

TNO-rapport

UTC-2011-00227

Risicomanagement in de Zorgbouw

Datum	Januari 2012
Auteur(s)	A. Kuldip Singh, MSc. G. van Beek BCom.
Exemplaarnummer	
Oplage	
Aantal pagina's	70 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	
Opdrachtgever	
Projectnaam	Risicomanagement in de Zorgbouw Ombouw en implementatie van de Risico Diagnose Methode in de Zorgbouw
Projectnummer	034.24647

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

Samenvatting

Risico's en faalkosten in zorgbouwprojecten zijn zo oud als er zorgbouwprojecten bestaan. Tal van factoren zijn van invloed op de haalbaarheid en het succes van vastgoedinvesteringen in de zorgsector: de snelle nationale en internationale ontwikkelingen op het gebied van zorg- en gebouwconcepten, veranderende eisen en wensen van cliënten, bezuinigingen, arbeidsproductiviteit, (budget- en tijd)planningen, organisatie, samenwerkende partners, sociale media en nieuwe technologie.

Niet alle risico's kunnen worden voorkomen en niet alle veranderingen in de interne en externe omgeving kunnen worden beheerst. Maar kent u de risico's die uw project bedreigen en kunt u die wel tijdig identificeren en beheersen? Beschikt u over praktische, systematische methoden om potentiële risico's in kaart te brengen, die de baas te zijn én te blijven?

In de zorgbouw worden bewust of onbewust verschillende methoden toegepast voor het identificeren en beheersen van risico's. In de loop van 2011 heeft TNO onderzocht welke methode zich het beste leent voor de implementatie van risicomangement in de zorgbouw. Deze methode moet in de dynamische zorgsector met uiteenlopende nieuwe vraagstukken systematisch en praktisch toegepast kunnen worden in de initiatieffase van een bouwproject. De bestaande Risico Diagnose Methode (hierna: RDM)¹, ontworpen door professor J.I.M. Halman, leende zich goed voor ombouw en toepassing in de zorgbouw. TNO heeft samen met professor Halman deze methode geschikt gemaakt voor de zorgbouw, waarna deze is gevalideerd in de initiatieffase van een bouwproject van de zorgorganisatie ASVZ. Tijdens de validatie van de RDM is een diagnose gesteld van de risico's die het zorgbouwproject bedreigen en de kloof tussen kennis, kunde en mogelijkheden is in kaart gebracht. Medewerkers en bestuur van ASVZ, die actief hebben geparticipeerd in dit project, zijn van mening dat de noodzaak en het nut van deze methode zijn bewezen.

In dit rapport wordt na de inleiding ingegaan op de algemene theorie en achtergrond van risicomangement, waarna de essentie en toepassing van de RDM wordt beschreven. De jarenlange ervaring en kennis van TNO / DuCHA (voormalige Bouwcollege) medewerkers op het gebied van allerlei vormen van zorgbouw vormden de input voor ombouw van de RDM voor de zorgbouw. Kennis van de trends en risico's in de zorgbouw (hoofdstuk 4 en 5) is noodzakelijk voor het succesvol implementeren van de RDM. In de tekst wordt ingegaan op de politieke ontwikkelingen, haalbaarheid, markt en concurrentie, organisatie, zorg- en woonconcepten, financiën, draagvlak, locatie, grond en samenwerkingsverbanden.

Heeft u voornemens voor de realisatie van een zorgbouwproject? Denk vanuit de verschillende (wel en niet) genoemde invalshoeken (zie ook de checklist in de bijlage), pas de Risico Diagnose Methode toe en herhaal deze cyclisch. U verliest er niets mee, maar vergroot wel de kans voor het realiseren van een succesvol zorgbouwproject!

¹ Zie hoofdstuk 3: de Risico Diagnose Methode.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
1	Inleiding	7
2	De theorie achter risicomanagement	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Doelstelling van de organisatie.....	9
2.3	Risico's identificeren	10
2.4	Beoordelen en classificeren van risico's.....	10
2.5	Monitoren van risico's	11
2.6	Reactie op risico's.....	11
3	De Risico Diagnose Methode (RDM).....	13
3.1	Essentie en achtergrond van de RDM.....	13
3.2	Achtergrond van de Algemene Stichting voor Zorg- en Dienstverlening	15
3.3	Toepassing van de RDM in een zorgbouwproject.....	17
4	Enkele trends in de zorgsector	25
4.1	Politieke ontwikkelingen	25
4.2	Vraag en aanbod	25
4.3	Behoeftte aan nieuwe vormen van kennis.....	27
4.4	Nieuwe zorg- en gebouwconcepten	28
4.5	Organisatie en personeel	29
4.6	Het computertijdperk.....	31
4.7	Duurzaamheid en energiebesparing	31
5	Risico's in de zorgbouw	33
5.1	Haalbaarheid	33
5.2	Markt en concurrentie	34
5.3	Financiën	37
5.4	Organisatie	39
5.5	Beheersen van het project.....	41
5.6	Juridisch.....	43
5.7	Locatie	44
5.8	Grond.....	46
5.9	Samenwerking met derden.....	50
6	Conclusies en aanbevelingen	61
7	Ondertekening	63
	Bijlage(n)	
	A Literatuurlijst	
	B Checklist voor zorgbouwprojecten	

1 Inleiding

Een goed begin is het halve werk. Bijna alles wat er in een project misgaat, kan worden voorkomen door maatregelen te treffen in de initiatieffase. De praktijk leert dat ondernemerschap en het realiseren van projecten niet zonder risico's is. In de bouwwereld wordt risicomanagement al jaren succesvol toegepast. Voor het toepassen van goed risicomanagement bestaan al verschillende methoden en modellen die geschikt zijn gebleken. De bestaande methoden zijn echter nog niet specifiek gericht op zorgbouwprojecten. In de zorgbouw werd in het verleden nagenoeg geen risicomanagement gevoerd, omdat investeringen in deze sector geen grote risico's kenden. In een in 2008 gesloten convenant met RISNET heeft TNO de doelstelling onderschreven dat in 2012 bij 80% van de zorgbouwprojecten risicomanagement dient te worden toegepast.

Tot 2009 gold voor de zorgsector een bouwregime. Instellingen konden hun bouwplannen indienen bij het Bouwcollege. Als een vergunning werd verleend en het investeringsbedrag paste binnen de financiële kaders van VWS, dan mocht de instelling bouwen. De kapitaallasten werden volledig vergoed via nacalculatie. Met de stelselwijziging is een eerste echte start gemaakt met de omslag van het aanbodgestuurd naar het vraaggericht stelsel. Met het verdwijnen van het bouwregime komen de gebouw-gebonden kosten niet meer automatisch voor nacalculatie in aanmerking. De zorg verschuift langzaam maar zeker van een gereguleerde markt naar een omgeving met marktwerking. Zorgaanbieders zijn nu zelf verantwoordelijk voor hun investeringen. Kapitaallasten worden nu onderdeel van ZZP's en de investeringen moeten worden terugverdiend door productie.

Door de omvorming van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een systeem van gereguleerde marktwerking worden zorgorganisaties voor een aantal strategische keuzes geplaagd die bepalend zijn voor hun voortbestaan. Het gemiddelde weerstandsvermogen van zorginstellingen is beperkt en zorginstellingen lopen nu meer risico over hun investeringen. De marktwerking leidt tot een ander bouwgedrag, namelijk een gedrag gericht op het bereiken van een optimaal gebouw voor de beoogde zorggroep.

De marktwerking brengt taken en verantwoordelijkheden met zich mee die nieuw zijn voor zorginstellingen en waarvan de benodigde kennis en expertise binnen de organisatie vaak niet aanwezig zijn. In een competitieve zorgsector is het van groot belang dat weloverwogen keuzes worden gemaakt voor grote investeringen. De aandacht voor risicomanagement in de zorgbouw is de laatste jaren sterk toegenomen, enerzijds als gevolg van de toegenomen risico's in de zorg, maar ook als gevolg van verschillende incidenten en financiële debacles bij zorginstellingen. Een integraal beeld van de risicobeheersing in de organisatie is essentieel om besluitvormingsprocessen te onderbouwen. Het hanteren van een integraal risicomanagementmodel kan helpen bij het organisatie-breed opzetten van risicomanagement in een zorginstelling.

De Raad van Bestuur van een instelling is verantwoordelijk voor het beheersen van de risico's die de organisatie met zich meebrengt en rapporteert daarover aan de Raad van Toezicht. Risico's die verbonden zijn aan bouwprojecten moeten tijdig worden geïdentificeerd, zodat men die tijdig en effectief kan beheersen. Door

bewust na te denken over kansen en bedreigingen voor het project wordt het anticiperend vermogen van het projectteam vergroot.

In het project Risicomanagement in de zorgbouw is de bestaande RDM omgebouwd zodat in de initiatieffase van een zorgbouwproject de risico's kunnen worden geïdentificeerd en beheerst. Het onderzoek beperkt zich tot risico's die in de initiatieffase² van een bouwproject in de care redelijkerwijs kunnen worden overzien en waarvoor men in een vroeg stadium beheersmaatregelen zou kunnen bedenken.

In de hierna volgende hoofdstukken wordt ingegaan op de theorie van risicomanagement (hoofdstuk 2), waarna de achtergrond, ombouw en toepassing van de RDM is beschreven (hoofdstuk 3). De kennis over de trends in de zorgsector (hoofdstuk 4) en de risico's (hoofdstuk 5) vormden een kader waarbinnen de bestaande Risico Diagnose Methode is omgebouwd. Met hoofdstuk 6, conclusies en aanbevelingen, wordt dit rapport afgesloten. In de bijlage is een checklist opgenomen, die u in de initiatieffase van uw zorgbouwproject kunt raadplegen.

² In de initiatieffase van een bouwproject wordt de behoefte aan renovatie, nieuwbouw, een andere huisvesting of voorziening verkend. In deze fase wordt een analyse gemaakt van het probleem en de randvoorwaarden en worden kaders geïnventariseerd en in beeld gebracht. De oplossingsrichtingen worden verkend en er wordt bedacht op welke wijze de behoefte kan worden ingevuld.

2 De theorie achter risicomanagement

2.1 Inleiding

Risico's komen wij dagelijks tegen, zij zijn onlosmakelijk verbonden met het leven. Ook in ondernemerschap heeft men te maken met risico's. Een ondernemer baseert een beslissing bewust of onbewust op basis van de afweging van risico's. Door tijdig in te spelen op risico's kunnen projectbedreigingen worden geminimaliseerd of geëlimineerd, wat een positieve invloed heeft op het projectsucces. Het risicoprofiel van een bouwproject is in het algemeen afhankelijk van de omvang, de complexiteit en de aard van het project. Goede projectmanagers managen proactief de risico's en optimaliseren de kansen die een bouwproject met zich meebrengt.

De behoefte en de mate waarin men risicomanagement implementeert in een organisatie is mede afhankelijk van de risicoperceptie die een organisatie heeft. De ene zorgorganisatie neemt meer risico's dan de andere, omdat zij bijvoorbeeld beschikt over ervaren en deskundig personeel of over een goede financiële positie waardoor men zich meer risico's kan veroorloven. De grens waarbinnen de risico's aanvaardbaar zijn, noemen we de risicotolerantie. Voor risico's die buiten de tolerantiegrenzen vallen, moet actie worden ondernomen.

In projecten moeten risico's niet alleen als bedreigingen worden beschouwd, maar ook als kansen om succes te bereiken. Om een project goed te kunnen beheersen en te realiseren binnen de kaders van planning, budget, kwaliteit en toekomstwaarde is goed inzicht in de bedreigingen en kansen van het bouwproject een vereiste. Risico's en kansen moeten tegelijk worden meegenomen in de analyses.

De implementatie van risicomanagement in projecten draagt bij aan:

- Minder faalkosten en daardoor meer winstgevende projecten.
- Kortere doorlooptijd van projecten.
- Minder onaangename verrassingen.
- Grotere betrokkenheid en 'scherp houden' van opdrachtgever en projectteam.
- Betere vaardigheden in het omgaan met risico's.
- Betere beheersing van projecten.
- Rationaliseren en objectiveren van het (voorheen intuïtieve) besluitvormingsproces.

2.2 Doelstelling van de organisatie

Voordat kan worden overgegaan tot het identificeren van risico's die verbonden zijn aan een project, is het belangrijk om eerst duidelijk voor ogen te hebben wat de missie, visie, kernwaarden en de doelen van de organisatie zijn en op welke manier het bouwproject bijdraagt aan het behalen van deze doelen. Een risico vormt namelijk een bedreiging voor de te behalen doelen. Zonder duidelijk geformuleerde doelstellingen van de organisatie en inzicht in de bijdragen van het bouwproject aan de doelstellingen, is het moeilijk om de risico's te identificeren. Als de doelstelling bekend is, kan risicomanagement worden ingezet om onzekerheden en bedreigingen zoveel mogelijk te beheersen. De eerste risicoanalyse kan worden

uitgevoerd vanaf het moment dat het doel en het resultaat van het project duidelijk gedefinieerd zijn.

Een risicoanalyse lost geen problemen op, maar maakt de risico's en kansen in een project zichtbaar, zodat de besluitvormer een goede basis heeft voor de te nemen beslissingen over de voortgang van een project.

2.3 Risico's identificeren

Risico-identificatie is het systematisch in kaart brengen van de risico's van een project. Risico's identificeren is een voorwaarde om er iets aan te kunnen doen. In het risicomanagementproces probeert men een beeld te krijgen van de gebeurtenissen die zouden kunnen optreden en die een bedreiging voor de slaagkans van het project betekenen. De inzichten die hieruit ontstaan, zijn een basis voor het formuleren van beheersmaatregelen.

Risico's kan men grofweg indelen in twee categorieën:	
Interne risico's.	Risico's waarvan de oorzaak ligt binnen de scope van het project of binnen de verantwoordelijkheid van de projectorganisatie, bijvoorbeeld gebrek aan deskundig personeel, onvoldoende draagvlak in de organisatie of onvoldoende kwaliteit van het bouwproject.
Externe risico's.	Risico's waarvan de oorzaak ligt buiten de scope van het project of buiten de verantwoordelijkheid van de organisatie, bijvoorbeeld politieke ontwikkelingen, inflatie of faillissement van een leverancier.

Bij het inventariseren van risico's kan men gebruik maken van verschillende methoden. Niet alle methoden zijn geschikt voor elk project. Men dient per situatie na te gaan wat de beste manier is om risico's te inventariseren. In de praktijk zijn verschillende methoden bekend en gangbaar, welke als stand alone kunnen worden toegepast of in combinatie. Genoemd kunnen worden de Risico Diagnose Methode³, de RISMAN-methode, bestudering van projectdocumentatie, bestudering van vakliteratuur en cases over (soortgelijke) bouwprojecten, het gebruik van checklists, actorenanalyses, krachtenveldanalyses, scenarioanalyses, foutenbomen, oorzaak-gevolgdiagrammen, gebeurtenissenbomen en brainstormsessies met het projectteam en deskundigen. Aanbevolen wordt om in een risicomanagementproces risico's te inventariseren vanuit meerdere deskundigheden en invalshoeken (o.a. technologisch, organisatorisch, politiek, financieel, maatschappelijk).

2.4 Beoordelen en classificeren van risico's

Een risicoklasse geeft inzicht in de gevolgen die het risico zou kunnen hebben op het resultaat en uiteindelijk het doel van het project. Tijdens een risicoanalyse kan

³ Zie hoofdstuk 3: De Risico Diagnose Methode

men tal van risico's identificeren. Een lange, groeiende lijst wordt op den duur onoverzichtelijk en onhandelbaar. Men doet er verstandig aan om uit deze lijst keuzes te maken en de risico's te classificeren.

In een risicoclassificatie worden de volgende onderdelen in kaart gebracht:	
Oorzaak.	De oorzaken van de risico's.
Kans.	De kans dat de risico's zich voordoen.
Gevolg.	De gevolgen (impact, schade) voor het projectsucces (tijd, geld, kwaliteit, scope, veiligheid, enz.).
Tijd.	Tijdspanne: op welke termijn het risico zich kan afspelen.

2.5 Monitoren van risico's

Risicomanagement is een cyclisch proces. Het monitoren van de risico's kan op verschillende manieren gebeuren. Gedurende een bouwproces kan in verschillende fasen een risicoanalyse worden uitgevoerd. Risico's die in de ene fase wel van betekenis zijn, kunnen in een andere fase verwaarloosbaar zijn. Ook kunnen in de loop van het project andere risico's zijn ontstaan, die in een vorige fase niet werden genoemd.

Inzicht in de status van een risico houdt de beoordelaar scherp. De status van een risico kan wijzigen door bijvoorbeeld acties van het projectteam of door een verandering in de omgeving van het project.

De volgende risico-statussen kunnen worden onderscheiden:	
Geïdentificeerd.	Het risico is geïdentificeerd en bekend bij het projectteam.
Geanalyseerd.	Het risico is geanalyseerd. Het projectteam heeft de kenmerken, oorzaken en gevolgen van het risico in beeld.
Beoordeling en prioritering.	Risico's zijn beoordeeld en geprioriteerd.
Beheersmaatregelen geformuleerd.	Het projectteam weet welke actie(s) moeten worden ondernomen om het risico te beheersen.
Maatregel gekozen (uitgevoerd).	Er is een maatregel gekozen (uitgevoerd) om het risico aan te pakken.
Issue.	Het risico is opgetreden.
Afgesloten.	Het risico is geminimaliseerd doordat het niet is opgetreden of doordat het (succesvol) is aangepakt.
Rapportage en evaluatie.	

De resultaten van een risicoanalyse, de risicomaatregelen, de status van de risico's en de nieuwe risico's kunnen worden geregistreerd in een logboek. Een logboek is de basis voor het bewaken en controleren van de acties die betrekking hebben op de risico's. In een logboek kan worden aangegeven wat de kans van optreden is, het gevolg en de beïnvloedbaarheid van het risico. Het is belangrijk om een verantwoordelijke aan te wijzen die het logboek beheert en regelmatig verslag uitbrengt over de status van oude en nieuwe risico's.

2.6 Reactie op risico's

Een organisatie kan, nadat een beeld is gevormd van de risico's die het project bedreigen, op verschillende manieren reageren.

Reactie op risico's	
Accepteren.	Het risico ligt binnen de tolerantiegrens, geen actie, financieren van de consequenties, rekening houden met de gevolgen.
Overdragen.	Verzekeren, verdelen, uitbesteden aan partijen die het risico het best kunnen dragen, spreiden over meerdere partijen, voorwaarden in contracten opnemen.
Verzekeren.	Bijzondere vorm van overdragen.
Delen.	Bijzondere vorm van beperken: het risico wordt gedeeld met partijen die capabel zijn om het te dragen.
Vermijden.	Uitsluiten van de kans, terugtrekken, stoppen, doelen aanpassen.
Beheersen.	Beheersmaatregelen bedenken en toepassen, waardoor de oorzaken of gevolgen worden beperkt, gereduceerd of geëlimineerd.

3 De Risico Diagnose Methode (RDM)

In de praktijk zijn verschillende risicomanagementmethoden gangbaar, die afhankelijk van de kenmerken van een project, op maat kunnen worden toegepast. Voor het implementeren van risicomanagement in een bouwproject van een zorgorganisatie is een passende methode vereist. TNO heeft gezocht naar een geschikte methode die toegepast kan worden in zorgbouwprojecten. De uitgangspunten waren dat de methode geschikt moest zijn om geïmplementeerd te worden in een veranderende zorgsector, waarin zorginstellingen nieuwe risico's tegenkomen⁴ in het voorbereidingsproces voor het realiseren van (nieuw)bouwprojecten. Het oude denken, waarin verschillende disciplines in het bouwproces als zuilen naast elkaar staan, wordt getransformeerd naar het nieuwe, integrale denken.

De trends en ontwikkelingen in de zorgsector⁵ leiden tot een nieuwe manier van denken. Van directie en medewerkers wordt verwacht dat zij allen de schouders onder de nieuwe plannen zetten en buiten hun vakgebied om, integraal kunnen denken. Om de kans voor een succesvol zorgbouwproject te verhogen, is het voor de zorgorganisatie noodzakelijk om te beschikken over kennis en inzicht in de kritische succesfactoren van het project. Als in een vroeg stadium deze factoren in kaart worden gebracht, dan kunnen de risico's (die deel blijven uitmaken van het project) bewust worden herkend en beheerst.

TNO heeft samen met professor J.I.M. Halman de RDM geschikt gemaakt voor toepassing in de zorgbouw. In dit hoofdstuk zijn de achtergrond, werkwijze en implementatie van deze methode beschreven.

3.1 Essentie en achtergrond van de RDM

De RDM is ontwikkeld door professor J.I.M. Halman van de Universiteit van Twente. Deze methode is voornamelijk toegepast in de industriesector om de succesansen van innovatieve producten te verhogen. Recent is de methode ook succesvol toegepast voor de diagnose van belangrijke risico's in medische onderzoeksprojecten aan de Universiteit Maastricht en in een tweetal complexe strafzaken van het Openbaar Ministerie.

Idealiter wordt de RDM toegepast in een vroegtijdig stadium van een project, omdat in deze beginfase de beïnvloedingsmogelijkheden het grootst zijn. Door toepassing van de RDM kan de kans op een succesvol project worden verbeterd doordat (onder andere technische, commerciële en organisatorische) risico's tijdig worden herkend en hiervoor effectieve beheersmaatregelen worden genomen.

Een belangrijk kenmerk van de RDM betreft de focus op het identificeren van onderdelen waarbij sprake is van een kloof tussen beschikbare en vereiste kennis, kunde en ervaring. Kenmerkend is verder dat de leden van het bouwprojectteam allen op individuele basis worden geïnterviewd door een projectconsultant.

⁴ Zie ook de checklist in de bijlage.

⁵ Zie hoofdstuk 4; Enkele trends in de zorgsector

Door de individuele interviews is de maximale inbreng van alle betrokkenen gewaarborgd en wordt voorkomen dat door groepsdynamische effecten een beperkt aantal personen een vaak onterechte, maar wel doorslaggevende rol vervullen. Met deze methode kan men op systematische en logische wijze alle aspecten en onderlinge relaties van het project doorlopen. Witte vlekken en ontbrekende kennis en ervaring worden opgespoord op basis van individuele inbreng en niet door groepsdiscussies. De RDM dient als hulpmiddel waarmee een interne of externe organisatieadviseur het projectteam kan assisteren bij de diagnose en aanpak van projectrisico's.

De essentie van de RDM is om de potentiële risico's van een project te identificeren door van de individuele projectteamleden vanuit hun eigen deskundigheid en invalshoek zicht te krijgen op de risico's van het project.

In de initiatieffase van bouwprojecten is sprake van meerdere fasen van besluitvorming waarin vaak diverse personen betrokken zijn. Aangezien besluitvorming over risico's doorgaans in groepsverband plaatsvindt, is het van belang, dat men zich ervan bewust is dat groepsprocessen duidelijke invloed kunnen hebben op de kwaliteit van de besluitvorming. Groepen vertonen een afwijkend gedrag tot het nemen van risico's dan men op basis van de afzonderlijke groepsleden zou verwachten. Door het groepseffect verschuift de erkenning van de risico's zodat de besluitvorming ook pover onderbouwd is. In sommige gevallen is er sprake van een 'risky shift': de groep heeft dan een grotere neiging tot het nemen van risico's. In andere gevallen heeft men een meer behouden neiging.

De besluitvorming in een groep wordt vaak beïnvloed door:	
Groepsdenken.	In groepen waarin de leden al langer met elkaar samenwerken, ontstaat een neiging tot pover onderbouwde besluitvorming. Door een groeiende sociale druk heeft men de neiging om conflicten te voorkomen, neemt de wil om alternatieven voor te stellen af en worden tegenstrijdige meningen onderdrukt. Men zoekt naar mogelijkheden om tot overeenstemming te komen. Conflicterende belangen van individuele groepsleden kunnen het moeilijker maken een besluitvormingsproces rationeel te laten verlopen.
Coalitievorming binnen groepen.	Dit kan van grote invloed zijn op het verloop van het besluitvormingsproces. Tegenstrijdige belangen en conflicten beïnvloeden het proces.
De positie van bepaalde groepsleden.	Waardevolle bijdragen van personen (zoals kennis of positionele macht) kunnen ervoor zorgen dat deelnemers met een lagere status zich geremd voelen om potentiële risico's naar voren te brengen. Het gevaar bestaat dat men zich in die gevallen (onterecht) aansluit bij meningen van deelnemers met een hogere status.
Karakter van bepaalde deelnemers.	Dominante, expressieve deelnemers kunnen een zware stempel drukken op de vergadering en op de uitkomsten van de bijeenkomst, waardoor belangrijke informatie door tijdgebrek of een slecht geleid proces niet wordt verzameld.
In de groep heersende opvattingen.	Leden in een groep vertonen de neiging om hun mening aan te passen aan de in de groep heersende opvattingen. Door een groeiende sociale druk en de neiging om conflicten te voorkomen, wordt de wil om kritische twijfels naar voren te brengen onderdrukt. Met als gevolg dat belangrijke risico's onterecht onder de tafel verdwijnen.
Prioriteiten.	Het verschuiven van identificeren van risico's of problemen naar het vinden van oplossingen.

Door de in de RDM gevolgde werkwijze wordt zowel de maximale bijdrage van het individu als dat van de groep zeker gesteld. Deelnemers aan een risicodiagnose worden individueel geïnterviewd en bereiden zich vooraf voor op dit interview door het bestuderen van het projectplan en het raadplegen van een risicoreferentielijst met hierin opgenomen gestructureerde vragen betreffende de verschillende onderdelen van een project. Deze individuele aanpak waarborgt dat elk teamlid zonder externe beïnvloeding of groepsdruk de door hem / haar gepercipieerde risico's naar voren kan brengen. Tijdens de risicosessie die plaatsvindt nadat identificatie en individuele evaluatie van projectrisico's is uitgevoerd, denkt het risicoteam na over mogelijk te volgen strategieën en te nemen beheersmaatregelen. Tijdens de risicosessie blijkt onderlinge kruisbestuiving door de multidisciplinaire inbreng van de leden van het risicoteam in belangrijke mate bij te dragen bij het vinden van geschikte oplossingen voor de gediagnosticeerde projectrisico's.

Voor implementatie van de RDM in een zorgbouwproject heeft het RDM-team (TNO / Universiteit van Twente) gezocht naar een grote zorgorganisatie die meerdere (complexe) projecten in haar portefeuille heeft, waarvan tenminste een project in de initiatieffase verkeert. De zorgorganisatie ASVZ voldeed aan deze voorwaarde. In de hierna volgende hoofdstukken volgt een beschrijving van de zorgorganisatie en de toepassing van de RDM in een van de projecten uit hun bouwportefeuille.

3.2 Achtergrond van de Algemene Stichting voor Zorg- en Dienstverlening

Om de RDM toe te passen in een zorgbouwproject is samen met de zorgorganisatie Algemene Stichting voor Zorg- en Dienstverlening (hierna: ASVZ) besloten om in een pilotproject de RDM toe te passen in de initiatieffase van een zorgbouwproject.

ASVZ is een zorgorganisatie die zorg en dienstverlening biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. De werkterreinen zijn zorg en begeleiding in wonen, dagactiviteiten, thuiszorg en ook ondersteunende diensten. Meer dan 4000 medewerkers en 1000 vrijwilligers zetten zich in voor ongeveer 4400 cliënten. Dit kunnen (jong)volwassenen zijn, ouderen, kinderen of gezinnen. De organisatie kent verschillende vormen van ambulante zorg- en dienstverlening, waaronder: begeleiding bij het zelfstandig wonen, gezinsondersteuning, pedagogische gezinsbegeleiding, logeer-, vakantie- en weekendopvang en gezinshuizen. Ook leveren zij specialistische vormen van begeleiding en behandeling zoals specifieke medische en pedagogische zorg, tandartszorg, aangepaste fysiotherapie en diverse andere therapievormen.

ASVZ is aangesloten bij de Carante Groep, een landelijk samenwerkingsverband van zelfstandige regionaal werkende organisaties in de zorgsector. De aangesloten organisaties zijn regionaal actief, verspreid over Nederland. De samenwerkende organisaties bieden met 18.000 medewerkers zorg, begeleiding en ondersteuning op maat aan 20.000 cliënten: mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking, de psychiatrie, ouderenzorg, welzijn en jeugdhulpverlening. De omvang van de Carante Groep maakt het mogelijk om de professionele ontwikkeling op vier ondersteuningsgebieden (personeel en organisatie, financiën en informatisering, huisvesting en zorgontwikkeling) optimaal te houden.

Bij ASVZ zijn vier managementniveaus te onderscheiden: Raad van Bestuur, (hoofd) ondersteunende diensten, sectormanager en teamleider. ASVZ heeft een tweehoofdige Raad van Bestuur. Een van de leden is door de Raad van Toezicht benoemd tot voorzitter van de Raad van Bestuur, die eindverantwoordelijk is voor het totale beleid van de stichting. Daaronder staan 4 hoofden ondersteunende diensten: zorgondersteuning en zorgontwikkeling, facilitair bedrijf, personeel en organisatie, financiën en informatisering. Voor de aansturing van het primaire proces zijn er 17 sectormanagers wonen, 2 sectormanagers ambulante zorg- en dienstverlening en 4 sectormanagers dagbesteding, die leiding geven aan teamleiders. De teamleiders sturen vervolgens de teams aan van de verschillende woonvoorzieningen, dagbestedingsgroepen en ambulante werkers.

Vermeldenswaardig is dat ASVZ door Effectory genomineerd is voor de verkiezing van Beste Werkgever van 2011. Deze verkiezing is een norm voor goed werkgeverschap zowel in het bedrijfsleven als in de maatschappelijke- en zorgsector. Aspecten waarop werkgevers beoordeeld worden zijn medewerkerstevredenheid, betrokkenheid, leiderschap, werksfeer en ontwikkelingsmogelijkheden. Op de ranglijst van beste werkgevers is ASVZ op plaats nummer twintig geëindigd op de lijst van vijftig beste werkgevers van Nederland in 2011 (in de categorie van meer dan 1000 werknemers).

ASVZ beschikt over een relatief gezonde financiële positie.

Het dienstverleningsgebied van ASVZ strekt zich uit van Zuid- en Midden-Holland tot Brabant (Nieuwe Waterweg Noord, Rotterdam, Midden Holland, Waardenland, Zuid-Hollandse Eilanden, West-Brabant en Midden Brabant). ASVZ beschikt op tientallen locaties over een diversiteit aan woonvormen, van meer tot minder beschut. De zorgorganisatie investeert in meerdere woon- en werklocaties. In 2008 is gestart met het verzamelen van informatie in een vastgoedinformatie-systeem en in 2009 is een nieuw portefeuilleplan opgesteld om meer grip te houden op de vastgoedportefeuille. In de komende 5 jaren is er een bouwportefeuille van 170 miljoen euro beschikbaar voor nieuwbouw, uitbreidingscapaciteit en vervangende nieuwbouw.

Uit de bouwportefeuille van ASVZ is gekozen voor een complex project dat in de initiatieffase verkeert: de huisvesting (inclusief dagbesteding) van 45 cliënten met een intensieve zorgvraag (sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijk gehandicapten). Deze cliënten verblijven thans op de Merwebolder te Sliedrecht. ASVZ zal in de gemeente X⁶ een kavel kopen waarop de huisvesting gerealiseerd zal worden. Op de te bebouwen kavel van ongeveer 6.400m² is 2.400m² bestemd voor huisvesting en 900 m² voor dagbesteding. De gebouwen (inclusief de inrichting) moeten molestbestendig zijn. Het project moet passen in het stedenbouwkundige plan en overeenkomen met de randvoorwaarden die gesteld zijn door de gemeente X. Parkeerplaatsen en overige voorzieningen moeten op eigen terrein worden gerealiseerd. De totale stichtingskosten bedragen volgens berekeningen ongeveer 11 miljoen euro.

Hierna wordt de gevolgde werkwijze beschreven die bij de implementatie van de RDM is gevolgd.

⁶ Uit privacy overwegingen wordt de naam van de gemeente niet genoemd.

3.3 Toepassing van de RDM in een zorgbouwproject

De bedoeling van het pilotproject 'toepassing van de RDM in een zorgbouwproject van ASVZ' was om met input van de deskundigen van het projectteam van ASVZ de risico's van het bouwproject in kaart te brengen. Na de risicosessie zou het projectteam zich meer bewust moeten zijn van de eigen rol en de raakvlakken met andere disciplines. Het integraal denken alsmede de commitment tussen teamleden zou hierdoor worden versterkt. Nadat een project uit hun portefeuille was geselecteerd, werden afspraken gemaakt over de toepassing van de RDM.

Met de toepassing van de RDM in de initiatieffase van het zorgbouwproject zal de zorgorganisatie in staat zijn om:

Potentiële (technologische, organisatorische, commerciële) voorzienbare risico's van het project op systematische wijze in kaart te brengen.
--

Geïdentificeerde risico's te onderscheiden in de mate van risico en de mogelijk te verwachten (schadelijke) gevolgen te schatten.

Het besluitvormingsproces ten aanzien van de gediagnosticeerde risico's adequaat in te richten.

Analyseren van de mogelijkheden van beheersing.

De projectrisico's tijdens het project adequaat te volgen en te beheersen.
--

De risicodiagnose en het beheersplan vast te stellen.

Intakegesprek met de opdrachtgever

In mei 2011 vond een intakegesprek plaats waarin het RDM- team samen met de huisvestingsmanager en een lid van de Raad van Bestuur van ASVZ de mogelijkheden voor toepassing van de RDM besprak. Doel van het intakegesprek was het afstemmen van de wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden en het maken van concrete afspraken met betrekking tot de uitvoering van de RDM.

Onderwerpen die in het gesprek aan de orde kwamen waren:

Doelstelling en bijzonderheden van het project.

Randvoorwaarden voor het te selecteren bouwproject.

Vragen over de bouwprojecten uit de bouwportefeuille.

Toegankelijkheid van de bronnen voor de onderzoeker.
--

Vertrouwelijkheid van de informatie.

Fase waarin het bouwproject verkeert.

Gevraagde inzet van de deelnemers.

Partijen die betrokken zijn bij de initiatieffase.
--

Personen die gevraagd zullen worden deel te nemen aan het risicosessie.

Inlichten van de deelnemers.

Communicatieplan.

Afspraken over het te verwachten eindproduct.

Go or no go voor het pilotproject.

De principe-afspraken (plaats en data van de vervolgstappen bij de verdere uitvoering) werden na het intakegesprek met de huisvestingsmanager gemaakt. Hij werd ook aanspreekpunt voor verdere communicatie.

Bestudering van het project en identificatie van de kwetsbare gebieden

Na het intakegesprek selecteerde de huisvestingsmanager samen met zijn projectteam een geschikt project uit de bouwportefeuille. De relevante informatie

over het bouwproject werd naar het RDM- team gemaild. Daarnaast bestudeerde het RDM- team informatie van de organisatie die via de website en de media beschikbaar waren. Na bestudering van de informatie maakte het RDM- team een overzicht van de potentiële kwetsbare elementen van het plan en de potentiële problemen die daaruit kunnen volgen.

Achtergrond van het overzicht:	
Formulering van het project.	Past het project binnen de missie, visie, doelstellingen organisatie? Zijn het doel en de randvoorwaarden duidelijk omschreven?
Management support.	Staat het management achter dit project? Zijn zij bereid om noodzakelijke middelen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ter beschikking te stellen?
Projectbeheersing.	Zijn er systemen voor beheersbaarheid (tijd, budget, mensen en middelen) van het project?
Draagvlak.	Is er draagvlak, binnen en buiten de organisatie?
Technische taken.	Beschikken de verantwoordelijken over voldoende inzicht en kennis voor de beoordeling technische taken?
Communicatie.	Is er een communicatieplan?
Onvoorziene problemen.	Hoe lost men onvoorziene afwijkingen, problemen en wijzigingen op?
Omgeving van het project.	Welke invloed hebben interne en externe factoren op het project? Zijn de risico's van deze factoren systematisch in beeld gebracht?

Selectie van de medewerkers

Na het intakegesprek selecteerde de huisvestingsmanager op basis van de aanwijzingen van het RDM- team, enkele deskundigen die direct betrokken zijn bij het bouwproject. Deze deskundigen werden in twee dagen tijd individueel worden geïnterviewd door het RDM- team.

De geselecteerde groep van 6 personen bestond uit:	
Functie medewerker.	Taken voor en tijdens het bouwproject.
Hoofd huisvesting.	Goedkeuring algehele plan. Mede eindverantwoordelijk voor het gehele plan. Advies aan de Raad van Bestuur.
Projectleider huisvesting.	Algehele coördinatie van het project. Draagt zorg voor de communicatie rond de uitvoering en tussen de verschillende medewerkers. Verantwoordelijk voor de uitvoering van de bouwwerkzaamheden . Draagt zorg voor de vergunningen.
Sectormanager 1 (wonen) en Sectormanager 2 (dagbesteding) .	Meedenken in het plan. Communicatie van het plan naar de teamleiding en het personeel. Begroting personeelskosten voor het plan. Draagkracht creëren voor het plan (bij ouders / cliënten, zorgpersoneel).
Medewerker Financiën.	Verzekeren van het object. Zorgen voor de cashflow van het project . Het voldoen van de facturen. Signalering naar de projectleider als het gereserveerde budget wordt overschreden.

Interviews

Na selectie van de te interviewen medewerkers werd samen met de huisvestingsmanager een programma gemaakt voor de interviews. Het doel van de interviews was het zo volledig mogelijk in kaart brengen van alle potentiële risico's door de individuele inbreng van de medewerkers. Alle deskundigen werden door de individuele inbreng maximaal in staat gesteld tot het aangeven van de in hun ogen risicovolle aspecten in het project.

Tijdens de interviews werd de volgende agenda aangehouden:	
Introductie	Referentie naar de verzonden checklist en verdere toelichting over de vervolgstappen en methode.
Beschrijving project	Beschrijven van de projectorganisatie en te realiseren gebouw, onderdelen, middelen en processen.
Risico's	De geïnterviewde geeft aan wat de potentiële risico's zijn op verschillende gebieden.

De geïnterviewden konden naar eigen oordeel aangeven of binnen het project sprake is van een kloof tussen de beschikbare en de binnen de tijd en middelen vereiste kennis, vaardigheden en of ervaring. Door de individuele interviews kunnen voor het beoogde risico-identificatiedoel nadelige groepsdynamische effecten zoveel mogelijk worden voorkomen. De minderheidsopvattingen en ideeën krijgen een grotere kans om naar voren te worden gebracht. Alle deelnemers hebben in principe een gelijkwaardige inbreng bij het naar voren brengen van de in hun ogen potentiële risico's.

Tijdens de interviews werden de volgende hoofdvragen aangehouden:	
Cliënten.	-Voor wie wordt de huisvesting gerealiseerd? -Kennen we de wensen van de cliënten? -Is er draagvlak bij de cliënten?
Markt.	-Is er een markt voor dit type huisvesting? -Wat zijn de wensen van de markt? -Zijn er commerciële vooruitzichten voor dit gebouw (concept)? -Wat zijn de gebruikersvoordelen? -Wie zijn de concurrenten en wat zijn hun plannen? -Wat zijn de concurrentievoordelen voor dit gebouwconcept?
Organisatie.	-Hoe belangrijk is dit project voor de zorgorganisatie? -Is er management support voor dit project? -Op welke manier past dit project binnen de missie, visie en strategische doelstellingen van de organisatie? -Wordt er voldoende tijd en middelen vrijgemaakt, naast de huidige werkzaamheden?

Interne aspecten van het project.	-Is het doel eenduidig vastgelegd? -Welke randvoorwaarden en beperkingen gelden voor dit project? -Wat behoort wel en wat niet tot het project? -Zijn de technische specificaties vastgelegd? -In hoeverre zijn er wijzigingen te verwachten en hoe gaan jullie daarmee om? -Welke consequenties hebben de wijzigingen voor de planning?
Organisatie van het project.	-Zijn de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden duidelijk verdeeld? -Is noodzakelijke capaciteit en hulpmiddelen beschikbaar? -Is er een duidelijke besluitvormingsprocedure afgesproken? -Is er een duidelijke Work Breakdown Structure beschikbaar? -Is er een communicatieplan? -Zijn de verschillende disciplines voldoende betrokken bij de realisatie? -Zijn er duidelijke afspraken met betrekking tot de beheersbaarheid van het project?
Realisatie van het project.	-Beschrijf het project. -Welke zijn de kritische aspecten om het project succesvol te realiseren, binnen en buiten uw eigen vakgebied? -Wat zijn de belangrijkste risico's die het project bedreigen? -Welke middelen zijn noodzakelijk om het bouwproject te realiseren? -Wat is uw specifieke bijdrage. Wat wordt van u verwacht en wat zijn de onbekende aspecten (focus met name op de verwachte bijdrage van de geïnterviewde en de voor hem hierin onbekende aspecten)? -Welke kritische aspecten ziet de geïnterviewde nog meer buiten zijn eigen gebied?

Verwerken van de resultaten van de interviews

Doel van deze hoofdstap is het samenstellen van een overzicht van de potentieel riskante (organisatorische, technologische en commerciële) elementen van het project. Op basis van de interviews en de beschikbare projectdocumenten wordt een definitieve beschrijving gemaakt van de onderdelen van het beoogde resultaat, de vereiste processen en middelen en systemen. Per onderdeel worden de aspecten opgenomen die vanuit de interviews als potentieel riskant naar voren komen.

Questionnaire

In de risicoquestionnaire worden de potentiële organisatorische, technologische en commerciële risico's aan de deelnemers voorgelegd, met als doel te komen tot een oordeelsvorming over de mate van risico.

De risicoquestionnaire is een hulpmiddel om:

- Te onderzoeken in hoeverre de individueel ingebrachte risico's ook door de overige deelnemers als riskant worden herkend.
- Te onderzoeken in hoeverre aspecten die niet uit de interviews naar voren kwamen, door de deelnemers ook als riskant worden herkend (ook risico's die door de projectconsultant vanuit zijn eigen referentiekader als risico's worden gezien).
- Van de deelnemers een oordeel te vragen over de mate waarin zij de ingebrachte potentiële risico's beoordelen als riskant.

De volgende procedure werd gevolgd:

- De tijdens de interviews naar voren gekomen risico's werden omgezet in de vorm van stellingen. Deze stellingen zijn feitelijk van aard en bevatten geen ontkenningen.
- De stellingen werden opgenomen in een gestandaardiseerde format van de risicoquestionnaire. Iedere stelling werd aan de hand van drie risicowaarderingen beoordeeld teneinde de mate van risico van de desbetreffende stelling in kaart te brengen. De vraag aan de geïnterviewde medewerkers was:
 - Om per stelling een oordeel te geven over de mate van risico van de desbetreffende stelling.
 - Om een oordeel te geven over de te verwachten kans en de te verwachten gevolgschade voor het projectsucces.
 - Per stelling werd ook expliciet gevraagd om te beoordelen in hoeverre het risico schade aan projectsucces kan aanbrengen en in hoeverre het risico valt te beïnvloeden door het projectteam.
 - Toesturen van de risicoquestionnaire aan de deelnemers van de risicodiagnose. Het belang van invullen en tijdig terugsturen werd benadrukt⁷. Over de wijze van invullen werd uitleg gegeven. Voor het verzamelen van de risicoquestionnaire werd een uiterlijke datum afgesproken.

Nadat de risicoquestionnaires waren ingevuld en geretourneerd naar het RDM-team, werden deze geanalyseerd en verwerkt in een risicotopografie.

Terugkoppeling naar de opdrachtgever

Na het samenstellen van het questionnaire werd het resultaat voorgelegd aan de opdrachtgever. Het doel van deze actie was om te verifiëren of de beschrijving als compleet en juist wordt gezien en kon dienen voor het maken van verdere afspraken over het verdere verloop. Onderwerpen die aan bod kwamen waren:

- Het informeren van de opdrachtgever over de tot dusverre bereikte resultaten.
- Vragen die tijdens de interviews gerezen zijn en niet beantwoord konden worden.
- Het corrigeren van onvolledigheden en of onjuistheden in de questionnaire.

De risicotopografie

De questionnaires werden door de ASVZ-medewerkers ingevuld en geretourneerd naar het RDM-team. Deze questionnaires werden geanalyseerd en verwerkt in de risicotopografie. Het doel van de risicotopografie is het verkrijgen van een overzicht waaruit het groepsoordeel over de risico's verbonden aan het project, duidelijk wordt. Dit geschiedt door:

- De uitkomsten van de individueel ingevulde risicoquestionnaire in hun onderlinge samenhang te visualiseren.
- Zichtbaar te maken welke stellingen als riskant zijn beoordeeld. Voor de indeling in een risicoklasse zijn beslisregels geformuleerd. De stellingen worden, afhankelijk van de score, ingedeeld in een van de vijf onderscheiden risicoklassen: F (Fatal), H (High), M (Medium), L (Low), S (Safe).

⁷ Opmerking: het is niet noodzakelijk dat de deelnemer alle vragen uit de lijst beantwoordt. De stellingen waarover de deelnemer geen oordeel heeft of waarvan bij hem de kennis ontbreekt, dienen om ruis te voorkomen, te worden overgeslagen.

- Zichtbaar te maken welke stellingen door de respondenten verschillend zijn beoordeeld. Ook wordt duidelijk in de risicotopografie hoe de meningen van de deelnemers uiteenlopen. Deze stellingen zullen in de risicosessie aan de orde gesteld worden teneinde op te helderen waarom een aantal respondenten de desbetreffende stelling als riskant beoordeelt. Een minderheid kan geheel terecht een bepaalde stelling als riskant hebben beoordeeld.
- Bij de besluitvorming over de verdere analyse en aanpak van gediagnosticeerde risico's te dienen als risicofocus en als totaaloverzicht.

Een activiteit wordt als riskant beoordeeld indien:

- De kans of de waarschijnlijkheid dat een risicogebeurtenis zich voordoet als groot wordt verondersteld.
- De schade die de risicogebeurtenis kan veroorzaken voor het uiteindelijk te bereiken eindresultaat als groot wordt gezien.
- De beïnvloedbaarheid van de risicogebeurtenis en de schadelijke gevolgen, tijdens het projectverloop als gering wordt beschouwd.

Nadat de risicotopografie was opgesteld, nam het RDM- team contact op met ASVZ. De uitslag van de risicotopografie en de op te stellen agenda voor de risicosessie werden besproken.

De risicosessie

Het doel van de risicosessie was om de deelnemers te informeren over de resultaten van de questionnaire, waarna een effectieve en efficiënte gedachtewisseling over mogelijke oplossingsrichtingen, te nemen beheersmaatregelen en besluitvorming over de gediagnosticeerde projectrisico's kon volgen.

Tijdens de risicosessie werden de resultaten van de ingevulde vragenlijsten met behulp van een risicotopografie gepresenteerd. De zwaarst wegende risico's en de risico's die een grote spreiding vertoonden (waarover de mening van de geïnterviewde personen verdeeld waren) werden tijdens de risicosessie uitvoerig besproken. Deze risico's werden nader geanalyseerd en bestudeerd om de verschillen in score op te helderen. Na de presentatie ontstond een levendige discussie over de risico's en mogelijke oplossingen.

Tijdens het uitwerken van de oplossingsrichting werd het volgende besproken:	
Risico's.	Aantal risico's waarvoor een oplossing moet worden gevonden
Moeilijkheidsgraad.	Moeilijkheidsgraad van de risico's
Maatregelen.	Welke maatregelen dienen getroffen te worden om de gekozen oplossingsrichting daadwerkelijk uit te voeren: wie, wat, wanneer, wanneer gereed.
Voortgangsrapportage en besturingsmogelijkheden.	Voortgangsrapportage en bijsturingsmogelijkheden: als wordt gekozen om niet in te grijpen, op welke wijze kunnen de eventuele effecten van de risico's worden opgevangen?
Omgaan met risico's.	Als risico's worden afgewezen, wat betekent dit voor de projecten? Als risico's worden overgeheveld, wat betekent dit voor het project? Zelf reduceren: wat zijn de opties?

Het resultaat van de pilotsessie was:

- De risicotopografie met een overzicht van de risico's die het project bedreigen.
- Formulering van beheersmethoden.
- Toewijzing van risico's aan risico-eigenaren.
- Afspraken voor verdere communicatie.
- Tips voor communicatie met samenwerkende partners.
- Een rapport over de implementatie van de RDM in het zorgbouwproject van ASVZ.

Evaluatie

Voor de interviews werden 2 werkdagen uitgetrokken. Per interview werd 1,5 uur uitgetrokken. Voor het totale traject werden 7 werkdagen gereserveerd. De 7^e dag werd afgesloten met een risicosessie.

Dhr. Kos, voorzitter Raad van Bestuur ASVZ:

Het Risico Diagnose Model heeft haar praktische nut bewezen. Dit model past in de nieuwe ontwikkelfase die zorginstellingen doormaken en levert een goede bijdrage voor de organisatie in de nieuwe tijd van marktwerking. Het scenariodenken en het nadenken over de eigen rol en bijdrage door de verschillende teamleden voor het projectsucces ontstaat automatisch na toepassing van dit model. De toepassing van dit model wordt aanbevolen aan andere zorgorganisaties.

Tijdens de evaluatie van het pilotproject is gebleken dat de RDM haar praktische nut heeft bewezen in de zorgbouw:	
Positieve ervaring.	Alle deelnemers waren positief over de RDM die toegepast is voor het doorlichten van het project. Door de externe begeleiding bij de toepassing van de RDM, hadden alle participerende deskundigen de mogelijkheid om vanuit de eigen invalshoek en deskundigheid, een maximale bijdrage te leveren tijdens de risicosessie. De relaties tussen de verschillende disciplines (projectleiding, vastgoed, financiën, zorg) zijn in dit project duidelijk zichtbaar geworden en versterkt.
Van tunnelvisie tot nieuwe invalshoeken.	De deelnemers waren het erover eens dat tijdens de risicosessie nieuwe invalshoeken zijn ontstaan, met name op het gebied van de ontwerpisen, vastgoedbeheersing, grondzaken en scenariodenken. De nieuwe invalshoeken stimuleren tot nieuwe inzichten voor de individuele en gezamenlijke visies die inmiddels (voor dit pilotproject plaatsvond) in een tunnel waren beland. Bepaalde onderwerpen zoals de grondprijs, de marktwaarde in de toekomst, de economische betekenis van het project voor de omgeving, werden tijdens de risicosessie vanuit meerdere, verrassende invalshoeken benaderd.
Integrale visie op het project.	De zienswijzen van verschillende deskundigen van het ASVZ-team en het RDM-team werden bij elkaar gebracht tot een integrale visie op het project. De raakvlakken tussen de verschillende disciplines maakten de deelnemers bewust van de onderlinge afhankelijkheid en de samenhang tussen de onderwerpen als zorgconcepten en vastgoedconcepten (hoe past een dynamisch zorgconcept in een vastgoedconcept, dat in de toekomst ook een marktwaarde moet hebben), economische betekenis van dit project voor de omgeving (werkgelegenheid, economische waarde voor de omliggende bedrijven), grondprijsberekeningen (welke zaken hebben invloed op de prijsvorming en welke punten kan je aandragen bij de onderhandelingen), alternatieven voor het zoeken naar locaties (aانبesteding van grond), enzovoorts.

Scenariodenken.	Scenariodenken op het gebied van bezuinigingen, ontwerp, (minder) personeel en toekomstwaarde is gestimuleerd en men denkt na over eigen en gezamenlijke rol en bijdrage aan het projectsucces. Met opgedane inzichten kunnen businessplannen voor andere projecten worden aangescherpt.
------------------------	--

4 Enkele trends in de zorgsector

De zorgsector is een dynamische sector waarvan de toekomst niet op alle onderdelen duidelijk is. De snelle ontwikkelingen en trends in de zorgsector beïnvloeden de bouw- en investeringsplannen van zorgorganisaties aanzienlijk. De toekomstwaarde van de organisatie (en de zorggebouwen) hangt mede af van de manier waarop men nu inspeelt op de trends en ontwikkelingen in de sector. Zorgorganisaties worden gedwongen om mee te bewegen met de nieuwe ontwikkelingen en hun bedrijfsvoering hierop af te stemmen. Inzicht in de huidige en toekomstige ontwikkelingen vormt een belangrijk kader waarbinnen (vastgoed)beslissingen worden gerealiseerd. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste trends beschreven en de risico's die zij meebrengen voor de vastgoedbeslissingen.

4.1 Politieke ontwikkelingen

De laatste jaren hebben steeds meer sectoren te maken met het terugtreden van de overheid. In de telecommunicatie, de nutssector, het openbaar vervoer, de woningbouw en het onderwijs is dit al jaren aan de gang. De deregulering in de gezondheidszorg en de marktwerking hebben de rollen in de gezondheidszorg veranderd. Instellingen krijgen meer verantwoordelijkheid en de overheid treedt terug. Dit resulteert in een toenemende vraag naar allerlei (andere) vormen van zorg en in een grotere druk op de beschikbare budgetten.

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg beïnvloeden de medische- en zorgconsumptie. Nederland besteedt (afhankelijk van de definitie) tussen de 9 en 13% van het bruto binnenlands product aan gezondheidszorg. Zorguitgaven stijgen de laatste jaren sneller dan het BBP⁸. De overheid staat voor een grote bezuinigingsopgave en zet steeds meer druk op de beschikbare middelen. Dit uit zich in allerlei maatregelen die nu en in de toekomst zullen worden doorgevoerd zoals scheiden wonen en zorg, budgetplafonds en decentralisatie van taken naar lagere overheden en burgers.

De bedrijfsvoering van zorgorganisaties wordt in grote mate beïnvloed door de politieke ontwikkelingen, die met elk kabinet weer veranderen. Zorgorganisaties moeten in hun haalbaarheidsstudies rekening houden met verschillende scenario's als gevolg van veranderingen in de politieke opvattingen.

4.2 Vraag en aanbod

De Nederlandse zorgsector is getransformeerd van een aanbodgestuurd stelsel naar een vraaggestuurd stelsel. Dit heeft consequenties voor de praktische invulling in de zorgorganisatie, waaronder de organisatie van de werk- en zorgprocessen, de competenties van het personeel en ook de huisvestingsconcepten. In het stelsel van vraagsturing zal de zorgorganisatie moeten tegemoetkomen aan de eisen en wensen van de cliënt. De cliënt komt dichterbij de zorgaanbieder.

Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van cliënten en zorgverleners.

⁸ CPB document no 203, Economische verkenning 2011-2015, maart 2010.

Individualisering van de zorgomgeving leidt tot grote variaties in behoeften en wensen. Cliënten worden mondiger en kritischer en zoeken met behulp van allerlei vergelijkingsmethodes naar de beste oplossingen voor hun wensen. Onder andere de betere vermogenspositie van de cliënt (in het bijzonder de ouderen), de toegang tot (zorg- en medische) informatie en het hoger opleidingsniveau zorgt voor een koopkrachtiger en kritischer wordende cliënt. Cliënten kunnen makkelijker en sneller informatie over zorg en huisvesting vergelijken. Zij zijn op de hoogte van de mogelijkheden en hebben voor de onderhandelingen hun eisen, wensen en woonbehoefte geformuleerd. Zij beschikken ook over informatie over woonvormen en concepten in andere regio's en zelfs in het buitenland.

Instellingen worden steeds afhankelijker van de cliënten, die producten (zoals zorg en huisvesting) bij hen afnemen. Zij moeten flexibeler inspringen op de wensen van consumenten en het beleid afstemmen op de behoeften van de cliënt. Zorgadviseurs en zorgconsulenten kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Hoe beter de dienstverlening, hoe meer cliënten en inkomsten. Zorgaanbieders blijven verantwoordelijk voor de kwaliteit, prijs, zorg op maat en de organisatie van de zorg, terwijl de cliënt steeds meer invloed heeft op de manier waarop zorg wordt geboden, de tijdstippen en de prijs.

Demografie: groei en krimp

Zorgorganisaties met uitbreidingsplannen moeten rekening houden met de demografische gegevens van de gebieden waarin zij wensen uit te breiden. Het aanbod dient te worden afgestemd op de vraag in de regio. Bepaalde regio's in Nederland hebben nu te maken met krimp. Onder andere Zeeuws Vlaanderen, Oost-Groningen en Zuid-Limburg hebben daar last van.

De zorgvraag lijkt landelijk wel te groeien: een stabiel stijgende vraag in de toekomst lijkt verzekerd. Deze ontwikkeling levert voor de zorgaanbieder kansen en risico's op. De belangrijkste ontwikkelingen voor de zorgvraag zijn de vergrijzing, de toename van chronische ziekten, gedrag gerelateerde zorgvraag, meer aandacht voor gezonder leven en de toenemende individualisering van de maatschappij.

Uit gegevens van het CBS blijkt dat het aantal 65-plussers vanaf 2010 tot 2025 zal stijgen van 2,1 miljoen naar ruim 4 miljoen in 2025. Verder zal er in 2050 in vergelijking met 2010 bijna een verdrievoudiging van het aantal 80-plussers zijn. Dit zal leiden tot een grote druk op de (ouderen)zorg. Het aantal mensen (met en zonder beperkingen) dat ouder wordt groeit én de ouderen worden steeds ouder. De (dubbele) vergrijzing zal rond 2040 het hoogtepunt bereiken met als gevolg dat de vraag naar zorg, met name in de care, zal stijgen. Volgens Alzheimer Nederland zal het aantal mensen met dementie binnen veertig jaar verdubbelen tot een half miljoen. Dit heeft invloed op de zorgvoorzieningen.

Voor de zorgbouw kan dit leiden tot de vraag naar andere huisvestingsconcepten, bijvoorbeeld een verschuiving van gebouwen voor lichte verzorging naar gebouwen die geschikt zijn voor verpleging en verzorging. In nieuwe huisvestingsconcepten wordt nu al rekening gehouden met alternatief gebruik en afstoting van gebouwen.

Nieuwe concepten in de zorg

Onder andere de toenemende bereidheid van cliënten om voor zorg te betalen leidt tot nieuwe (luxere) zorgconcepten die flexibeler en op maat gesneden zijn.

Zorgorganisaties spelen hier op in door nieuwe (deel)producten aan te bieden. Men denkt nu vaker na over zorg- en gebouwconcepten die doelmatig en efficiënt op de veranderende zorgvraag en zorgaanbod aansluiten.

4.3 Behoeftte aan nieuwe vormen van kennis

Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is een verzamelbegrip en heeft in de care onder andere betrekking op aspecten als probleemgedrag en valincidenten. Het belang van het realiseren van veilige gebouwen in de zorg (evidence based) zal toenemen in de komende jaren. Een patiëntveiligheidsaspect is de resultante van de acties van het personeel en van procedures en werkwijzen maar ook van de fysieke omgeving, die zodanig moet zijn ontworpen dat de kans op incidenten minimaal is.

Healing environment

Healing environment heeft de laatste jaren haar intrede gedaan in de gezondheidszorg. In het healing environment concept is het gebouw ontworpen met een zodanige aandacht voor de binnen- en buitenruimten, dat het gebouw bijdraagt aan het fysiek, mentaal en sociaal welbevinden van de gebruikers (cliënten, personeel en bezoekers). In het gebouw is vooral aandacht besteed aan licht, geluid, kleuren, geuren, privacy, comfort en inrichting zodat het positief werkt op het welbevinden, herstel en genezing van de cliënt.

Vraag naar nieuwe toepassing van kennis en participatie van deskundigen

De vraag naar de manier waarop kennis wordt vergaard, gebruikt en overgedragen is veranderd ten opzichte van een aantal jaren terug. Door de concurrentie is niet alleen de vraag naar professioneel zorgpersoneel groter, maar ook het vereiste kennisniveau van de bestuurders en het management is veranderd. Dit uit zich onder andere in de huidige vacatures in de zorgsector, waarin de beschrijving van de vereiste profielen heel anders is dan enkele jaren terug. In de traditionele zorgwereld had de vastgoedmanager kennis van vastgoed, de zorgmanager had kennis van de zorg en de econoom had kennis van het financiële reilen en zeilen van de organisatie. In de nieuwe zorgwereld is er vaker vraag naar geïntegreerde kennis. Verschillende disciplines moeten samen nadenken over de bedrijfsvoering en de invulling van nieuwe bouwplannen. De huisvestingsmanager moet bijvoorbeeld ook kennis hebben van de primaire processen, om een optimale aansluiting van werkprocessen op de indeling van het gebouw te bereiken. Ook moet hij vooraf weten of (de huisvestingscomponent van) de inkomsten toereikend is om de huisvestingslasten te dekken.

Kennis bezitten en gebruiken is niet voldoende voor een succesvolle aanpak van zorgbouwprojecten. Minstens zo belangrijk is nu de participatie van meerdere groepen en lagen uit de organisatie.

Internationalisering

Internationalisering is de toename van internationale contacten tussen landen, bedrijven, organisaties en burgers. Ook in de zorgsector is sprake van internationalisering. Zorgnetwerken strekken zich steeds meer uit over de grenzen en internationale, commerciële zorgconcerns bieden wereldwijd hun diensten aan. Er komen steeds meer technieken om behandelingen en zorgverlening op afstand

te doen. Ook is men in toenemende mate bereid om verder weg te reizen voor goede zorg.

Zorgorganisaties moeten steeds vaker over de grens kijken om op de hoogte te blijven van trends en ontwikkelingen in de zorgsector. De internationalisering brengt ook veel kansen mee voor de Nederlandse zorgorganisaties, bijvoorbeeld de aanbieding van exclusieve zorgconcepten (luxueuze zorghotels) aan (rijke) buitenlandse cliënten.

4.4 Nieuwe zorg- en gebouwconcepten

Veelzijdig aanbod woonvormen

De laatste jaren zijn andere vormen van wonen met zorg ontstaan. Grote (intramurale) instellingsgebouwen ondervinden momenteel concurrentie van andere (kleinschalige en extramurale) woonvormen⁹. Niet alleen de zorgaanbieders zijn de laatste jaren creatiever geworden, ook particulieren nemen vaker initiatieven op het gebied van wonen en zorg. Projectontwikkelaars, woningcorporaties, zorgorganisaties en andere (particuliere) partijen spelen in op de vraag door het aanbod te vergroten naar woonservicegebieden, serviceflats, kleinschalige woonvormen, extramurale woonvormen, luxueuze woningen, thomashuizen, zorgboerderijen of kangoeroewoningen.

De realisatie van woonservicegebieden

Een woonservicegebied is een gebied waarin (optimale) condities zijn geschapen voor wonen met zorg en waarin een gevarieerd aanbod van (zorg)huisvesting gevestigd is. Mensen met beperkingen kunnen langer zelfstandig blijven wonen met of zonder zorg. De woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen vormen een samenhangend geheel, doordat verschillende organisaties zoals woningcorporaties en zorg- en welzijnsorganisaties het aanbod op elkaar afstemmen.

Voor een zorgorganisatie brengt de participatie in een woonservicegebied een hele andere manier van denken met zich mee, die vertaald moet worden in andere, flexibele werkprocessen. Bouwen binnen een woonservicegebied leidt tot meer en intensievere samenwerkingsverbanden met de organisaties die allerlei diensten leveren aan de cliënten.

Zorghotels

Zorghotels zijn hotelachtige faciliteiten die ontstaan zijn om tegemoet te komen aan de vraag naar ruimte voor herstellende zorg (bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname), overbruggingszorg, als (tijdelijke) vervanging voor mantelzorg, of als vakantiebestemming (als de cliënt even uit zijn dagelijkse omgeving wil zijn). Cliënten die geen medisch specialistische behandeling (meer) nodig hebben, kunnen hier in alle rust herstellen. Een zorghotel biedt de faciliteiten die een normaal hotel ook biedt, zoals een receptie, schoonmaak, restaurant, eventueel zwembad, wandel- en gymfaciliteiten en ook comfort en privacy. Het verschil is dat in een zorghotel ook zorg wordt geboden. Afhankelijk van het concept kan medische zorg worden geboden en is 24-uurs verpleging en verzorging mogelijk. De vergoeding voor het verblijf verschilt per zorgverzekeraar. Vaak wordt ook een eigen bijdrage gevraagd voor de extra (luxueuze) diensten zoals woon- en service

⁹ Bij kleinschalig wonen woont een kleine groep mensen (meestal maximaal 6) die intensieve zorg en ondersteuning nodig hebben, in een groepswooning. Men woont daar zo normaal mogelijk.

kosten (huurkosten, energiekosten, maaltijden, schoonmaak) en extra zorg (die niet door de verzekeraar wordt vergoed).

Scheiden wonen en zorg

Scheiden van wonen en zorg is een onderwerp dat momenteel veel besproken wordt. Het uitgangspunt is dat bepaalde doelgroepen in de toekomst zelf verantwoordelijk worden voor hun eigen woning. Volgens het concept scheiden wonen en zorg kunnen cliënten bijvoorbeeld zelf een woning huren (of kopen) met de (eigen of subsidie) middelen die zij ter beschikking hebben. De zorg kan worden gecombineerd met het wonen of deze kan apart worden ingekocht.

Om aan de hogere eisen en wensen tegemoet te komen zal zowel het woon- als zorgaanbod aantrekkelijk moeten zijn. Commerciële vastgoedpartijen, woningcorporaties en zorginstellingen zullen vaker en op meer gebieden moeten samenwerken.

Langer zelfstandig thuis wonen

Door de behoefte aan meer privacy, comfort en keuzevrijheid willen cliënten graag langer thuis wonen in een levensloopbestendig huis. Een opkomende trend is zorg aan huis. Door de ontwikkelingen in de maatschappij zoals domotica, de mogelijkheid om normale woningen aan te passen en toegankelijk te maken is langer thuis wonen voor (hulpbehoevende) cliënten goed mogelijk. Hierdoor wordt zorg losgekoppeld van wonen waardoor een grotere vraag zal ontstaan naar deelproducten zoals dagbesteding, telegzorg en zorg aan huis. Met behulp van nieuwe technologie (ICT, biotechnologie, medicatie, automatisering processen), inzet van hulpmiddelen en flexibel personeel kan zelfs zware zorg in de thuissituatie mogelijk zijn.

Mantelzorg

Mantelzorg is (langdurige en intensieve) zorg aan een ander (meestal partner, kind, ouder of kennis). Door de terugtrekkende overheid komt meer verantwoordelijkheid bij de burgers te liggen. Onder andere door herindicaties kunnen cliënten minder of geen recht op bepaalde voorzieningen hebben of moeten zij die zelf organiseren. Als gevolg daarvan neemt de druk op mantelzorgers toe. Burgers zullen in de toekomst vaker voor hun naasten moeten zorgen. Deze ontwikkelingen leiden ook tot nieuwe woonconcepten voor hulpbehoevenden, bijvoorbeeld de mantelzorgwoning of kangoeroewoning.

4.5 Organisatie en personeel

Transparantie in bedrijfsvoering

In de (planbare) zorg zijn transparantie, de kwaliteit en toegankelijkheid van informatie belangrijke factoren in de keuze van de consument. Cliënten willen de mogelijkheden hebben om (op afstand) de kwaliteit van zorgaanbieders te vergelijken en inzicht te hebben in verschillende indicatoren zoals dienstverlening en tevredenheidsonderzoeken.

Zorgorganisaties spelen hierop in door meer informatie (waaronder vastgoed- en investeringsbeslissingen) inzichtelijk te maken voor de buitenwereld. Ook wordt aan de opzet van de jaarverslagen meer aandacht besteed. Dit uit zich onder andere in de kwaliteit van de jaarverslagen van zorginstellingen, waarin steeds meer wordt

gerapporteerd over onder andere wachttijden, patiënttevredenheidsonderzoeken en financiële gegevens. De kwaliteit van de zorg wordt gemeten met behulp van indicatoren. Interessant voor de buitenwereld is om inzage te hebben in de manier waarop wordt geanticipeerd op actuele ontwikkelingen in de zorgsector en hoe invulling wordt gegeven aan Good Governance.

Het nieuwe werken

Het nieuwe werken, een trend van de laatste jaren, stimuleert werknemers om vaker vanuit huis te werken. Vraag en aanbod van (zorg) diensten kan worden ingevuld zonder fysiek contact tussen vrager en aanbieder. Dit leidt onder andere tot minder vraag naar fysieke ruimte voor werkprocessen.

Fusies en samenwerkingsverbanden

Fusies en samenwerkingsverbanden tussen (delen van) zorgorganisaties zijn geen uitzondering. Zorgorganisaties richten zich steeds meer op een beperkt aantal diensten. Door onder andere de toenemende specialisatie, bezuinigingsopgaven en de wens om optimaal gebruik te willen maken van gebouwen, ruimten en middelen, ontstaat bij zorgorganisaties de behoefte om gebruik te maken van elkaars mogelijkheden. Zij zoeken de samenwerking op en specialiseren in een of meerdere onderdelen.

Arbeidsproductiviteit

Naar verwachting zal de landelijke zorgvraag in de toekomst groeien. Momenteel zijn ongeveer 1,2 miljoen mensen werkzaam in de zorg, 14% van de totale arbeidsmarkt. Als de ontwikkelingen van de afgelopen jaren zich onveranderd voortzetten, zullen tot 2020 nog circa 480.000 werkenden in de zorg moeten bijkomen¹⁰. De nieuwe aanwas daarvoor is te beperkt: de verwachte instroom in genoemde periode is 250.000.

In de komende jaren wordt een tekort aan arbeidskrachten verwacht. Onder andere de vergrijzing, de toenemende zorgvraag en een dalend aanbod leiden tot krapte op de arbeidsmarkt. De arbeidsproductiviteit in de zorg groeit minder hard dan de rest van de economie en de loonstijging gaat sneller dan de arbeidsproductiviteit. Zorgorganisaties worden vroeg of laat geconfronteerd met dit probleem.

Organisaties die nieuwe huisvestingsconcepten willen realiseren, moeten rekening houden met de tekorten op de arbeidsmarkt. Tijdens het ontwerpen van huisvestingsconcepten moet rekening worden gehouden met de werkprocessen, die in de toekomst met minder personeel moeten worden ingevuld.

Marketing in de zorg

Sinds de marktwerking en de toenemende concurrentie investeren zorgorganisaties meer in marketingactiviteiten. De cliënten komen niet meer vanzelfsprekend toestromen. Zij hebben nu meerdere keuzemogelijkheden en gaan voor het beste. Om gegarandeerd te zijn van voldoende instroom, die broodnodig is om de inkomsten op peil te houden, zal hard moeten worden gewerkt aan marketing. Concurrerende producten, snelle en efficiënte op maat gesneden diensten en tevreden klanten zijn indirecte reclame voor het bedrijf.

¹⁰ Bron: ZIP Zorginnovatieplatform, Inspiratie voor innovatie, 24 juni 2009.

Men zal in de komende jaren tijd (en geld) moeten investeren in marketingactiviteiten zoals reclame en bekendheid (via de media) door bijvoorbeeld good practice, transparantie en goede prijs-kwaliteit verhoudingen.

4.6 Het computertijdperk

ICT

ICT is een van de belangrijkste hulpmiddelen in de gezondheidszorg. In de care-sector biedt het mogelijkheden om langer thuis te blijven wonen met een beperking.

Belangrijke toepassingen van ICT in de zorgsector zijn het inzichtelijk maken van data, internet als kennisbron voor de gezondheidszorg en efficiënte software voor kostenbeheersing. Zorgorganisaties hebben in het algemeen niet veel kennis van en grip op ICT- toepassingen en zijn afhankelijk van professionals. Om te komen tot goede keuzes is enige kennis van ICT aan te bevelen.

Sociale media

Sociale media zoals e-mail, twitter, hyves, face-book, Linked In hebben de manier waarop mensen aan informatie komen en informatie met elkaar delen veranderd. De kritischer wordende cliënt kan nu makkelijker allerlei informatie ontsluiten, vergelijken, beoordelen en bekritisieren. Websites die producten en diensten beschrijven (en beoordelen) kunnen razendsnel informatie verspreiden. Cliënten komen vaker in aanraking met de mening van 'burgers' (lees: lotgenoten) dan met uitspraken van professionals. Kritische opmerkingen zoals de kwaliteit van huisvesting of diensten gaan de lezers (cliënten) niet voorbij en kunnen het imago van de zorgorganisatie (positief of negatief) beïnvloeden.

Domotica

De integrale automatisering van gebouwen in de gezondheidszorg wordt steeds meer toegepast. De ontwikkelingen rond domotica volgen elkaar snel op. Technologie en diensten worden geïntegreerd, zodat mensen met beperkingen zelfredzaam zijn in hun (eigen) omgeving. Domotica maakt het mogelijk om verschillende systemen (audio, video, airco, alarm, verwarming enz.) vanaf een (grote) afstand te bedienen. Zorgpersoneel hoeft niet meer in alle gevallen fysiek aanwezig te zijn bij de cliënt, maar kan de cliënt op afstand volgen, bewaken en helpen.

Domotica wordt binnenshuis vooral toegepast in keukens (voorprogrammering keukenapparaten), badkamers (zelfsluitende kranen, thermostaten), comfort (openen deuren en ramen, instellen temperatuur, instellen sfeer), klimaatregeling (temperatuursensoren), verlichting (sfeerverlichting, automatische verlichting als men langsloopt) en sanitair (zelf spoelende wc).

De toepassing van domotica leidt tot arbeidsbesparing in de zorg. Aan de andere kant tikt deze luxe wel aan in het kostenplaatje van de bouw en exploitatie van zorggebouwen.

4.7 Duurzaamheid en energiebesparing

Wereldwijd is een trend waarneembaar in het omgaan met beschikbare middelen en natuurlijke hulpbronnen. De schaarste aan materialen en de vervuiling van de

aarde dwingen verschillende sectoren, waaronder ook de bouwsector, om zuinig om te springen met materialen. Als gevolg hiervan wordt vaker nagedacht over hergebruik van gebouwen (in plaats van sloop), maximalisatie van de levenscyclus van gebouwen, hergebruik van materialen, besparing van energie en gebruik van zonne-energie.

Energiekosten vormen een groot deel van de exploitatiekosten van zorggebouwen. Volgens Europese richtlijnen¹¹ moeten eigenaren en beheerders van gebouwen zuiniger zijn met energie. Instellingen hebben momenteel wel zicht op wat hun jaarlijks verbruik is, maar onduidelijk is waar de grootste kansen liggen om energie te besparen. In kenniskringen wordt hard nagedacht over energiebesparende maatregelen in de zorg. Klimaatneutraal bouwen betekent een energiezuinig casco, duurzame warmte- en koude voorzieningen en duurzame gebouwgebonden elektravoorzieningen. De hogere stichtingskosten zullen op termijn worden gecompenseerd door de lagere energierekening.

Een zorggebouw dat veel energie gebruikt, zal een negatieve invloed hebben op de exploitatiekosten. Voordat een gebouw wordt ontworpen moet men inzicht hebben in het energieverbruik, energiebesparingsmogelijkheden (door inzet van apparatuur en door beïnvloeding van het menselijk handelen), invloed van werkprocessen op energieverbruik, criteria voor aankoop van apparatuur (met betrekking tot energieconsumptie) enzovoorts.

¹¹ EPBD (Energy Performance Building Directive)

5 Risico's in de zorgbouw

Zorgorganisatie X had in 2006, na een groeiende wachtlijst, voornemens voor uitbreiding van het cliëntenbestand met nieuwbouw voor 83 plaatsen. De investeringssom voor de nieuwbouw was gebaseerd op de kengetallen die toen (tijdens het bouwregiem) golden voor de zorgbouw. De adviseurs rekenden enkele worst- en best case scenario's uit en de concept business case was sluitend. Het plan leek haalbaar. De architect presenteerde enthousiast enkele moderne conceptontwerpen. Nadat een geschikte locatie was gevonden, werden met de gemeente afspraken gemaakt voor aankoop van de bouwrijpe grond. In december 2009 zou de grond worden aangekocht en kon de bouw worden gestart¹².

De aandacht voor risicomanagement in de zorgbouw is de laatste jaren toegenomen. Het komt echter nog niet vaak voor dat een instelling die bouwplannen heeft, de risico's belicht vanuit een organisatiebreed, integraal perspectief. De risico's op verschillende terreinen in een bouwproject zijn onderling met elkaar verbonden en kunnen elkaar versterken. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de belangrijkste risico's die een zorgbouwproject kunnen bedreigen.

5.1 Haalbaarheid

Nadat de consequenties van de afschaffing van het bouwregiem doordrongen tot de Raad van Bestuur, besloot men andere scenario's uit te rekenen. De inkomsten zouden in de toekomst namelijk gebaseerd worden op de daadwerkelijke productie: voor elke cliënt krijgt de instelling een budget met daarin een component voor de kapitaallasten (de Normatieve Huisvestings Component). Het moderne maar weinig flexibele ontwerp van de architect bleek te duur te worden: de investeringskosten voor dat ontwerp, met de nieuwste domotica snufjes, konden niet worden gedekt uit de inkomsten. Domotica vervangen door meer personeel leek haast onmogelijk. De concurrent, die in dezelfde regio actief was, bood betere arbeidsvoorwaarden aan, zodat het personeel van de zorginstelling wegtrok. Ook de toekomstige cliënten, die via sociale media snel op de hoogte waren van actualiteiten, trokken hun aanvraag voor een zorgplaats terug en schaarden zich massaal in de rij bij de concurrent. De concurrent speelde namelijk handig in op de veranderende wensen en eisen van de cliënt en bood flexibele pakketten en zorgarrangementen aan. Zelfs zorg aan huis was mogelijk!

De nieuwe ontwikkelingen in de zorgsector en de verwachtingen voor de toekomst beïnvloeden de manier waarop zorgorganisaties nadenken over grote investeringen. Vroeger bouwde men zo groot (en luxe) mogelijk met zoveel mogelijk extra's aan ruimte en infrastructuur. De kapitaallasten werden immers nagecalculeerd en men liep nauwelijks risico's. De omslag naar een marktgericht stelsel brengt meer risico's met zich mee en een organisatie met bouwplannen moet nu goed nadenken over de levensvatbaarheid van het bouwproject en de invloed van het project op de continuïteit van de organisatie.

Een gebouw gaat lang mee en als het er eenmaal staat, heeft het invloed op de processen die zich daarbinnen voltrekken. Een gebouw dat moeilijk te exploiteren

¹² In dit hoofdstuk zijn geanonimiseerde fragmenten uit praktijkvoorbeelden opgenomen.

valt, of niet goed aansluit op de toekomstige vraag en zorgprocessen, kan een organisatie jarenlang als een steen om de nek hangen. Onder andere door gebrek aan personeel en krappe budgetten worden lage exploitatiekosten steeds belangrijker. Een bouwende instelling moet kunnen aantonen dat het nieuwe gebouw de komende jaren gevuld zal zijn met cliënten en rendabel geëxploiteerd kan worden. Ook moeten gebouwen in de toekomst voldoen aan de (veranderende) vraag van de cliënt. Bij het ontwerp moet rekening worden gehouden met mogelijkheden voor andere (zorg)functies. De levensduur van een gebouw is langer als de bestemming later kan wijzigen in een andere dan zorg. Dit verhoogt de restwaarde van het gebouw en verlaagt de afschrijvingskosten voor de instelling. Door het efficiënt inrichten van een gebouw (onderhoudsvriendelijk, tijdbesparend, praktisch, kostenbesparend) kan men besparen op de exploitatiekosten.

Zorginstellingen moeten een gedegen risicoanalyse maken als zij voornemens hebben om bouwprojecten te realiseren. Een businessplan maakt onderdeel uit van een risicoanalyse.

In een businessplan moet in elk geval aandacht worden geschonken aan:	
Markt.	Marktontwikkelingen (vraag en aanbod).
Politiek.	Overheidsbeleid en de gevolgen daarvan.
Concurrenten.	Opstelling van andere partijen: de (directe en indirecte) concurrentie, hun producten en diensten.
Demografie.	Demografische ontwikkelingen, zowel regionaal als subregionaal.
Flexibiliteit.	Toekomstige flexibiliteit, bouwkundige en logistieke aspecten. Logistieke aspecten en de flexibiliteit ten aanzien van zorgprocessen.
Eigen positie.	Positie in de zorgsector (eigen mogelijkheden en onmogelijkheden, financiële positie, uniek zorgaanbod, marktaandeel).
Technologie.	De opkomst van nieuwe technologie.
Financiën.	Financiële haalbaarheid. De solvabiliteit, liquiditeit en vermogenspositie van de zorginstelling. Belangrijk zijn onder andere de investering, de meerjaren exploitatiebegroting, de meerjaren liquiditeitsbegroting, de meerjaren balansbegroting, rendementsberekeningen, inflatie, kortingen van de overheid, duurdere (ICT) deelprojecten, renteontwikkeling tijdens bouwperiode, schaarste aan- en voorwaarden voor leningen, enzovoorts.
Verschillende scenario's.	Scenarioanalyses met betrekking tot productieontwikkeling, prijs- en kostenontwikkelingen, best en worst case scenario's en financiële tegenvallers moeten in beschouwing worden genomen.
Risicomanagement.	Een risicomanagementplan waarin potentiële risico's worden beschreven en hoe men denkt deze risico's te beheersen.

De haalbaarheid van het project moet goed worden bestudeerd alvorens de investeringsbeslissing wordt genomen.

Indien de organisatie een portfolio van projecten uitvoert, is het verstandig om een overzicht te maken van de investeringen per jaar per project en het totale plaatje (samenvattend overzicht) van het investerings- en exploitatieprogramma.

5.2 Markt en concurrentie

De zorgmarkt zal door de ontwikkelingen die gaande zijn, te maken krijgen met allerlei markteconomische aspecten, zoals vraag, aanbod en concurrentie. In het

Nederlandse zorgstelsel hebben behalve de vrager en de aanbieder, ook andere spelers een rol, zoals de zorgverzekeraar, de cliënt, de overheid en ZBO's als bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit. De overheid zal zich, ondanks de marktwerking, niet volledig terugtrekken uit de markt. Wettelijk is vastgelegd dat de overheid een verplichting heeft ten aanzien van toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg: een rol die zij alleen kan invullen indien zij nog voldoende invloed heeft op de markt.

Concurrentie

De overheid wil de concurrentie in de zorg verder uitbreiden dan nu het geval is. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraars moeten elkaar maximaal gaan beconcurreren. Zorginstellingen zullen voortaan ook van andere investeerders, dan alleen banken, geld mogen lenen. Op deze wijze kunnen extra geldstromen worden aangeboord. Dit zijn allemaal maatregelen om de marktwerking in de zorg verder door te voeren en de concurrentie in de zorg te vergroten. Zolang de overheid de budgettaire kaders in stand houdt en er een instrument blijft bestaan om de kosten te beheersen, kan geen sprake zijn van totale marktwerking in de zorg. Ook vanuit de bankwereld wordt aangegeven dat de zorgmarkt geen geheel vrije markt zal worden¹³.

Instellingen met 'oude' gebouwen hebben een probleem. Deze gebouwen voldoen vaak niet aan de steeds hogere eisen van de cliënten en toekomstige cliënten die over het algemeen meer financiële middelen zullen hebben om zich een luxe zorgomgeving te permitteren. Daarnaast is de aanpasbaarheid en afstootbaarheid van deze gebouwen zeer laag. Het vastgoed moet dan ook zodanig worden ontwikkeld dat de instelling kan inspringen op nieuwe ontwikkelingen. Naast flexibel bouwen of de gebouwen afstootbaar neerzetten moet de instelling ook zodanig bouwen dat er gereageerd kan worden op een grotere vraag of een gelijkblijvende vraag met afnemende inkomsten door bezuinigingen. Een oplossing voor deze ontwikkelingen wordt door sommige instellingen gecreëerd door bij de opzet van het gebouw rekening te houden met het samenvoegen van groepen of extra woonruimte te maken die kan worden ingezet bij een stijgende zorgvraag.

Invloed van concurrentie op vastgoedbeslissingen

Met het vastgoed kan worden ingespeeld op de concurrentie en op vraagontwikkelingen. Het is van groot belang dat instellingen hun vastgoed professioneel benaderen. Vastgoed dat niet efficiënt kan worden ingezet, heeft direct financiële consequenties en directe gevolgen voor het zorgproces van de instellingen, de medewerkerstevredenheid en de klanttevredenheid.

Bij het ontwikkelen van het vastgoed is het van groot belang dat duidelijk is wat de concurrentie op dit moment en in de toekomst wil aanbieden. Sterke (toekomstige) concurrentie kan de vraag naar het eigen product doen dalen waardoor er onderproductie dreigt, met financiële gevolgen. Daarnaast kan een terugtrekkende concurrent juist de vraag doen stijgen waar alleen van kan worden geprofiteerd indien de instelling voldoende aanbod kan leveren.

¹³ Bron: ABN AMRO

Concurrentie kan vanuit verschillende hoeken komen:	
Directe concurrenten.	Zorgaanbieders, die zorg voor dezelfde doelgroep aanbieden in hetzelfde verzorgingsgebied.
Nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg.	Bijvoorbeeld verdere invoering van domotica, waardoor ouderen langer thuis kunnen wonen en de vraag naar intramurale zorg daalt.
Aanbieders van zorghuisvesting.	Ook aanbieders die niet traditioneel als zodanig optraden, bijvoorbeeld woningcorporaties die zorghuisvesting realiseren.
Bovenregionale voorzieningen.	Bijvoorbeeld specialistische voorzieningen, bijvoorbeeld voor doelgroepen met een hogere ZZP.

Onder andere de technologische vooruitgang maakt het mogelijk dat steeds meer oudere mensen langer thuis kunnen blijven of binnen de bescherming van de zorg zelfstandig kunnen wonen (bijvoorbeeld in aanleunwoningen). Deze ontwikkeling zal zich in de toekomst verder ontwikkelen. Flexibel en aanpasbaar bouwen is een mogelijkheid om op de toekomstige veranderingen te anticiperen. Mede om deze redenen worden zorggebouwen in de ouderenzorg die door woningcorporaties worden gebouwd vaak zodanig ontworpen dat ze voor relatief weinig geld kunnen worden omgebouwd naar 'normale' appartementen en dus nog een goede restwaarde vertegenwoordigen. Nu is het ombouwen van 'zorgappartementen' redelijk eenvoudig. In de GHZ-sector wordt vooral voor de lagere ZZP-cliënten huisvesting gerealiseerd die met beperkte aanpassingskosten geschikt kunnen worden gemaakt voor de woningbouw. Men moet zich wel realiseren dat niet alleen het gebouw geschikt moet kunnen worden gemaakt voor woningbouw maar ook de locatie (de omgeving moet aan de eisen van 'normale' bewoning kunnen voldoen).

Zodanig bouwen dat het vastgoed kan worden afgestoten op het moment dat de vraag naar het geleverde product daalt, is niet voor elke sector even eenvoudig. De flexibiliteit en aanpasbaarheid van zwaar gedimensioneerde huisvesting (bijvoorbeeld voor sterk gedragsgestoorde cliënten) is een stuk lager dan huisvesting ontworpen voor cliënten met een lager zorgniveau. Mocht er druk komen op de vraag, zit de instelling met lege gebouwen.

Om huisvestingsrisico's te reduceren kan door de instelling ook worden gekozen voor samenwerkingsvormen. Dit kan binnen de keten maar ook met de concurrentie om zo tot een betere spreiding van het aanbod te komen. De instelling kan er ook voor kiezen de risico's te reduceren door de ontwikkeling van het vastgoed af te stoten naar een andere partij en zichzelf volledig op de core-business, de zorgverlening, te richten. Te denken valt aan het bouwen van een verzorgingshuis door een woningbouwstichting, waarna de instelling van deze stichting huurt, maar ook aan andere constructies, bijvoorbeeld die waarbij het risico van het gebouw bij het consortium komt te liggen.

De instellingen zullen keuzes moeten maken om de huidige en toekomstige concurrentie aan te kunnen en de toekomstige vraag zo veel mogelijk te benutten:	
Prioritering.	Maak een duidelijke positionering (weet wie je met wat wil bedienen).
Concurrentieanalyse.	Maak een goede concurrentieanalyse, marktanalyse en SWOT-analyse (van de eigen organisatie).
Eigendomsverhoudingen.	Maak een afweging met betrekking tot het eigendom van het vastgoed (koop, huur of lease).
Flexibiliteit.	Maak je vastgoed flexibel (zorg dat het met minimale kosten kan worden aangepast om te voldoen aan fluctuaties in de zorgvraag, technische ontwikkelingen of makkelijk afstootbaar is). Houd hierbij ook rekening met het grondbeleid.

5.3 Financiën

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste risico's met betrekking tot de financiën beschreven.

Onzekerheid op gebied van wet- en regelgeving

Het kabinet heeft aangegeven dat de zorg onbetaalbaar dreigt te worden voor de overheid en de premiebetalers. Om dit probleem aan te pakken zal er ook in de toekomst worden bezuinigd in de zorg. Dit maakt het voor instellingen lastig een financieel toekomstplaatje te maken op basis van inkomstvergoedingen uit ZZP's. Omdat de inkomstenstroom niet kan worden gegarandeerd, worden de investeringen op het gebied van vastgoed risicovoller. Het is immers niet duidelijk of de huisvestingslasten in de toekomst met de productie kunnen worden gedekt.

Eisen van de financiers

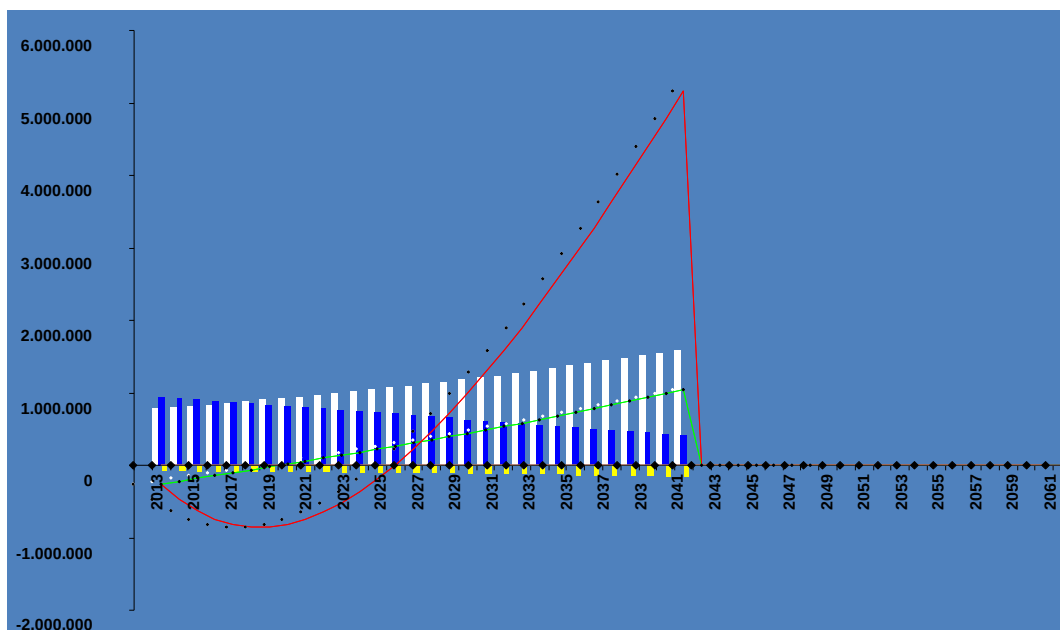
De mogelijke financiers van dit plan boden een lening aan met een hoog rentepercentage. In de tussentijd trokken enkele potentiële financiers hun aanbod terug. Andere potentiële financiers stelden ineens lastige vragen. Ook wilden zij inzage in 'zaken die hen niet aangaan' zoals achtergrond en ervaring van het projectteam.

De financiering van vastgoed is de laatste jaren drastisch veranderd. Eerst was, na het verkrijgen van een vergunning van de overheid om te gaan bouwen, het verkrijgen van het geld (hypothecaire lening) geen probleem. De instellingen sloten deze lening af bij het bankwezen, vaak met garantie van het waarborgfonds. De financiers hebben intussen hun eisen voor het verstrekken van een lening aangepast. De eisen van het waarborgfonds kunnen ook strenger worden omdat de leden van het waarborgfonds garant moeten staan voor het omvallen van de deelnemers.

De laatste jaren krijgen zorginstellingen, die geld willen lenen te maken met het volgende:	
Eisen financiers.	De financiers weigeren de financiering te verstrekken of ze stellen hogere eisen.
Doorlooptijd lening.	De financier stelt zodanige eisen dat de instelling daaraan niet kan of wil voldoen: in het verleden werd de doorlooptijd van de hypothecaire lening vaak vastgesteld op de tijd dat de nacalculatie doorliep, zijnde 30 tot 40 jaar. Om de risico's beter te kunnen controleren wordt de doorlooptijd nu vaak vastgesteld op 15 tot 20 jaar. Het is niet duidelijk of de lening kan worden gecontinueerd en zo ja, tegen welke voorwaarden.
Rente.	De financier rekent een hoge risico-opslag door, met als gevolg dat de investering leidt tot (te) hoge lasten voor de instelling.

Het badkuipeffect

Een financieel risico dat de instelling loopt, is dat bij een grote investering, hetzij nieuwbouw hetzij renovatie, de vergoeding van de inkomsten voor kapitaallasten uit de productie (de NHC's) niet synchroon loopt met de kosten (rente en afschrijving) van de investering. Bij de ingebruikname van het gebouw zijn de kosten vaak hoger dan de opbrengsten. Later zullen de opbrengsten voldoende zijn om de kosten te dekken. Vooral de eerste jaren, als de kosten hoger zijn dan de opbrengsten, zullen de opdrachtgevers risico lopen. Er is dan sprake van een zogenaamd badkuipeffect (de hypothecaire lasten (rente en aflossing) zijn aan het begin het hoogst en de inkomsten lager).



Witte balkjes: inkomsten / Blauwe balkjes: kapitaallasten / groene lijn: netto kasstromen / rode lijn: cum. kasstromen

figuur 1.0 'badkuip'

De onder-financiering na de oplevering leidt tot een exploitatieprobleem dat de opdrachtgever kwetsbaar maakt. Dit exploitatieprobleem speelt bij de oplevering van een groot nieuwbouwinitiatief of na oplevering van een grote renovatie. Het exploitatieprobleem zal groter blijken indien de kosten van het bouwinitiatief hoger uitvallen of indien het bouwinitiatief leidt tot een langere bouwtijd. De badkuip wordt

dan opgerekt. Verder is de grootte van de effecten afhankelijk van de inkomsten die de instelling genereert. Mochten deze inkomsten lager blijken dan werd aangenomen, dan zullen ook deze leiden tot een grotere en langere badkuip, dus tot een groter exploitatieprobleem en een groter financieel risico.

Exploitatiekosten van het gebouw

Bij het ontwerp en de realisatie van een zorggebouw moet niet alleen worden gekeken naar de kapitaallasten en functionaliteit van het gebouw maar ook naar de exploitatie- en levensduurkosten van een gebouw. Kosten die moeten worden gemaakt voor schoonmaak, energie, onderhoud, beheer etc. zijn bij zorginstellingen aanzienlijk en drukken zwaar op de uitgaven. Om het risico van een gebouw met hoge exploitatiekosten te verkleinen, zullen de zorginstellingen bij het ontwerp uit moeten gaan van een integrale benadering. Hogere investeringskosten kunnen bijvoorbeeld leiden tot lagere onderhouds- of schoonmaakkosten.

Beheersing van financiële risico's.

Zorginstelling met investeringsplannen moeten eerst een helder beeld hebben van hun eigen (on)mogelijkheden met betrekking tot de financiën.

De volgende punten moeten in acht worden genomen:	
Financiële positie.	Werk aan een goede financiële positie. Zorg voor goede solvabiliteit, liquiditeit en voldoende eigen vermogen om toekomstige tegenvallers op te vangen. Benader financiële bedrijfsvoering en vastgoed op een professionele wijze.
Businessplan.	Maak een goed onderbouwd businessplan, met verschillende scenario's.
Exploitatiekosten.	Beschouw de exploitatiekosten als een fundamenteel onderdeel van het ontwerp.
Personele inzet.	Zorg dat de organisatie en personele inzet zo efficiënt mogelijk is.
Waardering vastgoed.	Zorg voor een realistische waardering van het vastgoed, zodat er duidelijkheid is omtrent de eigen financiële positie.
Strategische partners.	Onderzoek de mogelijkheden van strategische partners (bijvoorbeeld banken).
Financieringsconstructies.	Onderzoek alternatieve financieringsconstructies (spreiding van het risico).
Werkkapitaal.	Zorg voor voldoende werkkapitaal.

5.4 Organisatie

Het viel de Raad van Bestuur op dat de tijd- en budgetplanningen niet eenduidig waren. De wijzigingen van de laatste maanden waren niet verwerkt. Bij navraag bleek dat de collega's van die afdeling niet op de hoogte waren van de plannen en zij hadden de komende maanden ook geen tijd om zich daarmee bezig te houden. De vastgoedmanager was van mening dat de huisvestingsmanager de verantwoordelijke was die de planning in de gaten moest houden. Er was niet voldoende draagvlak onder de medewerkers: dit project paste helemaal niet binnen denkkaders van hun religieuze opvattingen. Ook zagen de medewerkers het 100% service concept niet zitten. Dit betekende voor hen langere (avond) werktijden.

Een bouwproject staat nooit op zichzelf, het is een onderdeel van de activiteiten van een organisatie en draagt bij aan de invulling van (een van de) doelen van de

organisatie. Zorgorganisaties worden steeds meer geprikkeld om strategie, organisatie en huisvesting op elkaar af te stemmen. Voordat een organisatie overgaat tot het plannen van grote investeringen, is het noodzakelijk om de kaders goed te definiëren. Het investeringsbeleid van de organisatie moet passen binnen de missie, visie en kernwaarden van de organisatie. De (investerings)strategieën om de doelstellingen te bereiken, moeten passen binnen de geformuleerde langetermijnvisie. Algemene successen van de organisatie of een stabiele portefeuille zijn geen redenen om licht na te denken over de gevolgen van omvangrijke investeringen. Investeringsbeslissingen en veranderingen in de huisvesting zullen onder andere de cultuur, de primaire processen en de onderlinge werkverhoudingen beïnvloeden. Risicovolle projecten die niet voldoende worden beheerst, zullen de stabiliteit en de continuïteit van de organisatie niet ten goede komen.

Een zorgorganisatie die voornemens heeft om grote bouwprojecten te realiseren doet er goed aan om stil te staan bij de volgende punten:	
Uitgangspunten organisatie.	Bepaal de uitgangspunten van de organisatie. Wat is de missie (waarom bestaan wij als organisatie?), de visie (waar willen wij in de toekomst staan?) en de strategie (hoe zullen wij onze doelen bereiken?). Wat is de core business van de organisatie?
Analyse organisatie.	Hoe is de organisatie opgebouwd? Maak een analyse van de organisatie. Welke interne en externe ontwikkelingen beïnvloeden de organisatie? Wat is de marktpotentie? Wie zijn de concurrenten?
Strategie.	Bepaal de strategie. Zijn de strategische doelen in lijn met de missie, visie en kernwaarden van de organisatie?
Invloed risico's op organisatie.	Bepaal de invloed van de risico's van het bouwproject op de resultaten, de continuïteit van de organisatie en de haalbaarheid van de organisatiedoelstellingen.
Consequenties risico's voor bedrijfsvoering.	Zijn de consequenties voor de bedrijfsvoering duidelijk, als er veranderingen optreden in de huisvesting, bijvoorbeeld voor medewerkers (van zorg naar huishoudelijke taken, efficiencyverbeteringen, andere werktijden)?
Kennis en kunde.	Heeft de organisatie genoeg kennis en kunde voor het realiseren van het project?
Track record.	Heeft het management een 'track record'? Het management staat voor grote taakstellingen waarvoor wel enige (bouwkundige, logistieke, juridische) ervaring is vereist.
Flexibiliteit.	Is de organisatie flexibel genoeg om risico's en veranderingen op te vangen (bijvoorbeeld bij capaciteitstekort of budgetoverschrijdingen)? Moeten ambities worden bijgesteld, of aanvullende acties worden ondernomen om oorspronkelijke doelen te realiseren?
Draagvlak.	Is er binnen de organisatie genoeg draagvlak voor het te realiseren project? Bij grote bouwprojecten is commitment van de medewerkers noodzakelijk. Bestuur en medewerkers moeten bijvoorbeeld overeenstemming hebben over doelstellingen voor de toekomstige koers, inclusief eventuele efficiëncyslagen die moeten worden gemaakt. De organisatie moet zorg dragen voor een goede communicatie en informatieverstrekking naar alle lagen van de organisatie
Taken en bevoegdheden.	Zijn de taken en bevoegdheden van medewerkers duidelijk, ook wanneer het bouwproject van start gaat? Een heldere taakverdeling in het bouwproject is essentieel. Bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid voor financieringsbeslissingen.

Om een bouwproject tot een succes te maken, is betrokkenheid van het hoogste managementniveau noodzakelijk, evenals een deskundige en competente staf, betrokkenheid en draagvlak onder de medewerkers en belanghebbenden. De Raad van Bestuur draagt er zorg voor dat in de zorgorganisatie een op de organisatie toegesneden, intern risicobeheersings- en controlesysteem aanwezig is. Risicomanagement betreft niet alleen de financiële risico's van de zorgorganisatie, maar handelt ook over risico's als de kwaliteit van de zorg, patiëntveiligheid, imago- en marktrisico's en bouwinvesteringen. De Raad van Bestuur rapporteert hierover aan de Raad van Toezicht. Risico's die een ernstige bedreiging vormen voor het voortbestaan van de zorgorganisatie of de voortgang van het primair proces, moeten worden gemeld aan de Raad van Toezicht¹⁴.

Het realiseren van bouwprojecten in een vraaggestuurde zorgsector vergt een andere kijk op de plaats van het personeel in het huisvestingsplaatje. De werkprocessen dienen afgestemd te zijn op het huisvestingsconcept. Werkprocessen in een vraaggestuurde zorgorganisatie zijn heel anders dan in een aanbodgestuurde zorgorganisatie. Ook aan de competenties van medewerkers worden nu andere eisen gesteld.

Vereiste competenties in een zorginstelling in een vraaggestuurde sector:	
Personeel.	Oplossingsgericht denken, anticipatievermogen, cliëntgerichtheid, flexibiliteit en zelfstandigheid.
Leidinggevend.	Ondernemen met gevoel voor organisatie, creativiteit, enthousiasme, resultaatgerichtheid en stimulerend naar het personeel. Daarnaast zijn eigenschappen als visie, initiatief, kostenbewustzijn, klantgerichtheid, besluitvaardigheid en durf essentiële vaardigheden voor de managers.

Een zorgorganisatie die voornemens heeft om grote bouwprojecten te realiseren, zou eerst moeten nagaan of de organisatie stabiel genoeg is om de invloed van grote veranderingen te kunnen weerstaan. Goed gedefinieerde kernwaarden en strategische doelen zijn de basis voor het realiseren van de (langetermijn)plannen. Draagvlak binnen de organisatie is daarbij essentieel.

5.5 Beheersen van een project

Ten einde raad vroeg de Raad van Bestuur aan de vastgoedmanager wat de stand van zaken was: hoeveel geld was er uitgegeven van 2006 tot nu, waren de mijlpalen gehaald, hoeveel tijd en geld was nodig voor het aanpassen van de plannen en wat dacht de vastgoedafdeling over de haalbaarheid van eventuele nieuwe plannen? De vastgoedmanager had geen idee wat de financiële stand van zaken was. De declaraties en andere kosten die waren gemaakt voor dit plan, werden niet allemaal eenduidig en bij dezelfde persoon (afdeling) gedeclareerd. De kosten waren geboekt op verschillende afdelingen. Voor de initiatieffase was ook geen eenduidige tijd- en budgetplanning opgesteld en men had nooit mijlpalen benoemd. De vastgoedafdeling had het erg druk met andere zaken zoals het renoveren van de oude gebouwen.

De zorgorganisatie is erbij gebaat dat de bouwprojecten die worden geïnitieerd binnen de gestelde kaders van planning, budget en kwaliteit worden gerealiseerd. Projectmanagement moet ingebed zijn in de organisatie. In de praktijk zijn hiervoor

¹⁴ Bron: Brancheorganisaties Zorg, Zorgbrede Governancecode 2010, januari 2010.

meerdere projectmanagementmethoden gangbaar, Om een project goed te kunnen beheersen, is het aan te bevelen om tijdig afspraken te maken over de beheersmethoden, zodat de tijd, het budget, de kwaliteit, de informatie en de organisatie effectief worden gemanaged. Gedurende het project moeten plannen regelmatig getoetst en bijgesteld worden. Belanghebbenden moeten afspraken maken over beheersaspecten (tijd, geld, kwaliteit, informatie, organisatie), waarin de beheerseisen (inclusief toleranties) de beheersactiviteiten, de beheersmiddelen en de voortgangsbewaking zijn opgenomen.

De mate waarin een project met succes kan worden uitgevoerd, wordt grotendeels bepaald door het projectteam. De samenwerking tussen de projectleden bepaalt in grote mate de flexibiliteit waarin met lastige situaties wordt omgegaan. Ook conflictsituaties kunnen makkelijker worden aangepakt als de verstandhouding tussen teamleden onderling goed is. Medewerkers van het projectteam moeten zoveel mogelijk taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben die passen bij hun vakgebied. Voor de selectie van projectleden geschiedt, moet eerst worden bepaald wat de uit te voeren werkzaamheden zijn, wat de omvang van de werkzaamheden is en welke deskundigheid daarvoor nodig is.

De meest voorkomende valkuilen die op het gebied van projectmanagement het projectsucces kunnen bedreigen zijn:	
Beschrijving resultaat.	De resultaatpecificatie van het project is vaag (bijvoorbeeld: een goed werkend ventilatiesysteem, een ruime woonkamer).
Afbakening.	Het projectresultaat is niet afgebakend (men heeft niet duidelijk aangegeven wat wel en niet tot het resultaat behoort).
Planningen.	Budget en tijdschema zijn niet taakstellend, met als gevolg dat de oorspronkelijke tijd- en budgetplanningen worden 'vergeten' (en overschreden).
Conflicterende eisen.	Het bouwplan bevat conflicterende eisen die niet worden aangepakt.
Toleranties.	In de beheersplannen zijn geen toleranties opgenomen.
Volledigheid informatie.	Het beslisdocument is niet compleet. Het bevat geen actuele stand van zaken ten opzichte van de gewenste stand en de gevolgen voor het hele project.

Het beheersen van het project begint vanaf de eerste ideeën over dat project. Het is belangrijk om het proces goed te documenteren, zodat men later terug kan kijken naar de geschiedenis. Originele planningen zoals budget- en tijdschema's moeten altijd worden bewaard. Deze dienen als 'nulpunt' van waaruit kan worden gemeten wat de afwijkingen in een later stadium zijn.

Voor de beheersing van de verschillende aspecten zijn in de praktijk bewezen methoden gangbaar zoals:	
Work Breakdown Structure (WBS).	Het opknippen van een project in kleinere, overzichtelijke delen waaraan mensen en middelen zijn toegewezen. De opgeknipte delen zijn direct gekoppeld aan een tijd- en budgetplanning.
Tijdplanning.	In een tijdschema wordt overzichtelijk aangegeven welke activiteiten in welke periode plaatsvinden. Ook mijlpalen worden aangegeven. Vertragingen, versnellingen en prognoses kunnen direct worden aangepast in het schema.
Budgetplanning.	Met behulp van methoden zoals Budgeted Costs of Work Performed, Actual Costs of Work Performed en EVA kan men aangeven wat de (financiële) stand van zaken is tijdens het project, de afwijking ten opzichte van de planning en de prognoses.

Haastige spoed is zelden goed. Een goede voorbereiding en goede afspraken over de te hanteren projectmanagementmethoden zijn essentieel voordat begonnen wordt met bouwen. Met een zorgvuldige voorbereiding worden onaangename verrassingen voorkomen. Aanbevolen wordt om een (erkende) projectmanagementmethode toe te passen voor het beheersen van bouwprojecten en om met (externe) belanghebbenden afspraken te maken en overeenstemming te bereiken over de toe te passen beheersmethoden.

5.6 Juridisch

Gedurende het bouwproces kan de organisatie op tal van wetten en regels stuiten die de uitvoering van de plannen kunnen vertragen. Ook kan de wetgeving tussentijds wijzigen wat de planvorming en uitvoering kan beïnvloeden. Op het gebied van ruimtelijke ontwikkeling bestaat bijvoorbeeld een kans dat door negatieve ontwikkelingen in de vergunningsprocedure de planontwikkelingsfase vertraging oploopt. Hierdoor kunnen de financieringskosten van het project stijgen, zodat extra advieskosten moeten worden gemaakt. Bij latere oplevering dan gepland kan een boeteclausule in werking treden.

Niet alle zorgorganisaties hebben voldoende inzicht in de geldende eisen op het gebied van bouwen. Zij kunnen geconfronteerd worden met lange procedures voor het verkrijgen van vergunningen en toestemming, milieuvergunningen, (strengere naleving van) brandveiligheidsvoorschriften, onduidelijkheid over projectgrenzen en afbakening van verantwoordelijkheden, fouten van derden met betrekking tot het volgen van juridische procedures en regelgeving, claims van externen (gemeente, omwonenden), enzovoorts. Vergunningsprocedures en juridische kwesties kunnen veel tijd in beslag nemen. Ook technisch onderzoek, voorwaarden voor betaling en overdracht, verplichtingen tussen koper en verkoper zijn onderwerpen waarvan een zorgorganisatie niet altijd voldoende kennis in huis heeft. Vertraging van het bouwproject kan leiden tot stijging van rendement op vreemd vermogen indien de inflatie hoger uitvalt dan verwacht. De beslissers in de organisatie dienen voldoende kennis en inzicht te hebben (of in te huren) van de wettelijke vereisten, juridische procedures en consequenties op het gebied van bouwen en relevante raakvlakken.

Een zorgorganisatie doet er goed aan om in contracten met derden vooraf aan te geven op welke wijze meningsverschillen en conflicten zullen worden beslecht. In

bepaalde branches bestaan er standaardvoorwaarden die aangeven welke wegen bewandeld kunnen (of moeten) worden in conflictsituaties. In andere gevallen kan men zelf in overleg bepalen hoe men geschillen zal (laten) oplossen. In de bouw worden mediation en arbitrage veel toegepast.

Veel voorkomende valkuilen:	
Afspraken staan niet op papier.	Documenten in het bouwproces zijn juridische stukken. Afspraken tussendoor die niet op papier staan, hebben geen status.
Inhuren van 'goede vrienden'.	Prettige relaties met samenwerkende partners garanderen geen goede afloop.
Wisselende aanspreekpunten.	Goede samenwerking met wethouders en andere overheidsfunctionarissen hoeven niet stand te houden gedurende het gehele project. Na de verkiezingen krijgt men mogelijk met andere overheidsfunctionarissen te maken.
Een adviseur wordt gekozen uit de kennissenkring.	Kijk verder rond. Vraag meerdere offertes aan en vraag naar referenties.
Eeuwigdurende inspraakprocedures.	Inspraakprocedures kunnen erg lang duren. Tijdens deze procedures loopt men de kans dat bouwplannen eindeloos worden gewijzigd. Probeer grenzen te stellen aan de inspraak.
Overlap in contracten.	Controleer de contracten op overlap in taken. Omschrijf bij overlappingen duidelijk wie de verantwoordelijkheid draagt voor welke deeltaken.

5.7 Locatie

Het besluit om huisvesting te realiseren op een bepaalde locatie dient voort te komen en te worden getoetst aan de beleidsdoelstellingen van de organisatie. Wil men groeien in de regio of juist krimpen, wil men uitbreiden naar een andere regio of samenwerken met andere organisaties in de nabijheid van de locatie? Heeft de organisatie andere maatschappelijke doelstellingen die op die locatie kunnen worden gerealiseerd? De keuze van de locatie moet zorgvuldig worden afgewogen, men zal er immers jarenlang aan gebonden zijn. Bij de overweging voor de keuze zijn verschillende gegevens van belang zoals informatie over structuur- en bestemmingsplannen, gronduitgiftebeleid, publiekrechtelijke beperkingen, ligging in beschermd stadsgezicht en bodemgegevens. Het verdient aanbeveling om in een vroeg stadium het gebied te verkennen en gesprekken aan te gaan met gemeenten, het kadaster en andere relevante actoren.

Locatie-eigenschappen

Nadat een (globaal) beeld is geformuleerd van de locatie-eisen kan men overgaan tot het zoeken van een locatie. Bij de beoordeling van een locatie is het aan te bevelen om meerdere factoren te bestuderen. Men kan bij verschillende instanties informatie opvragen, bijvoorbeeld de gemeente (onder andere bestemmingsplannen, bodemkaarten) en het kadaster (o.a. eigendomspositie, grenzen van percelen) kunnen inzicht bieden in gegevens over de locatie.

Locatie eigenschappen:	
Toekomstmogelijkheden.	De flexibiliteit, alternatieve aanwendbaarheid.
Sociale veiligheid	Onder andere een veilige omgeving.
Bereikbaarheid.	De locatie moet goed bereikbaar zijn met bestaande (of aan te leggen) infrastructuur. Cliënten, bezoekers, calamiteitenvervoerders en leveranciers hebben baat bij een goede infrastructuur en betrouwbaar openbaar vervoer. Niet alleen de externe infrastructuur moet goede mogelijkheden bieden om de locatie te bereiken. De interne infrastructuur is minstens zo belangrijk, in het bijzonder voor calamiteitenvervoer.
Verkeersveiligheid.	In het belang van de cliënten is het belangrijk om de verkeersveiligheidssituatie in de omgeving te inventariseren. Meerdere gebruikers van de infrastructuur (bijvoorbeeld vrachtwagens), toegestane snelheden, het ontbreken van goede voet- en fietspaden verhogen de verkeersrisico's en het onveiligheidsgevoel voor de cliënten.
Benodigde ruimte: omvang van de locatie.	Hoeveel ruimte heeft men nodig om de doelgroep(en) te huisvesten. Hoeveel ruimte heeft men nodig voor het gebouw, zorginfrastructuur, parkeergelegenheid, kantoren, en faciliteiten voor sport en spel? Wat is de verdeling van de ruimte over de bouwlagen, welke dichtheid van de gebouwen geldt voor die locatie, hoeveel procent van de grond mag bebouwd worden, welke parkeernormen gelden en wat is de toegestane afstand tot omliggende gebouwen? Over de omvang van de locatie moet goed worden nagedacht. Zowel een te kleine als een te grote locatie kunnen later beperkingen meebrengen. Toekomstige aanpassingen gaan bijvoorbeeld direct ten koste van de netto vierkante meters. Een risico van een grote locatie is, dat de prijs per eenheid niet kan worden gedekt uit de NHC's.
Mogelijkheden van de locatie.	De mogelijkheden van de locatie zijn een belangrijke overweging voor de uiteindelijke keuze. Zorglocaties die in de toekomst niet meer courant zijn, drukken zwaar op de vastgoedportefeuille. Een zorgorganisatie moet bij het plannen van bouwactiviteiten ook rekening houden met de dynamiek in de sector. Visies, strategieën en doelstellingen gelden meestal voor een paar jaar om daarna te worden aangepast aan de veranderende omgeving. Het is niet uitgesloten dat het gerealiseerde gebouw en de grond waarop het staat na een bepaalde tijd niet meer passen bij de organisatie. Een gebouw kan worden gesloopt of aangepast, een locatie niet. Daarom is het verstandig om in een vroeg stadium na te denken over kaders en toekomstmogelijkheden voor de locatie zoals alternatieve aanwendbaarheid en mogelijkheden voor uitbreiding of afstoting.
Toekomst.	Een zorgorganisatie die van plan is om forse investeringen te doen op een locatie, doet er goed aan om rekening te houden met de toekomst van de locatie door vooraf kennis te nemen van de bestemming van de directe en indirecte omgeving. De bestemming van omliggende percelen en de huidige activiteiten in het gebied kunnen de woonkwaliteit beïnvloeden en omgekeerd kan de huisvesting van de doelgroep de omliggende activiteiten (nabijgelegen bedrijvigheid van omliggende activiteiten) beïnvloeden. Als voorbeeld kan genoemd worden een agrarisch bedrijf in de directe omgeving, dat als gevolg van de huisvesting van een bepaalde doelgroep, in de toekomst niet zou mogen uitbreiden. Ook de vestiging van bedrijven in de directe omgeving zou kunnen leiden tot drukker wegen, die de verkeersveiligheid beïnvloeden.

Planschade.	Planschade is de vermogensschade (waardevermindering van onroerende zaken) of inkomensschade die ontstaat na planologische wijzigingen. Door de maximale invulling van de oude planologie en de maximale invulling van de nieuwe planologie te vergelijken, kan worden bepaald wat de vermogens- of inkomensschade is van de belanghebbende. Indien een locatie wordt bestemd voor zorghuisvesting, kunnen belanghebbenden in de omgeving aangeven planschade te lijden. Buurtbewoners kunnen verschillende argumenten aandragen waaronder vermindering van woongenot, beperking van het uitzicht, beperking van uitbreidingsmogelijkheden in de toekomst, waardevermindering van de woning door de huisvesting van doelgroepen met een negatief imago of beperking van gebruiks- en bebouwingsmogelijkheden op het eigen perceel. Bij het kiezen van een locatie moet de zorgorganisatie zich bewust zijn van de mogelijkheid dat belanghebbenden schade kunnen claimen ¹⁵ .
--------------------	--

Passen de (zorgbouw) activiteiten op de locatie in het bestemmingsplan?

Na alle toezeggingen van de projectontwikkelaar en de maandenlange communicatie met de buurtbewoners waren we terug bij af: het huisvestingsproject paste niet in het bestemmingsplan. Bij nader onderzoek bleek dat het huidige bestemmingsplan nooit officieel was goedgekeurd en vastgesteld!

Een gemeente bepaalt in een structuurplan de ontwikkelingsrichting van de gebieden en legt dat vast in een bestemmingsplan. Een bestemmingsplan is een normerend en sturend instrument, dat per perceel (of pand) aangeeft op welke wijze het gebruikt mag worden. Het plan functioneert als een van de toetsingskaders waarbinnen bouwplannen worden getoetst. Een bestemmingsplan bestaat uit een bestemmingsplankaart waarop alle gronden van het bestemmingsgebied zijn aangegeven, voorschriften die aangeven wat er binnen een bestemming mag en een toelichting op het bestemmingsplan. Ook zijn voorschriften opgenomen voor het gebruik van gronden en de opstellen, bebouwingsvoorschriften, maximale maten voor bouwhoogtes, bebouwingspercentages en bouwregels ten aanzien van dakterrassen, gevels en nokhoogtes.

Op 1 juli 2008 is de nieuwe Wet Ruimtelijke Ordening in werking getreden. Op basis van deze wet stellen de Rijksoverheid, de Provincie en de Gemeenten een structuurvisie op met de ruimtelijke ontwikkelingen in hun gebieden. In de gemeentelijke bestemmingsplannen worden de visies verder uitgewerkt. Met de huidige Wet Ruimtelijke Ordening wordt gewerkt met een geüniformeerd en gestandaardiseerd systeem van bestemmingen, waaronder wonen, water, horeca, maatschappelijke doeleinden en bedrijven. De bestemmingsplannen worden gedigitaliseerd, zodat de gebruikers digitaal kunnen inzien wat de bestemming van de gronden is en welke activiteiten zijn toegestaan¹⁶. De mogelijkheid bestaat om ontheffing aan te vragen van een bestemmingsplan. Dan mag worden afgeweken van de voorschriften van het bestemmingsplan en van de bebouwingsvoorschriften. Het wijzigen van een bestemmingsplan is in de praktijk een tijdrovende procedure.

¹⁵ Een verzoek om planschade kan pas worden ingediend nadat het bestemmingsplan (of vrijstellingsbesluit) waarop de schade betrekking heeft, onherroepelijk is. Het college van burgemeester en wethouders is het gemeenteorgaan dat beslist op een verzoek om planschade.

¹⁶ Op de website www.ruimtelijkeplannen.nl kan men informatie inzien over bestemmingsplannen van alle gemeenten.

Het bestemmingsplan biedt rechtszekerheid en bescherming en is bindend, zowel voor de overheid, bedrijven als voor de burgers. De geldigheid van een bestemmingsplan is in beginsel 10 jaar. De gemeente is verplicht om na 10 jaar het bestemmingsplan opnieuw vast te stellen of om het bestemmingsplan te herzien en geldig te verklaren.

Niet alle gemeenten hebben hun bestemmingsplannen aangepast aan de laatste inzichten en wijzigingen. Bestemmingskaarten zijn vaak verouderd en wijzigingen, uitzonderingen en aanpassingen zijn niet altijd terug te vinden op de kaarten. Sommige bestemmingen zijn niet eenduidig en kunnen voor meerdere uitleg vatbaar zijn. In een enkel geval zijn in het verleden voor bepaalde locaties vrijstellingen of ontheffingen verleend die nog steeds geldig zijn. Ook kunnen voor een bepaalde locatie zakelijke rechten en bijzondere bepalingen gelden (recht van overpad, erfdienstbaarheid). Specifieke voorschriften voor de locatie kunnen, ook al lijken ze nu ondergeschikt, later issues worden.

Een zorgorganisatie die een locatie wil verwerven voor zorghuisvesting, moet de bestemmingsplannen vooraf zorgvuldig bestuderen. Nagegaan moet worden of het bestemmingsplan goedgekeurd en geldig is, wat de bestemming is van de aan te kopen grond en of de zorghuisvesting past in het bestemmingsplan. Om niet voor onaangename verrassingen te komen te staan is het aan te bevelen om vooraf na te gaan of de locatie op tijd beschikbaar zal zijn.

5.8 Grond

Nadat de locatie voor het bouwproject is bepaald, zal de grond moeten worden verworven. Problemen met grondzaken beïnvloeden de bouwprocedures en uiteindelijk het bouwbudget en de toekomst van het project. De grondtitel kan bijvoorbeeld de financierbaarheid van het bouwproject beïnvloeden, de bodemeigenschappen kunnen zorgen voor vertraging van het bouwproces en toekomstige bouwactiviteiten in de directe omgeving kunnen de beweging van de grond beïnvloeden.

Grondtitel

In de praktijk zijn meerdere vormen van gronduitgifte gangbaar, waarvan erfpacht en eigendom de meest voorkomende zijn. Veel (grote) steden in Nederland kennen erfpacht, bijvoorbeeld Amsterdam, Den Haag en Leiden. De gemeente ziet erfpacht als een beleidsinstrument om grondgebruik nader te regelen. Gemeenten of particulieren (bijvoorbeeld projectontwikkelaars) die grond in erfpacht uitgeven, hebben in veel gevallen de prijs (canon) vastgezet voor langere tijd bijvoorbeeld 50, 75 of 100 jaar.

Tussen erfpacht en eigendom zijn grote verschillen die de financiering van de grond en de toekomst van de locatie kunnen beïnvloeden. Bij uitgifte in erfpacht blijft de gemeente (of andere type eigenaar) 'blooteigenaar'¹⁷ van de grond en wordt alleen het gebruiksrecht overgedragen. Ook al is de erfpacht eeuwigdurend afgekocht, de pachter heeft hiermee nog niet de juridische eigendom van de grond. Aan het gebruik zijn voorwaarden verbonden. Op basis van de looptijd van het

¹⁷ De gemeente is dan eigenaar zonder dat zij iets met de grond kan of mag doen.

erfpachtcontract wordt de erfpachtcanon (de periodieke vergoeding voor het gebruiksrecht van de grond) vastgesteld. Tegenwoordig wordt de prijs van de pacht bepaald aan de hand van de actuele marktwaarde van de grond.

De rechten, plichten en voorwaarden van erfpacht worden vastgelegd in een contract. De voorwaarden moeten goed worden bestudeerd voordat men grond verwerft. De vergoeding die men jaarlijks betaalt en de voorwaarden die gelden in het contract, staan niet voor eeuwig vast. Als de erfpachtperiode is afgelopen wordt de grond weer getaxeerd. Pachtcontracten uit de vorige eeuw die nu aflopen, kunnen ten nadele van de pachter worden aangepast. De vergoeding kan flink worden verhoogd en de voorwaarden kunnen en mogen worden gewijzigd. Als er sprake is van tijdelijke erfpacht, dan kan de gemeente na het verstrijken van de erfpacht weer besluiten wat met de grond gaat gebeuren. Zo kan de gemeente in het meest ongunstige geval het bestemmingsplan wijzigen of de grond te koop aanbieden (meestal tegen marktconforme prijzen). Of de financier een gebouw financiert met particuliere erfpacht, hangt af van de voorwaarden in het erfpachtcontract. De financiering is meestal lastiger en de rente hoger. Voor het afsluiten van een erfpachtcontract dient de pachter (zorgorganisatie) zich ervan te vergewissen dat er geen onaangename verrassingen op de loer liggen.

Inzicht in de erfpachtrisico's kan worden verkregen door de volgende vragen te beantwoorden:	
Verloop contract.	Wat gebeurt er als het contract verloopt? Wordt de grond opnieuw in erfpacht uitgegeven, tegen welke termijn en op welke wijze wordt de canon berekend?
Indexatie prijzen.	Worden de prijzen periodiek geïndexeerd?
Voorwaarden canon.	Welke voorwaarden staan in de canon? Wordt de canon tussentijd geactualiseerd?
Berekening canon.	Wordt de canon berekend op grond van de marktwaarde of geldt een lagere prijs?
Geschiedenis.	Heeft de vorige pachter voldaan aan de betalingsverplichtingen?
Grondtitel.	Heeft de grondtitel invloed op de voorwaarden die de financierder stelt?

Eigendom is het meest omvattende recht dat de eigenaar op een onroerende zaak kan hebben. Bij verkoop van de grond wordt zowel het eigendomsrecht als het gebruiksrecht overgedragen. De gemeente kan echter wel voorwaarden stellen voor het doorverkopen van de grond.

Bodem

Informatie over grond- en bodemeigenschappen is een basis voor het bepalen van de begroting en het tijdplan voor grondactiviteiten. De bodemgesteldheid van een locatie kan later niet meer worden beïnvloed en kan de grondkosten later flink omhoog schroeven. Slappe grond, lange zettingstijden en vervuilde grond hebben bijvoorbeeld extra aandacht nodig. Informatie over bodemgesteldheid kan onder andere worden verkregen uit bodemkaarten en bodemstudies (ook van omliggende gebouwen).

Grondprijs

Na enkele maanden liepen de onderhandelingen met de gemeente vast. De grondprijs viel hoger uit dan was afgesproken. Een van de oorzaken hiervan was, dat vooraf niet duidelijk was afgesproken wat er wel en niet bij de grondprijs hoorde. Afspraken waren op basis van vertrouwen en werden niet op papier vastgelegd. Achteraf werd duidelijk dat alleen bouwrijpe grond werd geleverd. De gemeente zou niet bijdragen voor de aanleg van kabels en leidingen en de infrastructuur in de omgeving zou niet op kosten van de gemeente worden aangepast. Na enkele vingeroefeningen bleek dat de investeringssom veel hoger zou uitvallen als de instelling deze kosten voor eigen rekening zou nemen. Ook waren alle voorgaande besprekingen voor niets geweest: na de verkiezingen zaten aan de andere kant van de tafel van de gemeente, andere deskundigen die een andere mening hadden over de grondprijs.

De berekening van de grondwaarde is subjectief en onderhandelbaar en is vaak afhankelijk van de eigenaar. De eigenaar kan zijn de gemeente, een projectontwikkelaar of een andere (particuliere) partij. De gemeente heeft vaak een maatschappelijk belang bij de ontwikkeling van de locatie en kan het grondbeleid op verschillende manieren invullen.

Invulling grondbeleid door de gemeente:	
Actieve rol.	De gemeente kan actief grondbeleid voeren door de grond zelf te werven, bouwrijp te maken en te verkopen/ verpachten. De gemeente zal in de meeste gevallen streven naar tenminste een financieel neutrale grondexploitatie, tenzij andere belangen gelden. In het verleden was de grondprijs van de gemeente veelal gebaseerd op de kostprijs voor bouwrijpe grond. De laatste jaren wordt steeds meer een relatie gelegd met de werkelijke marktprijzen voor bouwrijpe grond.
Minder actief (passief).	In een minder actieve vorm kan de gemeente grond verkopen aan een andere partij (bijvoorbeeld projectontwikkelaar), die het gebied verder ontwikkelt. De gemeente treedt dan faciliterend op. Andere partijen hebben vaak een financieel belang bij het ontwikkelen van een locatie. Als grond wordt gekocht van een projectontwikkelaar, dan mag men een hogere prijs verwachten.

De prijs van de grond is onder andere afhankelijk van de bestemming die eraan is gegeven, de omstandigheden en voorwaarden waaronder gebouwd mag worden, de specifieke omstandigheden waaronder ontwikkeling van het gebied plaatsvindt (bijvoorbeeld kosten voor infrastructuur), de grondprijzen in de omgeving, de staat van onderhoud van het perceel, subsidies, de eigendomspositie en de bodemeigenschappen van de grond. Bij de bepaling van de prijs en het sluiten van het contract moet de koper (pachter) eerst gedegen onderzoek verrichten naar de voorwaarden en beperkingen van de grond. Een grondprijrisico is het risico dat de grond niet onder de aangenomen voorwaarden verkregen kan worden. Men kan bijvoorbeeld de grond uiteindelijk kopen tegen veel hogere verwervingskosten, exclusief de grondactiviteiten die nog moeten worden uitgevoerd. Bijkomende kosten voor bijvoorbeeld het bouwrijp maken van de grond, asbestsaneringen of zwaardere funderingen bij slappe ondergrond moeten niet worden onderschat.

Voordat overeenstemming wordt bereikt over de koop van de grond, is het verstandig om inzicht te krijgen in de volgende zaken:	
Waarde grond.	De waarde van de grond: vraag (ook) aan een makelaar om de grond te taxeren.
Bodemeigenschappen.	Bodemeigenschappen: onderzoeksrapporten over bodemeigenschappen van de locatie en de omgeving kunnen bij de gemeente worden opgevraagd. Deze informatie kan worden gebruikt bij het schatten van de kosten voor het bouwrijp maken.
Indexering prijzen.	De indexering van de grondprijzen: het kan een tijdje duren voordat de onderhandelingen zijn afgerond en de koop wordt gesloten.
Voorwaarden contract.	Welke voorwaarden worden gesteld in het contract, bijvoorbeeld bij doorverkoop of uitbreiding?
Subsidiemogelijkheden.	Welke subsidiemogelijkheden bestaan er?
Vergelijking grondprijzen.	De grondprijzen in de regio. De verschillende regio's kennen verschillende grondprijzen. Zo zijn de grondprijzen in het noorden en in het zuiden lager dan in het midden van Nederland. Grondprijzen in de grote steden zijn meestal hoger dan in dorpen.
Type locatie.	Herontwikkeling, uitleglocatie, vinexwijk of anders?
Saneringskosten.	Saneringskosten: neem voorwaarden op voor het geval er sprake is van vervuilde grond of asbest. Stel de prijs vast, exclusief saneringskosten. Saneringskosten kunnen op de eigenaar worden verhaald.
Overige kosten.	Kosten voor aanleg van nutsvoorzieningen. Kosten voor bouw- en woonrijp maken van de locatie.

5.9 Samenwerking met derden

In elk bouwproject is sprake van wisselende samenwerkingsverbanden waarbij meerdere personen werken aan een of meerdere onderdelen van het bouwplan. Tijdens de planning en de ontwikkeling van een bouwproject krijgt de zorgorganisatie te maken met meerdere actoren die verschillende en uiteenlopende, soms tegenstrijdige belangen hebben in het bouwproject. De een heeft een direct zakelijk (financieel) belang, de ander een maatschappelijk- of een indirect belang. Hoe meer partijen met elkaar communiceren, hoe groter de kans op miscommunicatie en conflicten.

Voordat een zorgorganisatie overgaat tot samenwerkingsverbanden, moet eerst worden nagegaan welke taken zij zelf kan en wil uitvoeren en welke taken zij moet of wil uitbesteden. Om een antwoord hierop te geven, is inzicht in de eigen organisatie nodig, met name in de aanwezige kennis en ervaring op de relevante gebieden, de manier waarop de organisatie haar doelen wil bereiken, de financiële stand van zaken en de werkprocessen. Welke zaken kan de organisatie het best in eigen beheer nemen en welke (risicovolle) onderdelen zou zij willen overlaten aan andere partijen? Soms is het verstandiger dat bepaalde taken en risico's worden overdragen aan anderen, die meer ervaring hebben op bepaalde gebieden en beter in staat zijn om die te beheersen.

Samenwerkende partijen dienen zorgvuldig te worden gekozen. Het onderscheid tussen de actoren is van groot belang, omdat de zorgorganisatie tijdig moet besluiten welke actoren wel en niet betrokken worden, wanneer en op welke wijze. De actoren hebben vaak verschillende rollen en belangen in het bouwproject.

De totale organisatiestructuur en de onderliggende rechtsbetrekkingen zijn complex en vaak onoverzichtelijk. Meerdere partijen, meerdere meningen, meerdere communicatiestromen en meerdere raakvlakken vergoten de kans op overlap in mandaat en verantwoordelijkheden, met kans op conflicten. Het is van groot belang om voor en tijdens de samenwerking met interne en externe partijen de rollen, taken, verantwoordelijkheden en onderlinge rechtsbetrekkingen te definiëren en in kaart te brengen.

Voor het realiseren van een bouwproject in samenwerking met andere (markt)partijen zijn verschillende samenwerkingsvormen denkbaar op het gebied van bouw, exploitatie en beheer. Afhankelijk van de fase waarin men zit kan men denken aan ontwerpers (adviseurs, architecten), bouwers (aannemers, woningcorporaties), financierders (eigen middelen, banken), bedrijven voor onderhoud (eigen personeel of uitbesteding), partijen voor exploitatie (bijvoorbeeld schoonmaak). Hoe meer onderdelen in het proces, hoe meer samenwerkingsverbanden men aangaat en hoe meer risico's men loopt. Een samenwerkingsplan kan een basis zijn voor gecoördineerde samenwerkingsverbanden.

De actoren in het spel

Afhankelijk van het gekozen organisatiemodel zijn in een bouwtraject verschillende actoren betrokken. In de volgende alinea's worden enkele actoren genoemd en wordt globaal hun rol in een zorgbouwproject beschreven.

De opdrachtgever

Een opdrachtgever verleent de opdracht om een bouwproject te realiseren. De taken van een opdrachtgever omvatten onder andere het opstellen van een programma van eisen, het aanvragen van vergunningen, het selecteren en aansturen van verschillende partijen en de controle van het bouwproces (kwaliteit, planning, begroting). De opdrachtgever neemt - bij de meeste bouwvormen - het risico van de realisatie van het project op zich en is eindverantwoordelijk voor het projectresultaat. Een zorgorganisatie kan optreden als opdrachtgever, of kan deze rol overlaten aan een ontwikkelende partij (woningcorporatie, projectontwikkelaar), om voor of na het project, het gebouw te huren of te kopen.

De Raad van Bestuur van een zorgorganisatie, die ervoor kiest om zelf de rol van opdrachtgever in te vullen, moet zich terdege bewust zijn van de verantwoordelijkheden die deze functie met zich meebrengt. In de rol van opdrachtgever van een bouwproject is men eindverantwoordelijk voor het resultaat en draagt men zelf de risico's van het bouwen. Naast de andere rollen en verantwoordelijkheden in het bouwproces neemt de opdrachtgever een zware taak op zich, die niet makkelijk gecombineerd kan worden met andere, lopende functies en verantwoordelijkheden in de zorgorganisatie.

De Raad van Bestuur kan het opdrachtgeverschap ook delegeren naar een andere deskundige binnen de organisatie, maar zij blijft wel eindverantwoordelijk voor alle beslissingen die worden genomen, alsook voor het eindresultaat.

Cliëntenraad

De cliëntenraad bestaat uit de (vertegenwoordigers van) cliënten die gebruik maken van de (te bouwen) voorzieningen. De cliëntenraad is een medium tussen de

zorgorganisatie en de cliënten en is in staat te communiceren over de behoeften, wensen en zorgen van de cliënten. Wettelijk is vastgelegd dat cliëntenraden gevraagd en ongevraagd advies kunnen geven over de bouwplannen, voor en tijdens het bouwproces van de zorgorganisatie.

Voor een succesvolle start van het bouwproject is het belangrijk dat cliëntenraden tijdig en zorgvuldig worden geïnformeerd over de plannen en dat rekening wordt gehouden met de woonwensen van de cliënten.

Omwonenden

Omwonenden kunnen een grote rol spelen in de acceptatie van een nieuwe (zorg)voorziening in de wijk. Bewoners die niet willen meewerken kunnen processen langdurig vertragen en zelfs stopzetten. Zorgorganisaties met bouwplannen doen er goed aan om in een vroeg stadium draagvlak te creëren bij omwonenden.

Voor het vestigen van (controversiële) voorzieningen in een wijk moeten de volgende acties worden ondernomen¹⁸:
Bedenk wat de voorziening betekent voor de lokale gemeenschap.
Maak bezwaren bespreekbaar.
Kies in een vroeg stadium de openbaarheid.
Onderschat het aantal mensen niet dat al vroeg op de hoogte is.
Ga op zoek naar medestanders.
Vermijd de openbare informatie bijeenkomst in een vroeg stadium.
Kies voor een doelgroepbenadering.
Betrek de buurt bij de uitwerking.
Blijf de publieke opinie volgen.
Schakel eventueel een communicatieadviseur of procesbegeleider in.

Projectleider

De projectleider heeft als taak om het bouwproces aan te sturen en regelmatig te rapporteren aan de opdrachtgever. In een zorgbouwproject kan een interne of externe deskundige worden aangesteld als projectleider. De projectleider stuurt meestal het gehele bouwproject aan, vanaf de initiatieffase tot en met de oplevering. Soms wordt de projectleider pas bij de uitvoeringsfase ingeschakeld.

De projectleider is de vertrouwenspersoon van de opdrachtgever. Vaak treedt hij ook op als gedelegeerd opdrachtgever. Een projectleider adviseert de opdrachtgever ten aanzien van het programma van eisen, de investeringskosten, de planning, het ontwerp en de realisatie. Hij beheerst de technieken voor het aansturen en beheersen van een bouwproject, zodat het project binnen tijd, budget en kwaliteit wordt gerealiseerd. In een enkel geval neemt hij enkele taken van de opdrachtgever over zoals het aanvragen van vergunningen en het aansturen van verschillende actoren.

De projectleider dient zorgvuldig gekozen te worden. Vertrouwen en een goede communicatie met de opdrachtgever zijn belangrijk. Ervaring met het coördineren van bouwprojecten en inzicht in projectmanagementtechnieken zijn een pre.

¹⁸ Van 't Klooster, 2005.

Samenwerkende instellingen

De eerste gesprekken voor de fusie waren positief. Wij zagen de fusie wel zitten. In de loop van de tijd bleek dat de bestaande systemen van de twee zorgorganisaties niet goed op elkaar aansloten. Wij huurden gezamenlijk een adviseur in om alle basisinformatie over de zorg en het vastgoed op een rijtje te zetten. Deze informatie werd gegoten in een nieuw ontwikkeld systeem, waarmee wij integraal inzicht hadden in de portefeuille. Het heeft ons drie en een half jaar gekost om dat op orde te krijgen. In de tussentijd ontstonden meningsverschillen over de organisatiestructuur van de gefuseerde organisatie.

De laatste jaren zijn door fusies, overnames en samenwerking tussen zorgorganisaties veel gezamenlijke (zorg)initiatieven ontstaan op allerlei gebieden. Samenwerking tussen zorgorganisaties opent mogelijkheden voor het inhoudelijk samenwerken, het delen van kennis en personeel, gezamenlijk en efficiënt gebruik van ruimtes, schaalvoordelen (exploitatie en beheer) en professionalisering van de dienstverlening. Schaalvergroting kan bijdragen tot efficiëntere werkvormen en een gunstige onderhandelingspositie ten opzichte van verzekeraars, banken, leveranciers, maar vergroot ook de afstand tussen de hiërarchische lagen.

Een zorgorganisatie met bouwplannen hoeft niet alle risico's zelf te dragen. Samenwerking met andere zorgorganisaties kan een positieve invloed hebben op de realisatie van de bouwplannen. Als de rol van concurrent verandert in samenwerkende partner, dan kan dat leiden tot een win-win situatie. Aan de andere kant kan de zorgorganisatie ook (een deel van) de autonomie verliezen als men gaat samenwerken met een andere (grotere of meer invloedrijke) zorgorganisatie. Extra voorzichtigheid is geboden als een organisatie met investeringsvoornemens wil fuseren met andere zorgorganisatie(s). Het in elkaar schuiven van financiële, administratieve, en automatiseringssystemen heeft veel tijd nodig en de sturing en beheersing van informatie- en communicatiestromen kan in het gedrang komen. In combinatie met complexe, veeleisende bouwprojecten zal men veel meer moeilijkheden tegenkomen.

Aandachtspunten samenwerking:
Voor het aangaan van samenwerking met andere zorgorganisaties moet men in kaart brengen welke de mogelijke samenwerkingspartners zijn en wat de meerwaarde en gevolgen zijn van een samenwerkingsverband.
Inzicht krijgen in de wederzijdse organisatiestructuren en bedrijfsvoering, visies, normen en waarden is essentieel.
Nagaan welke vorm van samenwerking men wil aangaan en op welke elementen de organisaties kunnen worden gekoppeld (of gescheiden).
De rechten en plichten, verantwoordelijkheden, voordelen en nadelen van samenwerking moeten in kaart worden gebracht alvorens beslissingen worden genomen.
Voor het aangaan van een samenwerkingsverband moet duidelijk worden afgesproken wie optreedt als opdrachtgever, hoe (gezamenlijke) beslissingen worden genomen, hoe de risico's van bouw en exploitatie worden verdeeld en bij wie de autonomie ligt.

Zorgkantoor

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende, doelmatige en kwalitatief goede zorg, zodat de continuïteit van de zorg in de regio gewaarborgd is. Het zorgkantoor maakt hierover afspraken met de zorgaanbieders. Bij het contracteren en het maken van afspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor

speelt onder andere de prijs-kwaliteitverhouding, de professionaliteit, de menselijke maat en de doelmatigheid van de zorgaanbieder een rol. Het zorgkantoor kan bij de beoordeling van de aanvragen van zorgaanbieders verschillende criteria hanteren zoals de visie op het te ontwikkelen gebied, uitbreiding van capaciteit, oplossingen voor regionale knelpunten (bijvoorbeeld regionale knelpunten rond specifieke doelgroepen) of omzetting van capaciteit (bijvoorbeeld bij toegenomen zorgzwaarte).

Voorheen kregen zorgorganisaties met bouwplannen vooraf de garantie dat zij voor de gebouwde of te bouwen capaciteit ook een zorgcontract kregen. Wanneer nieuwe initiatieven vooraf goed met het zorgkantoor werden afgestemd was de contracteerruimte verzekerd. Op 1 januari 2012 is de contracterplicht voor zorgkantoren vervallen. De eenmaal goedgekeurde kapitaallasten worden niet meer automatisch nagecalculeerd. Zorgkantoren zijn terughoudend met het aanbieden van langdurige contracten, omdat zij zelf een beperkte speel- en contractruimte hebben. Zorgorganisaties hebben echter de zekerheid van contractafspraken nodig om de risico's voor hun bouwplannen te reduceren. Zonder deze garantie is het moeilijk om een lening aan te vragen.

Een zorgorganisatie met bouwplannen doet er goed aan om vooraf bij het zorgkantoor na te gaan wat de andere (voornemens voor) zorgactiviteiten in de regio zijn en of het afsluiten van langlopende contracten mogelijk is voor de capaciteit waarvoor wordt gebouwd. Indien het niet mogelijk is om langlopende contracten af te sluiten, moet de zorgorganisatie nagaan hoe de zorg kan worden gegarandeerd en tegelijk de (nieuw te bouwen) huisvesting in stand kan worden gehouden.

Gemeente

Een zorgorganisatie zal vooral in de initiatieffase van een bouwproject te maken krijgen met de gemeente. De gemeente is een belangrijke samenwerkingspartner. Zij is de lokale overheid die verantwoordelijk is voor de kwaliteit en toegankelijkheid van publieke voorzieningen. De gemeente stelt kaders voor welzijnsbeleid en ruimtelijke ontwikkeling en verleent de vergunningen, nadat het bouwplan getoetst is aan de geldige wet- en regelgeving.

De gemeente kan eigenaar zijn van de grond waarop gebouwd zal worden. Het grondbezit is voor de gemeente een publiek instrument om invloed uit te oefenen op de gebouwde omgeving. Via het gemeentelijk grondbeleid kan de gemeente condities scheppen voor ontwikkeling van het gebied. Door te werken aan het aantrekkelijk maken en houden van hun gebied als vestigingsplaats, proberen gemeenten onder andere een bijdrage te leveren aan bijvoorbeeld een evenwichtige spreiding van functies en het creëren van lokale werkgelegenheid. De gemeente beschikt ook over een overzicht van de zorgactiviteiten die plaatsvinden binnen de gemeentegrenzen of die samen met andere gemeenten worden gerealiseerd / gedeeld. Samen met de gemeente kan de omgeving van de zorglocatie worden geanalyseerd en kan worden nagegaan of de zorgactiviteiten passen in de (stedelijke) omgeving en in het bestemmingsplan.

Een goede relatie met de gemeente is belangrijk voor de uitvoering van het bouwproject. Voor de samenwerking is begrip voor het functioneren binnen de gemeente essentieel. De samenstelling van de deskundigenteams is vaak

afhankelijk van het politieke klimaat. Na de verkiezingen kunnen andere deskundigen het voor het zeggen hebben. De zorgorganisatie loopt het risico dat onderhandelingen van voor af aan kunnen beginnen als de nieuw aangestelde deskundigen andere meningen en zienswijzen hebben.

Een zorgorganisatie moet voor en tijdens de samenwerking met de gemeente rekening houden met verantwoordelijkheden, bevoegdheden en mandaat van de deskundigen die betrokken zijn bij het bouwplan. Gesprekspartners die gedurende de initiatieffase betrokken zijn bij het bouwplan en de onderhandelingen hoeven niet altijd ook mandaat te hebben om beslissingen te nemen. Onderhandelen met de juiste personen kan de processen vereenvoudigen en verkorten.

Projectontwikkelaar

Een projectontwikkelaar realiseert (meestal grotere) projecten, vanaf de initiatieffase tot en met de oplevering en verkoop. Het te ontwikkelen project moet passen in een langetermijnvisie van de ontwikkelaar en de overheid / gemeente, terwijl de winstdoelen van de projectontwikkelaar ook moeten worden gehaald. De projectontwikkelaar draagt zelf de risico's van het ondernemen en verkoopt meestal (onderdelen van) het project met een winstmarge. De belangrijkste risico's die de projectontwikkelaar loopt bij het ontwikkelen van een bouwproject zijn prijs-, markt- en ontwikkelingsrisico's.

Voor commerciële partijen zoals beleggers en ontwikkelaars wordt de markt voor zorgbouw nu interessanter. In het verleden was men voor een groot deel aangewezen op de sociale huursector of op goedkopere instellingsgebouwen. Sinds de marktwerking kan men zich ook richten op het midden en boven segment van de markt, zoals luxe serviceappartementen, moderne woonzorgcomplexen en combinaties van wonen en zorg.

Bouwende organisaties hebben meestal niet direct te maken met projectontwikkelaars, maar worden wel geconfronteerd met kaders en beperkingen die het gevolg zijn van de ontwikkeling van een gebied. De beleidsvisie van de projectontwikkelaar vertaalt zich in de manier waarop een gebied wordt ontwikkeld en de ruimte, publieke voorzieningen en infrastructuur die voor zorglocaties en zorggebouwen wordt gecreëerd.

Zorgorganisaties met bouw- en uitbreidingsplannen kunnen in een vroeg stadium een pro-actieve houding aannemen en meedenken met de gemeente en de projectontwikkelaar over de ontwikkeling van een gebied, met name de locaties die voor zorg- en welzijnsactiviteiten bestemd zijn.

Woningcorporatie

Een woningbouwcorporatie is van oorsprong een organisatie die zich vooral richt op het bouwen, beheren en verhuren van betaalbare woonruimte, ook in de zorgsector. Woningbouwcorporaties hebben in Nederland een grote rol in de ontwikkeling van maatschappelijk vastgoed, met name in de volkshuisvesting. Woningcorporaties denken en investeren voor de lange termijn. De overheid bemoeit zich minder met het bouwen en beperkt haar eigen rol tot die van financier, regelgever en toezichthouder. De overheid verwacht wel van de woningcorporaties

dat er prestaties worden geleverd op het gebied van wonen en zorg¹⁹. De laatste jaren is het financieren van de zogenaamde onrendabele top, voor de woningcorporaties steeds moeilijker en minder interessant geworden.

De rol van de woningcorporatie in een zorgbouwproject is afhankelijk van het gekozen organisatiemodel. In het verleden zorgde de woningcorporatie voor de stenen en de zorgorganisatie voor de zorg. De veranderende vraag naar woningen in het midden en hoge segment van de markt brengen voor de woningcorporatie interessante kansen mee.

Zorgbouw wordt steeds belangrijker en commercieel interessant voor de woningcorporaties. Door de veranderende markt zijn woningcorporaties zich de laatste jaren steeds meer gaan gedragen als projectontwikkelaars. Een zorgorganisatie die zich volledig wil richten op de zorg en minder op de realisatie en het beheer van gebouwen, kan (een deel van) die taken overdragen aan een woningcorporatie.

De rollen die een woningcorporatie in een zorgbouwproject kan vervullen zijn:	
Ontwikkelaar.	De woningcorporatie is als bouwcoördinator onderdeel van de projectstructuur en realiseert (bouwt) het zorggebouw. De woningcorporatie heeft niet direct een woonbelang bij het project, maar meer belang in de realisatie (met winst). In een ander geval treedt de woningcorporatie op als opdrachtgever en levert het project na de bouw op aan de zorgorganisatie, die dan de eigenaar wordt. De woningcorporatie heeft dan een indirect woonbelang.
(Gedeeltelijk) eigenaar.	De woningcorporatie is projectontwikkelaar en (gedeeltelijk) eigenaar. De woningcorporatie ontwikkelt het project en levert na afloop een deel van het gebouw / complex (bijvoorbeeld woningen) aan de zorgorganisatie. De woningen kunnen worden verhuurd of verkocht.
Volledig eigenaar en projectontwikkelaar.	De woningcorporatie realiseert, beheert en verhuurt het gebouw aan de zorgorganisatie of rechtstreeks aan de bewoners. De zorgorganisatie levert dan alleen zorg.

Architect

De architect ontwerpt het (zorg)gebouw op basis van het programma van eisen. De architect zal onder andere de zorgvisie (en andere strategieën), het zorgconcept van de zorgorganisatie en de woonwensen van de cliënten moeten vertalen naar een passend ontwerp. In het ontwerp zal rekening gehouden moeten worden met alle eisen die gelden voor de bouw en in het bijzonder voor de doelgroep, terwijl ook moet worden gedacht aan duurzaamheidsaspecten, energiebesparing en flexibiliteit. En dat allemaal binnen een bepaald budget!

De architect maakt in de meeste gevallen een schetsontwerp, een voorlopig ontwerp, een definitief ontwerp en een bestek. In een enkel geval kan de architect ook zelf de directievoerder zijn (verantwoordelijk voor de technische uitvoering van het project). In de ontwerpfase van het bouwproject kan de architect een externe deskundige (bijvoorbeeld een constructeur of installatieadviseur) inschakelen om de constructie van het gebouw te ontwerpen en of om te adviseren over toe te passen

¹⁹ Zie BBSH: Besluit Beheer Sociale Huursector, waaraan het prestatieveld wonen en zorg is toegevoegd.

installatietechnische en werktuigbouwkundige installaties en om te bepalen hoe de installaties in het ontwerp kunnen worden ingepast.

Architectonische hoogstandjes kunnen niet altijd binnen het beperkte budget worden gerealiseerd. In de periode van marktwerking is de zorgorganisatie niet altijd gediend met een mooi gebouw met allerlei architectonische snufjes. Een functioneel, toekomstgericht, energiezuinig, flexibel en exploiteerbaar gebouw is vaak aantrekkelijker voor de bedrijfsvoering.

Bij de keuze van de architect verdient het aanbeveling om na te gaan of de architect voldoende kennis heeft van de zorgsector en van de te huisvesten doelgroep. De zorgorganisatie kan nagaan of de architect ervaring heeft in de sector en dit kan aantonen met referenties.

Adviseurs

De Raad van Bestuur vroeg aan de adviseurs om met andere alternatieven te komen. De adviseurs deden enkele voorstellen maar wilden niet garant staan voor hun uitspraken. Het lastige was, dat het adviesbureau steeds andere adviseurs ter beschikking stelde. De huisvestingsmanager van de zorginstelling sprak de directie van het adviesbureau daarop aan en gaf te kennen dat zij liever met een vaste adviseur in zee ging. De directie van het adviesbureau toonde begrip, maar deelde de huisvestingsmanager mee dat er een grote reorganisatie, mogelijk een faillissement voor de deur stond. Enkele adviseurs waren kort geleden ontslagen. De architect was intussen ook van baan veranderd.

Een zorgorganisatie heeft (meestal) niet alle kennis in huis om een bouwinitiatief te realiseren. Voor het uitwerken en realiseren van bouwplannen is het aan te bevelen om ook externe deskundigen in te schakelen. Externe deskundigen kunnen helpen bij de strategische analyse van het project en de interactieve processen die kunnen leiden tot breed gedragen besluitvorming. Een nuchtere inbreng van derden is van belang om tunnelvisie en rooskleurige vooruitzichten te voorkomen.

De input van de adviseurs hangt af van de vraag van de opdrachtgever. Voordat adviseurs worden ingeschakeld moet de zorgorganisatie eerst inzicht krijgen in de kennis en ervaring die zij in huis heeft. Ook moet duidelijk zijn of die in voldoende mate kan worden ingezet voor het bouwproject. Als men voor bepaalde taken niet beschikt over voldoende ervaring, competenties en capaciteit, dan kan men nagaan op welke manier men derden wil inschakelen. Voordat externe deskundigen worden ingehuurd moet worden bepaald wat de rolverdelingen, verantwoordelijkheden, rechten en plichten ten opzichte van elkaar zijn.

Adviseurs uit de verschillende sectoren hebben elk hun specifieke vaktermen en type contracten die niet voor iedereen begrijpelijk zijn. De opdrachtgever doet er goed aan om voor het tekenen van contracten kennis te hebben of op te doen van alle onderdelen (inclusief de kleine lettertjes) en vaktermen. In geval van twijfel mag gerust worden gevraagd om uitleg. Het verdient aanbeveling om na te gaan of de adviseurs op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen en ook garant staan voor hun uitspraken en adviezen.

Aannemer

In ons laatste bouwproject waren er veel conflicten tussen de hoofdaannemer en de onderaannemers, die een eigen contract hadden met de opdrachtgever. De hoofdaannemer stond onder andere niet toe dat de onderaannemer voor de oplevering van het gebouw, het terrein betrad. Daardoor ontstond vertraging. De volgende keer zullen wij geen contracten meer afsluiten met de onderaannemers. Wij zorgen voor één aanspreekpunt, de hoofdaannemer, die ook verantwoordelijk wordt gesteld voor de coördinatie en communicatie van alle bijbehorende projecten van onderaannemers.

De core business van de aannemer is bouwen. Een aannemer realiseert (bouwt) het bouwproject op basis van de (werk)tekeningen en het bestek. Afhankelijk van het gekozen organisatiemodel kan de aannemer in een vroeg of laat stadium worden ingeschakeld. In een bouwteamconstructie kan een aannemer al vanaf de initiatieffase worden betrokken. In de meeste zorgbouwprojecten wordt de aannemer betrokken na afronding van het definitief ontwerp, in de periode van de aanbesteding. Een aannemer heeft er belang bij om het bouwproject binnen een bepaalde tijd, budget en kwaliteit te realiseren. In het algemeen geldt dat hoe sneller en efficiënter hij bouwt, hoe meer winst hij maakt. De opdrachtgever zit gedurende het gehele bouwproces vast aan de aannemer. Conflicten tijdens de bouw komen vaker voor dan gewenst en kunnen het bouwproces behoorlijk vertragen.

Voor de opdrachtgever is het van groot belang om een onafhankelijke (interne of externe) en ervaren deskundige in te schakelen, die optreedt als toezichthouder en coördinator van het bouwproject. Deze toezichthouder moet regelmatig de voortgang en de kwaliteit van het uit te voeren werk controleren, adviseren en verslag uitbrengen aan de opdrachtgever. Het is aan te bevelen om vooraf met de aannemer af te spreken op welke manier geschillen en conflicten tijdens het bouwproces zullen worden beslecht.

Naar een goede samenwerking met verschillende partijen

Door samen te werken met andere partijen wordt de gewenste uitgangssituatie gecreëerd: elke partij richt zich op datgene waar zij goed in is, waardoor risico's terecht komen bij partijen die ze het best kunnen dragen en rendementen bij de partijen waar ze thuis horen.

In de initiatieffase van een bouwplan zijn de meeste actoren enthousiast over de werkzaamheden en het samenwerken, maar tijdens de uitvoering wordt men geconfronteerd met de weerbarstige realiteit. In de loop van de samenwerking kan men te maken krijgen met verschillende verwachtingen, belangentegenstellingen, meningen en risicopercepties van de verschillende partijen. Hoe meer actoren in het spel, hoe meer samenwerkingsverbanden die leiden tot meer risico's op conflicten of afhaken van bepaalde partijen.

Een goede communicatie tussen alle partijen is belangrijk voor een goede voortgang van een project. Het snel en efficiënt communiceren is van groot belang voor de kwaliteit, de doorlooptijd en het budget en voorkomt verrassingen. De kwaliteit van het bouwproces wordt hoger als partijen elkaar kunnen vertrouwen en als er een breed draagvlak wordt gecreëerd door de betrokkenen. Een opdrachtgever die goede banden heeft met externe partijen, zal eerder op de

hoogte worden gesteld van (aankomende) problemen of zal deze zelf zien aankomen.

Enkele veel voorkomende risico's die een zorgorganisatie loopt tijdens de samenwerking met derden zijn:	
Prijsafspraken tussen partijen.	Partijen gaan onderling, buiten de zorgorganisatie om, (illegale) samenwerkingsverbanden aan en maken prijsafspraken.
Organisatiewijzigingen.	Wijzigingen in de organisatie van de samenwerkende partij, bijvoorbeeld fusie, overname, splitsing of reorganisatie.
Nader overeen te komen voorwaarden.	Nader overeen te komen voorwaarden (zoals prijzen en tarieven, BTW verplichtingen, onzekerheidsmarges in voorspellingen en aannames) leiden tot hogere kosten dan verwacht.
'Vergeten' beloften.	Door de externe deskundigen gedane beloften (die niet op papier zijn vastgelegd) worden niet nagekomen.
Kortingen.	Kortingen leiden tot concessies op kwaliteit (goedkopere voorstellen).
Politiek.	Bij samenwerkende organisaties die nauwe banden hebben met de politiek, kan de samenstelling van het personeel veranderen (vooral vlak na een verkiezing). Nieuwe teams hebben meestal nieuwe zienswijzen en meningen, die niet altijd passen bij de bouwplannen.
Formuleringen.	Ingewikkelde formuleringen met grijze gebieden pakken later negatief uit voor de zorgorganisatie. Vraag uitleg als formuleringen niet duidelijk zijn en wikkel overeenstemmingen met derden formeel af.
Tussentijdse verhogingen.	Tussentijdse verhogingen van premies en prijsindexen voor de toekomst.
Status van uitspraken.	Onduidelijkheid in de status van uitspraken, onduidelijke formuleringen, het gebruik van ingewikkelde vaktermen door adviseurs kunnen later leiden tot conflicten waarin de andere partij contracten in zijn voordeel interpreteert.
Teveel actoren.	Een spinnenweb van adviseurs in het project. Breng de actoren in kaart en zorg voor zo weinig mogelijk aanspreekpunten. Zorg dat één partij de algehele coördinatie van het bouwproject op zich neemt. Afzonderlijke contracten met diverse aannemers vergen veel coördinatie van de zijde van de opdrachtgever en brengen meer risico's mee voor de opdrachtgever (bijvoorbeeld in geval van vertraging).
Niet formeel afgewikkelde afspraken.	Overeenstemmingen met derden, die niet formeel zijn afgewikkeld, kunnen later 'vergeten' worden.

Het is belangrijk om de relevante actoren zo vroeg mogelijk in kaart te brengen. Contacten met derden leveren niet altijd meerwaarde voor het project. Voor het succesvol realiseren van een bouwproject moeten de juiste partijen worden ingeschakeld, via de juiste procedures en met de juiste taakverdeling. Van elke actor moet het belang, het soort invloed (positief of negatief), de mate van invloed (veel of weinig) en de beïnvloedbaarheid door het projectteam worden geschat. Het is verstandig om in te schatten wat men kan verwachten van deze samenwerkende partijen en wie de omgevingsactoren kunnen beïnvloeden. Vooraf kan een WBS²⁰ worden gemaakt waarmee in kaart wordt gebracht welke actoren bij het project

²⁰ Work Breakdown Structure.

betrokken zijn en waar de spanningsvelden zijn. In de WBS moeten tijdig de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de samenwerkende partijen worden gedefinieerd. Overlap leidt tot onduidelijkheid, spanningen en het ontlopen van verantwoordelijkheden. Indien meerdere partijen een coördinerende rol hebben, dienen de taken complementair te zijn en duidelijk omschreven te worden. In getekende contracten moet voor elke actor het resultaat en de scope van de werkzaamheden duidelijk worden omschreven en moeten de hoogten van bedragen en vergoedingen worden genoemd. Samenwerkende partners moeten duidelijk zijn over de aanspreekpunten en verantwoordelijken. Aanbevolen wordt een aanspreekpunt per samenwerkende partij aan te stellen.

Voordat men een samenwerkingsverband aangaat met (externe) partijen, moet vooraf een plaatje worden geschetst van de meerwaarde van de samenwerking.

Dit kan door de volgende vragen te beantwoorden:	
Wie.	Welke actoren zijn er in het spel?
Belang.	Welke belangen hebben zij bij het project?
Transparantie.	Hoe transparant zijn de verschillende actoren?
Invloed.	Hoeveel invloed kunnen zij uitoefenen op het project en op andere actoren?
Onderlinge relatie.	Wat is de relatie tussen de actoren? Waar liggen de spanningsvelden?
Prioriteiten.	Welke prioriteiten moeten er aan de actoren worden toegekend?
Wanneer.	Welke actoren zijn in welke fasen van het project relevant?
Machtsbronnen.	Over welke (machts)bronnen beschikt de actor?
Positie actor.	Wat is de positie van de actor in zijn organisatie?
Samenwerkingsplan.	Hoe kunnen wij het beste samenwerken?

6 Conclusies en aanbevelingen

Investeren in de zorgbouw is momenteel niet risicoloos. Voordat men daadwerkelijk overgaat tot grote investeringen, moet goed worden nagedacht over de risico's die het project bedreigen. De snel op elkaar volgende nationale en internationale ontwikkelingen in de maatschappij hebben direct invloed op zorgorganisaties met bouwplannen. Het systematisch en cyclisch identificeren, analyseren en beheersen van risico's is noodzakelijk om een zorgbouwproject zonder kleerscheuren te doorlopen. Kennis van de trends en risico's in de zorgsector is noodzakelijk.

De (voor de zorgbouw omgebouwde) Risico Diagnose Methode is geschikt gebleken om toegepast te worden in de initiatieffase van zorgbouwprojecten. Door deze methode kunnen risico's die het project bedreigen, in kaart worden gebracht met behulp van een risicotopografie. Deze risicotopografie is de basis voor verdere communicatie tussen de projectleden en leidt tot het gezamenlijk formuleren van beheersmaatregelen. Door inzicht in de afhankelijkheden ten opzichte van elkaar wordt het geïntegreerd denken versterkt en ontstaat er een sterker draagvlak om samen het project met succes te realiseren.

Na de succesvolle ombouw en implementatie van de RDM en het enthousiasme waarmee deze methode bij de zorgorganisatie is ontvangen, wordt RDM aanbevolen voor toepassing in de zorgbouw. Implementeer risicomanagement cyclisch en systematisch in alle fasen van het project en verhoog daarmee de kans op een succesvol verloop van uw bouwproject!

7 Ondertekening

Utrecht, januari 2011

Naam en adres van de opdrachtgever:

Ministerie van VWS

Namen van de projectmedewerkers:

TNO:

A. Kuldip Singh MSc.

Drs. L. Mimpén.

G. van Beek BCom.

In samenwerking met

Universiteit van Twente:

Professor J.I.M. Halman

Datum waarop, of tijdsbestek waarin het onderzoek heeft plaatsgehad:

2011

Naam en paraaf tweede lezer:



Drs. J.H.M. Nuiten

Ondertekening



Drs. W.A.J. Mandersloot
Business Line Manager

goedgekeurd door:



mevrouw dr. M.P. v. Esch-Bussemakers
Research Manager

A Literatuurlijst

- Halman, J.I.M., Risicodiagnose in productinnovatie. Ontwikkeling van de risicodiagnosemethode RDM, 1994.
- Halman, J.I.M., Risk Diagnosing Methodology. Reference Guide for a risk facilitator to execute a risk diagnosis and prepare a risk management plan.
- *The Journal of Product Innovation Management*, Vol. 19, no 3, pp 213-233, Keizer, J.A., Halman, J.I.M., Song, M., From Experience: Applying the Risk Diagnosing Methodology RDM, 2002.
- Claes, P.F., Risicomanagement, Wolters-Noordhoff, 2008, 4^e druk. Groningen (etc.)
- Gerritsma, M., en Grit, R., Zo maak je een risicoanalyse, Noordhoff uitgevers, 2009. Groningen (etc.)
- Bouman, F., Greep op de zaak. Instrumenten voor risicomanagement, Amsterdam (etc.), Business bibliotheek 2009.
- Stichting Waarborgfonds voor de zorgsector, Bouwstenen businessplan. Aandachtspunten voor de onderbouwing van investeringsbeslissingen. 2010.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het Ministerie van Infrastructuur en Milieu, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en het Interprovinciaal Overleg, in samenwerking met de vereniging van Nederlandse Projectontwikkelings Maatschappijen (NEPROM): De reiswijzer gebiedsontwikkeling 2011. Een praktische routebeschrijving voor marktpartijen en overheden. 2011.
- Research voor Beleid, Hollander, M., Van Vree, F., Mutsaers, H., Driest, P., Scheiden van wonen en zorg, 2008.
- Lahpor-van der Maarel, S.L., Gemeentelijk grondbeleid in een actuele context, 2010.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, uitvoeringstoets inzake grondverwerving, 2001.
- Brancheorganisaties zorg, Zorgbrede Governancecode 2010, 2010.
- Gemeente Amsterdam, Ontwikkelingsbedrijf, Grondprijzenbrief 2011, 2011.
- Gemeente Amsterdam, Werkgroep maatregelen dekking ruimtelijke sector, Meer ruimte winnen. Naar een gezond vereveningsfonds, 2010.
- Aedes Actiz Kenniscentrum Wonen-zorg (KCWZ), Radboud Universiteit Nijmegen, Faculteit der Managementwetenschappen, Planologie, Vilans, kennisinstituut voor de langdurige zorg, Samen werken aan ruimtelijk beleid voor wonen met zorg en begeleiding in de wijk, datum onbekend.
- Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijkrelaties, Tijdelijke regeling diensten van algemeen economisch belang toegelaten instellingen volkshuisvesting, 2011.
- Het financiële dagblad, Redactie James Pickford, Mastering Risico en onzekerheid. Amsterdam 2006
- TNO: Christmas, D, Kingma, J., Staats, T., Clientgericht ondernemen in de geestelijke gezondheidszorg, 2011.
- TNO: Van Staalduinen, W., Ten Voorde, F., Trendanalyse verstandelijk gehandicaptenzorg, 2011.
- Technische Universiteit Delft, Burg, D. van der, Sturen op arbeidsproductiviteit door middel van de bebouwde omgeving van verpleegafdelingen, 2011.
- TNO, Geo Delft, Karstens, S., Mooiman, M., Veld in 't, S., Evaluatie Risicomanagement bij gemeentelijke bouwprojecten, 2006.

- STILI NOVI uitgeverij, Flapper, Handboek voor complexe bouwprojecten, 2010.
- Price Waterhouse Coopers, Risicomanagement. De praktijk in Nederland. 2006.
- Zorgverzekeraars Nederland, Zorginkoop AWBZ 2011. Gezamenlijke leidraad voor zorgkantoren. 2010.
- ABN Amro, Visie op Zorg, Onderwijs en Woningcorporaties. Sectorupdate 2010.
- Universiteit Twente en Plegt-Vos, Schoonderbeek, P., Faalkosten: Realistisch te Reduceren, 2010.

B Checklist voor zorgbouwprojecten

Elk bouwproject is anders en in elk bouwproject zullen andere risico's op de loer liggen. Waaraan moet een zorgorganisatie denken als zij zorgbouwprojecten wil realiseren? Het lijkt teveel om op te noemen. In deze bijlage is een checklist opgenomen die gebruikt kan worden door zorgorganisatie die voornemens hebben voor de realisatie van zorgbouwprojecten.

Checklist voor de initiatieffase van zorgbouwprojecten	
Samenwerkingsverbanden	Contacten met externen leveren meerwaarde. De belangen, prioriteiten, bedreigingen en kansen van de relevante partijen zijn in beeld. Per samenwerkende partij is er een aanspreekpunt en een aangewezen vervanger. Met samenwerkende partijen is de wijze van communicatie en geschillenbeslechting vooraf vastgesteld. De samenwerkende partijen zijn positief over de haalbaarheid van het project. De formuleringen van de externe adviseurs zijn duidelijk en eenduidig, zij leggen specifieke (vak)termen begrijpelijk uit en staan garant voor hun uitspraken. In getekende contracten worden alle hoogten van bedragen en vergoedingen genoemd. Prijsverlagingen in offertes leiden niet tot concessies op kwaliteit. Onafhankelijke adviezen komen overeen. Vooropdrachten voor definitieve overeenkomsten leiden niet tot verplichtingen. Over de invloed van de inflatie op het prijzen worden vooraf afspraken gemaakt. Nader overeen te komen voorwaarden zullen op tijd worden geformuleerd (binnen tolerantiegrenzen). De rollen, posities, verantwoordelijkheden, aansprakelijkheden, activiteiten, resultaten en raakvlakken van de verschillende samenwerkende partijen zijn duidelijk omschreven. Tolerantiegrenzen voor het budget, de tijd en de kwaliteit zijn vooraf vastgesteld.
Contracten	Wij zijn op de hoogte van de algemene en specifieke voorwaarden die van toepassing zijn op contracten. Voorwaarden die op contracten van toepassing zijn, zijn duidelijk en begrijpelijk. Wijzigingen in getekende contracten vinden alleen plaats volgens een officiële wijzigingsprocedure.
Vergunningen	Alle vergunningen voor dit project zullen op tijd worden verleend. Wij hebben rekening gehouden met verandering in relevante wet- en regelgeving op korte en lange termijn.
Financieel	De geldverstrekkers zijn positief over het te ontwikkelen plan. De organisatie voldoet aan de financieringseisen van de geldverstrekker (liquiditeit, solvabiliteit, enz.). Tussentijdse aanpassingen van eisen van geldverstrekkers hebben geen invloed op de voortgang van het project. De organisatie beschikt over werkkapitaal voor bevoorschotting van activiteiten. In koop- en overdrachtsovereenkomsten worden alle percentages voor bijkomende kosten vermeld. De invloed van financiële risico's van dit bouwplan op de continuïteit van de organisatie is duidelijk. Er is zicht op de kosten van exploitatie gedurende de levenscyclus van het gebouw. Verskillende zzp scenario's zijn doorgerekend, rekening wordt gehouden met worst en best cases.. Het projectresultaat levert voldoende baten op in de toekomst.

Organisatie	De kaders (doel, missie, visie) waarbinnen de organisatie denkt en handelt zijn duidelijk. De plannen van de organisatie passen bij de geformuleerde doelen, missie en strategie. De nieuwe plannen hebben positieve invloed op de identiteit van de organisatie. De consequenties van de veranderingen (die het project meebrengt) voor de bedrijfsvoering zijn duidelijk. Het bestuur is formeel opdrachtgever van het bouwproject en is verantwoordelijk voor het eindresultaat. Het bestuur geeft mandaat aan derden om als gedelegeerd opdrachtgever op te treden. Er is voldoende communicatie tussen de verschillende lagen (RvT, RvB, projectteam) van de organisatie. Het mandaat is in handen van maximaal 2 personen. Plannen worden organisatie- breed gedragen. De continuïteit van de primaire processen, de secundaire processen en de bezettingsgraad voor de zorgprocessen is tijdens de bouwwerkzaamheden gegarandeerd.
Projectmanagement	De projectleden hebben toegang tot de voor hen relevante onderdelen van het projectboek. Er is een communicatieplan waarin de (vervangende) aanspreekpunten duidelijk genoemd zijn Het doel, resultaat, scope en afbakening van het project zijn duidelijk gedefinieerd. De fasen en mijlpalen zijn benoemd. De besluitvormingsmomenten zijn duidelijk gedefinieerd. De raakvlakken met andere projecten zijn in beeld. Er is een projectkwaliteitsplan en een risicologboek. De benodigde middelen zijn beschikbaar. Er is een eenduidige relatie tussen de verschillende leden van de groep. De wijze van rapporteren en beslissen is bepaald. Planningsmanagement, configuratiemanagement, budgetmanagement en wijzigingsmanagement zijn onderdeel van het projectsupport. Overlappingsen met andere werkpakketten zijn bekend. Wijziging- en escalatieprocedures bekend.
Projectsucces	Het hoogste management staat volledig achter het project. De staf is capabel. De projectmanager heeft duidelijke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De projectmanager gebruikt een formele projectmanagementmethodiek. De belanghebbenden zijn optimaal bij het project betrokken. Er is een duidelijke business case. De planning en de verwachtingen zijn realistisch. Het eindresultaat is duidelijk gedefinieerd. Er zijn tussentijdse evaluaties, beslispunten en fasen. Er is een kwaliteitsmanagementplan.

Locatie	Er is politiek en maatschappelijk draagvlak voor de beoogde bestemming van de locatie. Het huidige bestemmingsplan is goedgekeurd en geldig. De activiteiten van de locatie passen binnen het (goedgekeurde en geldige) bestemmingsplan. De locatie mag in de toekomst ook voor andere doeleinden worden gebruikt (bijv. bij afstoting gebouw). De locatie zal op tijd beschikbaar komen. De locatie is goed bereikbaar (openbaar-, privé-, calamiteitenvervoer (taxi, ambulance, brandweer, politie). Het is bekend wat de bestemming van de directe omliggende terreinen is. De bodemkaarten met de eigenschappen van de grond zijn bekend. De eigendomspositie, grondtitel en juridische status van de te werven locatie is duidelijk. Grond- en locatie eigenschappen zijn bekend. De kosten van het verwerven van de grond, het bouwrijp maken, de infrastructuur op het bouwterrein, de aanleg van nutsvoorzieningen en onderhoudskosten van het verworven terrein zijn bekend. Alle bedragen zijn genoemd in de convenanten van de grondoverdracht.
Port folio	Portfoliomanagement is ingebed in de bedrijfsvoering. De verschillende projecten binnen de organisatie zijn op elkaar afgestemd.
Vastgoed	De vastgoedstrategie is afgestemd op de organisatiedoelstellingen. Het huisvestingsconcept heeft bestaansrecht voor tenminste de levensduur van het gebouw. De exploitatiekosten gedurende de levensduur van het project zijn duidelijk. Zowel eigendom als huurscenario's zijn in beschouwing genomen. De randvoorwaarden, operationele eisen en functionele eisen voor het ontwerp zijn bekend. De architect heeft voldoende kennis van de zorgsector en de te huisvesten organisatie. Het gebouw kan in de toekomst (gedeeltelijk) ook voor andere functies worden gebruikt, of met weinig investeringskosten worden aangepast voor andere doelgroepen.. Het gebouw is energiezuinig.
Haalbaarheid	Voor dit project is een haalbaarheidsstudie uitgevoerd met worst- en best case scenario's. Er zijn geen andere (zinvolle) alternatieven om het huisvestingsbehoefte of -probleem op te lossen. Het ontwerp past binnen de voorschriften en normen die voor dat ontwerp en die situatie gelden. De huisvestings- en exploitatiekosten zijn in evenwicht met de financiële inkomstenstromen De uitgangspunten voor technische, financiële en functionele uitgangspunten zijn duidelijk geformuleerd.
Markt en concurrentie	De uitbreiding (kwantiteit) van het zorgaanbod is afgestemd op de zorgvraag. De minimumomvang van het afzet(verzorgings)gebied is duidelijk vastgelegd. Het marktaandeel in de toekomst is bekend. Wij zien geen of weinig concurrentie in de nieuwe zorgaanbieders in de regio. Wij zijn op de hoogte van de plannen van de concurrenten. Het (uitbreidings)plan is flexibel genoeg om in te spelen op toekomstige ontwikkelingen. Verandering in medische- en zorgconsumptie zal weinig invloed hebben op de bedrijfsresultaten. De zorgverzekeraars hebben schriftelijk ingestemd met de uitbreidingsplannen. De zorgverzekeraars hebben langlopende contracten afgesloten voor de te ontwikkelen aanbod.
Politiek	Toekomstige budgetplafonds, kortingen en aanscherping indicatie eisen hebben weinig invloed op de uitvoering van de bouwplannen en exploitatie van het gebouw. De invloed van scheiden wonen en zorg heeft weinig invloed op de bedrijfsvoering voor dit gebouwconcept.

Arbeids productiviteit	Het gebouwconcept is flexibel genoeg om in te spelen op tekort aan personeel en stijgende lonen in de toekomst. Het personeel is bekend met de nieuwe zorg- en werkprocessen en de (veranderende) werkdruk die het nieuwe huisvestingsconcept met zich meebrengt.
Management producten	Alle samenwerkende partijen zijn bekend met de principes van projectmanagement. In de projectsupport worden opgenomen: voortgangsrapporten, hoofdpuntenrapporten, logboeken, kwaliteitsboeken, incidentafhankelijke rapporten, afwijkingsrapporten, wijzigingsrapporten, werkpakketten.
Begroting	Het bestuur is deskundig genoeg en in staat om de begroting te beoordelen. De begroting is compleet en taakstellend voor het te maken definitief ontwerp en voor het contracteren. De begroting van de verschillende adviseurs (en fasen) zijn vergelijkbaar en sluiten op elkaar aan. De invloed van de ontwerpbeslissingen op de begroting is gemakkelijk af te leiden. In de begroting zijn ook opgenomen: voorbereidingskosten, begeleidingskosten, heffingen, verzekeringen, aanloopkosten, risicoverrekeningen. De gebruikte kengetallen zijn actueel, met een prijspeil en zijn afkomstig van betrouwbare bronnen.
Tijd	Het tijdstip van oplevering en ingebruikname staat vast. Het bestuur is in staat de bouwtijd van het project te beheersen. Er is een systeem voor de bewaking van de voortgang van het bouwproject. Het tijdschema is begrijpelijk en eenvoudig aan te passen aan veranderingen.
Projectteam	De rollen, taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en mandaat in het projectteam zijn duidelijk. De projectleden beschikken over voldoende ervaring in bouwprojecten. Het projectteam heeft naast de reguliere werkzaamheden voldoende tijd en middelen om het projectsucces te garanderen. De projectmanager heeft ervaring met bouwprojecten van dit investeringsniveau en moeilijkheidsgraad. Het projectteam heeft voldoende deskundigen om het programma van eisen te beoordelen op technisch, ruimtelijk-, financieel-en functioneel gebied.