

## HET BELANG VAN HUISVESTING VOOR DE ZORG

### ***Veranderend zorgveld***

Binnen de gezondheidszorg spelen zich momenteel grote veranderingen af. Zo wordt de invloed van de zorgverzekeraar groter, verandert de bekostiging van de zorg door de overheid, hebben technologische ontwikkelingen grote gevolgen op de manier waarop de zorg verleend wordt et cetera. Daardoor zal het bestaande zorgaanbod veranderen. Het traditionele 'alles-onder-een-dak-ziekenhuis' zal verdwijnen en zal zich fysiek herschikken in enerzijds kleinere decentrale centra voor laag complexe zorg en anderzijds centrale eenheden voor de acute en complexe zorg. Daarnaast zijn er specialisten die eigen praktijken of behandelklinieken beginnen, zoals zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Ook wordt een deel van de specialistische zorg die voorheen in het ziekenhuis plaatsvond, afgestoten naar de huisartsen in de eerste lijn. Zo ontstaat de zogeheten 1.5<sup>e</sup> lijnszorg. Voorbeelden van deze nieuwe zorgconcepten voor 1.5<sup>e</sup> lijns zorg zijn ; basisziekenhuis/dagziekenhuis met spoedpost, routinezorg voor chronisch zieken zoals bijv. COPD bij huisarts of follow up bij kanker, snijdende vakken ASA 1 en 2 (patiënten met weinig kans op complicaties) . Op die manier ontstaat er een andere 'full cycle of care' in een regionaal vorm gegeven zorgsysteem waarbij het dichtst bij zijnde universitair centrum de rol heeft van 'last resort' voor de echt gecompliceerde of uitzonderlijke zorgvraag.

### ***Vraagzijde belangrijker***

Bovengenoemde veranderingen in het zorgveld dwingen bestaande spelers om zich meer dan voorheen te gaan heroriënteren op de vraagzijde, de klant. Het gaat hierbij om een paradigmashift, waarbij de klant een sterkere positie krijgt en terecht kan bij een breed netwerk van zorgprofessionals. De kwaliteit van de zorg zal vanuit de klant moeten worden gedefinieerd. Dit leidt tot andere processen en andere posities van de verschillende actoren in het zorgveld. De klant is leidend voor wat betreft de keuze voor het zorgconcept. Uiteindelijk zal zo een ander zorglandschap en zullen andere zorggebouwen ontstaan, die goed bereikbaar moeten zijn voor alle inwoners van de dorpen en steden en waar huisartsen met elkaar samenwerken in een (multidisciplinair) gezondheidscentrum.

### ***Gevolgen voor krimpregio's***

Ook in Noordoost-Groningen speelt zich een verandering in het zorgveld af. In dit gebied met een krimpende bevolking biedt dit kansen, mede omdat het zorglandschap al aan het veranderen is door de nieuwbouw van een ziekenhuis in Scheemda, naast de sluiting van de ziekenhuizen in Winschoten en Delfzijl. Een stap in de richting van een nieuwe invulling van het totale zorglandschap om de bovenbeschreven ontwikkelingen vorm te kunnen geven. Voor een krimpregio biedt dit kansen om het verlenen van zorg een nieuwe invulling te geven. Dit vraagt om andere competenties van zorgverleners, een andere organisatie van het zorgproces en niet te vergeten; een andere inzet van zorgvastgoed. Daarbij moet men aansluiten bij het gegeven feit dat in een krimpregio het percentage inwoners van 65 jr en ouder toeneemt, wat leidt tot een toenemende behoefte aan zorg. Ook de toepassing van eHealth en gezondheid 2.0 biedt mogelijkheden om in dit dunbevolkte gebied op een andere manier medische zorg te gaan verlenen. Daarbij moet wel bedacht worden dat behandelen via internet namelijk nog steeds niet voor iedereen is weggelegd. Denk daarbij aan de mensen die niet in staat zijn gebruik van internet te maken. Juist bij 65+ers is dit een probleem.

### ***Gevolgen voor zorgvastgoed***

Bovengenoemde ontwikkelingen hebben grote gevolgen voor de gebouwen waarin de zorg zal worden verleend. Dit pleit voor segmentatie in generieke, alternatief aanwendbare, en specifieke bouwstructuren op een geschikte locatie. Voor het nieuw te bouwen ziekenhuis in Scheemda kan

dit leiden tot segmentatie in typen vastgoed, zoals polikliniek, hotfloor en kliniek om via deze werkplekconcepten de nieuwe werkwijzen in de zorg te accommoderen. Daarbij kan gedacht worden aan reeds bekende (gebouw/zorg)concepten als multifunctionele poliklinieken, verplegen op basis van zorgzwaarte in plaats van per discipline, en het onderbrengen van ondersteunende voorzieningen in normale kantoorvoorzieningen en shared service centers. Ook kan men ervoor zorgen dat gebouwen schaalbaar zijn om die gebouwen op termijn door te kunnen ontwikkelen.



Figuur 1: Opdeling van het bestaande ziekenhuis in generieke en specifieke voorzieningen. (ontleend aan het proefschrift van C.E.A. Niemeijer, 2012)

### Conclusie

Bij een stijgende zorgvraag, krimpende bevolking, stijgende kosten en andere invulling van de zorgvraag is een andere organisatie van de (ziekenhuis)zorg noodzakelijk. Om die ontwikkeling te kunnen volgen is Noordoost-Groningen een goed pilotgebied. De structuur van de ziekenhuiszorg gaat veranderen door de nieuwbouw van een ziekenhuis in Scheemda. Dat heeft ook direct consequenties voor de inrichting van de huisartsenzorg, die zich zal ontwikkelen naar een anderhalvelijns zorg. Er moet dus antwoord komen op vragen als 'welke zorg behoort bij de 2<sup>e</sup> lijn en wat gaat er naar de 1<sup>e</sup> lijn? Welke specialismen binden zich aan welke gezondheidscentra? Wat vraagt dit van de huisvesting van deze centra? Kunnen de leegkomende gebouwen van het maatschappelijk vastgoed (scholen, verzorgingshuizen etc.) hier soelaas bieden? Hoe kunnen technologische innovaties als e-Health en gezondheid 2.0 leiden tot een adequate zorgverlening in een krimpende regio?' De antwoorden op die vragen hebben grote consequenties op de aard en de locaties van de zorgvoorzieningen. De gevolgen van die ontwikkelingen voor de huisvesting van de zorgverlening worden door ons in kaart gebracht.

Juni 2014  
Wima Wolf  
Martin Stijnenbosch