Naast de al genoemde variatie speelt uitzicht ook hier een belangrijke rol. Doorkijkjes langs de looproute, lichtspel ontstaan door gevarieerd raamgebruik of juist het visueel vergroten van een binnenruimte door transparante puien: het zijn allemaal architectonische middelen die voor dit doel kunnen worden ingezet. Ook uitzicht op en een directe verbinding met een eigen patiotuin van een groepswoning in een gesloten instelling zal een gunstig effect hebben op het welbevinden van de bewoners.

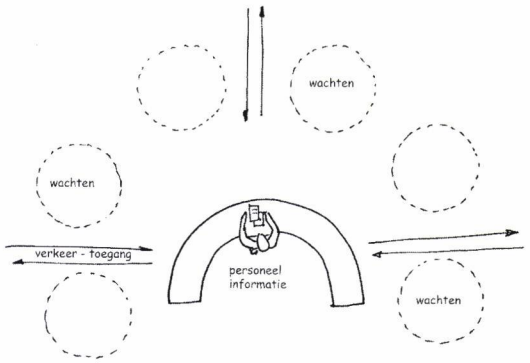


De glazen wanden van een verbindingsgang bieden zowel op de begane grond als op de verdieping uitzicht op de omringende bebouwing, zodat men zich goed kan oriënteren.

Uitzicht op de patiotuin van een gesloten afdeling.

Personeel

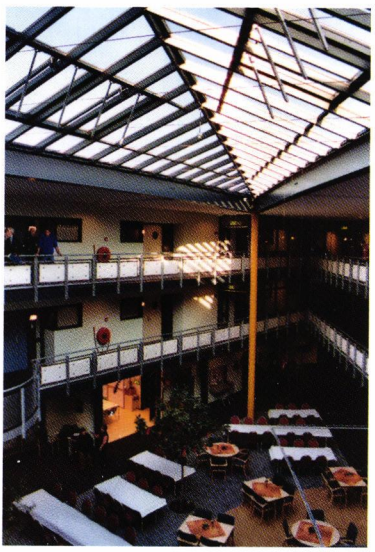
Ook voor het personeel is uitzicht van belang (en niet alleen om het verblijf op zichzelf te veraangenamen). Een goed overzicht van de logistieke/ verkeerssituatie kan een stressverlagend effect hebben. Zo is het essentieel dat het baliepersoneel de patiënten- en bezoekersstromen kan overzien. Het gaat dan in het bijzonder om een goed zicht op de toegangsroutes en de wachtende mensen.



Uitzicht als oriëntatie- en overzichtverhogend middel

Ook voor bezoekers en de patiënten zelf zijn duidelijke routes belangrijk, daar dit het gevoel van desoriëntatie tegenwerkt; zeker daar waar het verloop groot is (bijvoorbeeld bij poliklinieken) en men al onzeker is over de eigen gezondheid, zal een duidelijke en overzichtelijke logistieke situatie op prijs worden gesteld.

Visueel contact door middel van uitzicht hoeft natuurlijk niet beperkt te blijven tot één bouwlaag. Aan de buitenkant hebben bijvoorbeeld bij goede plaatsing en dimensionering van ramen ook hoger gelegen ruimten visueel contact met de begane grond (tuin, park, parkeerplaats). Het gebruik van vides, binnentuinen en atria kan ook in het gebouw de ruimtelijke beleving verrijken.



Vanaf de verdiepingen zijn de activiteiten in het atrium en de rest van de begane grond zichtbaar. Dit wordt versterkt door het gebruik van schuifwanden bij de activiteitenruimten, die zo in open verbinding komen met de meer algemene ruimte van het atrium en de interesse kunnen wekken van de daarin verblijvende bewoners.

Tot slot

Deze voorbeelden zijn niet uitputtend. Integendeel, ze lichten slechts een tipje van de sluier op van het werk dat nog voor ons ligt. Zowel ontwerpers als het Bouwcollege vinden hierin het terrein dat in de nabije toekomst ontgonnen en met name gestructureerd moet worden. Bundeling van deze kennis is nodig, wil men goed inspelen op de behoefte aan welbevinden van een groeiende groep bewoners. Een behoefte die de gezondheidstoestand van deze bewoners duidelijk beïnvloedt.

Voetnoten:

[1] Notitie Healing environment, Bouwcollege 2003

[2] In het eerste van zijn tien boeken beveelt Vitruvius (Romeins bouwheer uit de tijd van Julius Caesar en Augustus – 1e eeuw voor Christus) al aan de slaapvertrekken van met name zieken aan de oostzijde te plaatsen. Deze wijsheid is in de eeuwen daarna regelmatig bevestigd, ook in moderne onderzoeken (zie de notitie Healing environment, Bouwcollege 2003).

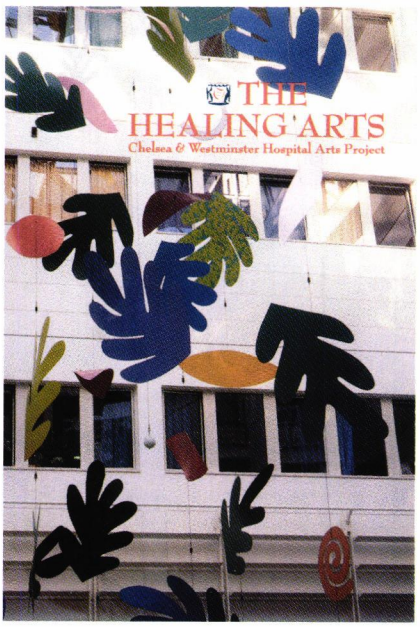
Healing Art: meer dan kunst alleen?

ir. L. Wessels, hoofd afdeling Bouwzaken

Healing environment, healing art, healing gardens, healing music, "healing" als toverwoord voor zaken die stress kunnen verminderen en de patiënt een goed gevoel geven. Waardoor kun je al niet genezen zonder dat er een dokter aan te pas komt!

Neem nou het fenomeen "healing environment", dat geheél georiënteerd is op het welbevinden van de patiënt en waarvan men pretendeert dat het zelfs een versnelling kan geven aan het verbeteringsproces. Onderzoeken wijzen uit dat een kortere ligduur en minder medicijngebruik er het gevolg van kunnen zijn. Dus het heeft een verlagend effect op de kosten voor de gezondheidszorg en je houdt er nog een leuke omgeving aan over ook. Dit laatste is ook van belang voor de uitstraling van de gezondheidszorginstelling naar buiten en dus ook voor het personeel en de bezoekers. Hier schuilt echter een addertje onder het gras, want bijvoorbeeld een arts of verpleegkundige die onheus optreedt tegen een patiënt zal veel van de positieve effecten van de goede, rustgevende omgeving weer teniet kunnen doen.

Onderzoeken naar bovengenoemde aspecten hebben geleid tot meer inzicht in de problematiek en meer inzicht in de huidige stand van zaken. De verkregen kennis wordt uitgedragen via cursussen en artikelen en gaandeweg wordt duidelijk dat het onderwerpen zijn die moeilijk evidence based zijn te realiseren.



Zaken die invloed uitoefenen op healing environment en daar in feite deel van uit maken zijn, al dan niet in het gebouw geïntegreerde, kunst en kleur, tuinen en planten, muziek en geluid. De meetbare invloed hiervan op het genezingsproces is evenzo moeilijk aan te tonen alhoewel iedereen wel weet dat ze rustgevend kunnen werken, maar ook het tegenovergestelde kunnen bewerkstelligen. Kunst in deze context wordt aangeduid met "healing art".

Healing art in het buitenland

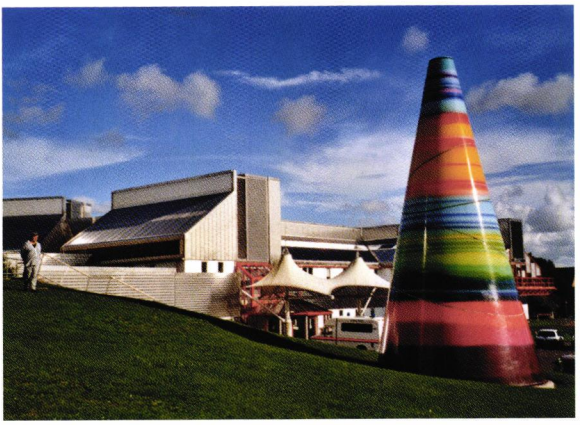
In veel landen wordt al jarenlang onderzoek gedaan naar de effecten van kunst op het welbevinden van patiënten. In Engeland is ongeveer 15 jaar geleden het centrum Arts for Health opgericht, dat onderdeel uitmaakt van de Faculty of Art and Design van de Metropolitan University in Manchester. Het centrum verricht onderzoek, voert evaluaties uit en geeft adviezen aan ziekenhuizen en gezondheidszorgorganisaties over kunstprojecten in de zorg. Ook aan architecten, kunstenaars en diverse fondsen wordt informatie gegeven.

Inmiddels zijn er in de UK nieuwe centra opgericht; het Centre for the Arts and Humanities in Health and Medicine (CAHHM) aan de University of Durham en het National Network for Arts and Health (NNAH) opgericht door het Kings Fund in London.

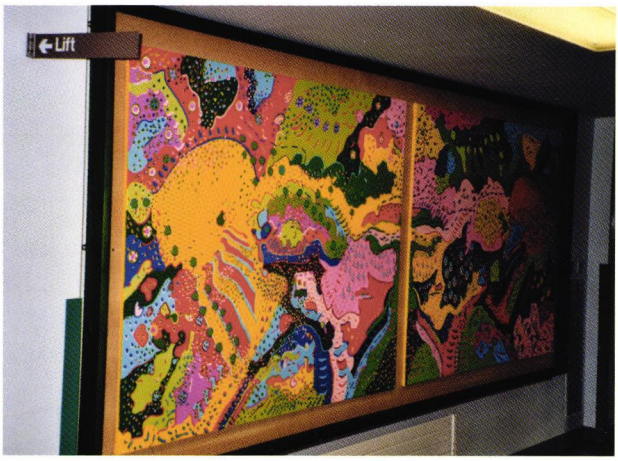
"Healing art" kan zich derhalve in de UK in een toenemende belangstelling verheugen. Van belang is daarbij te weten te komen wat de meest geschikte vormen van kunst zijn voor gezondheidszorgvoorzieningen.

Professor Roger Ulrich van de Texas A&M University in Texas vermeldde al enige jaren geleden dat diverse onderzoeken hadden uitgewezen dat een voorstelling van alledaagse natuur in drie tot vijf minuten leidt tot een ontspannende reactie en dat chaotische abstracte kunst vooral vermeden moet worden.

De eerste onafhankelijke evaluatie van een groot ziekenhuiskunstproject in de UK werd eind jaren negentig door Peter Scher gedaan. In de "Exeter Evaluation" beschrijft hij de methode van evaluatie en de resultaten ervan. Het betreffende, in 1992 gebouwde, Royal Devon and Exeter Hospital heeft een adherentie van 300.000 bewoners en ongeveer 500 klinische bedden.Het kunstproject bestond uit het invoegen van kunst in het nieuwe ziekhuisgebouw, *"to humanise the environment, create more attractive places to sit and wait and to help people feel comfortable in navigating their way around the building"*, zoals Peter Scher schrijft.
De methode bestond uit het schematisch in kaart brengen van alle kunstwerken en hun locatie in het ziekenhuis. Vervolgens werden zowel interviews als schriftelijke enquêtes gehouden onder de gebruikers (patiënten, personeel, bezoekers). Daarbij werden, volgens van te voren bepaalde criteria en meetmethodes, scores gegeven aan de individuele kunstwerken en vragen beantwoord over de therapeutische waarde en het effect op het genezingsproces.
Uit de resultaten blijkt dat er heel duidelijke verschillen bestaan in de belevingswaarde van de individuele kunstwerken op grond van aspecten als mooi/lelijk, harmonieus/ dissonerend, plezierig/onplezierig, relaxing/ stimulerend, etc. Meer dan een derde van de staf was van mening dat kunst een positieve invloed heeft op het genezingsproces, maar ongeveer 70% vond dat het geen therapeutische meerwaarde had. Hoewel niet expliciet aangegeven, mag worden verondersteld dat de analyse van de kunstprojecten de uitspraken van Roger Ulrich hebben onderbouwd.



Als goed voorbeeld van toegepaste kunst in het ziekenhuis wordt nog al eens het district ziekenhuis St. Mary's in Newport op het Isle of Wight genoemd. Het is in gebruik genomen in 1991 en kent verschillende vormen van kunst . Beginnend bij de ingangspartij, waar een fel gekleurde conisvormige kolom als herkenningspunt de aandacht trekt. In het interieur bevinden zich veel



schilderijen, beschilderingen en tapijten die geïnspireerd zijn door het landschap van het eiland, vooral van de kuststreek. In de gangen, de trappenhuizen en in sommige ruimten op de plafonds, zoals in de CT-scanruimte, vormen deze afbeeldingen voor de eilandbewoners duidelijke herkenningstekens.
Het opvallende aan de afbeeldingen is dat ze veel aan de verbeelding van de kijkers overlaten zonder geheel non-figuratief te zijn. Ook de kleuren zijn nogal gedempt gehouden zonder saai te zijn.
Uit diverse onderzoeken is gebleken dat non-figuratieve kunst gemiddeld lager scoort in waardering dan figuratieve kunst. Landschappelijke voorstellingen doen het gemiddeld het beste.
Voorstellingen van dieren, waarvan de ogen je aankijken worden gemiddeld ook slecht gewaardeerd. Sommige patiënten worden daar nerveus van. Ook naar de invloed van kleuren is al veel onderzoek gedaan. In het algemeen blijken zachte kleuren dan beter gewaardeerd te worden dan felle. Uit dit soort onderzoeken zou kunnen volgen dat de gemiddelde Cobra-schilder het niet zo goed zou doen in een gezondheidszorginstelling.

In het Community Hospital of Monterey Peninsula in de buurt van San Francisco heeft men geprobeerd aan de verschillende opvattingen tegemoet te komen door de mogelijkheid aan patiënten te geven via een beamer verschillende schilderijen op de muur te projecteren. Keuze uit bijvoorbeeld Franse impressionisten of oude Hollandse meesters.
In Stockholm is in een van de metrostations te zien dat men een film van een waterval op een muur heeft geprojecteerd waaronder een waterbassin om het geheel zo realistisch mogelijk te maken. Ook het geluid van vallend water is te horen. Men heeft er wat zitjes neergezet waar goed gebruik van wordt gemaakt. Voor ziekenhuisinstellingen wellicht een optie.

Ook in andere landen zoals Zweden zijn veel onderzoeken gedaan naar de invloed van kunst.. Het onderzoek "Arts in hospital and care as culture", een samenwerking tussen de Stockholm County Counsel, het Karolinska Institute en het Stockholm County Museum, is daar een voorbeeld van.
Het onderzoek vond plaats van 1994 tot 1998 en betrof ongeveer 40 projecten. Dit onderzoek ging echter veel verder dan de invloed van kunstwerken op de patiënten, maar betrof ook de invloed van muziek, dans en dichtkunst. Een groot accent werd daarbij gelegd op het zelf meedoen aan kunstzinnige activiteiten, als therapie. Muziek bleek bijvoorbeeld verschillende delen van de hersenen, waaronder het geheugen, te stimuleren bij patiënten met een zwaar hersenletsel. Gedichten bleken een helend effect op oudere patiënten te hebben, omdat ze gevoelens oproepen die met anderen gedeeld kunnen worden en daardoor een gevoel van ontspanning bewerkstelligen.
"People need culture, whether they are well or ill" was de relativerende uitspraak van de onderzoeksdirecteur Birgitta Rapp.

Muziektherapie wordt overigens al langer toegepast in de psychiatrie, bijvoorbeeld bij autisten. Muziek kan autisten een mogelijkheid geven om een groter register van emotionele verbindingen en innerlijke coherency op te bouwen.
In Duitsland gebruikt Ralf Spintge, een anaesthetist, muziek om pijn te controleren en het niveau van stress-hormonen in het bloed te verlagen. Dit bleek zowel bij Europeanen als bij Aziaten te werken.

In Australië liep vanaf 1992 tot 1990 een kunstprogramma in 8 ziekenhuizen. In 1999 vond een Post Occupancy Evaluation (POE) plaats in een van deze ziekenhuizen, het Liverpool Hospital in South Western Sydney. Daarbij werd door Marily Cintra, de project directeur, ongeveer dezelfde methode gebruikt als die in Engeland: met interviews en enquêtes. Een van de vragen had betrekking op de sfeer die het ziekenhuis moest uitstralen en waar de kunst dus een bijdrage aan zou kunnen leveren. Uit het merendeel van de reacties bleek dat de sfeer de natuur, de plaatselijke gemeenschap c.q. omgeving en de diversiteit van de verschillende diensten en afdelingen moest weergeven.
Meer dan 78 % vond dat de kunst het Liverpool Hospital zeer bijzonder maakte, dat de kunstwerken plezierig waren, geschikt voor de locatie, kalmerend en representatief voor de gemeenschap.
Een aantal mensen (20%) noemde kunstwerken die ze lelijk vonden. Meestal waren dat foto's. Vooral de staf vond dat de kunstwerken er voor zorgden dat de patiënten zich beter voelden. Een uitzondering daarop vormde een levensgroot, houten beeld van een moeder en kind bij een kraamafdeling dat later was veranderd in een afdeling gynecologie, waar veel vrouwen met baarmoederkanker werden behandeld. De staf had zich de negatieve impact ervan niet gerealiseerd.

Veel van de werken in het Liverpool Hospital waren gemaakt samen met groepen uit de lokale gemeenschap, waarvan vooral het textielwerk zeer hoog scoorde. Het bleek dat de kunstwerken veel werden gebruikt als herkenningspunt, waar men afspraken maakte of men zich liet fotograferen.
Zoals de onderzoekers concludeerden, is goede kunst voor een ziekenhuis-voorziening de kunst die de mensen uitnodigt tot een dialoog over de plaats waar ze zich bevinden.

Healing art in Nederland

Officieel geldt voor de bouw in de gezondheidszorg een subsidie-mogelijkheid indien het investeringsbedrag voor het bouwinitiatief minimaal € 10 miljoen bedraagt. Men komt dan in aanmerking voor een subsidie van € 22.500 tot een maximum van € 45.000. Deze bedragen worden met dezelfde bedragen verhoogd door middel van verhoging van het investeringsbedrag, waarvoor een vergunning ex WZV wordt verleend. Totaal is dus per project maximaal € 90.000 aan kunst te besteden. Wil men meer investeren in kunst dan moet dat voor eigen rekening of via sponsering.

De Stichting Kunst en Openbare Ruimten (SKOR), voorheen de Mondriaan Stichting, is de subsidieverlener. Aangezien het budget van de SKOR voor deze regeling beperkt is, kan het overigens gebeuren dat op enig moment geen middelen meer ter beschikking zijn. De SKOR bemiddelt ook bij de keuze van de kunstenaar.

Veel instellingen verzorgen de kunst in hun gebouwen uit eigen middelen of via sponsering. Redenen hiervoor kunnen zijn dat ze niet aan de maximale investeringseis van € 10 miljoen voldoen of omdat ze de regeling van de SKOR te lastig vinden of omdat ze niet voldoen aan de kwaliteitseisen van de SKOR. Wat het laatste betreft, gaat het ondermeer om de kwaliteit van het gebouw en zijn directe omgeving in relatie tot kunst. Overigens kan er door de SKOR een uitzondering worden gemaakt op de maximale investeringseis, indien de initiatiefnemer zelf voor de helft van de kosten voor de kunst dekking verschaft.

In deze regeling komt de term "healing art" (nog) niet voor. Toch zijn de kunsttoepassingen die via deze regeling zijn gerealiseerd zeker evenwaardig aan de buitenlandse voorbeelden van "healing art". De navolgende voorbeelden laten dit zien. Het ontbreekt echter aan onderzoeksprojecten om de beleving ervan in kaart te brengen.

In de Brijder Stichting in Alkmaar, een verslavingskliniek in de polder, werd door de Japanse kunstenaar Tadashi Jawamata, tezamen met verslaafden, een wandelpad gebouwd.

Het pad, in de vorm van een lange houten steiger, loopt honderden meters lang door de polder en wordt ook door mensen uit de omgeving als wandelpad gebruikt. Bij het project "Working Proces" hoorde ook het bouwen van een houten boot, als metafoor voor de terugkeer naar de maatschappij.

Kunstenaar: Tadashi Kawamata
Fotografie: SKOR
Opdrachtgever: Brijder Stichting

Voor het Spittaal Ziekenhuis te Zutphen ontwierp Karel van der Sterre op de wand langs een van de trappen van het ziekenhuis een 21 m hoge waterval door diverse glasschilderingen verticaal aan elkaar te koppelen. Er bestaat een grote mate van waardering bij patiënten en personeel voor de extra dimensie die hierdoor aan het lopen over de trap is gegeven.

Kunstenaar: Gé-Karel van der Sterren
Fotografie: Gert Jan van Rooij
Opdrachtgever: Streekziekenhuis Het Spittaal

In de hal van de Sint Maartenskliniek in Nijmegen werd door Aernout Mik een interactieve aap ontworpen. De patiënten, bezoekers en personeel kunnen "boter, kaas en eieren" met hem spelen. De aap ziet er levensecht uit en is gevuld met allerlei elektronica. Hij kan ook humeurig zijn of andere menselijke trekken vertonen.
De kunstenaar noemde het een extra levende factor in het instituut met als motto "Hoe gaan we om met het andere dat temidden van ons leeft". Gezien de grote belangstelling om met de aap te spelen zijn er nu wat regels opgesteld om een en ander in de hand te houden.

Kunstenaar: Aernout Mik
Fotografie: Jannes Linders
Opdrachtgever: Sint Maartenskliniek

De hiervoor genoemde Nederlandse voorbeelden zijn een greep uit een grote verscheidenheid van kunsttoepassingen in de gezondheidszorginstellingen. Vele- hiervan zullen in positieve zin bijdragen aan het welbevinden van patiënten, personeel en bezoekers. In welke mate ze bijdragen aan de oriëntatie binnen de instellingen, de verbetering van de kwaliteit van de omgeving, het identiteit geven aan een plek en het ondersteunen van sociale interactie zou gericht onderzoek moeten uitmaken. De te gebruiken methodieken zijn voldoende bekend. Toch moet altijd worden beseft dat kunst een individuele expressie is van een individuele emotie. Dat geldt voor de kunstenaar, maar ook voor de ontvanger.

Installatie- en elektrotechnische ontwikkelingen in de gezondheidszorgbouw

ir. H.J. Nicolaas, senior-stafmedewerker afdeling Bouwzaken

Techniek vormt een belangrijk deel van de bouwkosten in de gezondheidszorg. Procentueel blijkt uit de Bouwkostennota's van de afgelopen 10 jaar dat het aandeel techniek ten opzichte van de totale bouwkosten toeneemt van 34,5% in 1993 tot 37,5% in 2003. Hiervoor is een aantal redenen aan te wijzen. Het gaat daarbij niet alleen om technologische ontwikkelingen, maar ook om maatschappelijke ontwikkelingen. Bij deze laatste categorie moet worden gedacht aan duurzaam bouwen, aanvullende eisen in het kader van brandwerende voorzieningen, legionella-preventie, de energieliberalisering en de aanscherping van de binnenmileu-eisen.

Een technologische ontwikkeling die in de hele samenleving zichtbaar is en ook een grote invloed heeft op de bouw, inrichting en exploitatie van gezondheid szorginstellingen is de Informatie en Communicatie technologie (ICT). ICT is onmisbaar bij het 24-uursbedrijf dat instellingen zijn geworden c.q. bij de grote informatiestromen die in een keten van de gezondheidszorg omgaan (huisarts, opname, nazorg thuis of in een instelling). De effectiviteit van informatie en communicatie tussen de verschillende groepen bepaalt in hoge mate het succes van de organisatie.

In dit artikel wordt stilgestaan bij deze ontwikkelingen op installatie- en elektrotechnisch gebied. Afsluitend wordt een doorkijk naar de verwachtingen voor de toekomst gegeven.

Het Bouwbesluit

Het Bouwbesluit dat op het eind van de negentiger jaren is ingevoerd formuleerde een aantal gemeenschappelijk uitgangspunten voor de bouw in Nederland. Eisen werden niet meer door provincie of gemeente gesteld, het Bouwbesluit kwam met algemene uitgangspunten waaraan de bouw moet voldoen.

Een paar onderdelen van het Bouwbesluit hebben grote gevolgen gehad voor de installatietechniek in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder, namelijk de energieprestatienormering en de maatregelen om duurzaam bouwen te bevorderen.

Energie Prestatie Normering

Kort na het van kracht worden van het Bouwbesluit is de energieprestatienorm ering ingevoerd in de vorm van een energieprestatiecoëfficiënt. Dit betekende dat een gebouw als geheel moest voldoen aan een bepaalde energieprestatie: De bouwkundige uitvoering en de installatietechniek werden niet afzonderlijk beschouwd, maar het totaal (gebouw en installatie) diende te voldoen aan bepaalde minimale kwaliteitseisen zodanig dat de energieprestatie in de vorm van een factor, de energieprestatiecoëfficiënt, kon worden gehaald. Dit betekende bijvoorbeeld dat indien de thermische isolatie van het gebouw niet

optimaal was, aan de technische installatie extra aandacht moest worden besteed om het energiegebruik zodanig door middel van energieterugwinning te verlagen dat voor het totaal (gebouw plus installatie) toch aan de energieprestatiecoëfficiënt kon worden voldaan.
Verder is in de afgelopen jaren de limiet, de waarde van de energieprestatie coëfficiënt, aanzienlijk verhoogd. De prestatie van het geheel werd dus het uitgangspunt.

Verwarming-, koel- en luchtbehandelingsinstallaties van gezondheidszorggebouwen zoals die heden ten dage worden ontworpen, zijn dan ook niet meer te vergelijken met installaties van tien jaar oud. Installaties in de gezondheidszorg hebben daarbij een belangrijk pluspunt ten opzichte van overeenkomstige installaties in de utiliteitsbouw, namelijk het 24-uursbedrijf. Hogere investeringskosten zijn door dit 24-uursbedrijf sneller terug te verdienen dan bij installaties in gebouwen, waar de bedrijfstijden beperkt zijn tot 10 uur per dag gedurende 5 dagen in de week. Nieuwe innovatieve technieken die hierdoor tot wasdom zijn gekomen, zijn de warmte en koude opslag in de grond en de toepassing van de warmtepomp. 's Zomers wordt het "koude" water uit de grond opgepompt om de warme ventilatielucht van de gebouwen af te koelen. Het warme water wordt (met hogere temperatuur) weer aan de waterdragende laag in de bodem toegevoerd. 's Winters geldt een omgekeerde volgorde. Het "warme" opgepompte water zorgt dan voor het verwarmen van de koude ventilatielucht. Dit oppompen van "koud" of "warm" water gebeurt vrijwel altijd in combinatie met een warmtepomp die het temperatuurniveau van het water verder kan verhogen c.q. verlagen. De temperaturen voor de verwarming liggen daarbij niet meer op het niveau van 80 tot 90°C maar veelal op het niveau van 30 tot 40°C. Dit maakte de ontwikkeling van lage-temperatuursystemen (vloer-, wand- en plafondverwarmingsystemen) mogelijk. Deze worden op steeds uitgebreider schaal in de gezondheidszorg toegepast.

Ook de ventilatiesystemen zijn door de invoering van de energieprestatienormenring sterk gewijzigd. Natuurlijke ventilatie via kieren en roosters in de buitengevel komt vrijwel niet meer voor. De ventilatielucht wordt centraal door ventilatoren via luchtkanalen naar de woon-, werk- en verblijfvertrekken gevoerd en via afzuigventilatoren weer afgevoerd, waarbij de warmte uit deze afvoerlucht wordt teruggewonnen. Het moge duidelijk zijn dat de complexiteit van de benodigde meet- en regeltechniek hierdoor sterk toeneemt. De gezondheidszorg staat mede door de lange bedrijfstijden vooraan in de toepassing van bovengenoemde technieken.

Warmtekrachtinstallaties en de energieliberalisering
De in het begin van de jaren negentig sterk in zwang geraakte warmtekrachtinstallaties, waarbij een gasmotor een elektrische generator aandrijft welke elektriciteit produceert voor de instelling, boeten sterk aan belang in. Niet door

een slecht energetisch rendement maar door de Europese energieliberalisering die ervoor zorgt dat energie op andere plaatsen in Europa goedkoper, zij het overigens met aanzienlijke milieu-effecten, geproduceerd kan worden.
De energieliberalisering heeft een aantal neveneffecten dat de energievoorziening in met name grote instellingen ingrijpend kan veranderen. De scheiding tussen energie-opwekkers, -distributeurs en -leveranciers heeft geleid tot het ontstaan van een markt, waarop de distributeurs een meerwaarde willen vertegenwoordigen. Niet langer leveren zij alleen gas en elektriciteit (hoogspanning), maar zij zijn ook leverancier geworden van laagspannings-elektriciteit, warmte, koude en stoom. De instelling kan de opwekking van warmte, koude-opwekking en de productie van elektriciteit en noodstroom overdragen aan derden, zoals de energieleverancier, in de vorm van lease of huurconstructies. De mogelijkheid bestaat ook dat de energieleverancier in combinatie met een werktuigbouwkundig en elektrotechnisch installatiebedrijf het gehele technisch onderhoud van de installaties in gezondheidszorg-gebouwen, onder vastlegging van kwaliteitscriteria, wil overnemen.

Duurzaam Bouwen
Een tweede belangrijke ontwikkeling is de toepassing van duurzaam bouwen in de gezondheidszorg. In 1998 zijn de Nationale Pakketten duurzaam bouwen in de utiliteitsbouw en in de woningbouw uitgebracht door de stichting Bouwresearch, daarbij ondersteund door een groot aantal groeperingen, waaronder het Ministerie van Volksgezondheid, Ruimtelijke ordening en Milieu. Het gaat om maatregelen die betrekking hebben op energiebesparing, maar er worden ook op het gebied van materialen, water, binnenmilieu en omgevingsmilieu aanbevelingen gedaan.
In het door het Bouwcollege in 2001 uitgebrachte signaleringsrapport[1] werd aangegeven dat de maatregelen zoals genoemd in dit Nationale Pakket vrijwel allemaal ook toegepast kunnen worden in de gezondheidszorg. Tot op heden blijft de invoering van de maatregelen uit deze pakketten echter beperkt tot die maatregelen die geen meerkosten met zich brengen en maatregelen die zich laten terugbetalen door verminderde energiekosten. In de vorm van workshops in samenwerking met de marktpartijen draagt het Bouwcollege de kennis over aan de gezondheidszorg.

De laatste jaren is er een toenemende belangstelling voor de veiligheid van installaties. Deze vertaalt zich in extra regelgeving. Hierbij kan worden gedacht aan technische maatregelen ter voorkoming van legionella, aanvullende brandweereisen ten aanzien van gebouwen en installaties en verbetering van de luchtkwaliteit zowel in algemene zin (beperking van de maximale luchttemperatuur) als in specifieke zin (beperking van blootstelling aan inhalatie-anesthetica en cytostatica en het creëren van rookvrije ruimten).

Legionella
De legionella-uitbraak in 1999 in Bovenkarspel en de trieste gevolgen hiervan, de dood van 28 mensen, hebben grote gevolgen gehad voor de installatiewereld. Reeds vanaf 1982 adviseerde de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid op grond van de toen bekende gegevens om de tapwatertemperatuur op minimaal 60°C te handhaven. Dit advies is ook opgenomen in de toenmalige Bouwmaatstaven. De aandacht is echter in de loop van de jaren verslapt.

Door verbouwingen in instellingen ontstonden zgn. dode leidingen met stilstaand warm water. De toename van het gebruik van warm water zorgde er ook voor dat deze minimumtemperatuur niet altijd werd bereikt. Onderzoek na 1999 gaf ook aan dat er risico's verbonden zijn aan een te hoge opwarming van het koude tapwater tot boven 25°C.
In bestaande instellingen betekende de aanvullende regelgeving het uitvoeren van risico-inventarisaties en risicoanalyses. De resultaten hiervan gaven aanleiding tot soms ingrijpende aanpassingen in de warm- en koudwater-leidingstelsels. Voor nieuwbouw waren de gevolgen beperkt, in het ontwerp kon met de risico's rekening worden gehouden door isolatie van zowel de koud- als warmwaterleidingen, verbeterde regelingen en korte uitstroomleidingen. Om het geheel beheersbaar en controleerbaar te houden, worden thans in vele gevallen meetsystemen toegepast, waardoor ook over afgelopen periodes de kwaliteit van het water in de vorm van de temperatuur gemeten en geregistreerd wordt.

Brandweereisen
De invoering van het Bouwbesluit en de gevolgen van de brand in Volendam hebben geleid tot aanscherping van de brandweereisen. Veel van deze eisen zijn van bouwkundige aard. Van installatietechnische aard is de verplichting tot het toepassen van deurdrangers. Dit leidde in eerste instantie tot onwerkbare situaties. Verpleeghuispatiënten zijn namelijk niet in staat om de deur te openen tegen de veerdruk van de deurdranger in. Later kwamen er systemen die alleen actief werden (en druk op de deur uitoefenden) op het moment van brandalarm. Ook hier zijn de consequenties voor de bestaande bouw, in de vorm van kosten en arbeid, aanmerkelijk groter dan bij nieuwbouw.

Arbo
Ook de wijzigingen in de arbowetgeving van de laatste jaren zijn van invloed op de technische installaties. In 2001 zijn de minimumeisen inzake cytostatica en anesthetica aangescherpt. Naast maatregelen die betrekking hebben op de organisatie, persoonlijke veiligheid, hulpmiddelen en apparatuur zijn de ventilatiehoeveelheden verhoogd in alle ruimten waar blootstelling aan anesthetica mogelijk is. Dit geldt natuurlijk met name in operatiekamers en aanliggende vertrekken, maar ook in zogenaamde behandelkamers waar met inhalatie-anesthetica wordt gewerkt. Daarnaast zijn zogenaamde dubbelmaskersystemen verplicht. Hierdoor wordt de kans op ontsnappende anesthetica direct bij de mond van de patiënt voorkomen. Speciale luchtafzuigapparatuur is hiervoor noodzakelijk.

Binnenmilieu
Binnenmilieu en met name het binnenklimaat is een onderwerp dat de afgelopen jaren sterk in de belangstelling staat. Er is, ook vanuit de arbobeleidsregelgeving, een algemene behoefte aan verhoging van het comfort: de instelbaarheid van binnenluchttemperatuur, zowel een minimale als een maximale temperatuur, de regelbaarheid van de kunstverlichting, de toetreding van daglicht en afscherming van zonnestraling etc. Een voorbeeld hiervan zijn de bouwmaatstaven Operatieafdeling[2]. Hierin wordt aanbevolen om daglichttoetreding in de operatiekamer toe te passen. Bouwfysisch hoeft dit niet langer tot problemen te leiden.

Het ventileren door middel van het openen van ramen is in stedelijke gebieden soms niet meer mogelijk omdat de gevels, in verband met de maximaal toelaatbare geluidsbelasting ten gevolge van het verkeerslawaai, gesloten zijn uitgevoerd. Koeling wordt daardoor meer en meer noodzakelijk.
Door het Bouwcollege is in het bijzonder aan het binnenklimaat in verpleeghuizen na 1998 veel aandacht besteed[3]. Dit mede naar aanleiding van een statistisch onderzoek waaruit bleek dat er een toename van de sterfte optrad bij verpleeghuispatiënten bij extreme buitenluchttemperaturen. Als resultaat van eigen onderzoek en onderzoek uitgevoerd aan de Technische Hogeschool van Eindhoven zijn voor deze groep van patiënten criteria ontwikkeld waaraan het binnenklimaat in zomersituaties moet voldoen. Op basis van berekeningen kan al in het ontwerpstadium worden nagegaan of een mechanische koelinstallatie noodzakelijk is. Voor verpleeghuizen blijkt dit in vrijwel alle gevallen noodzakelijk. Voor de bestaande gebouwen is het aanbrengen van een koelinstallatie in veel gevallen mogelijk daar reeds in de bouwmaatstaven van 1995 is gevraagd om bij de opzet van de luchtbehandelinginstallatie rekening te houden met de mogelijke uitbreiding met koeling.

ICT
ICT speelt de afgelopen jaren een steeds belangrijkere rol bij zorgketens, de zorgorganisatie en de logistiek van de zorg en dient verder als hulpmiddel in het primaire proces tussen zorgvrager en zorgverlener.
Het NICTIZ (het Nationaal ICT Instituut in de Zorg), opgericht en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, "ondersteunt de totstandkoming van een betere informatievoorziening rondom en voor de patiënt met als doel de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen".
De ontwikkeling en invoering van een elektronisch patiëntendossier en een Zorg Indentificatie Nummer moet bijdragen aan een verbetering van de samenwerking tussen de verschillende sectoren in de gezondheidszorg en moet de uitwisselbaarheid van informatie vergroten. Een aantal knelpunten daarbij zijn de grote diversiteit van de autonome organisaties, de sterke interne gerichtheid en de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.

Als er in de gezondheidszorg over ICT gepraat wordt dan moet er een onderscheid gemaakt worden tussen de Cure en de Care.

ICT in de Cure
Bouwkundig-functioneel lijken de gevolgen van de ICT in de cure beperkt. Door digitalisering op het gebied van röntgen, cardiologie en archief wordt het ruimtegebruik beperkt. Daar tegenover staat weer een uitbreiding van (installatietechnisch) hoogwaardige ruimten voor het onderbrengen van extra computerfaciliteiten.
De investeringsbedragen, die sinds het uitbrengen van het signaleringsrapport ICT en de bouwkundige zorginfrastructuur[4] verhoogd zijn, maken een voldoende snel netwerk en voldoende datapunten in de cure mogelijk. Werkelijke besparingen door ICT zouden gezocht moeten worden in vermindering van administratieve lasten en vereenvoudigingen in de organisatie.

De laatste ontwerpen van ziekenhuizen laten wel een ontkoppeling zien van de plaats van onderzoek en diagnose: onderzoeksresultaten kunnen op diverse plaatsen in en soms buiten het ziekenhuis opgevraagd en bestudeerd worden. De omvang en benutting van bijvoorbeeld poliklinische onderzoeksruimten in de vorm van bruto m^2's lijken daarbij overigens nog niet af te nemen. De uitspraak "All information should be available, any place, any time" zou dan ook financiëel-economisch beter onderbouwd dienen te worden.

Alle informatie blijkt uiteindelijk bij voorkeur uit te komen op de printers van het computernetwerk. De papierloze organisatie en het papierloze ziekenhuis lijken verder weg dan ooit: De behoefte van de mens om resultaten zwart op wit (papier) te hebben lijkt dominant.

Telefoon

Het telefonienetwerk met de telefooncentrale is al tientallen jaren het hart van de communicatie in gezondheidszorggebouwen. Daarnaast wordt voor de mobiele telefonie gebruik gemaakt van zgn. DECT-systemen. Ook ligt in ieder gebouw een computernetwerk naar de werkplekken voor de digitale informatie-uitwisseling. Nieuwe ontwikkelingen duiden er sterk op dat zeker de oude analoge maar wellicht ook de digitale telefooncentrale gaat verdwijnen. De informatie wordt in pakketjes verstuurd tussen beller en gebelde via het computernetwerk. Het telefoonnetwerk en naar verwachting ook DECT-systemen worden overbodig. Dergelijke netwerken kunnen gedeeltelijk "wireless" zijn en gedeeltelijk bekabeld. Dit zal in belangrijke mate afhangen van de hoeveelheid informatie die tussen groepen gebruikers binnen de gezondheidszorg moet worden uitgewisseld.
Aan de veiligheid en betrouwbaarheid van dit IP-netwerk (Internet Protocol) dienen de hoogste eisen te worden gesteld. Als dit ene overgebleven systeem uitvalt, is alle communicatie uitgevallen.

ICT in de care

In de zorg gaat de meeste belangstelling uit naar ICT-ontwikkelingen op het gebied van planning en registratie. Het bijhouden van de administratie, noodzakelijk voor facturering, maakt een steeds groter deel uit van de dagelijkse werkzaamheden. In met name thuiszorg-informatiesystemen worden indicatie, zorgactiviteiten, verrichte handelingen, tijdsduur van de verrichte handelingen, personeelsgegevens en cliëntinformatie opgeslagen op PDA's (Personel Digital Assistent) en dagelijks verwerkt.

Een typische care-toepassing is ook Telemedicine, gedefinieerd als alle vormen van gezondheidszorg op afstand waarbij diagnostiek en behandeling voorop staan. Deze ontwikkeling komt langzaam op gang, maar kan grote gevolgen hebben voor de bouw in de gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is monitoring op afstand. Van patiënten in thuissituaties kunnen grootheden als hartslag en bloeddruk bewaakt, gemeten en doorgezonden worden naar een centrale medische post. De technologie wordt door diverse fabrikanten aangeboden. Kosten/baten-analyses zijn nog niet onverdeeld positief.

Een tweede care-toepassing is de domotica. Dit is een techniek die het scheiden van wonen en zorg in een bouwkundig- en installatietechnisch aangepaste woning mogelijk maakt. Gedacht kan hierbij worden aan specifieke schakel- en regel functies (gordijnen open-dicht, licht aan/uit, 's nachts loopverlichting), alarmering van brand en inbraak en actieve en passieve sociaal medische alarmering (aanwezigheidsdetectie, bewegingsmelders, valalarmering, e.d.). In met name de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg hebben deze technieken het wonen in de wijk mogelijk gemaakt. De mogelijkheden tot zelfredzaamheid zijn hierdoor sterk vergroot. Ook beveiligingssystemen met plaatsbepaling dragen bij aan de veiligheid van personeel en bewoners.

De grote doorbraak van domotica in de ouderenzorg is nog uitgebleven. De techniek en de diverse aanbieders van domoticasystemen zijn niet de beperkende factor. Acceptatie van deze technieken door ouderen en de bereidheid hieraan financieël bij te dragen lijken hier debet aan.

De toekomst

In het voorafgaande is de technologische ontwikkeling weergegeven van de afgelopen 15 jaar. Hoe zou het ziekenhuis eruit zien over 15 jaar: in het jaar 2020?

Gebouwen en dus ook gezondheidsinstellingen zullen op energetisch gebied in hoge mate zichzelf moeten kunnen bedruipen, dat wil zeggen autarkisch zijn door gebruik te maken van bronnen als zon, wind en aardwarmte. De complexiteit van de installaties in gebouwen zal daardoor nog beduidend toenemen. Ook de individuele regelbaarheid van het "eigen" klimaat zal groter zijn dan nu.

Terugkijkend op de ontwikkelingen van de ICT in de afgelopen 15 jaar zijn prognoses naar de toekomst nauwelijks mogelijk. Enkele ontwikkelingen lijken wel zeker:

- Operaties op afstand of volledig gerobotiseerd zullen mogelijk zijn. Belangrijk daarbij is echter de acceptatie, de menselijke factor. Het is in de luchtvaart al vele jaren mogelijk verkeersvliegtuigen met behulp van ICT en robotica veilig te laten starten, vliegen en landen zonder menselijk ingrijpen of aanwezigheid van een piloot. De vraag is of dit ook voor de gezondheidszorg zal gelden;
- De hoeveelheid informatie die we in 2020 zullen kunnen ontvangen, any place, any time, via een kabel of draadloos, zal onvergelijkbaar groter zijn dan vandaag de dag;
- Spraaksturing, het direct vertalen van gesproken woord in tekst, zal vrij algemeen ingang hebben gevonden.

De beperkende factor zal steeds de mens zijn. De informatiestromen nemen in omvang en snelheid toe. Deze informatiestromen moeten echter uiteindelijk door de mens verwerkt en geïnterpreteerd worden. De computer verdubbelt zijn geheugencapaciteit en verwerkingssnelheid iedere paar jaar, de mens niet.

Voetnoten:

[1] College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Signaleringsrapport Duurzaam bouwen (I), rapportnr. 508, Utrecht 2001. Te downloaden via www.bouwcollege.nl/publicaties.

[2] Vastgesteld door het Bouwcollege in zijn vergadering van 12 januari 2004. Na goedkeuring door de Minister verschijnen de bouwmaatstaven in druk. Verwezen kan worden naar de website.

[3] College bouw ziekenhuisvoorzieningen, signaleringsrapport Thermische behaaglijkheid in verpleeghuizen, rapportnr. 536. Te downloaden via www.bouwcollege.nl/publicaties.

[4] College bouw ziekenhuisvoorzieningen, signaleringsrapport ICT en de bouwkundige zorginfrastructuur, rapportnr. 523. Utrecht, 2002. Te downloaden via www.bouwcollege.nl/publicaties.

Mantelzorg en de planning van zorgvoorzieningen

drs. J.M. Timmermans, adviserend lid van de Commissie Zorg[1]

Mantelzorg, de onbetaalde hulp aan verwanten en goede bekenden, wordt vaak gezien als de onderkant van de zorg. Het is in die visie de opvang voor de minst hulpbehoevenden die daardoor weinig van doen heeft met de top van de zorg: de gespecialiseerde voorzieningen waarvoor speciale gebouwen worden neergezet. Dit beeld is op twee punten onjuist. Het eerste is dat de informele hulp niet de onderkant van het zorggebouw is, maar mensen bedient die recht op topzorg zouden kunnen doen gelden. Het tweede punt is dat de steun van familie en bekenden niet ophoudt bij een opname in een woonvoorziening. In dit artikel wordt dit met enige cijfers geïllustreerd.

Jaarlijks verlenen naar schatting 3,7 miljoen personen hulp aan hun familie en vrienden. Ook als men wat strenger is in de omschrijving van de hulp en het begrip reserveert voor degenen die langdurig of intensief hulp verlenen, blijkt Nederland het nog steeds indrukwekkende aantal van 2,4 mantelzorgers per jaar te tellen.
Dat de helpers van familie en vrienden niet louter de licht hulpbehoevenden opvangen blijkt uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau naar mantelzorg[2]. De cijfers staan in tabel 1.

Tabel 1. Hulpbehoefte van personen die door de ondervraagde mantelzorgers worden geholpen, 2001 (in procenten)

matige of ernstige fysieke beperkingen	93
matige of grote begeleidingsbehoefte	65
emotionele steun nodig	68
toezicht nodig [a]	19
(n)	(834)

a: de hulpbehoevende kan niet langer dan een half uur alleen worden gelaten

Bron: SCP (Mantelzorg, 2001)

Bijna alle mantelzorgers helpen iemand die matige of ernstige fysieke beperkingen heeft, een meerderheid een persoon die begeleiding of emotionele steun behoeft. In driekwart van de gevallen blijkt zelfs van ernstige fysieke beperkingen sprake (niet in de tabel).

Er is niet onderzocht in hoeveel van de gevallen recht zou bestaan op professionele hulp. Dat dit geregeld voorkomt valt af te leiden uit de antwoorden op de vraag wie de zorg zou moeten overnemen als de ondervraagde mantelzorger onverhoopt zou uitvallen. Die antwoorden staan in tabel 2.

Tabel 2: Vormen van noodzakelijke hulp bij uitval [a] (exclusief mantelzorgers van tehuisbewoners[b]), 2001 (in procenten)

	totaal
familie of huisgenoten gaan taken overnemen	81
de thuiszorg gaat taken overnemen	13
particuliere hulp wordt ingeschakeld	11
opname in een tehuis is onvermijdelijk	13
ontslag uit ziekenhuis niet mogelijk	9
(n)	(694)

[a] *Meerdere antwoorden mogelijk.*
[b] *Hulpbehoevende is alle 12 maanden van 2001 of voor 2001 opgenomen in een tehuis- of woonvoorziening.*

Bron: SCP (Mantelzorg 2001)

De cijfers in tabel 2 leiden tot twee conclusies. De eerste is dat mantelzorgers nogal wat mensen buiten de professionele hulp houden. In 2001 zegt 13% van de mantelzorgers dat de thuiszorg de hulp moet overnemen als zij uitvallen en eenzelfde percentage zegt dat tehuisopname in die situatie niet te vermijden valt. Het gaat in beide gevallen om naar schatting 300.000 mantelzorgers. Ruim 200.000 helpers (9%) zegt dat ontslag uit het ziekenhuis van degene die ze helpen zonder hun inzet onmogelijk was.
Het is lastig vast te stellen om hoeveel hulpbehoevenden het hierbij gaat. De gegevens komen uit een onderzoek onder verleners van mantelzorg. Vaak zijn er meerdere personen betrokken bij één geval van hulpbehoefte, een aantal mantelzorgers helpt in meer dan één geval (bijvoorbeeld de ouders zowel als de schoonouders). Het lijkt evenwel niet gewaagd om te stellen dat de mantelzorg jaarlijks in enkele honderdduizenden gevallen een beroep op professionele hulp voorkomt[3].
Nu laat de mantelzorg het niet zo gauw afweten; dat is de tweede conclusie die uit de cijfers in tabel 2 getrokken kan worden. In 80% van de gevallen immers wordt de taak van de mantelzorger die uitvalt overgenomen door anderen uit het sociale netwerk van een hulpbehoevende.

Die uitkomst is niet vreemd als men zich realiseert hoe vanzelfsprekend Nederlanders het vinden dat ze hun hulpbehoevende verwanten en vrienden bijstaan. Het is aan die vanzelfsprekendheid te danken dat de vaak uitgesproken sombere verwachting van "het einde van de mantelzorg" nooit is uitgekomen.

Die verwachting is onder andere gebaseerd op de toenemende arbeidsdeelname van vrouwen, het kleiner worden van gezinnen en families en het verdwijnen van traditionele dorpsverbanden en buurtnetwerken. SCP-onderzoek laat zien dat vrouwen die werken net zo vaak mantelzorg verlenen als niet werkende vrouwen en dat de groep mantelzorgers bovendien tegenwoordig voor 40% uit mannen bestaat. In kleine netwerken wordt evenveel mantelzorg verleend als in grote en waar familie ontbreekt zijn het vrienden die de hulp bieden. De mantelzorg is kortom stevig verankerd in de Nederlandse cultuur en het is daaraan te danken dat decennia lang een restrictief aanbodbeleid in de zorg kon worden gevoerd zonder dat er slachtoffers vielen. Deze rek in de mantelzorg is ook de reden dat bij de langetermijnplanning in de zorg nauwelijks met de beschikbaarheid van mantelzorg rekening hoeft te worden gehouden.

Het is de vraag of dat zo blijft. In de eerste plaats blijken nogal wat mantelzorgers teveel hooi op de vork hebben genomen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de belasting die het helpen met zich meebrengt (tabel 3).

Tabel 3: Belasting van mantelzorgers, naar duur en intensiteit van de verleende hulp, 2001 (n=852, in procenten)

	soort belasting			zeer zwaar belast
	psychische belasting	(vrije) tijds-belasting	belasting in gezin/werk	of overbelast
<=8 uur en > 3 maanden	20	19	3	2
> 8 uur en <= 3 maanden	34	50	9	8
> 8 uur en > 3 maanden	51	52	22	15
totaal	34	36	11	8

Bron: SCP (Mantelzorg 2001)

Een derde van de mantelzorgers voelt zich psychisch belast; ze ervaren voortdurend de druk van de verantwoordelijkheid en de situatie van degene die ze helpen laat hen nooit los. Ongeveer eenzelfde percentage ervaart een tekort aan vrije tijd of is te moe om in de vrije tijd nog iets te ondernemen.

Tien procent komt in de knel door een teveel aan verplichtingen, ze kunnen werk, gezin en helpen moeilijk combineren en komen soms zelfs in conflict met de werkgever of hun gezinsleden. Bij 8% van de mantelzorgers leiden deze omstandigheden tot het gevoel zeer zwaar belast of zelfs overbelast te zijn. In absolute aantallen gaat het om tegen de 200.000 mantelzorgers. Het ligt voor de hand dat overbelasting vaker voorkomt naarmate er langer en vooral naarmate er intensiever hulp wordt geboden. Er is kortom een grote groep die het risico loopt te bezwijken onder de last die ze op zich genomen

hebben. Uit wachtlijstgegevens is bekend dat zoiets nogal eens voorkomt. De hulpbehoevenden die het betreft staan op die lijsten als de meest urgente aangeduid.

Een andere reden om in de planning van professionele voorzieningen meer rekening te houden met de mogelijkheden van de mantelzorg is dat de aanbodsturing in de professionele zorg is losgelaten waardoor niet alleen de draagkracht, maar ook de bereidwilligheid van mantelzorgers een rol gaat spelen in de keuze tussen informele en professionele oplossingen voor verzorgingsproblemen. Dat zoiets invloed kan hebben blijkt uit de cijfers in tabel 4, die gebaseerd zijn op inschattingen van mantelzorgers van de behoefte aan (extra) thuiszorg.

Tabel 4: Vraag van mantelzorgers naar (extra) thuiszorg (exclusief mantelzorgers van tehuisbewoners), 2001 (in procenten)

	%	(n)
totaal	36	(718)
waarvan (meerdere antwoorden mogelijk)		
huishoudelijke hulp (schoonmaken, was doen, boodschappen)	68	(253)
persoonlijke verzorging (baden, douchen, aankleden)	48	(253)
begeleiding (het regelen van zaken, troosten, luisteren)	45	(253)
medische verzorging en verpleging	23	(253)

Bron: SCP (Mantelzorg 2001)

De behoefte aan (extra) thuiszorg blijkt behoorlijk groot: ruim een derde (36%) van alle mantelzorgers vindt dat er meer thuiszorg nodig is. Gemiddeld wensen ze 10 uur (extra) hulp per week, huishoudelijke hulp wordt het meest gewenst. Desgevraagd zeiden veel mantelzorgers in het eerder genoemde SCP-onderzoek dat niet om thuiszorg is gevraagd omdat dit vanwege de wachtlijsten geen zin had. Anderen hadden er wel om gevraagd, maar raakten ontmoedigd toen ze van de wachtlijsten hoorden en in weer andere gevallen wacht men nog op de inmiddels wel toegewezen hulp. Het is zeer aannemelijk dat deze verborgen vraag naar zorg aan huis los komt als het aanbod niet langer wordt beperkt.

Er is in het SCP-onderzoek niet nagegaan in hoeverre mantelzorgers tehuisopname van de door hen verzorgde hulpbehoevende nodig vinden. Aangenomen mag worden dat ze op dit punt terughoudender zijn. Mantelzorg houdt trouwens niet op als een familielid of vriend in een woonvoorziening is opgenomen. Dat blijkt uit de gegevens in tabel 5 die gebaseerd zijn op vragen naar degenen die geregeld helpen bij dagelijkse taken.

Een aantal dagelijkse taken komt meestal voor rekening van de mantelzorg. Afgezien van de administratie zijn het zaken die zich buiten het tehuis afspelen. Dat is nogal vanzelfsprekend en misschien is het daarom eerder opvallend dat tehuispersoneel toch ook vaak zulke taken op zich neemt. Bij het zwaar huishoudelijk werk en de persoonlijke verzorging is het omgekeerd: het tehuispersoneel doet dit vaker dan mantelzorgers, maar het is toch opmerkelijk hoe vaak de mantelzorg geregeld helpt bij met name eten en drinken, toiletbezoek en aan- en uitkleden.
De cijfers maken duidelijk dat mantelzorgers een flink aandeel hebben in de zorg voor bewoners van AWBZ-gefinancierde woonvoorzieningen. Ze roepen zelfs de vraag op of de tehuizen die informele hulp nog zouden kunnen missen zonder aan kwaliteit in te boeten dan wel het aantal bewoners terug te brengen.

Tabel 5: Taakverdeling tussen mantelzorg en tehuispersoneel in het geval van problemen met specifieke activiteiten, 2001 (horizontaal gepercenteerd)

	alleen tehuis-personeel	samen	alleen mantelzorg	(n)
emotionele steun	0	59	41	(65)
sociale activiteiten buitenshuis	2	34	65	(85)
buitenshuis verplaatsen	2	27	71	(69)
boodschappen	2	22	75	(78)
bezoek aan voorzieningen	3	22	75	(83)
administratie	3	9	88	(79)
toezicht	4	80	15	(17)
10 minuten lopen	10	66	25	(56)
de was doen	20	32	48	(80)
licht huishoudelijk werk	26	48	26	(73)
eten en drinken	33	50	18	(39)
toiletgebruik	44	49	7	(54)
aan en uitkleden	45	47	8	(61)
zwaar huishoudelijk werk	48	38	14	(74)
regelen van het huishouden	57	24	19	(59)
volledig wassen	61	28	11	(58)
bereiden warme maaltijd	69	17	14	(76)

Bron: SCP (Mantelzorg 2001)

Ten slotte

Mantelzorg geldt als een kostbaar cultureel goed, zeker in een tijd dat er zorgen zijn over de bereidheid van burgers om verantwoordelijkheid voor elkaar te dragen. Uit het voorgaande wordt duidelijk dat mantelzorg ook om een andere reden een kostbaar goed is: ze neemt een groot deel van de opvang van ernstig hulpbehoevenden voor haar rekening. Dat zal in de toekomst over het geheel genomen stellig zo blijven, maar voor een deel van de mantelzorgers is de taak die ze op zich genomen hebben teveel van het goede. Het is aannemelijk dat zij de gelegenheid die d'oor vraagsturing wordt geboden zullen aangrijpen om hun inzet te verminderen. Dat zal leiden tot extra vraag naar zorg, ook naar die in voorzieningen die bijzondere bouw vereisen. Gelukkig blijven veel mantelzorgers betrokken bij de verwant of vriend die in een woonvoorziening wordt opgenomen; ze verzetten daar zelfs een deel van het werk. Hiermee zijn enkele redenen gegeven om bij de planning van capaciteit en personeel van zorgvoorzieningen meer rekening te gaan houden met ontwikkelingen in de mantelzorg.

Voetnoten:

[1] De heer drs. J.M. Timmermans is hoofd van de onderzoeksgroep Zorg van het Sociaal en Cultureel Planbureau.

[2] J.M. Timmermans, A.H. de Boer en R. Schellingerhout. Mantelzorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2003

[3] Uit het in noot 2 genoemde onderzoek bleek dat een hulpbehoevende gemiddeld door 2 mantelzorgers wordt geholpen. Een SCP-onderzoek liet zien dat elke mantelzorger gemiddeld 1,6 personen in een jaar helpt. (J.M. Timmermans et al. Vrij om te helpen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001). De effecten vallen dus grotendeels tegen elkaar weg.

Vergrijzing en verwacht gebruik wonen en zorg

drs. W.H. van Staalduinen, secretaris Commissie Zorg

Ruim een jaar geleden overhandigde het Bouwcollege het rapport 'Op tijd bouwen voor ouderen' aan de Staatssecretaris van VWS. Het rapport besteedde aandacht aan de kwantitatieve, maar vooral aan de kwalitatieve gevolgen van de vergrijzing voor de bouw in de gezondheidszorg. De geschetste opgaven voor woningbouw en zorgverlening riepen vele reacties op. Onder andere vond men de cijfers voor substitutie van zorg naar wonen te laag en werd gevraagd naar informatie over de huidige capaciteit. Ook werd de invulling van wonen met zorg en dienstverlening te ruim gevonden. Deze reacties vormen de aanleiding om nog eens nader in te gaan op de scenario's van het zorggebruik door 75+ers en de verwachte demografische ontwikkelingen.

In dit artikel wordt eerst kort stilgestaan bij de bevindingen uit het rapport 'Op tijd bouwen voor ouderen'. Geschetst wordt het gebruik door 75+ers van wonen met zorg en/of dienstverlening en gebruik van intensieve zorg en verblijf in de AWBZ. Daarna volgen de twee scenario's uit het rapport. Vervolgens komt een aantal alternatieve scenario's aan de orde. Hierop wordt een overzicht van het bekende zorgaanbod gepresenteerd. Afgesloten wordt met een beschouwing over gebruik en aanbod. Hierin worden ook factoren behandeld die zonder meer invloed uitoefenen op het zorggebruik, maar waarvan de omvang onbekend is.

Gebruik wonen en zorg in 2001

In dit artikel is uitgegaan van het huidige gebruik van zorg door zorgvragers ouder dan 75 jaar. Vanaf het 75e levensjaar neemt het gebruik van zorg aanmerkelijk toe. Gegevens rond de echte vraag van zorgvragers zijn niet bekend. Dit heeft meerdere oorzaken.

Allereerst is een oorzaak dat de zorgvraag nauwe verwevenheid vertoont met andere aspecten, zoals persoonlijkheid van de zorgvrager en eigen regiemogelijkheden, geschiktheid van de woning, het feit of zorg ingeval van nood 24 uur per dag verkrijgbaar is, beschikking over alarmeringsmogelijkhe den, mantelzorg, voldoende welzijn en dienstverlening. Genoemde aspecten kunnen door hun aan- of afwezigheid de zorgvraag versterken of doen afnemen. Een tweede oorzaak is dat de keuze die de cliënt maakt op basis van de indicatiestelling en de daarop volgende toewijzing door het zorgkantoor voor een groot deel bepaald wordt door het beschikbare aanbod.

Bij het gebruik van voorzieningen wordt uitgegaan van twee varianten: wonen en zorg. Bij de variant wonen kan de zorg huishoudelijke hulpverlening, persoonlijke verzorging of verpleging zijn, incidenteel en gepland of 24 uur beschikbaar en oproepbaar. De woonruimte varieert van al dan niet aangepaste zelfstandige woningen (huur en koop) tot een kamer in het huidige verzorgingshuis.

Uit het Woningbehoefte Onderzoek 2002 (WBO)[1] blijkt dat 35% van de 75+ers die zelfstandig woont, behoefte heeft aan huishoudelijke hulp, verpleging of verzorging. Van deze 35% doet ongeveer 13% een beroep op intensieve zorg (meer dan 8 uur per week). Uit het WBO 2002 blijkt verder dat de meerderheid van de mensen geen beroep doet op de reguliere thuiszorg, maar zich wendt tot overige aanbieders (onder andere particuliere hulp en bovenal mantelzorg).

In het vervolg van dit artikel worden deze gegevens verder buiten beschouwing gelaten; het onderzoek geeft overigens een goede indruk van de verdeling van de intensieve of extensieve zorgbehoefte van zelfstandig wonende ouderen.

Bij de variant zorg betreft het mensen met vooral behoefte aan zorg die doorgaans 24 uur per dag planbare en niet planbare zorg nodig hebben. De aard van de problematiek kan vragen om een beschermende woonomgeving.

Deze zorgvragers worden vanwege hun intensieve zorgbehoefte meestal aangetroffen in voorzieningen in de intramurale gezondheidszorg. Dit kunnen groepswoningen zijn, het verpleeghuis of afdelingen in het ziekenhuis of het verzorgingshuis. Ook mensen die tijdelijk in het verpleeghuis verblijven vanwege een somatische aandoening (zoals reactiveringspatiënten) worden tot de groep mensen met behoefte aan zorg gerekend. Zij hebben vooral tijdelijk behoefte aan behandeling en verblijf.

In 2001 wordt het gebruik van voorzieningen door 75+ers geraamd op 351.000 wonen (met zorg en dienstverlening) en op 86.500 (intensieve) zorgplaatsen. Deze cijfers zijn inclusief de wachtenden voor zorgvoorzieningen.

Gekeken naar het gebruik in relatie tot het aantal 75+ers kan afgeleid worden dat in 2001 van de 45% van de 75+ers die een beroep doet op zorg, ongeveer 20% behoefte heeft aan zorg en een of andere vorm van verblijf. De rest van deze groep (80%) heeft behoefte aan wonen met in meer of mindere mate zorgverlening (en dienstverlening)[2]. Doorvertaald naar het totale aantal 75+ers betekent dit dat ongeveer 1 op de 11 75+ers (9%) een beroep doet op zorg. Ongeveer 36% van de 75+ers heeft behoefte aan wonen (met zorg en dienstverlening). 55% van de 75+ers maakt geen gebruik van zorg of wonen.

Jaar	Totaal 75+ers	75+ers wonen en zorg	75+ers wonen	75+ers zorg
2001	970.000	437.500	351.000	86.500
2005	1.037.000	466.650	373.320	93.330
2010	1.118.000	503.100	402.480	100.620
2015	1.193.000	536.850	429.480	107.370
2020	1.320.000	594.000	475.200	118.800
2025	1.592.000	716.400	573.120	143.280
2030	1.773.000	797.850	638.280	159.570

Verwacht gebruik wonen en zorg door 75+ers (gelijkblijvend) tot 2030

Scenario's

1. Het gebruik groeit evenredig mee met de groei van het aantal 75+ers
   Bovenstaand scenario geeft aan dat door de toename van het aantal 75+ers het gebruik van zorgplaatsen en zorgwoningen zal toenemen.
2. Gebruik van zorg daalt geleidelijk ten gunste van wonen en is in 2030 met 1/3 deel afgenomen

Algemeen wordt verwacht dat de 75+er in 2030 een gezondere 75+er is dan die van nu. Dit roept vragen op, zoals: krijgen minder mensen te kampen met aandoeningen en overlijden zij zonder een beroep te doen op zorg of wordt de zorgvraag uitgesteld naar een hogere leeftijd en blijven mensen vervolgens langer in leven dan nu het geval is? Gezien het op basis van demografische gegevens verwachte gelijkblijvend percentage 80+ers onder de 75+ers zou verondersteld kunnen worden dat alleen de eerste vraag bevestigend beantwoord kan worden. Dat betekent dat bij het gezonder worden van de ouderen het gebruik van zorgplaatsen naar beneden zal gaan. Het is de vraag of vervolgens de zorg substitueert naar wonen met zorg of dat de zorgvraag gewoon is verdwenen of op andere manieren gecompenseerd wordt. In onderstaande tabel wordt uitgegaan van substitutie.
Uit dit scenario blijkt dat ondanks een daling van de vraag naar intensieve zorg met 33%, het aantal verwachte zorggebruikers toch blijft stijgen. De ontwikkelingen in het volume van het aantal 75+ers zijn hiervoor de oorzaak.

Jaar	Totaal 75+ers	75+ers wonen en zorg	75+ers wonen	75+ers zorg
2001	970.000	437.500	351.000	86.500
2005	1.037.000	466.650	378.453	88.197
2010	1.118.000	503.100	413.548	89.552
2015	1.193.000	536.850	447.196	89.654
2020	1.320.000	594.000	501.336	92.664
2025	1.592.000	716.400	612.522	103.878
2030	1.773.000	797.850	690.938	106.912

Verwacht gebruik wonen en zorg door 75+ers met 33% dalende zorgvraag en substitutie wonen - zorg.

Alternatieve scenario's

3. Gebruik van zorg daalt geleidelijk ten gunste van wonen en is in 2030 met 50% respectievelijk 75% gedaald.
   Het scenario dat uitgaat van een daling met 50% laat zien dat het aantal zorggebruikers tot 2030 ongeveer gelijk blijft aan het huidige aantal. Er is slechts een daling van ongeveer 7.000 gebruikers. Bij het scenario daling met 75% wordt het geraamde zorggebruik meer dan gehalveerd. Uit beide scenario's blijkt dat het aantal zorgwoningen fors moet groeien.

4. Mensen met somatische aandoeningen maken met ingang van 2005 geen gebruik meer van verblijf in een AWBZ-voorziening maar blijven zelfstandig wonen

Dit scenario is opgenomen omdat algemeen wordt verondersteld dat mensen met somatische aandoeningen thuis willen en kunnen blijven wonen. Met voor zorg geschikte woningen, nabijheid van oproepbare assistentie en domotica zou deze veronderstelling grotendeels bewaarheid kunnen worden.

Jaar	Totaal 75+ers	75+ers wonen	75+ers zorg	75+ers wonen	75+ers zorg
		zorg daalt met 50%		zorg daalt met 75%	
2001	970.000	351.000	86.500	351.000	86.500
2005	1.037.000	381.094	85.556	384.986	81.664
2010	1.118.000	419.243	83.857	427.635	75.465
2015	1.193.000	456.323	80.528	469.744	67.106
2020	1.320.000	514.784	79.216	534.600	59.400
2025	1.592.000	632.796	83.604	662.670	53.730
2030	1.773.000	718.065	79.785	757.958	39.893

Voordat dit laatste scenario wordt toegepast, dienen enkele veronderstellingen en wijzigingen in het geschatte gebruik gemaakt te worden. De Gezondheidsraad gaf in zijn advies over Dementie aan dat uit onderzoek bleek dat 29.000 mensen met dementie verbleven in een verzorgingshuis. Dit is 27% van het aantal plaatsen in de verzorgingshuizen. In de hierboven gemaakte indeling tussen wonen en zorg is ervan uitgegaan dat 20% van de mensen in een verzorgingshuis vooral een beroep doet op zorg. Wat betreft de mensen op de wachtlijst voor een verzorgingshuis, is verondersteld dat zij vooral willen wonen.

Jaar	Totaal 75+ers	75+ers wonen en zorg	75+ers wonen	75+ers zorg
2001	970.000	437.500	351.000	86.500
2005	1.037.000	466.650	405.986	60.665
2010	1.118.000	503.100	437.697	65.403
2015	1.193.000	536.850	467.060	69.791
2020	1.320.000	594.000	516.780	77.220
2025	1.592.000	716.400	623.268	93.132
2030	1.773.000	797.850	694.130	103.721

Mensen met somatische aandoeningen wonen zelfstandig vanaf 2005

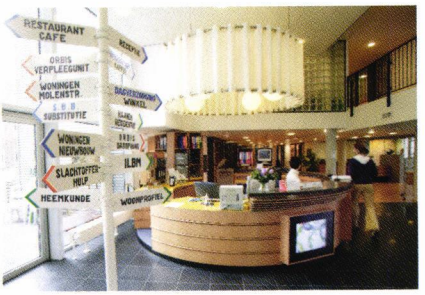
Vanwege de onzekerheden over de precieze omvang van het aantal mensen met somatische aandoeningen in of wachtend voor een verzorgingshuis, worden de tot dusverre gehanteerde getallen aangehouden: 80% behoefte aan wonen en 20% behoefte aan zorg. In verpleeghuizen zijn 26.000 plaatsen bestemd voor mensen met somatische aandoeningen. Verder wachten circa 4.000 mensen met somatische aandoeningen op een opname. Totaal gebruik op enig moment in 2001 wordt hierdoor geraamd op 30.000. Dit aantal wordt na 2001 procentueel (35% van zorg) in mindering gebracht op het totaal gebruik van zorg. Het zorggebruik door mensen met andere aandoeningen blijft gelijk. De nieuwe tabel ziet er als volgt uit:

Verpleeghuizen
Toegelaten capaciteit verpleeghuizen (exclusief substitutieplaatsen) per 1/1

	1997	1998	1999	2000	2001
Plaatsen somatiek	26.165	26.015	26.051	26.129	26.364
Plaatsen psychogeriatrie	30.035	30.766	31.301	31.503	33.093
Plaatsen totaal	56.200	56.781	57.352	57.632	59.457
Dagbehandelingsplaatsen					
somatiek	2.028	2.070	2.120	2.134	2.281
psychogeriatrie	2.266	2.352	2.423	2.460	2.908
Totaal	4.294	4.422	4.543	4.594	5.189

Bron: Ministerie van VWS, brancherapporten, deelrapport care 2001 en brief 30 oktober 2001 aan TK.

In dit scenario valt op dat vanaf 2005 een forse daling van het aantal gebruikers van zorg optreedt. Onder invloed van demografische factoren blijkt daarna weer een stijging op te treden in het aantal zorggebruikers. Het aantal voor zorgvragers geschikte woningen zal eveneens hard moeten groeien.



Verzorgingshuizen
Aantal plaatsen per 31 december

	1997	1998	1999	2000	2002
Intramurale plaatsen	117.309	114.250	112.441	110.668	109.000

Bron: Ministerie van VWS, brancherapporten, deelrapport care 2001 en 2002.
ABF Research: nationale analyse zorg en wonen 2003-2015.

Aanbod
In dit onderdeel wordt bezien welk aanbod de sector verpleging en verzorging kent. ABF Research becijfert in de concept Nationale analyse zorg en wonen dat in 2002 in verpleeghuizen in totaal 60.000 plaatsen beschikbaar zijn.

Het aantal intramurale plaatsen in verzorgingshuizen is al jaren aan het dalen. Deze plaatsen worden onder andere omgezet in extramurale plaatsen (scheiden van wonen en zorg), in tijdelijke opvangplaatsen en zorg bij gebruikers thuis. Ook worden (delen van) de verzorgingshuizen ingericht voor de opvang van gebruikers met zwaardere zorgvragen.

Woonzorgcomplexen
Volgens de kennisbank van het Innovatieprogramma Wonen en Zorg (dat gebaseerd is op de gegevens uit de Nationale Survey uit 1999 en update in 2001) zijn er in Nederland ongeveer 950 woonzorgcomplexen. Het overgrote deel van deze complexen heeft zorggarantie voor de bewoners.
Het aantal woningen met zorggarantie in woonzorgcomplexen betreft afgerond ongeveer 34.000 woningen[3]. Uit een enquête die is gehouden in het kader van de ProjectImpuls voor wonen met zorg en welzijn blijkt dat vanaf 2001 veertienduizend woningen met 24-uurszorg zijn gerealiseerd[4]. Via aanpassingen van woningen en het realiseren van voorzieningen bij de woningen zijn nog eens 18.000 woningen geschikt gemaakt voor zorgverlening.

Thuiszorg
Het zorgaanbod en de capaciteit van de thuiszorg worden gevormd door de beschikbare (niet geldelijke) middelen om zorg te verlenen. Deze middelen zijn onder meer het aantal instellingen, het aantal personeelsleden en de productieafspraken. In 1998[5] waren ruim honderd toegelaten thuiszorginstellingen actief. Daarnaast zijn er instellingen die zorg leveren die privaat wordt bekostigd. De productieafspraken voor de verschillende typen dienstverlening van de thuiszorg waren in 2000 in totaal bijna 59 mln. uren. Hiervan is ruim eenderde bestemd voor verzorging en een tiende voor verpleging. De afspraken voor verpleging en verzorging kennen een sterk groeiende lijn. De helft van de productieafspraken in de thuiszorg gaat naar alfahulpverlening en huishoudelijke verzorging.

Beschouwing
Welk scenario ook gekozen wordt: uit alle blijkt dat de vergrijzing na 2020 zorgt voor een toename van het aantal ouderen dat zorg gaat gebruiken. De scenario's laten zien dat de toename van het aantal 75+ers de behoefte doet groeien aan geschikte woningen waar zorg en dienstverlening mogelijk zijn. In de meeste scenario's zijn ongeveer 700.000 zorgwoningen nodig. Op dit moment zal de helft hiervan reeds beschikbaar zijn (deze woningen worden immers nu ook al gebruikt voor zorg en dienstverlening), het resterende aantal zal nieuw gebouwd, dan wel aangepast moeten worden. Ook dient bij de woningbouw of -aanpassing rekening gehouden te worden met de realisatie van zorginfrastructuur zodat 24 uur zorgverlening thuis mogelijk is. Uitbreiding van het aantal zorgwoningen kan leiden tot een afname van vraag naar opname in een instelling.

Het keerpunt voor het al dan niet uitbreiden van het aantal intensieve zorgplaatsen in een instelling ligt bij een halvering van het zorggebruik. Als het zorggebruik met 50% afneemt, blijkt instandhouding van de huidige capaciteit voldoende te zijn. Dat betekent niet dat er geen bouw zal moeten plaatsvinden: voor de instandhouding van de huidige capaciteit moet in veel gevallen vervangend nieuw gebouwd worden, omdat de gebouwen verouderen, maar ook om te kunnen voldoen aan de eisen van de tijd. Zolang het keerpunt nog niet bereikt is, zullen nieuwe zorgplaatsen gebouwd worden. Dit kan door de bouw van kleinschalige zorgvoorzieningen. Eventueel kan ook gekeken worden naar het benutten van bestaande verzorgingshuizen.

Bovenstaande scenario's laten zien wat de verwachte demografische ontwikkelingen betekenen als het huidige geraamde gebruik wordt doorgetrokken. Bij de berekeningen is geen rekening gehouden met andere ontwikkelingen. Deze zijn onder meer de volgende.

Financiële ontwikkelingen: verhoging van lasten zoals huurlasten, eigen bijdragen en kosten voor fysiotherapie kan ervoor zorgen dat thuisblijven met zorg financieel niet meer opgebracht kan worden. Zo bleek dat na recente berichtgeving over verhoging van de eigen bijdragen voor zorg thuis, gebruikers besloten de zorg stop te zetten. Pakketmaatregelen kunnen leiden tot een beroep op andere, wel vergoede, aanspraken (bijvoorbeeld enkelvoudige huishoudelijke verzorging uit het pakket kan leiden tot een groter beroep op persoonlijke verzorging of ondersteunende begeleiding). Technologie en farmacie: een medicijn tegen Alzheimer zou de behoefte aan intensieve zorg spectaculair kunnen doen afnemen.

Samenvattend: de vergrijzing zal vooral leiden tot een toename van de behoefte aan geschikte zorgwoningen en zorginfrastructuur. Hierbij is ervan uitgegaan dat de vraag naar intensieve zorg zal dalen en wordt omgezet in gebruik van zorgwoningen. Hoe meer het gebruik van intensieve zorg kan dalen, hoe meer zorgwoningen nodig zijn. Deze redenering kan ook worden omgedraaid: hoe meer zorgwoningen er zijn, hoe minder de behoefte aan zorgplaatsen.

Voetnoten:

[1] ABF Research, Nationale analyse zorg en wonen, 2003-2015, concept, 2003.

[2] Hierbij is rekening gehouden met de percentages 75+ers uit het Brancherapport 1998 LVT/Arcares.

[3] Telling van het aantal woonzorgcomplexen met 1, 2, 3, ...120, 130, 140 en 160 woningen met zorggarantie.

[4] Nieuwsbrief Zorgvisie 1 / 2, 2004.

[5] Ministerie van VWS, brancherapporten 2001, deelrapport care.

Gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg regionaal bezien

drs. H.E. Post, projectleider van het monitoringonderzoek
in de gehandicaptenzorg

In september 2003 heeft het College bouw ziekenhuisvoorzieningen de resultaten van het onderzoek naar de gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg ('monitoring') gepubliceerd[1]. Uit het onderzoek bleek dat 65% van de bewoners van intramurale instellingen op grote locaties (meer dan 50 bewoners) zijn gehuisvest. De gemiddelde omvang van deze locaties is 184 bewoners. Tevens bleek dat 45% van de bewoners van intramurale instellingen in gebouwen is gehuisvest die niet aan de minimale eisen voldoen. De intramurale locaties met meer dan 50 bewoners komen verhoudingsgewijs het slechtst uit de bus. Van de 23.000 bewoners op deze locaties voldoet de woonsituatie van ruim 14.000 cliënten niet aan de eisen die minimaal aan een bestaand gebouw zijn gesteld.
In dit artikel is nagegaan of het aantal bewoners per locatie en de gebouwkwaliteit samenhangt met een regionale component. Tevens is onderzocht hoeveel bewoners van grote locaties buiten de bebouwde kom de komende jaren op basis van de gebouwkwaliteit binnen de bebouwde kom zouden moeten worden ondergebracht.

De opbouw van het artikel is als volgt. Ten eerste wordt ingegaan op enkele locatiekenmerken: de verdeling van de bewoners over de provincies en het gemiddelde aantal bewoners van de locaties met meer dan 50 bewoners. Tevens wordt bezien of deze locaties binnen of buiten de bebouwde kom zijn gelegen. Ten tweede wordt ingegaan op de kwaliteit van de gebouwen op deze locaties en wordt ingezoomd op de locaties die buiten de bebouwde kom zijn gelegen. Locaties met minder dan 50 bewoners zijn niet in de analyse opgenomen, omdat de steekproef die onder deze locaties is getrokken, op provincieniveau niet representatief is.

Interpretatie uitkomsten
Elk woongebouw heeft het predikaat 'rood', 'oranje' of 'groen' gekregen. De 'rood' scorende gebouwen voldoen gemiddeld genomen niet aan de minimumeisen die aan bestaande bouw worden gesteld. Dit geldt in mindere mate ook voor de 'oranje' scorende gebouwen. Gebouwen met het predikaat 'groen' voldoen gemiddeld aan de minimale eisen die aan een bestaand gebouw kunnen worden gesteld en voldoen op andere punten aan de eisen die aan nieuw te bouwen gebouwen worden gesteld.

De gebouwscore is opgebouwd uit de scores op thema's zit-/slaapkamer, sanitair, groepsgrootte, toegankelijkheid en gemeenschappelijke ruimten. De themascores zijn opgebouwd uit de scores op afzonderlijke vragen. De antwoorden op deze vragen worden vergeleken met normen die afhankelijk zijn van het type bewoner. Voor een meervoudig complex gehandicapte

bewoner gelden bijvoorbeeld andere normen dan voor een mobiele bewoner. De gestelde normen zijn afkomstig uit het referentiekader voor bestaande bouw (basiskwaliteiteisen bestaande bouw) en de maatstaven voor nieuwbouw (basiskwaliteiteisen voor nieuwbouw).

Aantal bewoners op locaties met meer dan 50 bewoners

In totaal zijn circa 23.000 bewoners op locaties met meer dan 50 bewoners gehuisvest[2]. De meeste bewoners zijn gehuisvest in Gelderland (4.700), Zuid-Holland (4.100) en Noord-Brabant (3.800). In Flevoland en Zeeland is slechts een gering aantal cliënten woonachtig op grote locaties (figuur 1). Deze verdeling is vooral historisch bepaald.

De 23.000 bewoners zijn verdeeld over 121 locaties. De verdeling van deze locaties over de provincies sluit aan op de verdeling zoals weergegeven in figuur 1. De meeste grote locaties zijn gelegen in Gelderland, Noord-Brabant en Noord- en Zuid-Holland. In de noordelijke provincies, Flevoland en Zeeland zijn relatief weinig mensen op grote locaties ondergebracht.

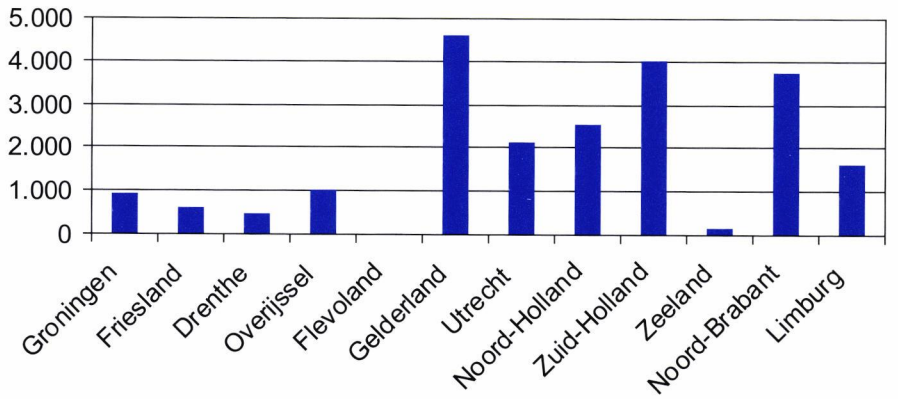


Fig. 1: Bewoners op locaties groter dan 50 bewoners, per provincie, 2003
Bron: Cbz. Monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg, 2003

Het gemiddelde aantal bewoners op een grote locatie is 184 bewoners, terwijl in het beleid van het Ministerie van VWS wordt aangestuurd op locaties met 50 bewoners en 200 bewoners als het absolute maximum wordt gezien. De locatiegrootte verschilt aanzienlijk per provincie. Uit figuur 2 blijkt dat Zuid-Holland de kroon spant met een gemiddelde omvang van 254 bewoners. Het hoge gemiddelde wordt vooral veroorzaakt door de 7 locaties met meer dan 300 bewoners. In Groningen zijn 4 grote locaties aanwezig. Ook in Gelderland zijn relatief veel bewoners op locaties boven de 300 bewoners gehuisvest. De gemiddelde locatiegrootte is in Zeeland en Flevoland het laagste. Een gevorderd deconcentratiebeleid respectievelijk de 'leeftijd' van de provincie zijn hiervan de oorzaak. Beide verklaringen worden gestaafd door het feit dat de woongebouwen in deze twee provincies ten opzichte van de andere provincies het jongste zijn.

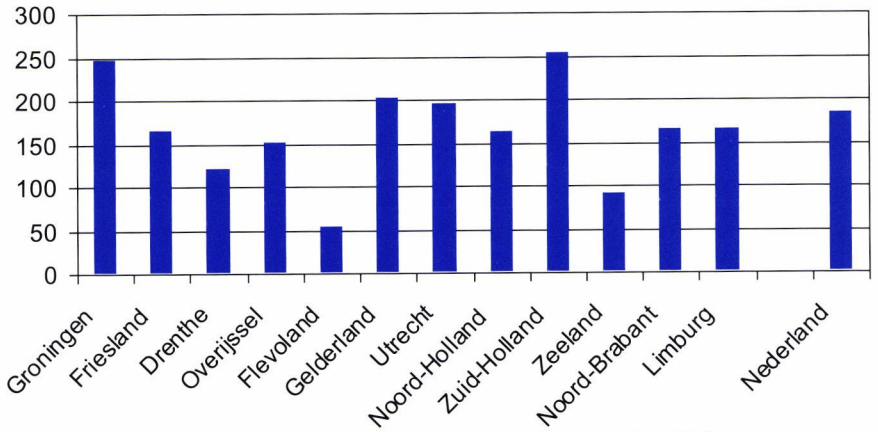


Fig. 2: Gemiddeld aantal bewoners op locaties met meer dan 50 bewoners
Bron: Cbz. Monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg, 2003

De mate waarin grote locaties in de toekomst kunnen blijven gehandhaafd, wordt mede bepaald door de ligging. Het VWS-beleid is gericht op deconcentratie en het verlaten van de grote geïsoleerd liggende terreinen. Locaties binnen de bebouwde kom lijken meer potentie te hebben om in de toekomst te blijven bestaan, omdat eerder aansluiting kan worden gevonden bij reguliere woonwijken. Uiteraard bestaan er verschillende inzichten over de mate waarin bewoners al dan niet 'in de wijk' moeten worden geïntegreerd. De mate van handicap of het type zorg zal hierbij meespelen, evenals de opvattingen van cliënten, ouders en instellingen.
In figuur 3 is weergegeven hoeveel bewoners op locaties buiten de bebouwde kom zijn gehuisvest. Gemiddeld is 37% van de bewoners van grote locaties buiten de bebouwde kom gehuisvest. In Zeeland en Flevoland zijn de bewoners allemaal binnen de bebouwde kom gelokaliseerd. In Utrecht echter is 80% van de bewoners van grote locaties buiten de bebouwde kom gehuisvest. In Noord-Brabant, Groningen en Gelderland is de helft van de bewoners op grote locaties buiten de bebouwde kom woonachtig. In Noord- en Zuid-Holland zijn instellingsterreinen grotendeels in de bebouwde kom aanwezig: circa 10% van bewoners woont buiten de bebouwde kom.

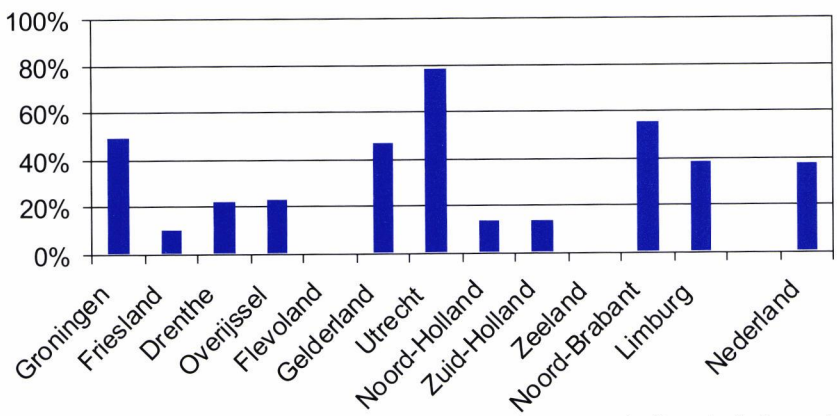


Fig. 3: Bewoners op locaties met meer dan 50 bewoners buiten de bebouwde kom
Bron: Cbz. Monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg, 2003

In het navolgende is onderzocht of sprake is van verschillen in gebouwkwaliteit tussen de provincies en wordt nader ingegaan op de kwaliteit van de locaties buiten de bebouwde kom. Hoeveel woongebouwen op locaties buiten de bebouwde kom moeten de komende jaren bijvoorbeeld worden vervangen?

Gebouwscore op locaties met meer dan 50 bewoners

Gemiddeld woont respectievelijk 20%, 35% en 45% van de bewoners op grote locaties in gebouwen die respectievelijk als 'rood', 'oranje' of 'groen' zijn aangemerkt[3]. Uit figuur 4 blijkt dat de 'groene' uitschieters in Friesland, Zeeland en Gelderland zijn gelokaliseerd. In Groningen is een forse 'rode' uitschieter aanwezig. In de overige provincies wijken de 'rode' scores slechts beperkt af van het landelijke gemiddelde.

De verschillen nemen toe als wordt gefocust op de locaties buiten de bebouwde kom (figuur 5). Voor Nederland gemiddeld is er geen verschil in kwaliteit tussen locaties binnen en buiten de bebouwde kom. In de vier noordelijke provincies en Gelderland is de gebouwkwaliteit van de locaties buiten de bebouwde kom gemiddeld beter dan de gebouwkwaliteit op locaties binnen de bebouwde kom. In Utrecht en Noord-Brabant is het verschil beperkt en in Zuid-Holland en Limburg is de gebouwkwaliteit buiten de bebouwde kom beduidend lager dan de gebouwkwaliteit binnen de bebouwde kom. In Flevoland en Zeeland gaat deze vergelijking niet op, omdat er geen grote locaties buiten de bebouwde kom aanwezig zijn.

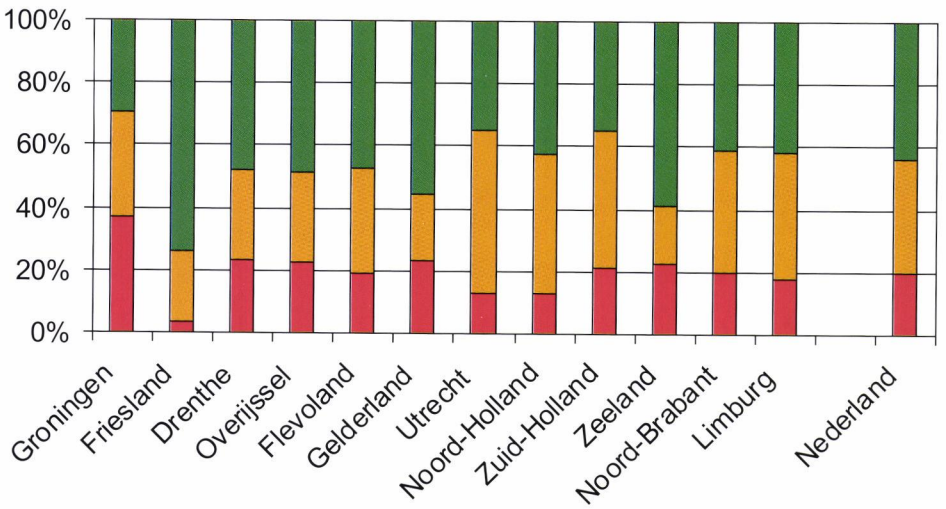


Fig. 4: Gebouwscore op locaties met meer dan 50 bewoners
Bron: Cbz. Monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg, 2003

De 'rode' woongebouwen buiten de bebouwde kom blijken praktisch allemaal paviljoens te zijn, waarvan de aanpasbaarheid beperkt en dus erg kostbaar is. Vervanging ligt dus voor de hand. Uitgaande van de veronderstelling dat de 'rode' woongebouwen op locaties buiten de bebouwde kom conform het VWS-beleid worden vervangen door locaties binnen de bebouwde kom blijken er voor 1.400 bewoners nieuwe locaties binnen de bebouwde kom te moeten worden gezocht. Dat kunnen zowel nieuwbouwlocaties als bestaande woningen zijn. Daarnaast zijn er 3.200 bewoners in 'oranje' gebouwen op locaties buiten de bebouwde kom gehuisvest. Bij deze gebouwen is het discutabel of renovatie op de bestaande locatie wenselijk en financieel haalbaar is of dat juist vervanging nodig is.

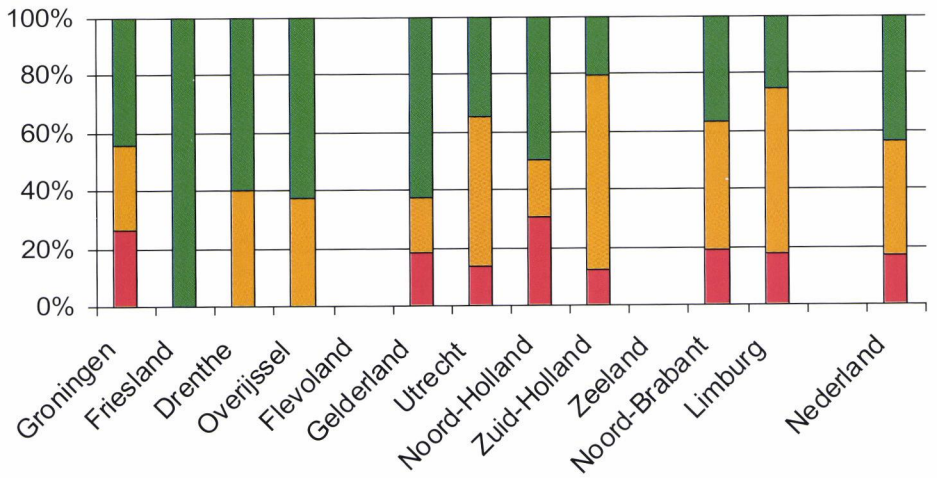


Fig. 5: Gebouwscore op locaties met meer dan 50 bewoners, buiten de bebouwde kom
Bron: Cbz. Monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg, 2003

Het Ministerie van VWS, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en het Bouwcollege hebben afgesproken dat de knelpunten binnen vijf jaar moeten zijn weggenomen. Uit bovenstaande blijkt dat in deze periode op basis van de geconstateerde kwaliteit voor 1.400 tot 4.600 bewoners van grote locaties buiten de bebouwde kom huisvesting binnen de bebouwde kom moet worden gevonden. Tenminste, als wordt aangesloten op het beleid van VWS in deze en de mogelijkheden aanwezig zijn c.q. worden gecreëerd. Deze inspanning zal vooral in Noord-Brabant, Utrecht en Gelderland moeten worden geleverd. Naast bovenstaande vaag zal ook een extra vraag naar locaties voortkomen vanuit de locaties binnen de bebouwde kom.

Conclusie

De 23.000 bewoners van grote locaties zijn ongelijkmatig over Nederland verdeeld. In Gelderland, Zuid-Holland en Noord-Brabant zijn de meeste bewoners en grote locaties gesitueerd. Van deze drie provincies heeft Zuid-Holland de grootste locaties. De gemiddelde locatieomvang in Zuid-Holland is 254 bewoners tegenover een landelijk gemiddelde van 184 bewoners. De ligging van de locaties verschilt eveneens per provincie. In Utrecht en Noord-Brabant blijkt meer dan de helft van de bewoners op locaties buiten de bebouwde kom te zijn gehuisvest. Het deconcentratiebeleid van VWS gaat uit van afbouw van grote, excentrisch gelegen locaties. Functioneel slechte woongebouwen op de buitenlocaties zullen naar verwachting worden vervangen door woningen binnen de bebouwde kom. Uit analyse van de gebouwscores op deze locaties blijkt dat in de toekomst voor 1.400 tot 4.600 bewoners van locaties buiten de bebouwde kom huisvesting binnen de bebouwde kom in nieuw te bouwen woningen of binnen de bestaande woningvoorraad gerealiseerd zal moeten worden. Het accent ligt hierbij op Noord-Brabant, Utrecht en Gelderland. In hoeverre deze opgave wordt gerealiseerd, zal blijken uit het volgende monitoringonderzoek dat (in principe) over 4 jaar wordt uitgevoerd.

Voetnoten:

[1] College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Monitoring gebouwkwaliteit in de gehandicaptenzorg, rapportnr. 555. Utrecht 2003.
Te downloaden via www.bouwcollege.nl/publicaties.

[2] Exclusief bewoners van gebouwen die voor 1 januari 2005 buiten gebruik worden gesteld.

[3] De locaties zijn gewogen naar het aantal bewoners

Privacy in verpleeghuizen, metafoor van de Nederlandse samenleving

drs. A.W. Klein, secretaris van de Werkcommissie Verpleging & Verzorging

Privacy is voor een Nederlander zo ongeveer het hoogste goed dat er bestaat, samen met gezondheid. Wie de privacy van een Nederlander aantast, komt aan een van zijn belangrijkste rechten. In dat licht bezien is het uiterst merkwaardig dat we het als samenleving jarenlang als de gewoonste zaak van de wereld hebben beschouwd dat mensen in verpleeghuizen met vier of meer personen jaren achtereen op één kamer moe(s)ten wonen, of liever verblijven (slapen). De trend van steeds toenemende individualisering heeft echter ook consequenties voor wat we normaal vinden in verpleeghuizen. Meer dan twee personen op één kamer is dus nu absoluut ongewenst en de bestaande meerpersoonskamers moeten zo snel mogelijk verdwijnen (wat nog moeite genoeg kost).
In dit artikel probeer ik de geschiedenis van de privacy in verpleeghuizen van de laatste 20 jaar te schetsen. Wat waren in de jaren ´80 de normen en hoe hebben die zich ontwikkeld? Tevens sta ik stil bij de huidige stand van zaken ten aanzien van de meerpersoonskamers.

De maatstaven uit 1990

Op 21 mei 1990 stelde het College voor ziekenhuisvoorzieningen (thans het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, oftewel het Bouwcollege) de voorlopige bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven ten behoeve van verpleegafdelingen van verpleeghuizen vast.
In de begeleidende brief werd het volgende aan de Minister van (toen nog) WVC gemeld: "Omdat een herzien rapport ´Bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een verpleeghuis´ naar verwachting eerst in het voorjaar van 1991 aan u zal kunnen worden aangeboden, heeft het College besloten nu reeds voorlopige maatstaven voor het onderdeel verpleegafdelingen openbaar te maken. Zowel voor initiatiefnemers als voor beoordelaars blijken de vigerende maatstaven toe aan enige actualisatie. De belangrijkste oorzaak daarvan is dat laatstgenoemde maatstaven met name waar het de verpleegafdelingen betreft op gespannen voet staan met de eisen die thans met betrekking tot de privacy van verpleeghuispatiënten moeten worden gesteld."

In die maatstaf uit 1990 werd onderscheid gemaakt tussen somatische patiënten en psychogeriatrische patiënten. De genormeerde oppervlakte van een verpleegafdeling werd in de maatstaf uit 1990 gemiddeld 36 m^2, waarbij voor de somatische patiënt 39 m^2 kon worden gerealiseerd en voor de psychogeriatrische patiënt 33 m^2.

Het gemiddelde van 36 m² betekende een toename van 6 m² per bewoner ten opzichte van de maatstaven uit 1983, waarin uitgegaan werd van 30 m² bruto per patiënt voor de verpleegafdeling. Deze vergroting was deels toe te schrijven, aldus de brief aan de minister, aan privacy-eisen, die eerder waren genoemd in een rapport uit 1987 over privacy in verpleeghuizen (maximaal 5 m² per bed). Voor een ander deel had de voorgestane vergroting, vooral voor de somatische bewoners, te maken met een sterk toenemend gebruik van rolstoelen en tilliften. Privacy-aspecten spelen op de somatische afdelingen een grotere rol dan op de psychogeriatrische, aldus genoemde brief.

In de maatstaf uit 1990 wordt voor de patiëntenkamers aangegeven dat sprake kan zijn van zowel eenpersoons- als meerpersoonskamers. In het laatste geval zal het als regel gaan om twee- en vierpersoonskamers. Ruimten voor meer dan vier patiënten werden niet voorgestaan en vierpersoonskamers dienden zo mogelijk in twee tweepersoonskamers te kunnen worden opgesplitst. Dit betekende een wijziging van de stramienmaat. Werd tot dat moment veelal gewerkt met een maat van 6,6 m, bij een 'traditionele' opstelling van de bedden ligt een stramienmaat van 7,2 m (2 x 3,6 m) meer in de rede, aldus de maatstaf. De ligging van de kamers dient bij voorkeur zo te zijn, geeft de maatstaf aan, dat de vorming van groepen van 10 tot 15 patiënten mogelijk is. Een groep van 10 patiënten kan daarbij beschikken over bijvoorbeeld één vierpersoonskamer, twee tweepersoons- en twee eenpersoonskamers (voor somatische bewoners werd uitgegaan van 10 eenpersoonskamers per afdeling van 30 bewoners).

Deze verdeling betekende een grote winst vergeleken met de maatstaf die tot dat moment gehanteerd werd. Eén vierpersoonskamer per 10 bewoners betekent drie vierpersoonskamers op een afdeling van 30 bedden. In veel verpleeghuizen die tot dat moment gebouwd waren en die dus nu nog geen 20 jaar oud zijn, waren zes vierpersoonskamers op 30 bewoners heel gewoon (en dat zijn ze nog tenzij inmiddels uitdunning heeft plaatsgevonden). De nieuwe maatstaf impliceerde derhalve een halvering van het aantal vierpersoonskamers dat gebouwd werd. In nog oudere huizen waren ook vijf- en zespersoonskamers heel gebruikelijk en helaas zijn ze tot op de dag van vandaag nog steeds niet helemaal verdwenen.

Meer aandacht voor privacy blijkt ook uit andere opmerkingen die in de maatstaf uit 1990 gemaakt worden: "Hoewel de patiënten gebruik moeten kunnen maken van de in de patiëntenkamer ten behoeve van verpleging aanwezige wastafel moeten zij zich in (een) nabij de patiëntenkamer gelegen sanitaire ruimte(n) kunnen wassen, douchen, opmaken, scheren, aan- en uitkleden. Privacy is juist bij de lichamelijke verzorging van groot belang." "In een patiëntenkamer moet men ... ook bezoek kunnen ontvangen, (eventueel) telefoneren, naar de radio luisteren of tv kijken, lezen, handenarbeid verrichten en dergelijke, en eventueel de maaltijd of een consumptie gebruiken. In welke mate de niet noodzakelijk bedgebonden activiteiten in deze ruimte plaats (kunnen) vinden wordt vooral bepaald door de handicap(s) van de patiënten, hun niveau van zelfredzaamheid en hun behoefte aan privacy. De afmetingen en de uitrusting van de ruimte moeten op de diverse activiteiten zijn afgestemd. Dit houdt in, dat elke patiënt, behalve over een (in geval van

een meerpersoonskamer met gordijnen af te schermen) bed en nachtkastje, moet kunnen beschikken over een (in elk geval voor een gedeelte) afsluitbare, verplaatsbare hanglegkast voor kleding en andere persoonlijke eigendommen. Het verdient aanbeveling de ruimte zodanig te dimensioneren, dat de patiënt in plaats van verpleeghuismeubilair eigen meubilair kan plaatsen."

De nuttige vloeroppervlakte per bed wordt in de maatstaf uit 1990 vastgesteld op ten minste 13 m^2 per bed voor een eenpersoonskamer en 9,5 m^2 per bed voor een meerpersoonskamer.
Verder ging de voorkeur uit naar twee of drie huiskamers per afdeling van 30 bewoners, zodat elke huiskamer een groep van 10 tot 15 bewoners huisvestte overdag. Eén huiskamer was slechts dan toegestaan wanneer de ruimte dusdanig geleed zou zijn dat herkenbare 'hoekjes' konden worden gevormd. De nuttige vloeroppervlakte van huiskamer en zitjes samen diende ten minste 5 m^2 per patiënt te bedragen. Per zes patiënten diende volgens de maatstaf uit 1990 in ieder geval één rolstoeltoilet beschikbaar te zijn.

De maatstaven uit 1997
Het duurde vervolgens tot 12 mei 1997 voor het Bouwcollege opnieuw bouwmaatstaven ten behoeve van de sector verpleeghuizen vaststelde. Deze maatstaven vormden de actualisatie van de maatstaven uit 1983 en de voorlopige bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven voor verpleegafdelingen van een verpleeghuis uit 1990.

De Staatssecretaris van VWS had het Bouwcollege daarom verzocht. Het gestelde in het Beleidstoetsingskader en in de beleidsbrief Privacy in verpleeghuizen zou daarbij uitgangspunt dienen te zijn. In laatstgenoemde brief had staatssecretaris Terpstra op 25 november 1996 het kabinetsbeleid inzake privacy in verpleeghuizen kenbaar gemaakt, een standpunt gebaseerd op een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde Dienstverlening (RVZ). De RVZ adviseerde om elke verpleeghuisbewoner te laten beschikken over een eigen kamer van voldoende oppervlakte met kamergebonden sanitair. De staatssecretaris kon zich in grote lijnen vinden in dat advies, maar bracht er enige nuanceringen in aan. Naar de mening van het kabinet moest het mogelijk blijven tweepersoonskamers te realiseren voor het geval dat een bewoner de wens te kennen gaf met iemand de kamer te willen delen, of om medisch/zorginhoudelijke redenen.
Een flexibele opzet van het gebouw waarbij tweepersoonskamers relatief gemakkelijk in twee eenpersoonskamers opgesplitst zouden kunnen worden was dan verkieslijk. Maar ook waar dat niet mogelijk zou zijn, leek gezien de geconstateerde behoefte het realiseren dan wel behouden van enkele tweepersoonskamers de staatssecretaris toch wenselijk. De staatssecretaris

was verder van mening dat niet rigide zou moeten worden vastgehouden aan kamergebonden sanitair. Indien bewoners dit te kennen zouden geven, moest sanitair ook op andere wijze kunnen worden gerealiseerd dan kamergebonden. Bij renovatie zou het bestaande gebouw zodanige beperkingen met zich mee kunnen brengen, dat het realiseren van alleen eenpersoonskamers met kamergebonden sanitair niet mogelijk zou zijn. Daarnaast stemde de staatssecretaris in met het uitgangspunt van de NVVz (thans onderdeel van Arcares) dat in de periode 1997-2000 alle vijf- en zespersoonskamers dienden te verdwijnen en in de periode 2001-2004 alle drie- en vierpersoonskamers.
In de maatstaf uit 1997 nam de gemiddelde bruto vloeroppervlakte van een verpleeghuis met 6 m^2 per bed toe (het toegestane investeringsbedrag per m^2 werd navenant verlaagd). Deze toename kwam geheel ten goede aan de verpleegafdeling, waarvan de bruto vloeroppervlakte toenam van 36 m^2 per bed gemiddeld tot 42 m^2 per bed.
Het eerder gehanteerde onderscheid in oppervlakte tussen somatiek en psychogeriatrie kwam in de maatstaf te vervallen. Voortaan werd uitgegaan van het nog slechts realiseren van eenpersoonskamers (van minimaal 13 m^2 nuttig) en splitsbare tweepersoonskamers. Nog steeds werd uitgegaan van twee of drie huiskamers op een afdeling met 30 bewoners. Ten aanzien van het sanitair werd het uitgangspunt een sanitaire cel van ongeveer 8 m^2 per twee bewoners die douchebrancardtoegankelijk moest zijn.
De toenemende aandacht voor privacy blijkt ook uit de volgende opmerking in de maatstaf: "In tweepersoonskamers is het bed voor de patiënt het enige territorium waar hij of zij zich kan terugtrekken. Omwille van de visuele en (in mindere mate) auditieve privacy moet de ruimte rond bed en nachtkastje af te schermen zijn met behulp van een niet-lichtdoorlatend gordijn."
De huiskamer en de zitjes samen dienen volgens de maatstaf uit 1997 minimaal 4 m^2 nuttige oppervlakte te omvatten, terwijl per patiënt in ieder geval werd uitgegaan van 20 m^2 nuttige vloeroppervlakte aan patiëntenkamer, huiskamer en zitjes.

De maatstaven uit 2002 en 2004

Op 8 juli 2002 stelde het Bouwcollege de bouwmaatstaven voor nieuwbouw voor verpleging en verzorging vast. Deze bouwmaatstaven kennen, anders dan de eerder genoemde maatstaven, drie onderdelen: basiskwaliteitseisen, bouwkundige modules en kostennormen. De basiskwaliteitseisen beschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau waaraan bepaalde voorzieningen of ruimten moeten voldoen. Wanneer aan de basiskwaliteitseisen wordt voldaan is binnen de kostennormen, die hard zijn, meer speelruimte voor initiatiefnemers voor eigen invulling van het bouwplan aanwezig dan vroeger.
De maatstaven uit 2002 kennen drie woonconcepten in de ouderenzorg: individueel wonen (voor een huishouden van één of twee (verzorging) personen), groepswonen voor een groep van ten hoogste 7 bewoners en afdelingswonen voor een groep van maximaal 10 bewoners, waarbij één of meer groepen een afdeling vormen.
Voor verpleging zijn alleen eenpersoonskamers van minimaal 15 m^2 (met daarin een vrije oppervlakte van ten minste 3,2 x 3,2 m) of splitsbare tweepersoonskamers van minstens 30 m^2 nuttige oppervlakte toegestaan.
Voor sanitair is het gewaarborgd zijn van privacy de belangrijkste eis. Verschillende oplossingen in de onderscheiden woonconcepten zijn daarbij mogelijk, zij het

dat bij individueel wonen een eigen douchebrancardtoegankelijke sanitaire cel aanwezig moet zijn. Bij individueel wonen is het realiseren van een huiskamer niet verplicht, maar de eigen kamer van de bewoner dient wel minimaal 18 m² nuttig te omvatten. Bij groepswonen omvat de huiskamer, vanwege de kleinere groepsgrootte ten opzichte van afdelingswonen, ten minste 6 m² per bewoner, bij afdelingswonen ten minste 4 m² per bewoner. De totale oppervlakte voor de kamer van de bewoner, de huiskamer en de zitjes bedraagt in de maatstaf uit 2002 minimaal 22 m² nuttige vloeroppervlakte per bewoner.

De recent vastgestelde en goedgekeurde AWBZ-bouwmaatstaven 2004 betekenen voor de doelgroep mensen met een somatische aandoening en/of beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening in de categorie zwaar geen grote wijzigingen voor de privacy in vergelijking met de maatstaven uit 2002. Wel wordt bij individueel verblijf uitgegaan van een eigen zit-/slaapkamer van ten minste 22 m² (met daarin een vrije oppervlakte van minimaal 3,2 x 3,5 m).

De huidige stand van zaken

Op het moment van schrijven (eind januari 2004) moet geconstateerd worden dat de voorstellen van de NVVz uit 1996, die door toenmalig staatssecretaris Terpstra zijn overgenomen, namelijk om na het jaar 2000 geen vijf- en zespersoonskamers meer te hebben in verpleeghuizen en om na het jaar 2004 alle drie- en vierpersoonskamers eveneens weggewerkt te hebben, geen werkelijkheid zijn geworden. Men hoeft ook geen groot voorspeller te zijn om te durven veronderstellen dat aan het einde van dit jaar niet alle meerpersoonskamers verdwenen zullen zijn.

Sinds enkele jaren brengt het Bouwcollege een jaarlijkse rapportage uit over de stand van zaken inzake de verbetering van de privacy in verpleeghuizen, waarbij met name aandacht wordt besteed aan het wegwerken van meerpersoonskamers (kamers met meer dan twee bewoners). Op dit moment is de situatie als volgt in tabelvorm weer te geven, waarbij een vergelijking met eerdere jaren is gemaakt.
Opvallend daarbij is de toename van het aantal bewoners in driepersoonskamers

	Januari 2004	Juli 2003	Juli 2002
Driepersoonskamers	1.300	1.000	1.000
"Splitsbare" vierpersoonskamers	200	200	300
Overige vierpersoonskamers	16.800	17.200	17.800
Vijfpersoonskamers	700	900	1.200
Zespersoonskamers	1.200	1.500	1.700
Totaal	20.200	20.900	22.000

Tabel 1: Aantal plaatsen in meerpersoonskamers en verdeling daarvan (afgeronde cijfers)

het afgelopen half jaar. Dit wordt echter veroorzaakt door het uitdunnen van vijf- en zespersoonskamers tot driepersoonskamers. Verder valt op dat gelukkig sprake is van een versnelling in de afbouw van de meerpersoonskamers ten opzichte van de periode 2002-2003. Met name de vijf- en zespersoonskamers verdwijnen nu in hoog tempo, door het gereedkomen van nieuwbouwprojecten en de eerder genoemde uitdunning.
De stand van zaken van de bouwplanontwikkeling is eveneens in een tabel samen te vatten. Dit laat het volgende resultaat zien.

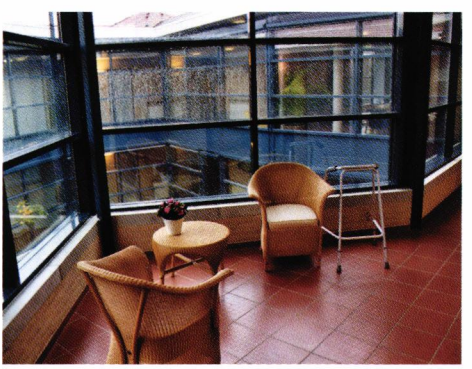
	Januari 2004	Juli 2003	Juli 2002
Aantal bewoners meerpersoonskamers	20.200	20.900	22.000
Verbetering in aanbouw	3.300	3.300	4.000
Vergunning verleend, nog niet in aanbouw	2.900	1.900	2.000
In "splitsbare" vierpersoonskamers	200	200	300
Nog geen vergunning	13.800	15.500	15.700
Schetsontwerp goedgekeurd	300	400	300
Verklaring afgegeven	4.900	5.400	4.800
Plan ingediend/positief advies Bouwcollege	2.700	2.700	2.300
Geen concrete plannen ingediend bij Bouwcollege	5.900	7.000	8.300

Tabel 2: Stand van zaken bouwplanontwikkeling meerpersoonskamers

De enorme versnelling in de afgegeven vergunningen op basis van ingediende plannen in de afgelopen zes maanden is het meest in het oog springende gegeven in bovenstaande tabel, naast de versnelde afname van het aantal plaatsen waarvoor nog geen concrete plannen zijn ingediend. De noodzaak om de meerpersoonskamers snel af te bouwen begint steeds meer tot alle partijen door te dringen. Het effect van het werk van de aanjagers die het Bouwcollege inschakelt is daarbij ook duidelijk zichtbaar.

Conclusie

De trend van toenemende individualisering in de Nederlandse samenleving heeft pas een kleine 10 jaar geleden consequenties gekregen voor de sector verpleeghuizen. Nog geen 7 jaar geleden was een maatstaf van toepassing die het mogelijk maakte 40% van de bewoners in een vierpersoonskamer te huisvesten. Overigens vond dat op dat moment al niet meer plaats: de praktijk liep, zoals gewoonlijk en zoals te verwachten is met regelgeving, vooruit op de maatstaven. Met instellingen die in het begin van de jaren '90 weigerden nog (enkele) vierpersoonskamers te realiseren voerde het Bouwcollege gesprekken.



Achteraf bezien mag de samenleving blij zijn met degenen die vasthielden aan hun weigering; bij hun verpleeghuizen is uitdunning van meerpersoonskamers in ieder geval niet aan de orde. Al met al is de ontwikkeling erg snel gegaan; wat ruim 10 jaar geleden nog heel normaal werd gevonden, vierpersoonskamers, is nu absoluut ongewenst en er moet zo snel mogelijk een einde komen aan situaties waarin ze nog aanwezig zijn.

De afbouw van de huidige meerpersoonskamers brengt echter de nodige problemen met zich mee. Veel huizen zijn niet gemakkelijk aan te passen en veelal vindt vervangende nieuwbouw plaats van bouwkundig nog in prima staat verkerende gebouwen. Meer flexibiliteit inbrengen in nieuwe gebouwen, zodat ze bij veranderende inzichten eenvoudiger zijn aan te passen, is daarom een absolute noodzaak. Het blijft kapitaalvernietiging om al die relatief jonge gebouwen neer te halen en opnieuw te beginnen. Dat moeten we zien te voorkomen met de gebouwen die we nu neerzetten. In de bouwmaatstaven die het Bouwcollege de laatste jaren ontwikkelt, is dan ook niet voor niets meer aandacht aan flexibiliteit en mogelijkheden voor ombouw besteed.

Tot slot, zo af en toe wordt me in gesprekken met instellingen de vraag voorgelegd wanneer we als samenleving weer vierpersoonskamers gaan bouwen in verpleeghuizen. Men schat de huidige economische situatie dan zodanig in, dat men verwacht dat de wal het schip zal keren: het geld voor de instandhouding van bestaande verpleeghuiscapaciteit is op en we moeten de tering naar de nering zetten. Persoonlijk hoop ik dat we een dergelijke situatie niet (weer) gaan bereiken, het kost al moeite genoeg om de bestaande meerpersoonskamers te laten verdwijnen. Ik moet er niet aan denken dat we ze, terwijl we nog aan het afbouwen zijn, al weer gaan opbouwen. Maar ben ik nu een product van mijn tijd en denk ik er over 10 jaar heel anders over?

De tijd zal het leren.

Cure en Care in de GGZ

C.J. Witte, psychiater, lid van de Commissie Zorg

Cure en Care zijn sturende begrippen geworden ten aan zien van de financiering en de organisatie van de GGZ-zorg. De vraag is in welke mate deze ontwikkeling de beschikbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg faciliteert, dan wel inperkt.

Cure- en Care-beleid VWS

"Geestelijke gezondheidszorg heeft dezelfde missie als somatische gezondheidszorg: het behandelen van ziekten en het zoveel mogelijk beperken van de schadelijke effecten van die ziekten". Zo valt te lezen in de brief van minister Hoogervorst waarin deze zijn standpunt ten opzichte van het rapport "Zorg van Velen" van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid weergeeft. De minister wil de GGZ herpositioneren op een wijze die leidt tot een GGZ die op hoofdlijnen als volgt is georganiseerd.

1. Een sterke eerste lijn, die onderdeel is van een geïntegreerde algemene eerstelijnzorg en die een doelmatig en passend hulpaanbod levert voor het grootste deel van mensen met psychische stoornissen.
2. De gespecialiseerde ambulante en klinische geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg is voor de behandeling van ernstige stoornissen die vanwege ernst of complexiteit niet in de eerste lijn kunnen worden behandeld. Deze gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is gericht op het genezen dan wel hanteerbaar maken van psychische stoornissen en kan door zowel vrijgevestigde hulpverleners en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg als door algemene ziekenhuizen worden geboden.
3. Naast de huidige regionale GGZ-centra (samenwerkingsverband van algemeen ziekenhuis en GGZ-instelling) kunnen zorgcentra ontstaan die zich specialiseren in de behandeling van één bepaalde ziekte. Zo is voorstelbaar dat rond de ziekte depressie gespecialiseerde klinieken worden opgezet, waarin ook de lichamelijke risico's van deze ziekte, waaronder hart- en vaatziekten, goed kunnen worden bewaakt.
4. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg dient zich tezamen met de lokale overheden te richten op patiënten die als gevolg van de complexiteit van hun stoornis en de daarmee gepaard gaande sociale en gedragsproblemen langdurig zorg en begeleiding nodig hebben. Doel is niet genezing en herstel maar het bieden van zorg en begeleiding bij het leren omgaan met beperkingen als gevolg van de stoornis. De geestelijke gezondheidszorg is daarbij de aanbieder van de specialistische zorg die zoveel mogelijk in de thuissituatie wordt geboden, terwijl de lokale overheden de aanbieder zijn van de ondersteunende welzijnsdiensten (vervoer, dagbesteding, huisvesting). De minister gaat hierbij uit van circa 60.000 patiënten die voor deze zorg in aanmerking komen.

5. Voor een aantal patiënten is een zelfstandig bestaan in de eigen woonomgeving niet weggelegd. Voor hen zijn beschermende woonvormen (of een klinische omgeving) aangewezen, waar professionele zorg en begeleiding beschikbaar is. Deze zorg blijft onder de AWBZ vallen en kan geboden worden door instellingen die zich specifiek richten op psychiatrische patiënten, maar er zullen ook instellingen ontstaan die voor een combinatie van doelgroepen een beschermde en/of beveiligde verblijfsfunctie zullen aanbieden.

De gespecialiseerde ambulante en klinische geestelijke gezondheidszorg onder 2 en 3, inclusief de verslavingszorg, zal per 1 januari 2006 deel gaan uitmaken van de standaard zorgverzekering. De intramurale zorg onder 4 (de klinische zorg na één jaar) blijft in de AWBZ. De invoering van DBC's in de geestelijke gezondheidszorg is gepland op 1 januari 2006. Voor de geestelijke gezondheidszorg in de AWBZ geldt de functiegerichte bekostiging als uitgangspunt en functioneren DBC's als onderhandelingstaal. In het voorjaar 2004 zal duidelijk worden welke ondersteunende functies die thans door de geestelijke gezondheidszorg worden aangeboden, onderdeel zullen gaan uitmaken van de voorgenomen Wet Maatschappelijke Zorg.

Deze maatregelen beogen, aldus de minister, een transparant en gevarieerd aanbod van geestelijke gezondheidszorg te bewerkstelligen, dat getrapt van opzet is, voor het curatieve deel in belangrijke mate is geïntegreerd in de algemene curatieve gezondheidszorg, en voor de langdurige intramurale zorg onderdeel vormt van de AWBZ. Daarbij komt de verantwoordelijkheid voor algemene ondersteuningstaken voor mensen met psychische stoornissen bij de lokale overheid.

Een verdere ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg als één op zichzelf staande zorgsector acht de minister niet wenselijk. "De zorgketen rondom de verschillende cliënt groepen vraagt immers juist met het oog op de noodzaak van een contextuele benadering van de zorgvraag meer samenhang met aanpalende zorg en welzijnssectoren."

Cure en Care in de praktijk

In de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg worden mensen behandeld met angststoornissen, stemmingsstoornissen (depressie en manie), psychotische stoornissen waaronder schizofrenie en ernstige persoonlijkheidsstoornissen met inbegrip van de verslavingszorg (vaak in combinatie met een der eerdergenoemde stoornissen). Behandeling vindt plaats op verwijzing van de huisarts.

In sterk toenemende mate wordt vanuit de GGZ ondersteuning aan de huisarts aangeboden middels advies, consultatie en kortdurende behandeling van patiënten in zijn praktijk door middel van sociaal psychiatrische verpleegkundigen en psychologen. In een aantal gevallen is daarbij een psychiater, uitsluiten adviserend, betrokken (het zgn. Toronto-Model).

De ambulante zorg is de laatste 10 jaren sterk gegroeid. De jaarprevalentie (nieuwe inschrijvingen en aanwezigen per 1/1) steeg van 660.000 in 1989 tot meer dan 1 miljoen in 1997. Op 1 januari 1980 waren er 125.000 patiënten in de zorg, in 1997 was hun aantal opgelopen tot 458.000.

Ondanks deze forse stijging mag uit de cijfers niet zonder meer de conclusie worden getrokken dat het feitelijk aantal mensen dat gebruik maakt van de tweedelijns-GGZ in dezelfde mate is toegenomen. Van de RIAGG's is bekend dat het aantal aanmeldingen per jaar is gestegen als gevolg van meer kortdurende interventies waardoor dezelfde patiënt meerdere keren per jaar kan worden ingeschreven. Ook heeft een andere rekensystematiek (snellere uitschrijving en dus snellere heraanmelding) geleid tot een forse verhoging van de cijfers zonder dat dit direct verband houdt met het aantal cliënten dat het RIAGG bezoekt.

De ontwikkeling van de ambulante zorg richt zich de laatste jaren vooral op de zogenaamde zorgprogramma's. GGZ-instellingen beschrijven in toenemende mate de te leveren zorg aan personen met angststoornissen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen. Gezien de samenhang die lijkt te bestaan in de ontwikkeling van angst- en stemmingsstoornissen worden deze programma's vaak geïntegreerd. Bij veel patiënten komen combinaties van angst- en stemmingsstoornissen voor. Ook komt het regelmatig voor dat angst- en stemmingsklachten elkaar afwisselen.

Zorgprogramma's worden in een getrapt "stapped care" model opgebouwd uit die zorg waarvoor evidence bestaat ten aanzien van de effectiviteit. Daarnaast wordt ruimte gelaten voor aan de patiënt aangepaste individuele zorgactiviteiten. Zo kan de behandeling van een vanuit Marokko uitgehuwelijkte jonge vrouw met een depressie in een andere socioculturele context gesteld en behandeld worden dan bij een streng gereformeerde man van 50 jaar.

Achtergrond van de behandeling vormt het zgn. bio psychosociale model. Het is inmiddels genoegzaam bekend dat de gevolgen van vroeg kinderlijke verwaarlozing en kindermishandeling op de hersenen aantoonbaar desastreus genoemd kunnen worden. Er bestaat een sterke verwevenheid tussen het aanleren van allerlei mentale en methodische vaardigheden én veranderingen in de hersenen. Ernstig stressvolle gebeurtenissen kunnen verbindingen tussen zenuwcellen in de hersenen krachtig beïnvloeden en daarmee verbindingen tussen verschillende gebieden in de hersenen wijzigen.
Medicatie beïnvloedt dit proces vanuit de biochemie, psychotherapie via de stressreductie. De betekenis van klachten (stress) krijgt vorm in een socioculturee perspectief.

Meer dan de helft van het aantal aanmeldingen bij de GGZ betreft mensen met klachten in het angst-stemmingsspectrum. Behandeling bestaat met name uit (cognitieve) psychotherapie en medicatie. In het algemeen gaat het om goed behandelbare klachten. Primair belang voor patiënten is een adequate behandeling, gepaard met goede uitleg in een zo weinig mogelijk stigmatiserende omgeving. Gezien het gegeven dat kwetsbaarheid een rol speelt in het ontstaan van de klachten is er een verhoogde kans op terugkeer van de klachten (recidief). In een beperkt aantal gevallen neemt de depressie in ernst toe. De zorg wordt geïntensiveerd middels dagbehandeling en eventueel opname wanneer risico voor suïcide zich voordoet.

In het algemeen zijn mensen met angst- en stemmingsklachten goed in staat zelf keuzes te maken betreffende de verwijzing, de behandeling of bejegening en bij onvrede hierover een andere oplossing te kiezen.

De zorgprogramma's voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door met name de noodzaak van continuïteit van behandeling, bij voorkeur in multidisciplinair teamverband, met de mogelijkheid van flexibel intensiveren van de zorg ("Bed op recept"). Medicatie, langdurige behandeling vanuit cognitieve gedragstherapie dan wel analytische psychotherapie, begeleiding in sociaal psychiatrisch opzicht bieden de beste kans op een bevredigend resultaat. Daarnaast bestaan er meerdere landelijk werkende gespecialiseerde centra voor klinische psychotherapie.

Voor mensen met psychotische stoornissen (wanen, hallucinaties, gebrek aan energie en motivatie en vervlakking van het gevoelsleven) staat continuïteit van de behandeling voorop. Het gaat hier om circa 0.5-1% van de bevolking. Ook hier speelt erfelijke kwetsbaarheid een rol. Ten aanzien van de ziekte schizofrenie is bekend dat als een lid van een eeneiige tweeling schizofrenie heeft de kans dat ook de ander de aandoening krijgt circa 50 tot 60% bedraagt. Deze uitkomst verwijst tevens naar invloed van psychologische (persoonlijkheid, stress) en omgevingsfactoren.

Schizofrenie heeft verwoestende effecten als de ziekte niet overgaat. De persoon kan werk, relaties en zelfs huis en haard verliezen. Hij kan lichamelijk achteruitgaan door zelfverwaarlozing, voedingstekorten en mogelijk tot excessief drinken en roken en door gebruik van drugs.

De landelijke omvang van de volwassen (20 – 65 jaar) chronische patiëntenpopulatie in de GGZ kan aan de hand van casusregistraties worden geschat op 65.000 personen. Het gaat qua zorggebruik om vier groepen patiënten: Ambulante grootverbruikers (4.000) met tientallen contacten per jaar, draaideur patiënten (35.000), patiënten met veelvuldig gedwongen opnames (12.000) en om patiënten in langdurig intensieve zorg van klinisch, dagbehandeling en/of wonen (14.000). Veertig procent heeft een diagnose in het schizofrene spectrum, de gemiddelde leeftijd schommelt tussen de 40 en 45 jaar. Wanneer men de ouderen meerekent, dan gaat het om circa 76.000 personen in totaal. Het cijfer ligt in de buurt van een half procent van de volwassen bevolking in een regulier contact met de GGZ en lijdend aan chronisch psychische problematiek.
Daarnaast bestaat er vermoedelijk een groep van circa 30.000 mensen met dezelfde problematiek, waarvan een groot deel beslist geen contact met de GGZ op prijs stelt vanwege een gevoel van stigmatisering of slechte ervaringen. Een deel van hen staat bekend als dak- en thuislozen, de verkommerde en verloederde en de zorgwekkende zorgmijders. Ook bevinden zich mensen met een chronisch psychische stoornis in de gevangenis.

Concluderend gaat het om meer dan 100.000 mensen, waarvan driekwart een min of meer regulier contact met de GGZ heeft, en een kwart dus niet.
In de zorgprogramma's voor deze groep staat continuïteit van zorg, geïntegreerde psychiatrische onderhoudsbehandeling, psycho-educatie, ondersteuning familie, begeleiding naar werk of opleiding, cognitieve psychotherapie, assertive community treatment ten behoeve van de zorgmijders en psychiatrische begeleiding aan huis ter beschikking, aangevuld met kortdurende klinische interventies, al dan niet onder regime van de wet BOPZ.

Het onderscheid tussen cure en care zoals VWS dat hanteert, behandeling versus zorg, acuut versus chronisch is bij deze patiëntenpopulatie niet doelmatig en verwarrend aangezien het de garantie van continuïteit van de behandeling en zorg doorbreekt.

Wanneer omwille van doelmatigheid en integratie met de context langdurig zorgafhankelijke patiënt opvang zou krijgen van een spv-casemanager onder regie van de huisarts in de eerste lijn, voor een kortdurende opname in een aan een algemeen ziekenhuis verbonden tweedelijnvoorziening verwezen wordt en voor resocialisatie, en langdurige ambulante zorg GGZ-thuiszorg in combinatie met psychiatrische onderhoudsbehandeling naar de derde lijn moet, dan krijgt de chronische patiënt te maken met drie regievormen die de doelmatigheid van de zorg zullen verminderen in plaats van vergroten.

VWS en de praktijk: Cure en Care
Van oudsher was het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis beeldbepalend voor de GGZ. Het gesticht als uitweg en opvang van leed en onveiligheid zoals dat samenging met verstandelijk gehandicapten, mensen met dementie en onrustige psychiatrische patiënten.
Sinds de laatste 20 jaren is daar een ander beeld naast ontstaan, namelijk dat van de RIAGG en poliklinieken waar toenemend mensen zich melden (circa 70% van de aanmeldingen) met angst- en stemmingsstoornissen die met een redelijk resultaat (circa 70% herstel) behandeld kunnen worden in de ambulante setting met 15-20 behandelcontacten. Mensen die zich melden met deze klachten zijn niet ontregeld, kunnen keuzes maken, er ontstaat geen beperking in functioneren, er is geen sprake van een blijvende handicap.

Cure in optima forma.
Deze zorg kan als onderdeel van ontwikkeling naar marktwerking goed in de cure gepositioneerd worden. Het terrein van het algemeen ziekenhuis is een aantrekkelijke optie omdat naast verminderen van stigmatisering - en daarmee drempelverlaging - ook de samenhang met de somatische zorg kan worden vergemakkelijkt.
Probleem vormen die mensen waarbij de angststoornis een voorbode blijkt te zijn van een psychotische stoornis en die waarbij de stemmingsstoornis zich dermate verdiept dat opname geïndiceerd is. Het algemeen ziekenhuis is er in het algemeen niet op ingesteld (en ook niet op gesteld) om ernstig ontregelde patiënten op te nemen en te behandelen. Op deze overgang van algemeen ziekenhuis naar de gespecialiseerde GGZ doet zich een riskante breuk in de continuïteit voor.

Kortdurende – vaak klinische – behandelingen van ernstig depressieve, ontremde of psychotische mensen (vaak onvrijwillig onder de wet BOPZ) vallen wel onder cure, maar vinden plaats in een andere zorgcontext cure ìn care.
Bij deze patiënten is het van vitaal belang dat de zorg continuïteit kent, flexibel kan worden ingezet, en over die onderdelen beschikt die in de zorgprogramma's worden beschreven.
En voor deze mensen - leidend tot uiteindelijk meer dan 100.000 chronici – dreigt de GGZ uiteen te vallen in een cure- en een caredeel. De meest kwetsbaren met de meest negatieve prognose, voor een deel zonder enig ziekte-uitzicht, worden meer zelf verantwoordelijk geacht voor hun zorgaanbod. Zij moeten eigen bijdrage gaan betalen voor - al dan niet met nadruk aangeboden - casemanagement c.q. psychiatrische thuiszorg, dagbesteding etc.

Samenhang, cure in care, integratie met welzijnsactiviteiten dient hier gerealiseerd te worden om de persoon met een chronisch psychiatrische handicap een zo volwaardig en menswaardig bestaan in de maatschappij te geven. Dat blijkt uit onderzoek naar ontwikkelingen in Australië, de Verenigde Staten en Groot-Brittanië.
In Groot-Brittanië worden de "social workers" vanuit de lagere overheden gedetacheerd in de community mental health teams om tot geïntegreerde begeleiding betreffende huisvesting, financiën, dagbesteding, psychiatrisch casemanagement en psychiatrische onderhoudsbehandeling te komen. De psychiater verbonden aan het team is tevens verbonden aan de opnameafdeling waar patiënt wordt opgenomen.
Continuïteit in optima forma, cure èn care, geïntegreerd waar het de "severely mentally ill" betreft.
De Nederlandse patiënt dient zelf mantelzorg te regelen, lukt dit niet dan dient hij een aanvraag in te dienen bij de gemeente voor dagbesteding en lichte vormen van begeleiding, bij de RIO voor meer intensieve vormen van begeleiding en Beschermd Wonen en via de huisarts, bij de GGZ voor psychiatrisch casemanagement en onderhoudsbehandeling.

Het onderscheiden van de begrippen cure en care en de uitwerking daarvan sluit niet voldoende aan bij de zorgvraag van cliënten. Het risico is groot dat mensen met een chronisch, psychiatrische handicap hiervan de dupe worden, tenzij de lagere overheden tezamen met GGZ-aanbieders (zoals in Groot-Brittannië) samenhang en integratie in het aanbod garanderen. Deze integratie vraagt meer dan samenwerking en afstemming tussen verschillende partijen. De weg hiernaartoe lijkt echter nog lang.

De moderne 'asielfunctie'

drs. P.S. van der Schaaf, stafmedewerker sector Geestelijke Gezondheidszorg

De huidige psychiatrie staat vooral in het teken van vermaatschappelijking, deconcentratie en ambulantisering van het aanbod. Dit heeft onder andere geleid tot een aanmerkelijke reductie van het aantal verblijfsplaatsen - met name voor chronisch psychiatrische cliënten - en soms zelfs tot vergaande ontmanteling van instellingen. Ondanks dat wordt vanuit verschillende invalshoeken (instellingen, familie en cliënten zelf) steeds meer gepleit voor het in zekere mate behouden van een 'asielfunctie' binnen de psychiatrie.

Deze asielfunctie is vooral bestemd voor cliënten die zeer langdurig, soms zelfs permanent onder begeleiding en binnen de beschutting van een instelling leven. Voor deze cliënten is het van belang dat wordt gezocht naar een andere invulling van de asielfunctie, die recht doet aan hun kwaliteit van leven. In deze context wordt ook wel gesproken over humanisering van de asielfunctie naar een 'maatschappelijk asiel'[1]. Daarbij zijn verschillende (zorginhoudelijke) uitgangspunten voor de bouwkundige opzet denkbaar.
Huisvestingsmogelijkheden die zich kenmerken als: kleinschalig van opzet, 'vermaatschappelijkt' en toch beschermend. Geen 'totale institutie' dus, maar ingebed in een maatschappelijk steunsysteem.

De asielfunctie: 'opvangen' en / of 'opbergen'

De overheid streeft al geruime tijd naar extramuralisering en vermaatschappelijking van zorg en naar 'wonen en zorg op maat', met als doelstelling het handhaven en vergroten van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van mensen met een zorgbehoefte, in alle fasen en omstandigheden van het leven. Deze uitgangspunten vragen om een hoogwaardig woon- en zorgaanbod, waarbij indien mogelijk en verantwoord, een zo 'normaal' mogelijke leefsituatie wordt gerealiseerd, rekening houdend met behoeften, (woon)wensen en mogelijkheden van de individuele cliënt[2].

Voor een relatief beperkt aantal chronisch psychiatrische cliënten echter zijn de aard en de ernst van de problematiek en de daarmee samenhangende mogelijkheden of beperkingen dusdanig dat een zelfstandig bestaan 'in de maatschappij' (met allerhande aanvullende zorg) niet (langer) haalbaar b(lijkt) en of wenselijk wordt geacht. Deze cliënten zijn aangewezen op een langdurig (soms permanent) verblijf in een instelling. Het gaat dan om een beschermende (eventueel beveiligde en gesloten) setting met 24-uurs toezicht en aanwezigheid van personeel, zonodig gecombineerd met zeer intensieve zorg en behandeling. De verblijfsfunctie waar het hier om gaat, ook wel bekend als de asielfunctie van de psychiatrie, kent dan ook twee belangrijke aspecten of functies. Enerzijds is deze verblijfsfunctie bedoeld om kwetsbare personen te beschermen die zich niet in de maatschappij staande kunnen houden en (dreigen te) verkommeren en verloederen (vereenzaming, vervuiling en in sommige gevallen overlast): *'de opvangfunctie'*.

Anderzijds moet deze verblijfsfunctie de maatschappij beschermen tegen zeer 'onaangepast', agressief of zelfs gevaarlijk gedrag dat wordt veroorzaakt door de stoornis of aandoening van een cliënt: *'de opbergfunctie'*.

Lange tijd stonden de negatieve kanten van een (langdurig) verblijf in een instelling op de voorgrond. Dergelijk langdurig verblijf werd toen geassocieerd met een restrictief klimaat en passief makende effecten van de 'totale institutie' van de instelling[3]. Tegen deze achtergrond is een beweging op gang gekomen om het (langdurig) verblijf te reduceren, middels extramuralisatie en vermaatschappelijking van het zorgaanbod. Gehoopt werd dat daarmee de negatieve aspecten van langdurig verblijf in een instelling zouden worden onderdrukt. Hiermee dreigen echter ook de positieve aspecten van deze verblijfsfunctie te verdwijnen, namelijk de bescherming en de veiligheid van de cliënt. Voor die groep cliënten voor wie (nog) geen maatschappelijk alternatief beschikbaar is, voorziet het verblijf in een beschermende omgeving in een behoefte en zal het verblijf zodanig ingevuld moeten worden dat recht wordt gedaan aan hun kwaliteit van leven. Idealiter zou ook voorkomen moeten worden dat een 'indicatie voor de asielfunctie' gereduceerd wordt tot een negatieve indicatie, als niets anders meer rest[4].

Zeker nu vrijwel alle aandacht uitgaat naar vermaatschappelijking en deconcentratie van zorg is het zinvol om (ook) de aandacht te vestigen op de groepen cliënten die in de instellingen 'achterblijven'. Omdat het niet anders kan, of omdat cliënten niet anders willen en het veilige en vertrouwde verblijf in een instelling verkiezen boven een zelfstandig en 'genormaliseerd' bestaan.

De asielfunctie: voor wie ?

De heersende gedachte is dat ook in de toekomst een relatief beperkt aantal (psychiatrische) cliënten aangewezen zal zijn op langdurig verblijf in een beschermde en/of beveiligde setting en aanspraak blijft maken op de asielfunctie van de psychiatrie. Vaak wordt een viertal categorieën cliënten[5,6] genoemd voor wie langdurig verblijf in een beschermende setting gewenst zou zijn.

Cliënten met (zeer) ernstige psychische en/of gedragsstoornissen

Het gaat dan vooral om cliënten met een zeer grote zorgbehoefte, die zeer intensieve, intramurale zorg (soms onvrijwillig) nodig hebben vanwege de ernst van de psychiatrische stoornis. De psychiatrische symptomen, de psychische instabiliteit en met name de gedragsafwijkingen ten gevolge van de psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsstoornis vragen voortdurend en/of zeer regelmatig bescherming, toezicht, begeleiding en interventie. Bij de meeste cliënten komen regelmatig situaties voor waarbij sprake is van ernstig gevaar voor henzelf en/of de omgeving. Zij vertonen agressief of onacceptabel gedrag en zijn doorgaans niet coöperatief in de behandeling. Voor een deel van hen is er sprake van gedwongen verblijf op grond van een rechterlijke machtiging.

Binnen deze categorie zijn een aantal aanverwante cliëntgroepen te onderscheiden:
- Cliënten met een dubbele diagnose, dat wil zeggen een psychiatrische stoornis in combinatie met verslavingsproblematiek;
- Cliënten met gedragsstoornissen op basis van niet-aangeboren hersenletsel;
- Cliënten met forensische problematiek.

Deze categorie cliënten wordt ook wel beschouwd als de 'harde kern' van de psychiatrie. Cliënten voor wie de mogelijkheden tot extramuralisatie of uitplaatsing vooralsnog zeer beperkt, zo niet onhaalbaar zijn. Wat overigens niet automatisch betekent dat verblijf op een 'klassieke afdeling' met een groepsgerichte benadering de meest aangewezen verblijfsvorm is voor deze groep.

De sterk geïnvalideerde, sociaal en psychisch kwetsbare cliënten
In tegenstelling tot de vorige categorie zijn deze cliënten niet zeer agressief. Wel zijn zij als gevolg van hun psychische aandoening zeer hulpbehoevend en niet in staat om zonder intensieve begeleiding te functioneren. De problematiek hangt niet zonder meer samen met de langdurige hospitalisatie. Het herhaald voorkomen van psychose bijvoorbeeld kan een zeer invaliderend effect hebben en aanleiding vormen voor een langdurig verblijf in een instelling. Aanverwante groepen zijn onder meer:
- Ouderen met (somatische) comorbiditeit;
- Cliënten met een autistische stoornis.

Cliënten die de veiligheid en beslotenheid van het verblijf niet willen missen
Een derde categorie (ook wel oneerbiedig 'oud chronisch bestand' genoemd) bestaat uit cliënten die vooral behoefte hebben aan de veiligheid en beslotenheid die het verblijf van een zorgaanbieder biedt. Deze cliënten verblijven vaak al heel lang in de instelling, zijn vaak wat ouder en verkiezen het verblijf in de instelling boven wonen in de maatschappij (met aanvullende zorg), ook al hebben ze die veiligheid en bescherming gezien hun problematiek strikt genomen niet nodig. Extramuralisatie en uitplaatsing van deze cliëntencategorie zou in principe mogelijk zijn, maar wordt 'belemmerd' door de wens van de cliënt om te blijven wonen in de bekende en vertrouwde (instellings)omgeving.

Nieuwe chronici
Ondanks allerlei nieuwe vormen van ambulante en klinische zorg, zal het aantal chronische verblijfs-cliënten niet geheel verdwijnen. Het 'oud chronisch bestand', cliënten die praktisch hun hele leven in een instelling hebben doorgebracht, zal op den duur letterlijk uitsterven. Daarnaast is er echter een aanwas van zogenaamde 'nieuwe chronici'. Het gaat hierbij om cliënten, die relatief aan het begin van het traject van zorgafhankelijkheid staan. Specifiek voor deze nieuwe generatie cliënten is dat zij geen langdurig intramuraal verleden hebben, zich doorgaans buiten het gezichtsveld van de zorg ophouden en moeite hebben met een opname in een klassieke verblijfssetting. Klinisch gezien gaat het om een zeer heterogene groep, hun symptomatologie is moeilijk te beïnvloeden en meestal zijn ze schizofreen, vertonen storend gedrag, stellen zich afhankelijk op en hebben forse sociale problematiek[7].

De verwachting is dat deze groep in de toekomst vooral intermitterend gebruik zal maken van (verblijfs)voorzieningen, met name in RGC-verband en in de vorm van kortdurend (crisis)opname. Desondanks zal een deel van hen uiteindelijk toch zijn aangewezen op langdurend verblijf omdat zij zich niet langer in de samenleving staande kunnen houden.

Nieuwe groepen
Over de hiervoor beschreven cliëntencategorieën zijn de meningen vrij eenduidig als het gaat om de behoefte aan langdurig verblijf, nog even los van de vraag in welke vorm en in welke opzet. Het is denkbaar dat in de toekomst ook andere doelgroepen in aanmerking komen voor deze verblijfsfunctie. Voorbeelden zijn (ex)gedetineerden en tbs-gestelden met psychiatrische problematiek en langdurig verslaafden met complexe (psychiatrische) problematiek.

Zorginhoudelijke uitgangspunten: huisvesting van de 'asielfunctie'
Over vragen als: in welke omvang de 'asielfunctie' behouden zou moeten blijven en in welke vorm, is het laatste woord nog lang niet gezegd. Uit de literatuur, beleidsvisies van instellingen en in gesprekken met instellingen daarover, zijn wel een aantal kernthema's te benoemen. Deze kernthema's, ofwel steeds terugkomende belangrijke (zorginhoudelijke) uitgangspunten, kunnen als leidraad fungeren bij de opzet van voorzieningen voor cliënten die zijn aangewezen op langdurig verblijf. Een deel van deze aspecten geldt in zijn algemeenheid ook voor andere vormen van - bijvoorbeeld kortdurend - verblijf, maar worden voor de volledigheid ook hier benoemd.

Flexibel, gevarieerd aanbod met reële (keuze)mogelijkheden
De samenstelling, achtergronden en problematiek van de beschreven doelgroepen zijn zeer heterogeen. De zorgbehoefte varieert van zeer intensieve zorg en bescherming tot minder intensieve begeleiding, gericht op stabilistatie en handhaving van de restvermogens van cliënten en zijn/haar kwaliteit van leven. Om aan te kunnen sluiten bij deze diversiteit aan zorgbehoeften, is het essentieel dat een flexibel en gevarieerd en individugericht aanbod aan (verblijfs)voorzieningen wordt gerealiseerd, zodat er voldoende (keuze)-mogelijkheden zijn binnen een scala aan verblijfsconcepten (bijvoorbeeld individueel of in een groep, in de beslotenheid van een groter geheel, dan wel aan de rand van het terrein etc.).

Woonwensen van de cliënt (het cliëntenperspectief)
In het verlengde van het voorgaande, ligt woonwensenonderzoek voor de hand. Zeker als in ogenschouw wordt genomen dat voor een belangrijk deel van de cliënten het verblijf zeer langdurig c.q. permanent van aard is en dat in de praktijk cliënten het grootste deel van de dag in de verblijfsvoorziening doorbrengen. Het verblijf heeft dus ook een woonfunctie. Hoewel het niet om een 'reguliere' woonfunctie gaat, zal hier toch maximaal aan tegemoet gekomen moeten worden, met aandacht voor de individuele wensen van cliënten.

Hoe het perspectief van de cliënt in beeld moet worden gebracht en wie dit perspectief het beste kan vertalen als de cliënt daar zelf niet toe in staat is of wordt geacht, is lastig te beantwoorden. Het perspectief van hulpverleners en deskundigen alleen levert echter onvolledige, of in ieder geval eenzijdige informatie op.

Een zo 'normaal' mogelijke leefsituatie
Normalisatie betekent het streven naar een omgeving die zo weinig mogelijk lijkt op die van een grote 'totale institutie' of ziekenhuis. Dit betekent dat gepoogd wordt om het verblijf c.q. de woonfunctie zodanig in te vullen dat deze de maatschappelijke context zoveel mogelijk benadert. Oftewel, een zo 'normaal' mogelijke leefsituatie met aandacht voor individuele mogelijkheden en wensen van cliënten omtrent de invulling van de dag, hobby's en de mate van zelfstandigheid daarin[8]. Met het individualiseren van het huishouden en het dagelijks leven wordt aangesloten bij huidige maatschappelijke ontwikkelingen en de behoeften van 'nieuwe' doelgroepen[9]. Belangrijker nog, er wordt daarmee ook aangesloten bij een belangrijk uitgangspunt voor de rehabilitatie van cliënten: met een meer genormaliseerd milieu worden aanwezige capaciteiten van cliënten vaker aangeboord, waardoor hun activiteiten- en participatieniveau stijgt.
In deze context is naast kleinschaligheid, vooral privacy van belang. Dit is te realiseren in de vorm van eenpersoonseenheden met eigen faciliteiten (pantry, sanitair e.d.) of als dat niet haalbaar is, in ieder geval een eigen kamer met voldoende ruimte (voor het creëren van een eigen levenssfeer) en individueel sanitair.

Individueel versus groepsverblijf
Variatie in individueel, groepsverblijf en groepsgrootte is nodig. Sommige cliënten functioneren beter als zij individueel of in kleinschalige groepen verblijven. Het deel uitmaken van een groep kan onrust geven of agressie uitlokken. Contact met andere cliënten leidt door hun gedragskenmerken voortdurend tot ernstige irritaties, conflicten en ernstig grensoverschreidend gedrag ten opzichte van minder weerbare medecliënten[10]. Het gaat vooral om cliënten die zeer gevoelig zijn voor prikkels (een geringe frustratietolerantie hebben), ernstige belemmeringen hebben op het vlak van interpersoonlijke relaties, of die geen langdurig intramuraal verblijfsverleden hebben (onder andere de nieuwe chronici, langdurige verslaafden) en altijd min of meer zelfstandig hebben gefunctioneerd.
Andere cliënten (bijvoorbeeld cliënten die 'gewend' zijn aan groepsverblijf) functioneren juist beter in een groep, vanwege het contact met anderen of vanwege het 'ongemerkt kunnen opgaan' in een groter geheel (de anonimiteit van de groep). Binnen een kleinere groep val je eerder op en word je meer geconfronteerd met de eigen verantwoordelijkheden binnen de groep.
Overigens is de zorgbehoefte niet altijd bepalend voor de keuze voor individueel of (kleinschalig) groepsverblijf. Cliënten met een kleine of matige hulpbehoefte verblijven zowel individueel als in groter verband. Het zijn met name cliënten met een zeer grote hulpbehoefte die, volgens de hulpverlening, zijn aangewezen op afdelingsverblijf. Vaak vormen vooral beheersmatige overwegingen hierbij een doorslaggevende rol (de relatief hoge cliënt-staf ratio en de aanwezigheid van separeervoorzieningen) en niet zozeer het aantal cliënten.

Naar verwachting zal de verschuiving van grootschalig groeps-/afdelingsverblijf naar meer kleinschalige verblijfsvoorzieningen (individueel en/of kleinschalige groepen) verder doorzetten, ook voor cliënten in een besloten/gesloten of beveiligde setting. Bijvoorbeeld in de vorm van een aantal individuele eenheden gekoppeld aan afdelingsverblijven. Cliënten kunnen dan zonodig naar behoefte terugvallen op de (voorzieningen, het personeel) van een afdeling.

Scheiding van doelgroepen
Algemeen uitgangspunt is vaak dat er een (fysieke) scheiding wordt aangebracht in doelgroepen met een contrasterend behandel- en/of verblijfsperspectief. Ten aanzien van cliënten met ernstige verslavingsproblematiek zijn velen bijvoorbeeld van mening dat zij niet in reguliere psychiatrische verblijfsvoorzieningen 'passen'. Dit vanwege de specifieke problematiek (de specialistische zorg) en bijzondere randvoorwaarden, zoals het al dan niet gecontroleerd toelaten van het gebruik van middelen en de mogelijkheden voor het toepassen van dwang en drangmaatregelen.

Leef- en bewegingsruimte
Met name in verblijfsvoorzieningen met een overwegend besloten of gesloten karakter is vaak een gebrek aan rust en privacy. Bovendien zijn cliënten veelal beperkt in hun mogelijkheden om de afdeling te verlaten wanneer zij dat willen. Door afdelingsdrukte ('crowding') kan een situatie van overprikkeling ontstaan die kan leiden tot agressie. Dit is deels te voorkomen door verblijfsvoorzieningen te realiseren met een beperkte groepsgrootte, voldoende privacy en (bewegings-)ruimte[11]. Te denken valt aan voldoende verschillende verpoosruimten (geen "massale gemeenschappelijke huiskamers"), ruime verkeersgebieden en uitloopmogelijkheden (voldoende buitenruimte). Dit laatste is met name van belang in geval er sprake is van een stadslocatie.

(Flexibiliteit en variatie in) het niveau van toezicht, bescherming en beveiliging
Reeds eerder is opgemerkt dat de zorgbehoeften van de groep cliënten die zijn aangewezen op langdurig verblijf in een beschermende/beveiligde setting zeer divers zijn en bovendien sterk kunnen wisselen in tijd. De verblijfsvoorzieningen zullen moeten worden toegesneden op het individu en de actuele toestand van het individu, ook wat betreft de hantering van vrijheidsbeperkende maatregelen en de mate van toezicht, bescherming en beveiliging. Momenten c.q. perioden waarin de cliënt voldoende controle over het eigen handelen heeft, worden vaak afgewisseld met momenten c.q. perioden van controleverlies, zodat intensievere begeleiding en toezicht nodig is (gedragsregulatie, inperking van de bewegingsvrijheid, e.d.). Bovendien zijn deze wisselingen in (potentieel 'schadelijk') gedrag niet altijd even goed te voorspellen[12].

Bij elke cliënt geldt dan ook dat de intensiteit van de begeleiding, de vrijheidsbeperkingen en de mate van structurering van de dagindeling sterk kan variëren (afhankelijk van de actuele situatie).
Het is zaak om flexibel in te kunnen spelen op deze wisselende behoeften aan zorg en vrijheidsbeperkende maatregelen, zonder onmiddellijk tot separatie of overplaatsing over te hoeven gaan als de situatie van de cliënt verslechtert. In wezen gaat het erom dat de omgeving makkelijk kan worden aangepast aan de toestand van de cliënt en niet andersom.
Bijvoorbeeld door het realiseren van een aantal stripbare, beveiligde kamers die makkelijk aanpasbaar zijn als een cliënt onrustig of destructief is. Er hoeft dan niet meteen overgegaan te worden tot overplaatsing of separatie van de cliënt.
Een andere optie is om de voorzieningen flexibel te maken qua afsluitbaarheid. Een gesloten afdeling kan dan voor sommige cliënten toch een open afdeling zijn.

Veiligheidsbevorderende maatregelen
Met name in gesloten voorzieningen voor langdurig verblijf zijn grensoverschrijdend gedrag, agressie en (ervaren) onveiligheid aan de orde van de dag[13]. Het gaat dan om vormen van gedrag waar zowel personeel en (mede)cliënten, als de samenleving tegen in bescherming moeten worden genomen.
Bij de preventie, dan wel vermindering van agressie, is het van belang dat aandacht wordt besteed aan verschillende interventies, zowel op cliëntniveau (behandeling van psychopathologie), stafniveau (communicatie/hulpverleningscontact, bejegening, deskundigheidsbevordering) als op afdelingsniveau (bouwkundige en technische voorzieningen). Het is essentieel dat instellingen voor zichzelf de vaak lastige afweging maken tussen enerzijds het realiseren van een 'genormaliseerd' ("zo gewoon mogelijk, geen bunker") behandelklimaat en anderzijds het voorzieningenniveau dat zij nodig achten om de veiligheid binnen de verblijfsvoorziening te optimaliseren. Een en ander staat soms haaks op elkaar.

Dagbesteding
Een belangrijk tekort in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten is vooral de wijze waarop de gemiddelde cliënt zijn dag doorbrengt, namelijk vooral met niets doen[14].
Naast psychiatrische behandeling in engere zin (waaronder medicamenteuze behandeling) en het bieden van een gestructureerde leef- en woonomgeving, is het van groot belang dat er voldoende mogelijkheden tot dagbesteding en/of therapie aanwezig zijn.
Essentieel daarbij is dat deze aansluiten bij de individuele behoeften en capaciteiten van de cliënt, dit om verveling of overvraging te voorkomen. In geval van een overwegend besloten/gesloten setting zullen dergelijke faciliteiten in de verblijfsvoorziening aanwezig moeten zijn of binnendoor te bereiken. Met name voor cliënten die 'uitbehandeld' zijn (bijvoorbeeld binnen de longstay forensische psychiatrie), is een verschuiving in behoefte merkbaar van minder therapievoorzieningen naar meer voorzieningen voor dagbesteding (met een arbeidsmatig karakter).

Humanisering en/of extramuralisering: 'maatschappelijk asiel'
Globaal genomen zijn er twee lijnen waarlangs de verbetering van langdurig verblijf zich kan bewegen, namelijk humanisering van het langdurig verblijf en het verder zoeken naar extramurale alternatieven.
Humanisering van het langdurig verblijf houdt kort gezegd in dat bestaande voorzieningen voor langdurig verblijf verder worden verbeterd, zodat ook de leefomstandigheden van cliënten verbeteren. Binnen de huidige tendens tot extramuralisatie van de langdurige zorg, kan het niet verder verbeteren van de bestaande langdurige verblijfsvoorzieningen leiden tot verschraling van de zorg voor diegenen die zijn aangewezen op langdurig verblijf. Hier en daar wordt ook al gewezen op een dergelijke zorgverschraling en de noodzaak om hierin verandering te brengen[15]. Ook omdat voor een kleine categorie cliënten langdurig verblijf in een beschermende en/of beveiligde setting nodig zal blijven. Aanknopingspunten voor het humaniseren van de langdurige verblijfsfunctie zijn al aan de orde gekomen.

Met *extramurale alternatieven* voor langdurig verblijf, wordt vooral gedoeld op vormen van verblijf (met intensieve zorg) buiten de gebruikelijke klinische setting van een instelling. Er is reeds ervaring opgedaan met de integratie van psychiatrische cliënten in verzorgings- of verpleeghuizen en beschermd wonen met mogelijkheden voor crisisinterventie of met extra beveiliging en structuur (speciale RIBW-voorzieningen voor forensisch psychiatrische cliënten). De bescherming en beveiliging die voorheen voorbehouden was aan een grootschalige klinische setting, kan voor een aantal cliënten ook elders, in een meer extramurale omgeving, geboden worden.
Humanisering en extramuralisering van langdurig verblijf zijn niet per definitie elkaars tegenpolen. De zogenaamde 'hostel wards' zijn een voorbeeld van hoe humanisering en extramuralisering gecombineerd kunnen worden. Een 'hostel ward' is een vorm van beschermd wonen in de maatschappij (klein, huiselijk en goed toegankelijk naar de omgeving) met relatief intensieve zorg en een hoge staf-cliënt ratio. Voor veel cliënten zouden dergelijke nieuwe zorgvormen een verbetering kunnen zijn ten opzichte van de klassieke afdeling.

Tenslotte wordt benadrukt dat binnen de huidige opvattingen rond langdurig verblijf en de rehabilitatie van chronische cliënten aandacht voor het woonmilieu slechts een onderdeel is. Hoe langer hoe meer plaatst men 'het wonen' in de context van het streven naar een maatschappelijk steunsysteem[16] voor chronisch psychiatrische cliënten. Deze benadering gaat veel verder dan het op een maatschappelijke wijze aanbieden van wat een psychiatrische instelling voorheen deed: de keuze van de cliënt staat centraal en de benodigde ondersteuning is breder. Het gaat om een netwerk van personen dat een individuele cliënt helpt om aan zijn wensen en behoeften tegemoet te komen zonder onnodig van de samenleving te worden geïsoleerd. Het gaat om het samen met personen en instanties binnen en buiten de psychiatrie realiseren van mogelijkheden voor cliënten die zijn gericht op het vergroten van de participatie van cliënten en op hun activiteiten, bijvoorbeeld door het bieden van woon-, werk-, contact- en leermogelijkheden. In wezen gaat het om het realiseren van een 'maatschappelijk asiel', geïntegreerd in de samenleving en tegelijkertijd ook beschermend voor de betreffende cliënt.

Slotbeschouwing

Beschreven is welke doelgroepen naar verwachting aanspraak zullen blijven doen op de asielfunctie van de psychiatrie -vanwege de ernst van de aandoening die hen zeer hulpbehoeftig maakt of leidt tot zeer onaangepast gedrag (of beide), of omdat cliënten de beschermende omgeving van de instelling niet willen verlaten.

Als belangrijkste conclusie geldt dat bij de toekomstige invulling van deze specifieke langdurige verblijfsfunctie het niet zozeer gaat om de plaats, maar om de geboden zorg. Er moet, waar dan ook, voor gezorgd worden dat cliënten de noodzakelijke bescherming en beveiliging krijgen. Omdat cliënten dat nodig hebben of omdat ze deze zorg zelf verkiezen. Dat kan binnen, maar ook buiten de instelling.

Bij de verbetering van voorzieningen voor langdurig verblijf, gaan humanisering en extramuralisering van het aanbod hand in hand. Mogelijkheden hiertoe zijn:

- Aandacht voor de keuze van cliënten (het cliëntenperspectief);
  minder klassieke afdelingen (aangezien slechts een zeer kleine groep is aangewezen op dit type verblijf). De beschermende (woon)omgeving kan ook gestalte krijgen in woonvormen annex de instelling (op of nabij het terrein), in de RIBW of in 'hostel wards';
- Normalisatie van het woonmilieu (kleinschalig, privacy, autonomie, e.d.);
- 'Wonen' en zorg: soms combineren (in geval van zeer intensieve zorg), soms loskoppelen (als bescherming en toezicht minder noodzakelijk is);
- Differentiatie in verblijfsvoorzieningen, ook voor de meest zorgintensieve groepen;
- Voldoende mogelijkheden voor dagbesteding;
- Deïnstitutionalisering van het instellingsterrein; eventueel door omgekeerde integratie, of door vormen van dagbesteding en dienstverlening op het terrein te realiseren waar ook extramurale cliënten en andere burgers gebruik van kunnen maken;
- De 'woonfunctie' voor chronisch psychiatrische cliënten onderdeel maken van een maatschappelijk steunsysteem ('maatschappelijk asiel').

Voetnoten:

[1] L. Henkelmans, P. Duurkoop. Boekbespreking: Behoefte aan asiel ? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie. MGv. Jaargang 54, nr. 9 (1999).

[2] Ministeries van VROM en VWS. Wonen en zorg op maat (25 juni 2001).

[3] E. Borgesius, W. Brunenberg. Behoefte aan asiel ? Woon- en zorgbehoeften van 'achterblijvers' in de psychiatrie. Utrecht: Trimbos-instituut (1999).

[4] B. van der Werf, A. van Tuijn. Bij zinnen. Psychiatrische asiel en het recht om gehoord te worden. MGv. Jaargang 65, nr. 4 (2002).

[5] VWS. Cure en care in de geestelijke gezondheidszorg (18 mei 2001).

[6] Ibid, 3.

[7] D. Petry, M. Nuy (1997). De ontmaskering. De terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychiatrische beperkingen. Utrecht: SWP.

[8] T.H. Van Wel, Altrecht GGZ Den Dolder (2002). Rehabilitatie door het woonmilieu. Een longitudinaal onderzoek naar de relatie tussen de mate van normalisatie van het woonmilieu en de activiteiten en participatie van chronisch psychiatrische cliënten (proefschrift). Bergdrukkerij: Amersfoort.

[9] M.A.M. Van der Geld, H. Schouten (1999). Nota asielfunctie. Aanzet tot inhoudelijke discussie over de asielfunctie in Meerkanten.

[10] P. van der Heijden, VvGI (2003). Zorgvisie in relatie tot nieuwbouwproject Langdurig Structurende Zorg.

[11] H. Nijman, e.a. (2001). Determinanten, meting en preventie van agressie in intramurale psychiatrische instellingen. In: Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2001-2002. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

[12] Ibid, 10.

[13] College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Veiligheidsvoorzieningen in de GGZ. Notitie, 31 maart 2003.

[14] B. Van Wijngaarden, M.E.M. Bransen, H.J. Wennink (2001). Een keten van lege zondagen. Tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard. Utrecht: GGZ Nederland.

[15] Ibid, 14.

[16] J. van Weeghel, H. Kroon (2000). Maatschappelijke steunsystemen. In: G. Pieters, M. van der Gaag (red.). Rehabilitatie-strategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten (pp. 121-134). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

De GGZ en de grotestadsproblematiek

drs. J.A.M. Elich, secretaris van de Werkcommissie Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg

Op grond van "common sense" ligt al gauw de veronderstelling voor de hand dat in grootschalige bevolkingscentra - in ons land denken we dan vooral aan de vier grote steden die samen de "randstad" vormen (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) -, sociale en economische problemen in verhevigde mate aanwezig zijn. Grote steden zijn immers vanouds weliswaar concentratiepunten van vooruitgang en sociale, economische en culturele vernieuwing, de keerzijde is dat zij ook een vergaarbak vormen van verpauperde en verloederde mensen op zoek naar betere levensomstandigheden. De sociale netwerken zijn hier zwakker, de anonimiteit is groter, de sociaal-economische positie is slechter, de aantrekkingskracht van risicovol gedrag intenser.
Indien deze veronderstelling juist is, valt ook te verwachten dat psychische problematiek zich in deze steden bovengemiddeld zal manifesteren. Een uitgebreider en wellicht anders samengesteld zorgaanbod voor de geestelijke gezondheidszorg zou dan nodig kunnen zijn om te voldoen aan de behoefte.
In dit artikel wordt geprobeerd deze veronderstellingen tegen het licht te houden en een - zij het globaal - antwoord te geven op de vraag of er substantiële verschillen bestaan tussen de behoefte aan GGZ en de organisatie (van) het benodigde zorgaanbod in de vier grote steden in Nederland en in de rest van het land.
Tevens wordt aangegeven in welke richting oplossingen voor geconstateerde knelpunten gezocht kunnen worden. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan mogelijkheden voor vermaatschappelijking en een van de voorwaarden daarvoor, de realisering van maatschappelijk steunsystemen.
Deels wordt gebruik gemaakt van het door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen begin 2002 uitgebrachte signaleringsrapport "GGZ-problematiek grote steden" [1], deels is rekening gehouden met recentere ontwikkelingen.

Urbanisatiegraad en vraag naar en consumptie van GGZ-aanbod

Voor de onderbouwing van de bewering dat er een verband is tussen de mate van verstedelijking van een gebied en de mate van vóórkomen c.q. het gebruik van GGZ-voorzieningen is in een aantal studies materiaal aangedragen[2]. Mogelijke verklarende factoren worden zowel gezocht in demografische omstandigheden (hoge bevolkingsdichtheid, meer sociale stress), relatief veel éénpersoonshuishoudens, grotere aanwezigheid van risicogroepen (zoals allochtonen, dak- en thuislozen en verslaafden) als in sociaal-economische omstandigheden (concentraties van mensen met achterstanden in opleiding, werk en inkomen in achterstandswijken, een geïndividualiseerde samenlevingsvorm waardoor ondersteunende netwerken in mindere mate aanwezig zijn).
De vier eerdergenoemde grote steden op deze punten vergelijkend met de landelijke situatie zijn vooral afwijkingen te bespeuren ten aanzien van de items economische positie, aantal allochtonen (risicogroep), percentage alleenstaanden en de bevolkingsdichtheid. Deze factoren kunnen een indicatie vormen voor de aanwezigheid van meer GGZ-problematiek.

Vóórkomen van GGZ-problematiek en zorggebruik in de vier grote steden

Door het Bouwcollege is in 2001 opdracht gegeven aan het Trimbos-instituut om het vóórkomen van GGZ-problematiek en het gebruik van GGZ-voorzieningen in de vier grote steden af te zetten tegen het landelijke beeld[3]. Dit met het oog op een mogelijk wenselijke opslag op de destijds van toepassing zijnde planningsnormen voor de GGZ.
Een substantieel grotere behoefte aan GGZ-zorgaanbod in de grote steden in hun algemeenheid kon echter niet worden vastgesteld. Daarvoor wezen de resultaten van het onderzoek onvoldoende in één richting. Amsterdam vormde hierop enigszins een uitzondering, omdat daar prevalentie van GGZ-problematiek en zorggebruik (vooral met betrekking tot de ambulante zorg) de landelijke cijfers aantoonbaar wel te boven gingen.

Het aanbod van GGZ-voorzieningen in de grote steden

In het kader van het hiervoor aangehaalde rapport van het Bouwcollege over de GGZ-problematiek in de grote steden is ook nagegaan hoe de omvang en de samenstelling van het aanbod aan GGZ-voorzieningen in deze steden zich verhielden tot het landelijk gemiddelde.
Daarbij werden ook de maatschappelijke opvangvoorzieningen (die (tijdelijk) verblijf met psychosociale begeleiding of behandeling bieden) meegenomen.
Geconcludeerd werd dat het beeld onderling varieerde: Amsterdam en Den Haag scoren boven het landelijk gemiddelde, Rotterdam en Utrecht daarentegen beschikken over minder capaciteit dan het landelijk gemiddelde zou aangeven.
De beschikbaarheid van maatschappelijke opvangvoorzieningen (vooral dak- en thuislozenzorg en vrouwenopvang) bleken in alle grote steden ruimschoots boven het landelijk gemiddelde te liggen. Relatief veel cliënten met een GGZ-indicatie zullen derhalve in de grote steden in deze voorzieningen verblijven.

Feitelijke GGZ-problematiek in de grote steden

Kijkend naar de feitelijke situatie ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg in de vier grote steden kunnen een aantal probleemgebieden worden aangewezen. Soms gaat het om problemen die de vier steden gemeenschappelijk hebben, soms is sprake van onderlinge accentverschillen.

Knelpunten in de zorg komen prominent tot uiting door het optreden van wachtlijsten. Dat is een signaal dat vraag en aanbod op de een of andere manier niet op elkaar aansluiten.
Wachtlijsten in de grote steden laten een divers beeld zien. Kwantitatief gezien wachten de meeste cliënten op ambulante zorg, met name in Rotterdam en Den Haag (het gaat hier om enkele duizenden cliënten). De meeste wachtenden op semi- en intramurale zorg (deeltijdbehandeling en klinische zorg) zijn te vinden in Rotterdam en Amsterdam (maximaal enkele honderden cliënten).
Alle zorgvormen tezamen nemend en vergelijkend met de landelijke situatie blijkt het aantal wachtende cliënten uit Rotterdam en Den Haag relatief hoog te zijn (twee à drie keer zo hoog als het landelijke cijfer).

Andere knelpunten kunnen onder vier "kopjes" geschaard worden: crisisopvang, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang en zorgverlening aan allochtonen.
Problemen met crisisopvang doen zich met name voor bij cliënten met een acute opname-indicatie, die niet openstaan voor behandeling (vooral een Amsterdams probleem). Bij gebrek aan opnamecapaciteit bij de psychiatrische ziekenhuizen worden deze cliënten soms bij wijze van noodmaatregel ondergebracht in politiecellen of bij collega-instellingen buiten de regio. Door onvoldoende mogelijkheden voor vervolgopvang blijven de crisisplaatsen voorts soms onnodig lang bezet. Anderzijds is de vervolgopvang - vanwege de druk vanuit de crisisplaatsen - minder toegankelijk voor meer reguliere (niet gesloten) opnamen.

"Verstopping" is een probleem dat zich bij de verslavingszorg voordoet. De vaste groep van cliënten die reeds zeer lang in de verslavingszorg bekend is, belemmert de instroom van nieuwe cliënten.
Een relatief "nieuwe" doelgroep wordt gevormd door chronische en oudere verslaafden met een afnemende zelfredzaamheid, die nu vooral in de maatschappelijke opvangvoorzieningen verblijven, maar nu onvoldoende adequate zorg ontvangen.
Binnen de verslavingszorg wordt te weinig accent gelegd op de zorg voor alcoholverslaafden en vindt onvoldoende afstemming plaats met andere bij de hulpverlening aan verslaafden betrokken instanties (gemeente, politie, justitie e.d.).

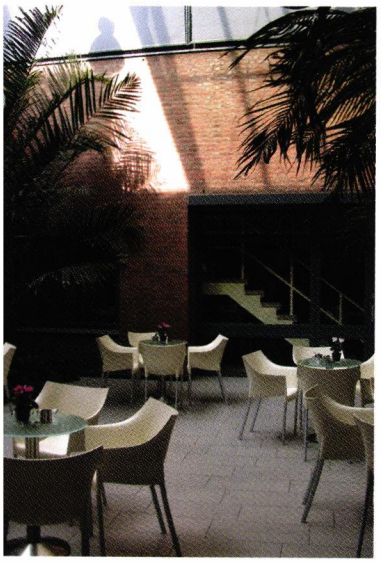
De GGZ-inbreng in de maatschappelijke opvangvoorzieningen ten behoeve van cliënten met psychiatrische problematiek is onder de maat, zo blijkt. Mogelijkheden voor kortdurende opvang bij psychosociale crises in deze voorzieningen zijn nog onvoldoende ontwikkeld. De outreachende zorg voor dak- en thuislozen heeft in de praktijk nog te weinig gestalte gekregen.

De toegankelijkheid van de zorg voor allochtonen laat nog te wensen over. Knelpunten hebben betrekking op het herkennen van klachten, de diagnostiek en de behandelwijzen. Communicatieproblemen treden op. Het late tijdstip waarop professionele hulp wordt gezocht verergert de problematiek.

Oplossingsrichtingen
Knelpunten vragen om oplossingen. Meer specifieke maatregelen ter verbetering van de situatie kunnen worden gekoppeld aan de vier items, die hiervoor zijn aangestipt.

Wenselijk is dat de crisisopvang wordt verbeterd. Extra mogelijkheden voor crisisopvang in de grote steden bij een aantoonbare behoefte zou soelaas kunnen bieden. In Amsterdam worden nu mogelijkheden daarvoor gecreëerd. De wijze van omgaan met crises verdient hierbij uiteraard ook aandacht. Ook hier valt winst te behalen.
Buffercapaciteit kan zorgen voor extra mogelijkheden voor urgente crisisopvang. Dit heeft alleen zin indien een passende financiering wordt gevonden (financiering op basis van beschikbaarheid en op basis van werkelijke productie).

Voor langdurig zorgafhankelijke cliënten in de GGZ is thuiszorg aangewezen ter voorkoming van crisissituaties. Het opzetten van rehabilitatieprojecten en het zorgdragen voor maatschappelijke steunsystemen zijn hier van belang. De aard van de ondersteuning zou zoveel mogelijk vraaggericht moeten zijn.
Wijkgerichte samenwerkingsverbanden (locale zorgnetwerken) van diverse hulpverleners (ook wijkagenten en vertegenwoordigers van woningbouwcorporaties) kunnen voor mensen met complexe, sociaal-psychiatrische problemen en weinig ziekte inzicht effectief hulp bieden, zodat escalatie van problemen wordt voorkomen.
Krachtens het zogenaamde Amstelzorgakkoord is in Amsterdam tussen partijen (gemeente, stadsdeelraden, zorgverzekeraar, cliëntenorganisaties, politie, woningbouwcorporaties e.d.) afgesproken dat er in de stadsdelen meld- en steunpunten komen ter ondersteuning van langdurig zorgafhankelijke cliënten.



In de verslaafdenzorg zou behandeling van meer enkelvoudige verslavingsproblematiek (met name met betrekking tot alcoholverslaving) in de eerste lijn moeten plaatsvinden met ondersteuning vanuit verslavingszorg en GGZ. Ook hier zou een wijkgerichte aanpak heilzaam kunnen werken. Voor mensen met dubbele diagnostiek (psychische en verslavingsproblemen) is intensivering van de samenwerking tussen de GGZ en de verslavingszorg geboden.
In dat kader is in Utrecht het initiatief genomen tot de realisering van een uitbreiding met 48 "asielplaatsen" voor dakloze verslaafden met psychiatrische problematiek, een gezamenlijk project van een verslaafdenkliniek en een psychiatrisch ziekenhuis. Het project vormt onderdeel van een groter geheel van plannen en projecten om te komen tot een sluitende aanpak van problemen op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Een veelheid van partijen (gemeente, GGZ-instellingen, instellingen voor maatschappelijke opvang, zorgkantoor, politie) zoeken gezamenlijk oplossingen voor geconstateerde knelpunten. De samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd in een convenant.

GGZ-instellingen zouden extra capaciteit moeten krijgen voor uitbreiding van de zorg binnen de voorzieningen voor maatschappelijke opvang. Het creëren en versterken van maatschappelijke steunsystemen voor dak- en thuislozen, zelfverwaarlozers en "zorgwekkende zorgmijders" moet worden gestimuleerd. Outreachende hulpverlening en casemanagement zorgen ervoor dat de cliënt wordt bereikt en gevolgd.

De kwaliteit en toegankelijkheid van GGZ-voorzieningen voor allochtonen zou moeten worden verbeterd, zodat beter wordt aangesloten op de zorgvraag.

Vermaatschappelijking en de ontwikkeling van een maatschappelijk steunsysteem

Veel van de problemen en oplossingsrichtingen, die in het voorgaande aan de orde zijn geweest, hebben te maken met enerzijds de kansen en anderzijds de risico's van de ontwikkeling naar "vermaatschappelijking" van de geestelijke gezondheidszorg. Onder dit begrip gaat een transformatieproces schuil, waarbij cliënten niet meer langdurig zijn opgenomen in grootschalige, excentrisch gelegen instituten, maar ambulant worden behandeld en begeleid in hun eigen omgeving, liefst in hun eigen huis. Zelfstandigheid en maatschappelijke integratie zijn daarbij de streefdoelen. Wil dit kans van slagen hebben zal de cliënt ingebed moeten zijn in een zogenaamd "maatschappelijk steunsysteem".
Overigens betreft het hier uiteraard geen concept dat specifiek van toepassing is op de grote steden. Het is binnen de geestelijke gezondheidszorg een algemeen fenomeen dat de laatste jaren veel aandacht krijgt.

De term "maatschappelijk steunsysteem" duidt op het geheel van voorzieningen (wonen, werken, zorg en welzijn) rondom mensen met ernstige psychische problemen, dat er voor zorgt dat zij zo normaal mogelijk kunnen functioneren in de maatschappij. Het gaat om een netwerk van activiteiten, gericht op behandeling, ondersteuning en rehabilitatie van cliënten. Erg veel ervaring is er nog niet opgedaan met dit concept.
Wel kunnen een viertal factoren worden genoemd, die als essentialia voor een maatschappelijk steunsysteem zijn te beschouwen: het signaleren, herkennen en bereiken van de doelgroep, een breed aanbod van zowel algemene als geestelijke gezondheidszorg, ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren van de cliënten en het vervullen van een aantal randvoorwaarden ten aanzien van ondermeer privacybescherming, belangenbehartiging en klachtenprocedures en casemanagement[4].

Welke partijen zijn betrokken bij het creëren van een zodanig netwerk rondom de cliënt dat de vermaatschappelijking kan slagen[5] ?
Allereerst zijn dat de instellingen en organisaties, zowel op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg als op andere terreinen als woningbouw, maatschappelijk werk, arbeid en welzijn. Deze organisaties zullen moeten samenwerken en activiteiten op elkaar moeten afstemmen. Hier liggen de zwakke punten: het nut van vermaatschappelijking wordt wel degelijk door de betrokken organisaties ingezien, maar overdracht van taken is doorgaans geen optie. Er is immers sprake van verschillende werkgebieden, competenties, werkmethoden, wijzen van financiering e.d.
Er bestaat ook geen overeenstemming over de vraag wie de regie zou moeten voeren. In verschillende rapporten wordt de gemeente opgevoerd als wenselijke instantie, die de aansturing voor zijn rekening zou moeten nemen, maar dit is geen door alle betrokken partijen gedeelde perceptie.
De tweede partij is het sociale netwerk rondom de cliënt (familie en vrienden). Deze partij ondersteunt de vermaatschappelijking, maar realiseert zich ook dat er een toegenomen beroep op hen kan worden gedaan. Via een intensivering van de thuiszorg zou ondersteuning geboden kunnen worden aan familie en vrienden. De derde partij, de "maatschappij", staat op zich wel positief ten opzichte van vermaatschappelijking, maar wil daarvan absoluut geen overlast ondervinden.

Duidelijk is dat vermaatschappelijking een onomkeerbare weg is. De voorwaarden om dit proces goed te laten verlopen zijn echter nog lang niet vervuld. Een versterking van het draagvlak voor deze beweging en voortgaande kwalitatieve verbeteringen van vooral ook de organisatie van maatschappelijke steunsystemen (samenwerking, afstemming en een duidelijke regie) werken positief naar twee kanten: de cliënt voelt zich meer "thuis" in de maatschappij en de aanwezigheid van cliënten met psychiatrische problemen "in de wijk" wordt als minder problematisch ervaren.

Tot slot

De vier grote steden in Nederland worden steeds vaker geconfronteerd met problemen ten aanzien van de hulpverlening aan psychiatrische patiënten.
Op grond van onderzoeksresultaten kan echter niet worden aangetoond dat er substantiële verschillen zouden bestaan in de behoefte aan GGZ-voorzieningen tussen deze steden en de rest van Nederland. Wel is sprake van een aantal knelpunten, die zich vooral centreren rond een viertal thema's, te weten crisisopvang, verslavingszorg, zorg aan allochtonen en maatschappelijke opvang.
Oplossingsrichtingen voor deze problemen, die vooral samenhangen met de organisatie en samenstelling van het zorgaanbod, zijn in het voorgaande geschetst.
Een belangrijke oplossingsrichting zou kunnen bestaan uit een versterking van "maatschappelijke steunsystemen" voor GGZ-cliënten. Dit kan een bijdrage leveren aan en vermindering van problematiek van cliënten en aldus een stimulans vormen voor de zo gewenste vermaatschappelijking.

Voetnoten:

[1] College bouw ziekenhuisvoorzieningen, GGZ-problematiek grote steden, rapportnr. 526, 2002. Te downloaden via www.bouwcollege.nl/publicaties.

[2] Dekker, J., J. Peen, J. Iping en F. de Jonghe; Urbanisatie en de relatie met psychiatrische opnamen (Tijdschrift voor Psychiatrie 1994/8) Spijker, J., J. van Limbeek, J.F.J. Jonkers en W. van Tilburg; Trends in eerste opnamen in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis voor patiënten uit urbane en rurale gebieden met betrekking tot de periode 1980-1993 (Tijdschrift voor psychiatrie - 1998/8) Coopmans, M.J.A.M.; Psychopathologie; urbanisatiegraad en acute psychiatrie (MGV - 1997/6)

[3] De uitkomsten hiervan zijn terug te vinden in het signaleringsrapport van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen "GGZ-problematiek grote steden".

[4] Onderwater, K.; De ontwikkeling van een maatschappelijk steunsysteem in Westerpark (MGV - 2001/1)

[5] Kwekkeboom, M.H.; Zo gewoon mogelijk - onderzoek naar draagvlak en draagkracht in de geestelijke gezondheidszorg (Sociaal & Cultureel Planbureau, 2001)

Het moderne, ondernemingsgerichte ziekenhuis

W.G. van Dorp, arts, hoofd afdeling Planontwikkeling

Wat is eigenlijk een ziekenhuis? Er was eens, zo gaat het verhaal, een buitenlander die zijn auto parkeerde in de garage van een groot en nieuw academisch ziekenhuis in Nederland. Boven gekomen in de hal van het ziekenhuis vroeg hij zich af welk vliegveld dit was en waar de vliegtuigen nu wel stonden. De waarheid kwam snel aan het licht door wat vragen te stellen aan "medereizigers". Waar hij zich bevond was niet de hal van het vliegveld, maar de hal van het ziekenhuis...

Misschien hoef je niet uit het buitenland te komen om een soortgelijke ervaring te hebben. Het verhaal vertelt ook niet wat de verdwaalde buitenlander er van vond. Maar in de anekdote is dit toch wel de meest wezenlijke vraag. Moet een ziekenhuis(hal) direct als zodanig te herkennen zijn? Of mag de omgeving zo zijn dat de bezoeker ervaart dat hij zich niet in een ziekenhuis bevindt? Is de grootschaligheid van een vliegveld gewenst of moet het juist een maatje kleiner zijn? Wat maakt een ziekenhuis tot een ziekenhuis en hoe moet dat bouwwerk er uit zien?

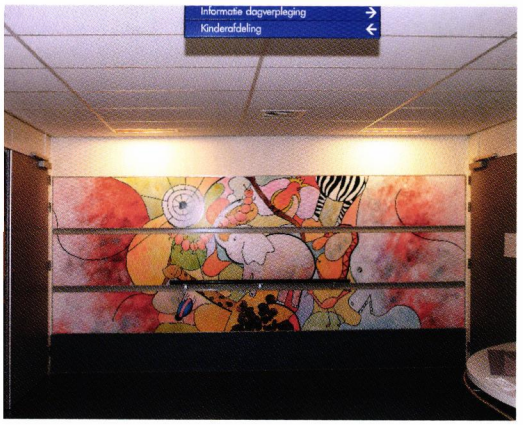
Het ziekenhuis na 1850

In deze bijdrage staat deze laatste vraag centraal. Nieuw is de vraag zeker niet, er is hier al veel over nagedacht. Wél kan gesteld worden dat in de loop van de tijd de antwoorden anders zijn geworden. Nauwkeuriger gezegd, de antwoorden werden gezocht in nieuwe kennisgebieden. Overigens, oude beproefde inzichten en verworvenheden zijn meestal niet verloren gegaan. Daardoor is nu de situatie ontstaan dat het ziekenhuis aan zeer veel – vaak ook tegenstrijdige – eisen moet voldoen. Dat maakt het tot een uiterst complex bouwwerk. Volgens ingewijden is het in de categorie verblijfsgebouwen zelfs een van de meest ingewikkelde producten.

Welke thema's hadden zo de aandacht van de ziekenhuisontwerpers en gebruikers? Ik beperk me hierbij tot het ziekenhuis in de moderne tijd, dat wil zeggen vanaf 1850. Onmiddellijk dient daarbij aangetekend te worden dat er ook lijnen lopen van vóór die tijd. Het zijn een soort vanzelfsprekende grondtonen, die door de hele geschiedenis van het hospitaal heen te horen zijn. Dat betreft mijns inziens vooral het idee van het ziekenhuis als plaats van zorgverlening aan de hulpbehoeftige. Maar ook de aandacht voor de vormgeving van het gebouw – de architectonische waarde – is niet alleen iets van de moderne tijd. Ook in het verre verleden zijn schitterende gebouwen gerealiseerd. Hóe dat gebouw werd vorm gegeven, is uiteraard wel erg tijdgebonden.

De meer systematische (wetenschappelijke) bezinning op het ziekenhuis wisselde veel meer. Wanneer we in grote stappen door de geschiedenis gaan, kan gesteld worden dat de aandacht eerst en vooral uit ging naar het functionele. Daarna kwam het mensgerichte erbij en van meer recente datum is dat vooral het ondernemende element aandacht krijgt. Zo is het moderne ziekenhuis te beschouwen als een uiterst ingewikkelde werkplaats voor een zorgonderneming.
Zover was het in de 19e eeuw dus nog niet. Het ziekenhuis was vooral functiegericht. De inzichten in de medische wereld waren leidend voor de inrichting. Ook hier moet worden bedacht dat het gaat om de inzichten uit die tijd zelf. Voorbeelden van functionaliteit uit die begintijd zijn dan ook de grote aandacht voor de ventilatiesystemen van (stads)ziekenhuizen en de keuze voor paviljoenbouw met "lucht en ruimte". Aandacht voor besmettingspreventie – want daar ging het om – is dus niet nieuw. Niet verwonderlijk overigens, want in die tijd waren infecties de meest voorkomende ziekten.

Patiëntgericht bouwen
Vooral in de tijd na de tweede wereldoorlog kwam er meer aandacht voor "de menselijke maat". Soms is het bijna een letterlijke maat, bijvoorbeeld als het gaat om de afstand tussen de bedden en de grootte van patiëntenkamers. Geen ziekenzalen meer, maar *kamers* voor zes, drie of twee personen. Veel aandacht werd ook besteed aan de afwerking, niet alleen voor het onderhoudsgemak, maar ook voor het oog.



Opmerkelijk is de recente intensieve aandacht voor dit onderwerp in de vorm van het thema "healing environment". Zoals zo vaak het geval is, zijn deze Engelse termen lastig te vertalen. In Nederland hebben we het dan bijvoorbeeld over patiëntgericht bouwen. De term "helende verblijfsomgeving" zou beter de lading dekken. Het woord helend heeft namelijk een dubbele betekenis, die beide hier van toepassing zijn. Helen houdt in "beter worden" (zoals gebruikt in de officiële aanduiding voor het specialisme chirurgie: "heelkunde") Het heeft ook de inhoud van ge-heel, het complete, en daarmee ook het goede (vergelijk ook het Nederlandse woord "heil"). Die dubbele betekenis is niet onbelangrijk in de verklaring voor de aandacht voor dit thema. In de medische antropologie breekt steeds meer het besef door dat psychische processen en lichamelijke processen niet op zichzelf staan, maar dat het gaat om twee aspecten van dezelfde zaak. Zo kunnen emoties en gevoelens, hier dus opgeroepen door de vormgeving van de verblijfsomgeving, wel degelijk van invloed zijn op lichamelijk merkbare en meetbare ziekteprocessen. Het is geen heel krachtige factor, maar dat betekent uiteraard niet dat het een onbelangrijke factor zou zijn. Ook kleine invloeden kunnen een proces beslissend invloeden als de genezende en destructieve processen elkaar vrijwel in evenwicht houden.

In de gedachtevorming rond de helende omgeving speelt het "evidente" ook een rol. Tegenwoordig verstaan we hieronder vooral het gebruikmaken van het best mogelijke bewijs. Daarbij wordt dan in de eerste plaats gedacht aan de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Ontwerp- en inrichtingseisen van het ziekenhuis mogen dus niet (alleen) gebaseerd zijn op gevoelens en alledaagse ervaringen, maar moeten geënt zijn op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De in de zorgwereld leidende gedachte van "evidence based care" is nu ook doorgedrongen in de bouwwereld: "evidence based bouwen".

Het ziekenhuis als onderneming

Als laatste leidende ontwikkeling kwam aan het einde van de 20e eeuw de aandacht voor het economisch aspect van het ziekenhuis. Buiten Nederland begon deze ontwikkeling wat eerder, met name in die landen waar geen sprake was van een algemene ziektekostenverzekering. De financiering van zorginstellingen was daardoor minder gegarandeerd dan in landen waar de financiering verzekerd was, zoals in Nederland. Economische aspecten hebben natuurlijk altijd al wel een rol gespeeld. Berichten over budgetoverschrijdingen zijn van bijna alle eeuwen. Maar nu gaat het vooral om een optimaal en verantwoord gebruik van middelen, liefst ook "evidence based".
Hoe kan ik het ziekenhuisgebouw een bijdrage laten leveren aan mijn wens tot het realiseren van ondernemerschap in de zorg? Daarbij wordt in het bijzonder gedacht aan maatschappelijk ondernemerschap, waarbij die sociale relevantie van de zorginstelling (vergelijk de eerder genoemde grondtoon van de zorg voor de naaste) gecombineerd wordt met de positieve effecten van het ondernemend bezig zijn.
Op deze meest recente ontwikkeling in de ziekenhuiszorg wil ik mijn betoog verder richten.

Ondernemerschap

Wat is ondernemen eigenlijk? Ik wil ondernemen hier definiëren als het gezamenlijk zodanig bezig zijn met en in de organisatie, dat door creatief, innovatief en toekomstgericht handelen, steeds meer (sub)doelen kunnen worden bereikt. Een begrip als "visie" staat hierbij centraal. Een goede visie zorgt ervoor dat de "missie" voortdurend wordt aangepast en wordt uitgebreid. Die evolutie vindt in een zodanig tempo plaats dat de organisatie dit kan dragen en waarmaken.

Voor de zorg betekent dit dat steeds meer zal worden voldaan aan de eisen die aan de zorg gesteld worden. Van goede zorg kan gezegd worden dat deze:
gewenst en gekozen is door de zorgvrager;
doelgericht is, dat wil zeggen gericht is op het bereiken van het gewenste resultaat en waarbij de nadelige effecten zo klein mogelijk zijn;
doelmatig is, dat wil zeggen met een optimaal gebruik van middelen; inclusief financiële middelen;

- Veilig is (voor zorgvrager en zorgverlener);
- Op tijd gegeven wordt, dat wil zeggen met aanvaardbare wachtlijsten en wachttijden, ook als de zorg een vervolg heeft ("ketenzorg"), voor een ieder die het nodig heeft.

"Gekozen" betekent dat er tenminste enige keuzevrijheid is bij de zorgvrager. Ik laat hier vormen van gedwongen zorgverlening, zoals die gegeven kan worden op grond van de wet Bijzondere opneming psychiatrische ziekenhuizen even buiten beschouwing. Met "gekozen" wordt niet zo zeer bedoeld de keuze tussen zich wel of niet laten behandelen, maar de keuzevrijheid wáár c.q. bij wie de behandeling plaatsvindt en met welke bijkomende omstandigheden. Daarbij zal in de praktijk ook het element "luxe" een rol spelen, maar in eerste instantie gaat het om een keuzevrijheid op terreinen als bereikbaarheid van de zorginstelling, culturele of religieuze verwantschap met de zorgverleners, verschillende maar verder medisch gelijkwaardige behandelmethoden, etc.

Het kan met recht een hele onderneming worden genoemd om deze kwaliteit van zorg te leveren. Zelfs het vastleggen van die kwaliteit is al ingewikkeld. Daarvoor is een adequaat systeem van indicatoren nodig. Het leveren van de zorg stelt hoge eisen aan zorgmanagers en zorgverleners. Het zijn eisen die verwoord kunnen woorden in termen van attitude en competenties (brede vaardigheden). Het gaat om eigenschappen als klantgerichtheid, servicegerichtheid, kostenbewustzijn, innovatief en creatief vermogen, flexibiliteit en leergierigheid, dit alles in combinatie met de bewogenheid voor de ander die – wat mij betreft – de basis is en blijft voor het zorgverlenend handelen.

Juist omdat het allemaal uitgesproken menselijke eigenschappen zijn, lijkt het gebouw daar niet zoveel mee van doen te hebben. Maar is dat ook zo? Als een ziekenhuis functioneel en mensgericht is, kan en moet het daarbij ook nog ondernemingsgericht zijn? Ik probeer aan de hand van een aantal aandachtspunten aan te tonen dat dit inderdaad het geval kan zijn. Uit het lezen ervan zal blijken dat niet alles nieuw is, maar dat bij het ziekenhuis bij ondernemen andere accenten worden gelegd en dat nieuwe invalshoeken worden gekozen.

Definiëren van kernactiviteiten

Ondernemen betekent nadenken over de omvang van het zorgaanbod. Daarbij gaat het hier niet in de eerste plaats om het volume (bijvoorbeeld: hoeveel verrichtingen van een bepaalde soort), maar vooral om de vraag welke zorg wel of niet gegeven wordt. Waarin willen we (als ziekenhuis) excelleren, waarin zijn we redelijk goed (en kunnen we dat met relatief geringe inspanning verbeteren), wat dient dringend verbeterd te worden en wat stoten we af? Willen we ons profileren met bijvoorbeeld een tienerafdeling, het verstrekken van dialyse, verslavingszorg, een multidisciplinaire zorgafdeling, enz? Gewoonlijk komen deze keuzen tot uitdrukking in een visiedocument waarin de ambities worden vastgelegd.

De keuzen hebben direct gevolg voor het zorggebouw: Er moet letterlijk ruimte zijn om de ambities te realiseren. Omdat een ziekenhuis een groot aantal jaren moet meegaan, vraagt dit om een gebouw met een grote flexibiliteit: zowel intern als extern. Intern wil zeggen: ruimten moeten gemakkelijk aangepast kunnen worden om andere zorgactiviteiten te kunnen laten plaatsvinden; extern wil zeggen dat het gebouw gemakkelijk uitgebreid moet kunnen worden.

Cure of ook care?
Gaat het om het aanbieden van nieuwe zorgvormen, dan kan daarvoor ook buiten de "cure" worden gekeken. Voor de hand ligt dan de vraag naar het aanbieden van "nabehandelingszorg" Onder nabehandelingszorg versta ik hier verblijfszorg (24-uurs zorg), die in principe AWBZ-gefinancierd is. Het gaat om een situatie waarbij er geen indicatie meer bestaat voor klinische medisch-specialistische zorg, maar waarbij de zorgvrager thuis – om wat voor reden dan ook – onvoldoende verzorging kan krijgen. Het is de zorg die soms nu ook al in ziekenhuizen wordt gegeven en die bekend staat als de "verkeerde bed"-problematiek.

Een dergelijk zorgaanbod kan aantrekkelijke kanten hebben, zoals het optimaal kunnen inzetten van eigen personeel. Lopen de piekbelastingen in de medisch-specialistische klinische zorg en in de verblijfszorg niet synchroon, dan kan een vliegend zorgteam efficiënt op verschillende plaatsen worden ingezet.
Voor een verzekerde (en dus voor een zorgverzekeraar) kan het eveneens aantrekkelijk zijn om de nazorg op dezelfde locatie te ontvangen als de ziekenhuiszorg. Toch zal een eigen nazorgafdeling niet altijd de beste oplossing zijn. Plaatselijke omstandigheden spelen vaak een rol bij de keuze. Een goede samenwerking met een nabijgelegen verpleeghuis kan ook leiden tot een goed op elkaar afgestemd zorgaanbod dat bedrijfseconomisch goed te verdedigen is.

Afstoten ondersteunende diensten
Het maken van keuzes raakt ook de ondersteunende diensten. Welke worden in eigen beheer gehouden en welke niet? Nu hebben deze keuzes niet altijd direct invloed op het zorggebouw. Het uitbesteden van bijvoorbeeld de catering heeft nauwelijks invloed op omvang van het personeelsrestaurant. Dat ligt anders voor zaken als voorraadopslag en voorraadbeheer, keuken, wasserij, laboratoria, technische dienst, enz. Door dit uit te besteden en/of uit huis te plaatsen ontstaat er een meer compact ziekenhuis, waarvoor bijvoorbeeld gemakkelijker een plek kan worden op een aantrekkelijke, goed bereikbare locatie.
Op een soortgelijk vlak ligt de keuze om niet alle apparatuur zelf aan te schaffen, maar deze te leasen of zelfs niet te plaatsen in het gebouw, omdat gebruik kan worden gemaakt van mobiele voorzieningen.

Zorgboulevard?
Tegenover het uitbesteden van diensten kan staan het accommoderen van diensten voor anderen. Het aanbieden van huisvesting is de meest voor de hand liggende optie. De mate waarin huisvesting gerealiseerd wordt voor anderen kan variëren van het bieden van onderdak aan enkele winkeltjes tot het realiseren van een grootschalige zorgboulevard, waarin een breed pakket van diensten op het terrein van de zorgverlening wordt gehuisvest. Volgens de huidige regelgeving mag dat laatste overigens geen eigen activiteit zijn van het ziekenhuis. Daarvoor dient een aparte organisatie in het leven te worden geroepen. Maar zorgboulevard en ziekenhuis zijn vaak toch wel nauw met elkaar verweven: qua locatie maar ook qua "klandizie".

Voor het ondernemende ziekenhuis kan een zorgboulevard een belangrijk middel zijn om te komen tot volledig pakket van diensten, waar én patiënt én ondernemer van kunnen profiteren. In bouwkundig opzicht is het realiseren van een zorgboulevard nog niet zo eenvoudig. Het realiseren ervan kan bijvoorbeeld een forse inperking geven van de uitbreidingsmogelijkheden voor het ziekenhuis.

De dienstverlening kan zich ook uitstrekken tot het verlenen van (huisvestings)faciliteiten aan de eerste lijn. Het ziekenhuis kan een huisartsenpost (HAP) herbergen of zelfs een geheel (wijk)gezon dheidscentrum. Ook hierin zullen lokale situaties een doorslaggevende rol spelen in de keuze.

Faciliteiten voor ondersteunende diensten zijn eveneens denkbaar, zoals voorraadopslag voor een groep van zorgverlenende instellingen, de eerder genoemde keuken, het onderhouden van een regionale ICT-infrastructuur, levering van medicijnen aan andere zorginstellingen, enz.

Verantwoordelijkheden decentraliseren

In een ondernemingsgerichte organisatie krijgt de managementstructuur en de manier van werken veel aandacht. Zeker in de middelgrote en grotere ziekenhuizen ontstaan dan werkeenheden die al snel het karakter van "businessunits" kunnen krijgen. De aard van de eenheden is sterk afhankelijk van de verantwoordelijkheden die overgedragen worden. Daarbij kan gedacht worden aan werkplanning, voorraadbeheer, kwaliteitsbewaking, personeelsbeleid en financieel beleid.

Hoe meer verantwoordelijkheden overgaan, des te meer zal er sprake zijn van een "resultaatverantwoordelijke eenheid". Op een gegeven moment gaat het ziekenhuis daardoor van karakter veranderen. Bij veel zelfstandige eenheden verdwijnt de centrale ziekenhuisorganisatie en krijgt het geheel het karakter van een moedermaatschappij. In het gebouwconcept komt dit tot uitdrukking door het ontstaan van een "bedrijfsverzamelgebouw". De beslissing om het huisvestingsbeleid te decentraliseren speelt daarin een belangrijke rol. Er is overigens nog weinig informatie beschikbaar over de voor- en nadelen van decentraal huisvestingsbeheer. Denkbaar is dat een huisvestingsbudget per unit de ondernemingszin prikkelt. Gezien de complexiteit van een ziekenhuisgebouw zal toch in de meeste gevallen de (ver)bouwvoorbereiding en uitvoering centraal gestuurd blijven worden.

Niettemin moet het effect van een decentraal huisvestingsbeleid niet onderschat worden. Bij ondernemerschap speelt het team en de teamgeest een belangrijke rol. De fysieke huisvesting van het team is daarbij een belangrijke factor. Vooral in grotere complexen zullen bedrijfsunits ontstaan met een eigen, herkenbare identiteit die ook zichtbaar is in de huisvesting.

Bij een goed ontwerp behoeft dat niet ten koste te gaan van de interne bereikbaarheid van voorzieningen door de zorgvragers. Herkenbare gebouwonderdelen kunnen juist ook voor de zorgvrager een middel zijn om zich snel te kunnen oriënteren De gelijkenis met de herkenbaarheid van en de onderlinge relatie tussen de delen van een luchthaven mag daarvoor als voorbeeld dienen.

Welke units?

Bij het formeren van afzonderlijke bedrijfseenheden is het de vraag waar de grenzen tussen de eenheden komen te liggen. Het ligt voor de hand daarbij te denken aan de verschillende wijzen van financiering van de zorg. In 2004 – het moment van schrijven van deze bijdrage – zal voor een klein deel van de ziekenhuiszorg vrije prijsvorming mogelijk worden. Voor een aantal diagnose behandelingcombinaties (DBC's) zullen er geen maximumprijzen meer gelden. De prijs komt tot stand in onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Er is geen sprake meer van een contracteer*verplichting*.
Zullen dan juist voor het uitvoeren van deze verrichtingen afzonderlijke productie-units worden gevormd? Dat scenario is niet ondenkbaar. Het zijn specifiek die onderdelen van het ziekenhuis die de concurrentie zullen moeten aangaan met de ZBC's, de zelfstandige behandelcentra.
Denkbaar is ook dat er een duidelijk verschil ontstaat in managementstijlen tussen de bedrijfseenheden. In de "productie"-units ligt het accent op productiemanagement: het realiseren van grotere aantallen van een zelfde zorgproduct met een hoge, vaste kwaliteit. Elders in de ziekenhuisorganisatie is er meer sprake van projectmanagement voor ingewikkelde, onvoorspelbare zorgactiviteiten. Deze gedachtelijn verder volgend ontstaat als snel een ziekenhuisconcept met de volgende eenheden:

- Algemeen behandelcentrum planbare zorg: dagbehandeling, kort meerdaags verblijf, poliklinische behandeling, klinische observatie, (middel)zware diagnostiek;
- Enkelvoudige onderzoeks-en behandelcentra; centrum voor klinische nazorg en korte revalidatie;
- Spreekuurafdeling en lichte diagnostiek en behandeling;
- Centrum spoedeisende hulp en traumatologie.

Onder het enkelvoudige behandelcentrum versta ik hier de "ziekenhuisvorm" van het zelfstandige behandelcentrum. Het is de eenheid waar in een relatief monddisciplinaire medisch-specialistische omgeving veel voorkomende, goed te standaardiseren zorg wordt aangeboden.
Voor elk van de genoemde eenheden is een eigen huisvestingsconcept denkbaar. Voorstelbaar is dat deze niet alle gerealiseerd worden op één centrale locatie. De spreekuurafdeling kan bijvoorbeeld een (deels) gedisloceerde vestiging hebben, zoals we die nu al kennen in de vorm van buitenpoliklinieken.

Interne en externe logistiek
Aandacht voor de externe en interne patiënt- en goederenstromen is van wezenlijk belang voor een op efficiëntie en service gerichte zorgorganisatie. Voor wat betreft de externe logistiek: situering van het ziekenhuiscomplex bij een knooppunt van wegen, goede openbaar vervoer voorzieningen en voldoende parkeergelegenheid zijn hiervoor sleutelbegrippen. Voor de patiënt en het personeel mag ook het just-in-time principe gelden. Het ziekenhuis heeft aantrekkingskracht als het met betrouwbare aan- en afvoerlijnen te bereiken is.

De praktijk is echter weerbarstig. In een overvol land als het onze liggen nieuwe geschikte locaties niet voor het oprapen. Bovendien kunnen er allerlei redenen zijn om bestaande locaties met een minder goede bereikbaarheid te handhaven. Het hierboven genoemde concept met verschillende bedrijfseenheden zal in deze discussie ongetwijfeld een rol gaan spelen. De zorgunits stellen namelijk verschillende bereikbaarheidseisen. Voor een spreekuurafdeling is de ligging nabij een openbaar vervoer knooppunt belangrijker dan voor een traumatologiecentrum. Voor de laatste is een goede bereikbaarheid per auto (en dus ook voor de ambulance) van veel grotere betekenis.

Minstens even belangrijk als de externe logistiek is de interne logistiek. Het ziekenhuis moet als een "schil" om de verschillende patiënten en goederenstromen heen gebouwd zijn. Niet alleen zijn korte loop- en transportroutes van belang. De infrastructuur dient er in te voorzien dat de patiënt zijn "zorgpad", dat wil zeggen de voor hem noodzakelijke achtereenvolgende zorgactiviteiten, efficiënt ('just-in-time") kan doorlopen.

Dit leidt tot een ziekenhuisconcept waarbij, veelmeer dan voorheen, de zorgvrager het uitgangspunt is voor het concept en niet de zorgverlener. Welke consequenties dit precies heeft voor de bouw is op dit moment nog niet volledig uitgekristalliseerd. De meest opvallende ontwikkeling op dit moment is dat spreek- en werkkamers op de polikliniek gescheiden worden. Indien de patiënt bij een polikliniekbezoek meerdere zorgverleners moet consulteren, kan dit plaatsvinden in een geconcentreerd gebied. De patiënt blijft in de spreekkamer terwijl de zorgverleners wisselen. Deze werkwijze is alleen goed mogelijk bij de beschikbaarheid van een elektronisch patiëntendossier. Alleen dan kan een zorgverlener op verschillende plaatsen werken, omdat immers overal in het huis via de computer alle relevante informatie voor de zorgverlening beschikbaar is. Met de klassieke, papieren dossiers is deze werkwijze eigenlijk niet te realiseren.

Veiligheid
De gevolgen van onveilige situaties in het ziekenhuis zijn groot. Veiligheid in de zorg moet altijd een hoge prioriteit hebben, maar in termen van ondernemerschap moet dit belang nog eens extra benadrukt worden. Fouten en ongevallen veroorzaken niet alleen menselijk leed, maar interfereren ook sterk met de gewone bedrijfsvoering. Een MSRA-epidemie heeft vaak tot gevolg dat bepaalde zorgafdelingen geheel stilgelegd worden.

Een goed ontworpen zorggebouw is een factor van belang in het realiseren van die patiëntveiligheid. Te denken valt daarbij aan adequaat ontworpen operatiekamers, de aanwezigheid van gesluisde en drukgestuurde patiëntenkamers, speciale onderzoeksruimtes op de eerste-hulpafdeling, enz.

Naast de patiëntveiligheid speelt - breder - ook de sociale veiligheid een rol. Diefstal of vernieling van delen van de ICT-infrastructuur kunnen bedrijfsprocessen zeer sterk verstoren. Het handhaven van de veiligheid door beveiligingspersoneel is al een belangrijke kostenfactor in de ziekenhuiszorg. Agressie verstoort het uitgekiende tijdschema.

Overigens is de relatie ook omgekeerd: bij een goede patiëntenlogistiek ontstaat veel minder agressie. In een modern ziekenhuisontwerp wordt met deze factoren terdege rekening gehouden. Aandachtspunten zijn onder andere beperking van het aantal ingangen, goed verlichte ruimten en het ontbreken van dode hoeken. Waar mogelijk geven personeelsruimten zicht op publieke ruimten en is er een geïntegreerd gebouwbewakingssysteem aanwezig.

Bijdrage aan de leefomgeving

Tenslotte mag er óók in het ondernemingsgerichte ziekenhuis veel aandacht zijn voor een mooie, prettige zorgomgeving. Dat geldt voor zowel de buitenkant als de binnenkant van het gebouw. Een representatief gebouw met een architectonische meerwaarde, dat een verrijking is voor de omgeving, "doet" wat met de gebruiker van het gebouw. Het aanzien van het gebouw mag ook voor de buitenstaander het gevoel oproepen dat hier waardevol werk wordt verricht, zowel voor de individuele zorgvrager als voor de maatschappij als geheel.

Als in de toekomst meer accent gelegd wordt op een innovatie-uitdagende competitie tussen zorginstellingen, dan kan het gebouw daaraan zeker een bijdrage geven. Meer dan voorheen zal een ondernemingsgericht ziekenhuis aandacht hebben voor de eigen identiteit en de eigen uitstraling. Het gebouw moet een plek creëren waar de patiënt zich begrepen en veilig voelt. De zorgverlener moet een werkplek hebben waarbij de missie van het ziekenhuis gerealiseerd wordt door gebruik te maken van de capaciteiten, de motivatie en de innovatieve kracht van het personeel. Van alle kapitaal is het menselijk kapitaal nog altijd de belangrijkste factor in het bereiken van de gestelde doelen.

Zelfstandige behandelcentra: booming business of modegril?

drs. E.G.M. Knoors, senior-stafmedewerker sector Ziekenhuizen

In 1998 zijn zelfstandige behandelcentra (ZBC's) als categorie van inrichtingen onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen gebracht. Doel hiervan was het kunnen bewaken van de kwaliteit, doelmatigheid en kosten van de sector van de medisch specialistische zorg. De behandeling door ZBC's zou vooral kunnen liggen in electieve, geprotocolleerde diagnostiek en behandeling, waarbij een relatie met het oplossen van wachtlijsten in ziekenhuizen voor de hand lag.
Er was sprake van een restrictief beleid, gericht op beperking van het aanbod van de toen (in 1999) bestaande ZBC's door legalisering van een aantal privé-klinieken. Uiteindelijk zijn in 2000 circa 45 van de *bestaande* privé-klinieken (± 110) omgezet in ZBC's. De rest viel niet uit de boot, maar een vergunning was niet nodig om uiteenlopende redenen: omdat geen gezondheidsprestatie wordt verricht, geen specialistische zorg wordt aangeboden of geen sprake is van een organisatorisch verband (dat wil zeggen geen instelling met ten minste twee onderling samenwerkende specialisten gericht op zorgverlening). Nadien is het enige tijd stil aan het ZBC-front, vermoedelijk vanwege het terughoudende karakter van het destijds vigerende toetsingskader en de mogelijk remmende werking van de bekostigingssystematiek[1].
Hierin komt verandering als Minister Hoogervorst medio 2003 besluit om in de opmaat naar de stelselwijziging in 2006 de regelgeving inzake ZBC's te vereenvoudigen en te versoepelen teneinde meer ruimte te bieden aan nieuwe toetreders ter wille van concurrentie en nieuw aanbod. Zo zijn de voorheen beperkende eisen – wachtlijstreductie, samenwerking met een ziekenhuis, visie regionale zorgverzekeraar omtrent behoefte – afgeschaft en is de aanvraagprocedure vereenvoudigd[2].

Voorts is het de bedoeling om in het kader van de invoering van de DBC-bekostigingssystematiek[3] per 1 juli aanstaande de prijsstelling tussen ziekenhuizen en de ZBC's meer vergelijkbaar te maken, door voor ziekenhuizen een normatieve opslag voor kapitaallasten op te leggen aan de vrij onderhandelbare DBC-groepen.

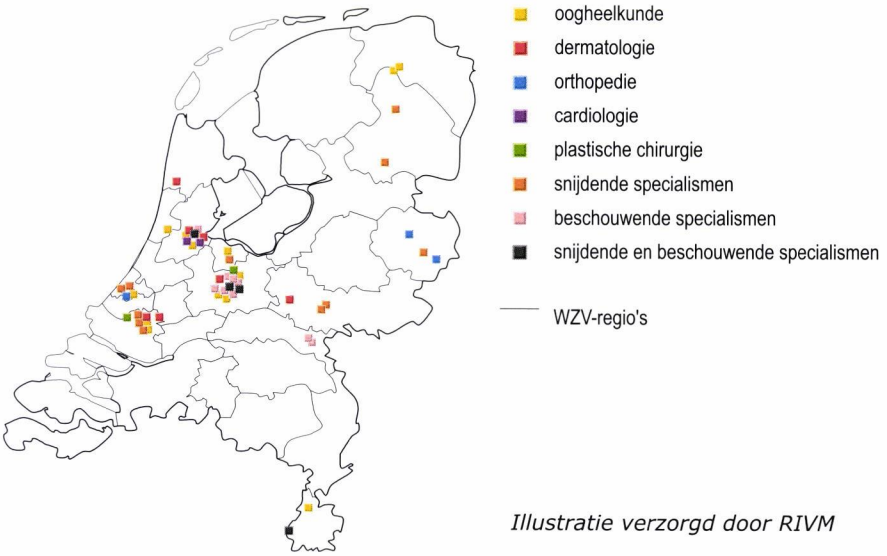
De randvoorwaarden voor een 'booming business' waarin het vrij ondernemerschap de ruimte wordt gegeven lijken dan ook aanwezig. Echter, de vraag doet zich voor of de ZBC's voor de electieve zorg een echte concurrent voor het ziekenhuis kunnen worden, dan wel dat hun rol toch beperkt blijft tot een 'luis in de pels' van ziekenhuizen.

Aan de hand van een nadere analyse van de tot dusver afgegeven vergunningen aan ZBC's, alsmede achtergrondinformatie verstrekt in aanvragen en gesprekken met potentiële aanvragers, wordt in dit artikel gepoogd hierop een antwoord te geven.

Hoeveel ZBC's zijn er?

Van de 45 functionerende ZBC's (sinds 2000) zijn er thans nog 37 actief. De 8 opgeheven ZBC's betreffen hoofdzakelijk ZBC's met een monodisciplinair specialisme (bijvoorbeeld alleen oogheelkunde of alleen dermatologie ect.). De reden voor beëindiging van de ZBC's lag voornamelijk in het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd van één of meer specialisten of in een onrendabele exploitatie van de ZBC.

Na de versoepeling van de regelgeving rondom ZBC's zijn in 2003 door het Bouwcollege in totaal 14 vergunningen afgegeven voor de oprichting en exploitatie van nieuwe ZBC's. Het totale aantal ZBC's per 1 januari 2004 komt hiermee uit op 51. Voor de oprichting van circa 20 andere ZBC's zijn inmiddels ook aanvragen ingediend. Een deel van deze aanvragen heeft betrekking op centra die voorheen alleen derde compartimentszorg verleenden (een échte privé-kliniek) maar thans ook voornemens zijn zich op de markt van de tweede compartimentszorg te storten.



Illustratie verzorgd door RIVM

De ZBC's zijn niet evenwichtig gespreid over Nederland. Ruim 55% van het aantal ZBC's is gesitueerd in drie gezondheidsregio's, te weten Utrecht (13 ZBC's), Amsterdam (8 ZBC's) en Rijnmond (8 ZBC's). In de gezondheidsregio Den Haag zijn 4 ZBC's gevestigd, gevolgd door 3 ZBC's in de regio's Twente en Arnhem en 2 ZBC's in de regio's Groningen, Drenthe, Nijmegen, 't Gooi en Zuid-Limburg. In de gezondheidsregio's Alkmaar en Kennemerland is tenslotte elk 1 ZBC gevestigd. In 14 gezondheidsregio's daarentegen is (nog) geen enkel ZBC gevestigd. Dit betreft de regio's Friesland, Zwolle, Stedendriehoek, Flevoland, Leiden, Delft, Midden-Holland, Dordrecht, Zeeland, de vier Brabantse gezondheidsregio's en Noord-Limburg.

Hoeveel ZBC's er de komende periode bijkomen, is moeilijk in te schatten en zal mede afhankelijk zijn van de wijze waarop de nieuwe bekostigingsmethodiek voor ziekenhuizen zich zal gaan ontwikkelen. Verderop in dit artikel zal ik hier nader op ingaan.

Waar bevinden de ZBC's zich?
Voor 5 van deze 14 gezondheidsregio's zijn overigens inmiddels aanvragen ingediend voor de oprichting van één of meerdere nieuwe ZBC's.
Ook binnen het merendeel van de gezondheidsregio's als zodanig blijkt dat de ZBC's niet evenwichtig gespreid zijn. Zo zijn 7 van de 8 ZBC's in de gezondheidsregio's Amsterdam en Rijnmond respectievelijk gevestigd in de steden Amsterdam en Rotterdam en is het merendeel van de ZBC's in de gezondheidsregio Utrecht gevestigd in de stad Utrecht of in Bilthoven.

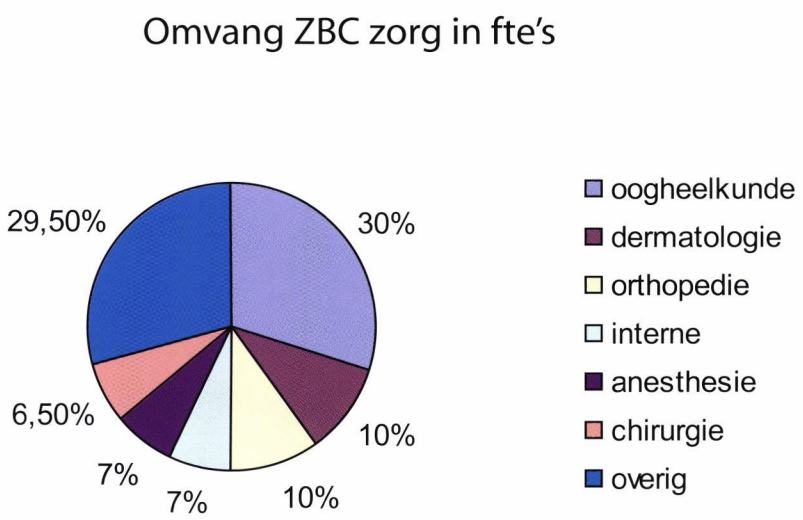
Welke zorg wordt in ZBC's verleend?

Aantal specialismen per ZBC			
1	2	3	> 4
18	20	5	8
Aantal fte's specialisten per ZBC[4]			
0 - 1	1 - 2	2 - 3	> 3
10	16	15	10

Een ZBC richt zich op de electieve (planbare) zorg die minder complex is en ook de patiënten daarop selecteert. Patiënten worden grondig op de risico's van een ingreep doorgelicht en bij een te hoog risico niet geaccepteerd. Van de 51 ZBC's zijn 18 ZBC's monodisciplinair ingericht, dat wil zeggen de zorg wordt aangeboden vanuit één specialisme.
De helft van deze monodisciplinaire ZBC's betreffen oogklinieken alwaar overwegend cateractoperaties en laserbehandelingen plaatsvinden. Sommige van deze oogklinieken zijn gesitueerd annex of in de nabijheid van een opticiën in een winkelcentrum. Na doormeting van de ogen van een cliënt in de winkel kan dan snel een vervolgafspraak worden gemaakt in het ZBC voor bijvoorbeeld een laserbehandeling. Andere doelgroepen waarop monodisciplinaire ZBC's zich richten, zijn overwegend patiënten met huidaandoeningen, patiënten die cardiovasculair gemonitord worden en patiënten met klachten op het gebied van het bewegingsapparaat (orthopedie).
Van de overige 33 ZBC's beschikken 20 ZBC's over 2 specialismen, 5 ZBC's over 3 specialismen en 8 ZBC's over 4 of meer specialismen. Laatstgenoemde ZBC's beschikken over het algemeen over zowel snijdende en beschouwende specialismen en zijn qua zorgaanbod goed te vergelijken met een reguliere buitenpolikliniek (met dagverpleging) van een ziekenhuis. In de ZBC's met 2 of 3 specialismen zijn meestal of alleen snijdende (in combinatie met een anesthesist) of alleen beschouwende specialismen aanwezig.

Het aantal specialisten per ZBC varieert sterk. In circa 10 ZBC's zijn minder dan 1 fte specialist werkzaam (verdeeld over minimaal twee specialisten), in circa 31 ZBC's varieert het aantal fte specialisten tussen de 1 en 3 en in 10 ZBC's zijn meer dat 3 fte specialisten aanwezig. Het gemiddeld geringe aantal fte's per ZBC is een gevolg van het, in vergelijking met een ziekenhuis, aanbieden van een relatief beperkt deel van het zorgaanbod.

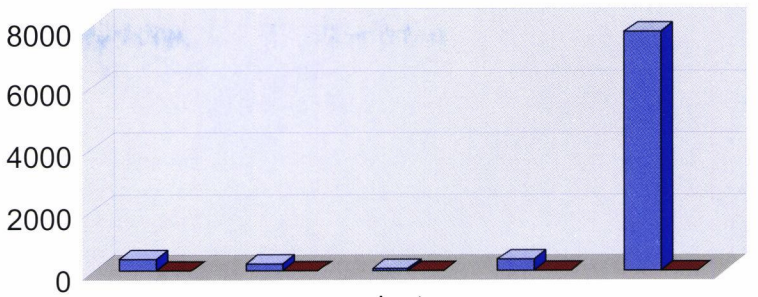
Het betreffen overwegend routinematige behandelingen en ingrepen die in een afzonderlijke setting kostentechnisch efficiënt kunnen worden weggezet. Deze selectie van routinematige behandelingen en ingrepen wordt ook ingegeven doordat de tariefstelling 'ontspoord' is, de te declareren tarieven komen niet meer overeen met de kosten (tarieven hoog, kosten laag). Bovendien is er per verrichting een zodanige winst te behalen dat de kosten van de infrastructuur en ruimtegebruik (die immers niet geheel vergoed worden) nog goed kunnen worden gemaakt bij een voldoende hoge productie.
Het merendeel van de in de ZBC's werkzame specialisten doet dit in aanvulling op hun werkzaamheden in een ziekenhuis. Slechts een klein deel werkt full-time in een ZBC.
In de per 1 januari 2004 bestaande 51 ZBC's zijn in totaal ruim 111 fte's specialisten werkzaam. Hiervan is circa 30% (32,8 fte's) oogarts, 10% (11,6 fte) dermatoloog, 10% (11 fte) orthopeed,
7% (8,2 fte) internist, 7% (8,1 fte) anesthesist en 6,5% (7,4 fte) chirurg. De overige 29,5% (32,4 fte) betreffen specialisten afkomstig uit 13 andere disciplines/specialismen.



Omvang ZBC-zorg versus ziekenhuiszorg

De totale omvang van het aantal fte's in ZBC's komt overeen met circa 1,2% van het totaal aantal in de ziekenhuiszorg werkzame specialisten[5] (9.039 fte's). Geconstateerd kan worden dat in relatie tot de ziekenhuiszorg de omvang van de ZBC-zorg (nog) zeer beperkt is.
Bezien per specialisme blijkt dat het aantal fte's oogheelkunde in ZBC's overeenkomt met ruim 7,5% van het totaal aantal fte's oogheelkunde in de ziekenhuiszorg, gevolgd door dermatologie (4,2%), plastische chirurgie (4,1%) en orthopedie (2,6%). De overige in ZBC's te onderscheiden specialismen blijven beneden de 1%.

ZBC-zorg versus ziekenhuiszorg (in fte's)



	oogh.	derm.	plast. chir.	orth.	overig
ziekenhuis	433	272	132	415	7787
ZBC	32,8	11,6	5,5	11	50,6

Slotbeschouwing

Uit de hiervoor gepresenteerde cijfermatige analyse van de ZBC-zorg blijkt dat van een 'booming business' vooralsnog geen sprake is. ZBC's hebben tot dusver hoofdzakelijk gefunctioneerd als aanvulling op de ziekenhuiszorg en een bijdrage geleverd aan een vermindering van de wachtlijsten voor bepaalde ingrepen.

Volgens Minister Hoogervorst is het echter de bedoeling dat ZBC's op het gebied van electieve zorg een echt alternatief voor de ziekenhuiszorg moeten gaan vormen. In het kader van de stelselwijziging in 2006 wil de minister dan ook een systeem van gereguleerde marktwerking invoeren waarbij voorzien is in drie deelmarkten, te weten een 'vrije' deelmarkt, een 'semi-vrije' deelmarkt en een 'gereguleerde' deelmarkt. Laatstgenoemde deelmarkt omvat de categorie voorzieningen/functies waar prestatiebekostiging niet mogelijk is of waar marktpartijen, door aanmerkelijk marktfalen, niet tot maatschappelijk gewenste prestaties kunnen komen. Tot de 'vrije' deelmarkt behoren voorzieningen/functies waar sprake is van een voldoende evenwichtige verhouding tussen aanbod en vraag, transparantie, lage toetredingsdrempels, een duidelijke productstructuur, een goede prikkelstructuur en afdoende borging van de publieke belangen die in het geding zijn. De resterende voorzieningen/functies behoren tot de 'semi-vrije' deelmarkt, zijnde een voorportaal voor de transitie naar de 'vrije' deelmarkt.
Vooruitlopend op de resultaten van nog nader uit te voeren onderzoek naar de omvang en toedeling van voorzieningen/functies naar de verschillende deelmarkten heeft de minister besloten de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen zodanig te wijziging dat voor circa 10% van de totale ziekenhuisproductie een 'vrije' deelmarkt ontstaat.

Medio januari 2004 heeft het College tarieven gezondheidszorg daartoe een lijst met DBC-producten vastgesteld. De budgettaire omvang van deze lijst bedraagt circa € 1 miljard waarvan slechts 43% betrekking heeft op zorg die zowel in ZBC's als in ziekenhuizen kan worden uitgeoefend. Tevens blijkt dat het bij deze categorie DBC-producten hoofdzakelijk gaat om de geijkte ingrepen zoals een staar-, knie- en heupoperatie waardoor een verbreding van het zorgaanbod in ZBC's niet echt gestimuleerd lijkt te worden.
Door ziekenhuizen een normatieve opslag voor kapitaallasten op te leggen aan de vrij onderhandelbare DBC-groepen kunnen de ZBC's weliswaar meer dan voorheen kostendekkende tarieven in rekening brengen, waardoor meer mogelijkheden ontstaan voor een dekkende exploitatie. Echter door de vereenvoudiging en versoepeling van de regelgeving inzake ZBC's (medio 2003) en hiermee gepaard gaande afname van zekerheden die tot dusver in het regelsysteem zaten ingebakken[6], blijkt dat de financierbaarheid van initiatieven door ZBC's er niet makkelijker op is geworden.

Al met al kan geconcludeerd worden dat vanuit de ZBC's in de komende jaren geen substantiële toevoeging van het zorgaanbod te verwachten is en de rol van 'marktkraker' beperkt lijkt te blijven. Dit zal ook zo zijn in de toekomst indien uit het nog nader uit te voeren onderzoek naar de omvang en toedeling van voorzieningen/functies naar de verschillende deelmarkten zou blijken dat de 'vrije' deelmarkt niet substantieel uitgebreid kan worden met DBC-producten die ook in ZBC's kunnen worden uitgeoefend.
Dit laatste is overigens geen irreëel scenario wanneer men bedenkt dat een verdergaande versnippering van de ziekenhuiszorg over een veelheid van ZBC's in feite op gespannen voet staat met de tot dusver door de overheid en het veld gepropageerde integratie van de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen en de kwaliteitseisen van beroepsgroepen aangaande deze functie-uitoefening.

Voetnoten:

[1] Zie voor een uitgebreid exposé van de regelgeving en achtergronden daarvan "Het stelsel voorbij" – Van gedogen naar mogen: de jurisprudentie en de juridische ruimte voor private initiatieven (p.77-99 en 145-161) door Mr. L.A.M. van Zenderen, Koninklijke Vermande 2002.

[2] Afgifte vergunning rechtstreeks door het Bouwcollege (zie voor aanvraagformulier www.bouwcollege.nl).

[3] De Diagnose Behandeling Combinatie-systematiek legt een relatie tussen door het ziekenhuis en de medisch specialist geleverde prestaties en de hiermee samenhangende kosten. Daarbij is voorshands bepaald dat voor circa 90% van de ziekenhuisproductie (vaste segment) de financiering plaats vindt op basis van voor alle ziekenhuizen gelijke vaste tarieven per DBC-groep. Voor de resterende 10% van de ziekenhuisproductie (vrije segment) geldt dat er sprake is van vrije prijsvorming waarbij ook concurrentie tussen ziekenhuizen en ZBC's plaatsvindt.

[4] Dit betreft het aantal fte's bij aanvang van het ZBC. De werkelijke omvang aan fte's is afhankelijk van de contractering door de ziektekostenverzekeraars.

[5] Academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen

[6] Zie het artikel van dhr. L.A.M. van Zenderen in onderhavige uitgave

Een goddelijke comedie

drs. J.W.P. Schnerr, lid van de Werkcommissie Ziekenhuizen

Ooit liep ik door een donker woud. Hoog boven mij verdwenen de stammen van de machtigste reuzen in de duisternis. Daar verjoegen hun kruinen maan- en sterrenlicht voordat het het oog van een verdwaalde sterveling kon bereiken. In een kring rond een dode stam met een grillig skelet van kale takken, stonden zwarte varens. Ik vermeed het in de nabijheid te komen van hun vingertoppen, die traag bewegend de omringende nacht bevoelden. Ik liep door, met stramme bewegingen die het gevolg waren van de kou en vrees voor wat kon komen. Plotseling strekte zich voor mijn voeten een dek van grijswitte mist uit. Het vulde een laagte in de bodem van het woud. Als sneeuw op een ijsmeer. Zachte golvingen, veroorzaakt door valwinden die deze open plek in het woud bezochten, onthulden af en toe de donkere uitsteeksels van een verzonken ruïne in het midden van het mistmeer. Het leek op het zwarte rugpantser van een monster dat rustte op de bodem, diep onder de grijze sluiers.

Het volgende moment liepen mij de rillingen over de rug: ik zag over het golvende oppervlak, naast mijn eigen schaduw, een tweede schaduw naar voren schuiven tot het hoofd de oever aan de overzijde raakte. Vlak achter mij stond een oude man, indrukwekkend met zijn lange grijze haar.

'Wie bent u, als ik vragen mag?'
'Mijn naam is Vergilius. Achthonderd jaar geleden ben ik voor het laatst op deze wereld geweest. '
'Bent u de wijze die Dante heeft rondgeleid in het Vagevuur, tot aan de poorten van de hel?'
'Dat is juist. Nu het lot u tot hier heeft gebracht zal ik met ù afdalen. Deze ruïne is wat er overbleef van de Moeder van alle Ziekenhuizen, een monument van hoogmoed waarin alle andere ziekenhuizen in uw land geconcentreerd zouden worden. Op de dag van de ingebruikneming begon het vervaarlijk te schudden. Tenslotte zakte het onder zijn eigen gewicht diep weg in de aarde. Het is thans in gebruik als Hel voor de zielen die zich hebben ingelaten met het fuseren en sluiten van ziekenhuizen. Op de eerste laag, vlak onder het mistoppervlak, zullen wij diegenen ontmoeten die heel weinig blaam treft. Steeds zwaardere gestraften zult u echter zien als wij afdalen.'

Een paadje voerde ons naar beneden. Wij daalden af tot onze hoofden werden opgeslokt door de mist en een grijszwarte duisternis ons omringde. Over een houten brug waarvan de leuningen waren bedekt met vochtig mos, bereikten wij een zware deur die open stond. Het was de hoogste verdieping van de ruïne en wij waren zojuist door de Hellepoort gegaan.

'Hieronder is de Hel voor allen die verantwoordelijkheid droegen voor de bouw van dit monsterziekenhuis. Ik zal u meenemen langs zeven stadia van de menselijke slechtheid. Op de onderste laag zal ik u slechts een glimp laten zien van hen die daar eeuwen moeten wachten op hun ten hemelopneming. Een wandeling langs die ongelukkigen kan geen menselijk wezen verdragen.'

'Maar, waarde Vergilius, is dit dan niet het Vagevuur?'
'In de vorige eeuw hebben de Hemelbestuurders besloten Hemel, Hel en Vagevuur te fuseren. Het zijn nu twee locaties met één facilitair bedrijf dat zorg draagt voor zowel het vuur, de wolken als harpmuziek. Hier beneden is er gekanteld. Men spreekt nu van Bovenhel en Benedenhel met elk een eigen manager die verantwoordelijk is voor de doorstroming. Het opperwezen vervult nu de rol van voorzitter van een team dat de indicaties stelt.'

Vergilius wenkte mij en ik daalde met hem af.

Wij betraden een zaal met sobere, bruine wanden. Op de vloer stonden witte badkuipen gevuld met geurende thee. In elke kuip zat een vrouw, zedig, zodat ik mijn blik niet hoefde afwenden. Boven hun hoofden, onbereikbaar voor de hongerige monden, hingen bolletjes met kaas en cervelaatworst. Zij weenden niet en droegen hun lot geduldig.

'Wat kunnen zulke charmante dames hebben misdaan?, vroeg ik Vergilius.'
'Zij smeerden te weinig boter op de bolletjes voor de ongelukkigen die hun leven zo hadden ingericht dat zij geregeld de lunch bij het College Bouw moesten nuttigen. Zij kregen de lichtst denkbare straf. Zij waren immers in staat om, teneinde de orde der vergaderingen niet te verstoren, al lopende geurige thee vanaf een halve meter hoogte in de kopjes der vergaderaars te werpen zonder één druppel te verspillen. Spoedig zullen zij deze treurige ruimte ontstijgen.'

Wij daalden af naar de tweede laag en ons ontging daardoor het gegiechel vanuit de kuipen.

Tot mijn schrik herkende ik hier beleidsmedewerkers van het College Bouw die zich, gezeten op een koude rotsbodem, geduldig door stapels papier heen aten.

'De feiten waren hun broodwinning. Zij hebben niettemin een straf verdiend omdat zij het Kwaad telkens langs zagen komen doch zich beperkten tot formuleringen als: "De aanvrager stelt dat concentratie door nieuwbouw van de ziekenhuizen a, b en c leidt tot kwaliteitsverbetering en bundeling van kennis. Wat hier ook van zij, indien de obductieruimte alsnog van een afvoerputje wordt voorzien, geschiedt een en ander binnen de normen." Zij zullen binnenkort door het facilitair bedrijf uit hun benarde positie worden verlost.'

Luisterend naar mijn leidsman zag ik achteraan een Algemeen Secretaris en zijn plaatsvervanger en zelfs zijn voorganger. De laatste sprak mij aan:

'De hele gang van zaken rond deze ruïne is typerend voor een eindverantwoordelijke die zijn macht uit handen geeft aan adviseurs!

Terwijl wij afdaalden naar de derde laag beloofde Vergilius mij zijn zaak te bepleiten bij het indicatieteam.'

Beneden ons strekte zich nu een grote witte vlakte uit. Een rij vermoeide figuren sjokte door een ovaalvormige gang, die gevormd werd door twee glazen muren: een binnen- en een buitenmuur.

'Dit zijn bestuursleden en leden van de onderstructuur van het college Bouw. Zij zijn de vleesgeworden transparantie van de besluitvorming. Tijdens al hun vergaderingen hebben zij altijd geweten dat de spreiding van instellingen over het land organisch is gegroeid. Zij hadden een besef van de complexiteit van regionale maatschappelijke weefsels. Zij vreesden in hun harten dat gezond weefsel, zoals een streekziekenhuis, eenmaal verwijderd nooit meer teruggeplant zal worden. Maar in plaats van daarover te praten voerden zij levendige discussies over beleidsnota's inzake mortuaria. Zij zullen hier lange tijd moeten voortsjokken.'

'Wie is die nog kwieke man daar middenin de rij? vroeg ik Vergilius.'

'De komende voorzitter van het College Bouw. Hij bevond zich zoals u ziet al in de Hel, maar wordt tot onze verbazing binnenkort weer naar boven gehaald. Er gaat hier sinds de kanteling veel mis met de dossiers. Kom, jonge vriend, wij gaan naar de ziekenhuisdirecteuren, hier beneden.'

Het was een wreed schouwspel op de vierde laag van de Bovenhel. Overal zag ik op gelijke afstanden van elkaar directeuren zitten in houten tobben, tot hun nek in ijskoud water. Achter elk van hen stond een medisch specialist die, de voeten in een bakje vol punaises, met een van pijn vertrokken gezicht twee oogkleppen strak tegen het hoofd van de hem toegewezen directeur hield. Rondom de punaisebakjes staken, onzichtbaar voor de stakkers in hun tobben, scheermesjes uit de vloer.

'De een wil niet bewegen en de ander snapt niet waarom.'
'Wat vreselijk!'
'Ach, ze zijn het gewend. Het verschil met de situatie waarin zij als sterveling verkeerden is marginaal. Wij gaan naar de vijfde laag.

Wat ik daar zag hoop ik ooit te vergeten. Mannen met stethoscopen om hun hals, die tot hun middel in hete vulkanische as waren gezakt en niet meer konden ontsnappen toen die daarna gestold was. Rondom hen lagen goudstukken en vliegtickets, maar zij konden er net niet bij. '

'Dit zijn de tellers en de megalomanen. De tellers zijn zij die de mens zagen als een doos vol meer of minder zeldzame ziekten. Zo'n ziekte kon een mens interessant maken als hij daardoor paste in een zogenaamde trial. De megalomanen beschikten over geheime berekeningen die bewezen dat in hun vak alleen hele grote maatschappen in mammoetziekenhuizen, de

patiënten verantwoord konden helpen. Maar hun berekeningen bleken over vakanties, weekenddiensten en compensatiedagen te gaan.'

Ik hoorde nu van nabij het gekreun der ongelukkigen.

'Verlos mij, u daar, wie u ook bent!'

Ik keek verschrikt naar Vergilius.

'Hij was een gyneacoloog, hoogleraar en bestuurslid van zijn wetenschappelijke vereniging. Studenten konden bij hem promoveren als zij nietjes sloegen door vijf of zes artikelen die zij tezamen met vijftien andere auteurs hadden geschreven, over onderwerpen die reeds uit het zicht verdwijnen wanneer men ze in tweeën deelt. Aan het einde van zijn leven riep hij dat in een kliniek minimaal tienduizend bevallingen per jaar moeten plaatsvinden opdat de meest zeldzame complicaties er in statistisch relevante aantallen zouden voorkomen en men er in de Engelse taal een artikel over kon schrijven. '

Wij lieten deze verwerpelijke figuur aan zijn lot over en liepen verder.
Wij betraden een zaal met hoge wanden waaraan op regelmatige afstanden mannen aan hun polsen waren vastgeklonken, enkele meters boven de grond.

'Wat voor verschrikkelijks hebben deze verachtelijke figuren op hun kerfstok?'
'Hier hangen de stratego- generaals van de garde van Horemheb. Zij wilden de creatieve renaissance die na de eeuwwisseling begon op te komen in de gezondheidszorg de kop indrukken. Dertig enorme centrumziekenhuizen wilden zij en in Heerhugowaard een heupenstraat, in Giethoorn een galblazencomplex en in Lopik een lopende band voor liesbreuken. Hun verhaal leek op een verhaal van moderniteit, van mensen die de wereld willen herscheppen. Maar het zijn mensen die denken al het bestaande te kunnen vervangen door het Grote Ontwerp dat op hun schrijftafel ligt. Hoge ambtenaren, voorzitters van adviesorganen en ziekenhuisbestuurders van wie de kin al vanaf hun jeugd naar voren stak, zodat zij slechts de horizon zagen en niet de realiteit die zich vlak voor hen bevond. Daardoor zijn zij gaan geloven dat de wereld, ook die van de geest, slechts uit rechte lijnen bestaat.'

'Zij zien mensen en dingen en gebouwen als verschijnselen zonder geschiedenis. Zij stonden van pure moderniteit met hun rug naar het verleden en verkeerden in de waan dat er uitsluitend toekomst was. In tegenstelling tot de eenvoudige mensen om hen heen, die weten dat de toekomst er niet is, er zelfs nooit geweest is.'

'Zij doorgrondden het wezen van de tijd niet en zagen niet dat hun Grote Ontwerp slechts een vervelend aspect van het heden was. Intuïtief begrepen zij echter dat het slechts grove schetsen waren die zij konden maken, gebaseerd op een kluwen van gedachten waarvan zij de herkomst niet kenden. Daarom hadden zij een angst voor de veelheid en de ingewikkeldheid der dingen. Zij streefden wanhopig naar overzichtelijkheid en rechte lijnen. Zo kwam het

dat de hoogmoedigsten onder hen uiteindelijk besloten om de Moeder van alle Ziekenhuizen te bouwen. Met diagnostische en therapeutische machines die zo moeilijk te bedienen waren dat zij op één plaats moesten worden samengebracht onder de hoede van de elite dezer hoogmoedigen.'
'Wij weten, goede vriend hoe dit is afgelopen.'

Gespannen volgde ik mijn leidsman op weg naar onze laatste halte. Wij hielden stil bij de ingang van de zevende laag. Een ijselijk gejammer kwam tot ons uit de ondoordringbare duisternis:

'Wij hebben al zo lang geleden. Help ons, laat mij en mijn vrienden hier gaan!'
'Wijze Vergilius, van wie is deze vermoeide stem die klinkt alsof de eigenaar ervan al tientallen jaren tussen gloeiend hete rotsen ingeklemd zit.'
'Van Stuw zal ik hem noemen. Hij regeerde drie decennia geleden vanuit het College over de bouw van ziekeninrichtingen. In de tijd dat het particulier initiatief van de Kerk de bouwterreinen reeds verlaten had en de overheid nog twee linkerhanden had.'

Wij hoorden nu ook andere stemmen.
'En waarom zitten zijn vrienden hier?'

'Die stem daar links in de verte is van een vroegere directeur van één van de zeven Roomsche hospitalen. Hij draagt de schuld van het feit dat de stad 's Gravenhage voor de eeuwigheid twee ziekenhuistorens moet verdragen. Torens die slechts de ijdelheid dienden van de oprichters en de stad daarmee gemaakt hebben tot het San Gimignano van het Noorden. Hij bouwde op de katholieke toren meer verdiepingen dan toegestaan omdat hij, zoals hij beweerde, bij de paters niet goed had leren tellen.'

Dit horende barstte de onzichtbare los in verontwaardiging.

'Schande over u! Ik bouwde met toestemming van Harry Berken van VoMil en van onze voorzitter die duikbootkapitein was. Waarom zijn dié hier niet?'

Ik keek mijn leidsman vragend aan.

'De eerste had humor en hoefde daarom maar een beperkt aantal jaren op deze ellendige plaats te blijven. De tweede was zo glad dat hij tijdens het transport ontglipte.'

Rechts van de ongelukkige hoorden wij plotseling twee stemmen.

'Ik ben de Prince of Darkness van de Nederlandse politiek; ik hou van mystificatie, dus noem niet mijn werkelijke naam. Ik red mij wel.

En de ander herhaalde telkens met een hees geluid:

'Echelonnering, regionalisatie, schaarste der middelen; wat was daar mis mee?

Vergilius keek boos om zich heen.

'Ik schaam mij diep, jonge vriend. Deze twee hadden hier al lang geleden opgehaald moeten worden. De logistiek hapert en er raken dossiers zoek! Beiden waren politici die het ooit tot Staatssecretaris voor de Volksgezondheid van uw land brachten. De één, hij werd zelfs geroepen tot het ministerschap, Dr. D.D.R. Neutronega noem ik hem, liet zijn volk achter met het meest raadselachtige aftreden dat ooit heeft plaatsgevonden. Hij blijft in de Bovenhel tot hij alles in zijn memoires opbiecht, maar hij verdient mijns inziens een betere verdieping. De ander was zijn opvolger als staatssecretaris. O.J. Strukturowitz heet hij meen ik. Hij bezat het vermogen om woorden zodanig aaneen te rijgen dat een indruk ontstond van beleid. Wanneer hij, staande aan de rand van een bouwput een toespraak hield, dan zakte de eerste paal vanzelf de grond in. Hij blijft hier totdat het woord 'structuur' uit uw taal is verdwenen. Maar ook zijn verdiensten rechtvaardigen een betere plaats.'

Terwijl wij de terugtocht omhoog aanvaardden vroeg ik waarom wij de huidige voorzitter van het College Bouw niet hadden aangetroffen.

'Onder zijn leiding heeft het College de kans gekregen om te worden tot barrière voor fraudeurs, tot hinderpaal voor de hoogmoedigen en voor hen die impulsiviteit verwarren met innovatie en tot nuttige Kop van Jut voor allen die lijden onder de geestelijke spanning waarmee de bouw van ziekeninrichtingen gepaard gaat.'