

# Goed zorgvastgoed vereist kennis zorgsector

*“Een onderzoek om het inzicht in de locatietekenen van GGZ instellingen te vergroten”*



Rijksuniversiteit Groningen  
Faculteit der Ruimtelijke Wetenschappen  
Sociale Geografie & Planologie  
Master Vastgoedkunde

Hoofdmentor RUG  
De heer prof. dr. P.H. Pellenbarg

Afstudeerbedrijf + Begeleiding  
Draaijer + Partners b.v. te Bunnik  
De heer M. Sotthewes  
De heer N. de Vries

A.A. Eisses  
Studentnummer: s1517392  
Datum: 22 mei 2009

## VOORWOORD

De eerste kennismaking met het zorgvastgoed en de deregulering van het bouwregime was aan de hand van een artikel in *PropertyNL*. Op dat moment was de omvang en de enorme diversiteit van het zorgvastgoed *an-sich* de onderzoeker niet bekend. Aan het begin van het onderzoek is er aantal wisselende inzichten geweest over welke richting het onderzoek zou moeten hebben. Het eerste ingediende Plan van Aanpak en de uiteindelijke onderzoeksopzet verschillen behoorlijk van elkaar. Dit is onder andere veroorzaakt door alle ontwikkelingen die er tussentijds hebben plaatsgevonden op het gebied van de veranderende wet- en regelgeving.

Ook het specifieke jargon, de aanwezigheid van veel wetten en regels, ingewikkelde financieringsstromen en het spanningsveld tussen ondernemen en zorgverleners, maken de vraagstukken complexer, maar ook interessanter. Ook ontstond er bij de onderzoeker enige verbazing dat het bouwregime in zijn hoedanigheid op deze manier bestond; blauwdrukplanning zoals we dat kennen uit Oostbloklanden, maar dat dit nog in Nederland bestond?

Zorgvastgoed is een nieuwe loot aan de vastgoedboom. Een aantal zaken is nog onduidelijk binnen het zorgvastgoed. Zo zijn er bijvoorbeeld op het gebied van gebouwen geen exacte gegevens bekend om hoeveel m<sup>2</sup> BVO het gaat. Wat betreft de locaties is het eveneens onduidelijk om hoeveel hectares het precies gaat. Ook de diversiteit aan locaties, gebouwen en verschillende soorten instellingen maken het een bijzondere sector.

Op het eerste oog lijkt zorgvastgoed niet echt een *sexy* markt. Echter de veranderingen in de wet- en regelgeving maken het juist een heel dynamische markt. Ook de inhaalslag die veel GGZ instellingen op het gebied van hun vastgoed willen maken, de verschillende plannen die reeds ten uitvoer worden gebracht en de maatschappelijke waarde maken het een zeer interessant vakgebied.

Met betrekking tot dit onderzoek wil ik graag mijn begeleiders Marco Sotthewes, Niels de Vries en mijn zus Lian Heijs danken voor hun kritische, maar zeer opbouwende opmerkingen en voor de scherpe en verhelderende blik op het onderwerp van dit onderzoek. Verder wil ik het bedrijf Draaijer+ Partners danken voor de leuke en leerzame afstudeerperiode.

Van de RijksUniversiteit Groningen wil ik Prof. Dr. Pellenbarg heel hartelijk bedanken voor zijn aanwijzingen en opbouwende kritieken en de positieve voortgangsgesprekken.

Persoonlijk ben ik erg tevreden met het gekozen onderwerp. Mijn afstudeeronderzoek heeft bijgedragen aan het vinden van een zeer uitdagende en leuke baan bij AAG. Ik ben op 1 januari 2008 gestart als junior adviseur bij dit bureau en dit was me vrijwel zeker niet gelukt zonder de inzichten die ik tijdens mijn afstuderen heb opgedaan. Verder heb ik op basis van opgedane kennis tijdens mijn onderzoek een artikel gepubliceerd in de *Vastgoedmarkt*, editie februari 2008. Een prestatie waar ik stiekem wel erg trots op ben.

Vleuten, 22 mei 2009

## SAMENVATTING

De omgeving rondom de bouw en exploitatie van zorgvastgoed in Nederland is aan het veranderen. Dit wordt voor een groot deel veroorzaakt door de invoering van de WTZi.

WTZi staat voor Wet toelating zorginstellingen en is in de plaats gekomen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV); de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) en de bepalingen over de toelating in de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; (AWBZ).

Het doel van de WTZi (samen met andere wetgeving) is geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid te creëren door minder overheidsbemoeienis in de zorgsector, dus ook met de bouw van zorginstellingen. Sleutelwoorden zijn onder andere deregulering, gereguleerde marktwerking, ondernemen en concurrentie. De verandering betekent de afschaffing van het bouwregime zoals dat al vanaf omstreeks de Tweede Wereldoorlog in gebruik was.

In deze scriptie staat het onderzoek naar hoe er binnen ggz-instellingen wordt omgegaan met de ontwikkeling van traditioneel vastgoedbeheer naar strategisch locatie en vastgoedmanagement, en hoe hierbinnen de waardering van locaties wordt vorm gegeven, centraal.

Doelstelling van de scriptie is om het inzicht in locatiemarkten van verschillende GGZ instellingen te vergroten om daarmee snel een oordeel te kunnen bepalen over de locatie en het gebouw. Op basis hiervan kan later een strategisch vastgoedbeleid worden opgesteld.

In het onderzoek wordt met traditioneel vastgoedbeheer de situatie bedoeld tijdens het bouwregime. Alle kosten van bouw, onderhoud en exploitatie worden door de overheid op basis van nacalculatie vergoed. Strategisch vastgoedbeleid is omschreven als: *“activiteiten, gebaseerd op een visie, waarbij het vastgoed optimaal moet bijdragen aan het op korte en lange termijn functioneren van de instelling in overeenstemming met de bedrijfsdoelstellingen”*.

De scriptie is in navolging van de onderzoeksopzet onderverdeeld in een aantal delen. Het eerste deel bestaat uit een verkenning van de zorgwereld en de sector ggz in Nederland. In het tweede deel wordt ingegaan op hoe er meer strategisch met het vastgoed moet worden omgegaan, een beschrijving van de locatiemarkten en worden de verschillende onderzoeksvragen uit de onderzoeksopzet beantwoord. Ter afsluiting van het onderzoek wordt de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord.

### **Verkenning van de wereld van zorgvastgoed en de sector ggz**

Veel van de (oudere) instellingsterreinen zoals wij die tegenwoordig kennen zijn historisch/ geografisch zo ontstaan. Veelal waren de terreinen gelegen aan de rand van een stad of dorp, in een bosrijke omgeving of in de nabijheid van de duinen. De achterliggende gedachte om voor deze, destijds excentrisch gelegen, locaties te kiezen, lag in het feit dat men psychiatrische patiënten uit het zicht van de maatschappij wilde houden. De aanwezigheid van licht, ruimte, lucht en natuur moest een helend effect hebben op de cliënten.

De relatieve ligging en waardering zijn in de loop van de jaren veranderd. Veelal zijn de dorpskernen of steden door middel van stedelijke uitbreiding naar de instellingsterreinen toegegroeid en zijn in sommige gevallen de terreinen ingekapseld geraakt in het stedelijk gebied.

Het gebouwenbestand van de verschillende ggz instellingen in Nederland is zeer divers. Het varieert van gebouwen die zijn gebouwd aan het begin van de vorige eeuw tot gebouwen die recentelijk zijn opgeleverd en in gebruik zijn genomen. Veel van de instellingen zijn aan het einde van de negentiende en begin van de twintigste eeuw ontstaan. Voor verschillende van de gebouwen geldt dat zij ook hun oorsprong rond die tijd hebben. Op de oudere instellingsterreinen gaat het regelmatig om gebouwen die onder monumentenzorg vallen.

Vervolgens zijn in de jaren zestig en zeventig diverse bouwinitiatieven op de verschillende locaties geweest om een vernieuwingsslag op de locaties te realiseren. Deze gebouwen zijn te herkennen als de zogenaamde paviljoens op de terreinen. Veelal hebben de gebouwen dragende gevels en binnenwanden. Een gevolg hiervan is dat de interne structuur zodoende ook voor een groot deel vastligt en nauwelijks een andere indeling mogelijk maakt.

Aan het einde van de jaren zeventig en aan het begin van de jaren tachtig werd de slechte huisvesting vervangen. Een belangrijk kenmerk van gebouwen uit deze tijd is dat het sobere doch doelmatige huisvesting betreft, anders gezegd het mocht niet te veel kosten.

### Meer strategisch omgaan met vastgoed

Tot op heden bestaat er voor intramurale grootschalige voorzieningen een bouwregime. Dit betekent dat voor veranderingen in capaciteit in combinatie met bouw er een toelating en een vergunning bij respectievelijk het Ministerie van VWS (CIBG) en het College bouw zorginstellingen moet worden aangevraagd.

Stap 1	Aanvraag toelating. Er zijn twee type toelatingen:  <ol style="list-style-type: none"><li>1. toelatingen met bouw; wanneer op de toelating ook nog een vergunning voor de bouw moet volgen van het College bouw zorginstellingen (CBZ)</li><li>2. toelatingen zonder bouw wanneer geen vergunning vereist is.</li></ol>
Stap 2	Aanvraag vergunning.  Wanneer voor het initiatief een vergunning van het College bouw zorginstellingen nodig is, dan wordt ook wel gezegd dat het initiatief valt onder het bouwregime.

Was er voorheen in de zorg met betrekking tot het vastgoed sprake van “het onderste uit de kan halen” met betrekking tot het bouwen, de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen voor hun vastgoed gaat betekenen dat ze alle m<sup>2</sup> zelf moeten gaan financieren. Dit houdt in dat er binnen de instellingen een actief beleid op het gebied van vastgoed dient te worden gevoerd. Om hier op een verantwoorde manier mee om te gaan dient men de traditionele manier van huisvesten en de *mindset* bij de verantwoordelijken om te vormen naar een (meer) strategische manier van denken over het vastgoedbeleid van de instelling.

### Waardering van locaties

De instellingen zijn zich bewust van de waarde die hun locaties hebben. Voor de meeste ggz-locaties geldt dat ze historisch zo zijn ontstaan. Er was in het verleden geen sprake van een bewust locatiebeleid. Bij het stichten van een instelling waren de belangrijkste criteria: een bosrijke omgeving en op afstand van de bebouwde kern. De relatieve ligging en waardering van deze terreinen is echter veranderd. Stedelijke uitbreidingen hebben ervoor gezorgd dat de afstand tussen veel terreinen en de stad is verdwenen. Op deze manier worden de instellingsterreinen ook interessant voor ontwikkelingen die niet meteen de kernactiviteit zijn van een zorginstelling. Door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen is er op deze vaak grote terreinen ruimte vrijgekomen. Deze vrijgekomen ruimte zou op verschillende manieren aangewend kunnen worden. Instellingen koesteren hun locaties vanwege de strategische posities. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de meeste instellingen zich bewust zijn van de (financiële) mogelijkheden die grondposities bieden. Daarbij komt dat, door het geweld van de marktwerking, organisaties zich sterk maken voor hun maatschappelijke functie. Een zorglocatie (‘boulevard’) waar verschillende zorgfuncties zijn geconcentreerd, spreekt steeds meer bestuurders aan.

Het belang van het onderscheiden van locatiekenmerken is dat op basis van deze kenmerken een strategie kan worden opgesteld. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij de bepaling van een strategie de zorgfuncties leidend zijn. De zorg staat centraal en moet ook centraal blijven staan. (In de praktijk zijn er helaas voorbeelden bekend van organisaties waar de focus meer op het vastgoed en het verwerven van prestigieuze panden is komen te liggen dan op het verlenen van zorg, de corebusiness van zorginstellingen). Vervolgens dient er te worden gekeken hoe men deze zorg wil gaan aanbieden, op welke locatie en wat voor gebouwen hiervoor nodig zijn.

## Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting .....	3
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding.....</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding .....	7
1.2 Probleemstelling en afbakening .....	7
1.3 Doelstelling .....	8
1.4 Onderzoeksvragen .....	8
1.5 Operationalisering deelvragen .....	9
1.6 Onderzoeksmethoden .....	10
1.7 Relevantie .....	12
1.8 Draaijer + partners .....	12
1.9 Leeswijzer.....	13
<b>Hoofdstuk 2. De Zorgwereld .....</b>	<b>14</b>
2.1 Care en cure in de zorg .....	14
2.2 De ontwikkeling van de rol van zorg in de samenleving.....	14
2.3 Ontwikkelingen in de wet- en regelgeving .....	15
2.4 WTZi, van aanbod- naar vraagsturing.....	16
2.5 Kapitaalslastenbrief .....	17
2.6 Tweede kapitaallastenbrief .....	17
2.7 Gereguleerde marktwerking.....	17
2.8 Financiering .....	18
2.8.1 ZZP.....	18
2.8.2 DBC .....	18
2.9 Cutler.....	18
2.10 Samenvatting.....	19
<b>Hoofdstuk 3 De sector GGZ.....</b>	<b>20</b>
3.1 Korte introductie GGZ en doel GGZ.....	20
3.2 De sector Zorg & Welzijn in Nederland .....	20
3.2.1 Maatschappelijke acceptatie van geestelijke gezondheidszorg.....	21
3.2.2 Veranderingen in de samenleving.....	21
3.2.3 Indeling van de GGZ .....	22
3.3. Historie van de locaties .....	22
3.4 Actuele trends op de locaties .....	22
3.5 Gebouwen in de GGZ in vogelvlucht.....	23
3.5.1 Kenmerken .....	24
3.5.2 Eigendom .....	24
3.5.3 Om hoeveel vastgoed gaat het?.....	24
3.6 Samenvatting.....	24
<b>Hoofdstuk 4: strategisch omgaan met vastgoed.....</b>	<b>25</b>
4. Inleiding.....	25
4.1 Strategisch vastgoedbeleid .....	26
4.2 Toegevoegde waarden van vastgoed theorie .....	26

4.3 Toegevoegde waarden van vastgoed in de praktijk bij GGZ .....	27
4.4 Samenvatting.....	28
<b>Hoofdstuk 5 Locatiekenmerken ggz .....</b>	<b>29</b>
5.1 Beschrijving van locatiekenmerken.....	29
5.2 Extramuraal .....	30
5.3 Intramuraal.....	31
5.4 Belang goede locatiekeuze .....	32
5.5 Omgekeerde integratie.....	33
5.6 Samenvatting.....	33
<b>Hoofdstuk 6 beantwoording onderzoeksvragen.....</b>	<b>34</b>
6.1 Onderzoeksvragen met betrekking tot de locatie .....	34
6.2 Onderzoeksvragen met betrekking tot de gebouwen .....	37
<b>HOOFDSTUK 7 Conclusie.....</b>	<b>39</b>
Lijst met gebruikte afkortingen .....	43
Literatuurlijst.....	45
Geraadpleegde websites.....	45
Lijst met geïnterviewde personen.....	46
Bijlage 1 Interviewschema fase 1 .....	48
Bijlage 2 interviewschema fase 2.....	50

## HOOFDSTUK 1 INLEIDING

*In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek toegelicht. In paragraaf 1.1 de aanleiding van het onderzoek gevolgd in paragraaf 1.2 door de probleemstelling en de afbakening van het onderzoek. De doelstelling van het onderzoek is uiteengezet in paragraaf 1.3. In paragraaf 1.4 wordt ingegaan op de onderzoeksvragen welke in paragraaf 1.5 verder worden geoperationaliseerd. Vervolgens wordt in paragraaf 1.6 de onderzoeksmethodiek uiteengezet. De relevantie van het onderzoek komt in paragraaf 1.7 aan bod, paragraaf 1.8 is gewijd aan Draaijer & Partners. Tenslotte wordt in paragraaf 1.9, de leeswijzer, de rest van het rapport besproken.*

### 1.1 Aanleiding

De omgeving rondom de bouw en exploitatie van zorgvastgoed in Nederland is aan het veranderen. Dit wordt voor een groot deel veroorzaakt door de invoering van de WTZi.

WTZi staat voor Wet toelating zorginstellingen en is in de plaats gekomen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV); de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) en de bepalingen over de toelating in de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; (AWBZ).

Het doel van de WTZi (samen met andere wetgeving) is geleidelijk meer vrijheid en verantwoordelijkheid te creëren door minder overheidsbemoeienis in de zorgsector, dus ook met de bouw van zorginstellingen. Sleutelwoorden zijn onder andere deregulering, gereguleerde marktwerking, ondernemen en concurrentie. De verandering betekent de afschaffing van het bouwregime zoals dat al vanaf omstreeks de Tweede Wereldoorlog in gebruik was. In sommige literatuur wordt zelfs de vergelijking getrokken met de val van de Berlijnse muur: *“het laatste stukje stalinistische planeconomie in Nederland staat op het punt te worden opgeruimd”*. (Fritzsche et al, 2004).

De zorginstellingen zullen zelf verantwoordelijk worden voor hun vastgoed. Na de transformatie zullen straks de kapitaallasten (rente + aflossing) worden terugverdiend uit de verkoop van zorgproducten. Leegstand betekent dan dus een financieel risico. De bedoeling is dat instellingen worden geprikkeld bij investeringsbeslissingen rekening te houden met de verwachte zorgvraag en de aard van die vraag op langere termijn. In het huidige systeem waarin de vergoeding vooraf plaats vindt op basis van bouwplannen, zonder de link met productie van zorg, ontbreekt deze prikkel. Daarom is visie en strategie op locatie ontwikkeling en vastgoed noodzakelijk.

### 1.2 Probleemstelling en afbakening

GGZ instellingen zijn van oudsher vaak gelegen op mooie, ruim opgezette locaties. De relatieve ligging en waardering is in de loop der jaren veranderd. Vroeger waren de instellingsterreinen vaak gelegen in het groen aan de rand van de stad, in de loop der jaren zijn de locaties veelal ingekapseld door uitbreiding van de steden of dorpen. De GGZ instellingsterreinen hebben echter te kampen met een stigma door de functies die ze van oudsher hebben gediend.

Voor veel van het vastgoed in de GGZ sector geldt dat het specifieke bouwwerken zijn. Veel gebouwen zijn eigenlijk alleen te gebruiken voor de functie die het op dit moment heeft, de vorm van het gebouw volgt de functie. Veel van de oudere gebouwen zijn functioneel en inhoudelijk niet meer van deze tijd, alleen als het gaat om de huidige eisen volgens het bouwbesluit. Het vergt aanzienlijke investeringen om de gebouwen aan te passen, regelmatig is nieuwbouw de enige reële optie. Naarmate de noodzakelijke ingrepen groter worden, zullen ook de kosten hiervan toenemen met als risico onrendabele investeringen. Het specifieke karakter van de gebouwen maakt ze incurant op de vastgoedmarkt en zodoende hebben ze een lage verkoopwaarde. (Bron: Elich et al, 2007). Locatiekenmerken en de mogelijkheden om in samenspraak met de gemeente nieuwe bestemmingen aan te wijzen, zijn in sterke mate bepalend voor de marktwaarde die aan de locatie kan worden toegekend. De grondpositie is daarom de grote kracht van de meeste GGZ instellingen.

### 1.3 Doelstelling

Voor dit onderzoek is de volgende doelstelling geformuleerd:

*Het doel van dit onderzoek is om het inzicht in locatiemarkten van GGZ instellingen te vergroten om daarmee snel een oordeel te kunnen bepalen over de locatie en het gebouw. Op basis hiervan kan later een strategisch vastgoedbeleid worden opgesteld.*

Om aan de doelstelling van het onderzoek te kunnen voldoen is de volgende vraagstelling opgesteld:

*“Hoe wordt er binnen GGZ instellingen omgegaan met de ontwikkeling van traditioneel vastgoedbeheer naar strategisch locatie en vastgoedmanagement, en hoe wordt hierbinnen de waardering van locaties vorm gegeven?”*

### 1.4 Onderzoeksvragen

Om de centrale vraag uit de probleemstelling te kunnen beantwoorden is een aantal deelvragen geformuleerd. Deze deelvragen zijn onderverdeeld in een tweetal hoofdcategorieën, locatie en gebouw. Voordat er begonnen kan worden met het beantwoorden van de vragen uit de twee hoofdcategorieën dienen er een aantal vragen beantwoord te worden. Deze vragen hebben betrekking op de aanleiding van de wijzigende regelgeving in de zorgwereld, de sector GGZ en hoe deze sector is georganiseerd. De GGZ sector is voor velen een onbekende sector. Daarom zal in hoofdstuk 2 en 3 aandacht worden besteedt aan de onderzoeksvragen die betrekking hebben op de ontwikkelingen die aan de basis staan van de veranderingen in de sector GGZ en hoe de sector eruit ziet. Vervolgens worden de vragen uit de hoofdcategorieën beantwoord. De onderstaande vragen 1-4 zullen in de beantwoording van de hoofdvragen en de conclusie niet specifiek worden beantwoord.

*Onderzoeksvragen met betrekking tot de zorgwereld en de veranderende wet en regelgeving:*

1. Welke ontwikkelingen stonden aan de basis van de stelselwijziging in de zorg?
2. Welke middelen worden ingezet om de stelselwijziging vorm te geven?
3. Als gevolg waarvan is gereguleerde marktwerking ingevoerd in het zorgvastgoed?
4. Hoe ziet de sector GGZ eruit?

*Onderzoeksvragen met betrekking tot de locatie:*

1. In hoeverre heeft een zorginstelling zicht op de huidige waarde, potentie en beperkingen van de locaties?
2. Wat zijn in de ogen van zorginstellingen kwaliteitskenmerken op basis waarvan locaties worden beoordeeld?
3. Hoe verhouden deze kwaliteiten zich tot de locatietheorieën in de reguliere vastgoedmarkt?

*Onderzoeksvragen met betrekking tot de gebouwen:*

1. Hoe denken GGZ instellingen over a-specifiek bouwen voor de zorg?
2. Wat kan er gedaan worden om de flexibiliteit van nieuw te bouwen zorgvastgoed te verhogen?
3. Zal vastgoed als productiefactor gaan dienen binnen zorginstellingen?



## 1.5 Operationalisering deelvragen

Om een beeld te schetsen van de operationalisering van de deelvragen volgt hieronder een korte uiteenzetting. De verschillende onderzoeksvragen waren leidend tijdens de interviewgesprekken. De onderzoeksvragen zijn uiteengezet in twee verschillende interviewschema's. De beide interviews zijn te vinden in bijlage 1 en bijlage 2.

Het onderzoek bevat twee hoofddimensies, Locatie en Gebouw. Over de hoofddimensie Locatie en het bestaan van beleid op het gebied van locaties zijn onderstaande vragen gesteld. In het begin is gevraagd of de organisatie op de hoogte is van de veranderingen en ontwikkelingen in de wet- en regelgeving op het gebied van vastgoed, vervolgens wordt er verder ingezoomd op de locaties.

### Locatie

1. Hoeveel locaties heeft uw organisatie in eigendom/ bezit en hoeveel huurt u, en hoe groot zijn deze locatie?
2. Is er intern reeds aandacht voor de nieuwe vastgoedbenadering in zorgland? Wat zijn de veranderingen daarin en hoe reageert de instelling erop?
3. Is er een locatiebeleid, hoe is dit zo ontstaan?
4. Zijn er al acties of plannen om iets aan de locaties te veranderen?
5. Hoe wilt u uw instellingsterrein modelmatig vormgeven?
6. Wat vindt u van het verkopen van grond/ locaties?
7. Welke functies laat het Bestemmingsplan toe?
8. Wat vindt u van omgekeerde integratie?
9. Wat is de invloed van het huidige imago hierop?
10. Door toevoeging van welke functies op uw locatie kunt u uw klanten beter bedienen?
11. Welke functies zou u niet toelaten op uw locatie?
12. Wat zijn volgens u de belangrijkste drie eigenschappen van een goede locatie voor zorgvastgoed?
13. Heeft u al locaties commercieel ontwikkeld? Zo ja, wat is uw ervaring daarmee?

### Onderzoeksvragen met betrekking tot de gebouwen:

De operationalisering van de onderzoeksvragen met betrekking tot de gebouwen is aan de hand van onderstaande vragen gerealiseerd.

### Gebouw

1. Hoeveel gebouwen heeft u, huur en koop?
2. Wat zijn naar uw mening de sterke punten van uw gebouwen?
3. Wat zijn naar uw mening de belangrijkste tekortkomingen van uw gebouwen?
4. Wat vindt u van a-specifiek bouwen in de zorg?
5. Kan dit ook voor de klinische functies?
6. Wat kan er gedaan worden om de flexibiliteit van nieuw te bouwen zorgvastgoed te verhogen?
7. Hoe zijn de uitbreidingsmogelijkheden van de gebouwen?
8. Wat moet er volgens u op het gebied van zorgvastgoed veranderen?
9. Zal vastgoed als productiefactor gaan dienen binnen uw zorginstelling?
10. Is het imago van uw gebouwen belangrijk voor uw organisatie?
11. Is het imago van uw gebouwen belangrijk voor cliënten?
12. Is het imago van uw gebouwen belangrijk voor uw personeel? Of aan te trekken personeel?

## 1.6 Onderzoeksmethoden

In deze paragraaf wordt inzichtelijk gemaakt op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd. Om te beginnen een korte beschrijving van de literatuurstudie, gevolgd door een uiteenzetting van het diepte interview met een motivatie van de geselecteerde respondenten.

### *Literatuurstudie*

De kanteling in de financieringsmethodiek van de zorg is relatief nieuw. Vanaf ongeveer 2004 is hierover gepubliceerd in vaktijdschriften en andere internet bronnen. Informatie over de historie van het marktsegment, ontwikkelingen op dit moment en toekomstige plannen kan op deze wijze worden verzameld.

De bibliotheek en het doorzoeken van literatuur is een goede manier om informatie te verzamelen. Met de bibliotheek wordt onder andere de bibliotheek van de faculteit der ruimtelijke wetenschappen bedoeld, de bibliotheek van de rechten faculteit en de bibliotheek van de Amsterdam School of Real Estate (ASRE). Tevens is de heer Sijmons gepromoveerd aan de Rijksuniversiteit van Groningen op het onderwerp “*Aanbodregulering en de Wet toelating zorginstellingen*” voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van relevante informatie uit het onderzoek van de heer Sijmons.

### *Diepte Interview*

Het interview is een intensief gesprek tussen de respondent en de interviewer waarbij de interviewer in gesprek gaat met de respondent op basis van een vooropgestelde vragenlijst. Het interview zal worden opgenomen om het beter en nauwkeuriger uit te kunnen werken, ook zullen er tijdens het interview aantekeningen gemaakt worden. Nadat het gesprek beëindigd is zal de geluidsopname nogmaals afgeluisterd worden en samen met de aantekeningen zullen de gegevens worden verwerkt in het eindproduct.

Voor dit onderzoek zal gebruik gemaakt worden van de inzichten van verschillende vastgoedprofessionals. In de eerste fase van het onderzoek zullen respondenten geïnterviewd worden van verschillende adviesbureaus en het College bouw zorginstellingen, kortweg het Bouwcollege genoemd, over de historische situatie rondom de bouw en exploitatie van zorgvastgoed, de veranderende wet- en regelgeving en de ontwikkelingen en veranderingen die dit teweeg brengt. De adviesbureaus zijn allen actief in het zorgvastgoed en hebben daardoor kennis en ervaring in deze branche. Voor de eerste fase van interviews zijn 7 respondenten geïnterviewd, zie Tabel 1.

Geïnterviewd	Functie	Organisatie
De heer B. Zwager	Senior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Draaijer & Partners
De heer Mathew	Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Draaijer & Partners
De heer Van Kessel	Adviseur Huisvesting & Vastgoed	ABZV
De heer Allemekinders	Senior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Twijnstra & Gudde
Mevrouw Olde Bijvank	Senior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Quintis Vastgoed
De heer Ensing	Junior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Plan en Project Partners
De heer Verhoef	Directeur	Agezo

Tabel 1: Respondenten interviewfase 1.

De heer Zwager is segmentmanager gezondheidszorg bij Draaijer & Partners en is kenner van deze markt. De heer Mathew is tevens werkzaam binnen het segment gezondheidszorg en heeft in het verleden enige jaren bij het Bouwcollege gewerkt. Hij is zodoende op de hoogte van de ontwikkelingen die er spelen op de markt.

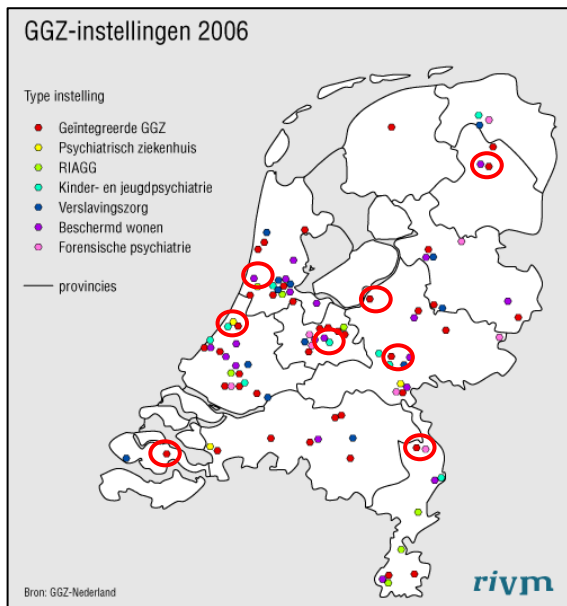
De heer Van Kessel is ongeveer twee jaar geleden afgestudeerd op het onderwerp zorgvastgoed en is werkzaam bij een adviesbureau voor zorgvastgoed. Ook voor de heer Ensing geldt dat hij is afgestudeerd op een zorg gerelateerd onderwerp. Hij was werkzaam bij het Bouwcollege en werkt nu voor een adviesbureau voor zorgvastgoed. De heer Ensing is mij persoonlijk bekend van de opleiding Vastgoedkunde. In het kader van mijn literatuuronderzoek heb ik kennisgenomen van een publicatie van de heer Ensing en zijn stagebegeleider, mevrouw Olde Wijvank, over zorgvastgoed. Zodoende heb ik mevrouw Olde Bijvank tevens geïnterviewd. Mevrouw Olde Bijvank is initiatiefneemster maatschappelijk vastgoed binnen Quintis vastgoed en heeft jarenlange werkervaring in de zorg. De heer Allemekinders is werkzaam bij Twijnstra & Gudde en houdt zich bezig met huisvestingsvragen in de gezondheidszorg. Tenslotte de heer Verhoef, hij heeft een adviesbureau dat adviseert op het gebied van o.a. huisvesting voor de GGZ. Middels de hierboven beschreven werkzaamheden wordt niet getracht om het geheel van de werkzaamheden van de respondenten uit een te zetten, maar om aan te tonen waarom deze personen relevant zijn voor het onderzoek.

Gedurende deze serie van interviews werd duidelijk dat het niet noodzakelijk was om meer interviews af te nemen omdat er geen nieuwe input meer ontstond. De informatie uit deze eerste interviewfase zal worden gebruikt als theoretische onderbouwing van het onderzoek samen met de literatuurstudie.

Vervolgens zal er een tweede serie van interviews gehouden worden onder een selectie van GGZ instellingen en het Bouwcollege. Het Bouwcollege houdt zich bezig met de huisvesting van de intramurale gezondheidszorg. Daarbij gaat het om ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Het is als zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) één van de uitvoeringsorganisaties van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De gehanteerde selectiecriteria voor een GGZ instelling zijn de grootte van de instelling, het beleid en de geografische spreiding. Op kaart 1 staat de spreiding aangegeven van de geselecteerde GGZ instellingen in Nederland.

Er is gekozen voor een landelijke spreiding. De reden van dit selectie criterium is het verschil tussen de GGZ instellingen. Verleende GGZ in een stad als Utrecht is anders dan bijvoorbeeld in de provincie Zeeland of Limburg. De respondenten zullen op strategisch niveau binnen de organisatie worden gezocht omdat het van belang is om beslissingnemers te spreken en van hen te horen hoe zij met de veranderende vastgoedbenadering in de zorg omgaan. Voorbeelden van respondenten op strategisch niveau zijn leden van de raad van bestuur, directeuren facilitair bedrijf en vastgoedontwikkelaars binnen GGZ instellingen.



Kaart 1: Regionale spreiding GGZ instellingen.

Instelling	Provincie	Plaats
Altrecht	Utrecht	Den Dolder
Rivierduinen	Zuid-Holland	Oegstgeest
Dijk & Duin	Noord-Holland	Castricum
GGZ Drenthe	Drenthe	Assen
Meerkanten	Gelderland	Ermelo
Gelderse Roos	Gelderland	Wolfheze
Noord Midden Limburg	Limburg	Venray
Emergis	Zeeland	Goes

Tabel 2: Geïnterviewde instellingen fase 2.

### Expertpanel

De uitkomsten van de verschillende onderzoeksvragen zijn aan een panel van experts voorgelegd. Dit expertpanel bestaat uit collega's van AAG die allen vele jaren van ervaring hebben op het gebied van vastgoed in de zorg. Tijdens een presentatie van een uur is de onderzoeksopbouw gepresenteerd en is aanwezige experts (circa 20-25 personen) gevraagd om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Deze antwoorden zijn vervolgens gematcht met de antwoorden uit het onderzoek. Hieruit bleek dat het beeld dat uit het onderzoek naar voren is gekomen onderschreven werd. Dit heeft er toe geleid dat er een verdere *fine tuning* van de onderzoeksresultaten kon plaatsvinden.

### 1.7 Relevantie

Middels dit onderzoek wordt getracht nieuwe kennis toe te voegen aan het wetenschapsveld. De omvorming van het systeem van centrale planvorming naar gereguleerde marktwerking is een eenmalig voorkomend proces dat op dit moment volop in beweging is. Er zijn een meervoud aan onderzoeken en publicaties over het onderwerp zorgvastgoed gepubliceerd. In de meeste van deze onderzoeken heeft het onderwerp betrekking op de vergrijzing van de samenleving en de huisvesting hiervan. Over hoe er binnen GGZ instellingen wordt omgegaan met de ontwikkeling van traditioneel vastgoedbeheer naar strategisch locatie-, - en vastgoedmanagement is slechts een geringe hoeveelheid gepubliceerd. Dit geldt tevens voor de waardering van locaties van GGZ instellingen. Onderzoek hierna, en uitspraken hierover kunnen een bijdrage leveren aan het vormen van een theorie rondom dit thema.

### 1.8 Draaijer + partners

Draaijer & Partners is adviseur, proces- en projectmanager op het gebied van huisvestingsvraagstukken en bouwprojecten. *"Draaijer & Partners heeft als missie het aanbieden van hoogwaardige integrale dienstverlening op het gebied van een evenwichtige woon-, werk-, en leefomgeving voor zowel de vragende als aanbiedende partij, waarbij betrokkenheid, professionaliteit en de prettige werksfeer worden gezien als de peilers onder de kwaliteit van onze dienstverlening."* (Bron: website Draaijer + Partners). Draaijer & Partners is actief in zes marktsegmenten: *leisure*, gezondheidszorg, kantoren, commercieel vastgoed, onderwijs en gebiedsontwikkeling.

## 1.9 Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk van dit onderzoek worden de aanleiding, de probleemstelling, de vraagstelling en de onderverdeling in deelvragen behandeld. Tevens zijn de methodieken van onderzoek besproken. In hoofdstuk twee worden verschillende maatschappelijke veranderingen besproken. Eveneens wordt in dit hoofdstuk de veranderende wet- en regelgeving toegelicht. In hoofdstuk drie wordt een korte introductie gegeven van de GGZ. Verder worden de locaties nader onder de loep genomen. Tevens wordt in dit hoofdstuk een verkenning gegeven van de gebouwen in de sector GGZ. In hoofdstuk vier wordt aan de hand van de zeven velden van De Jonge de toegevoegde waarde van vastgoed voor een onderneming uiteengezet. Eveneens wordt in dit hoofdstuk het belang van strategisch vastgoedbeleid nader uiteengezet. In hoofdstuk vijf worden de resultaten van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk zes worden de deelvragen die in het eerste hoofdstuk zijn opgesteld beantwoord. Tenslotte behandelt het zevende en laatste hoofdstuk de conclusie van het onderzoek.

## HOOFDSTUK 2. DE ZORGWERELD

*In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk wordt middels een korte beschrijving getracht om de maatschappelijke trends die de opbouw van de gezondheidszorg in Nederland beïnvloeden uiteen te zetten. Paragraaf 2.2 beschrijft de ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving die van invloed zijn op de zorgwereld in Nederland. De informatie over de verschillende wetten zijn voor een groot deel ontleend aan de website van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).*

*De informatie in dit hoofdstuk is afkomstig uit literatuuronderzoek, het boek “De Nederlandse Gezondheidszorg” van Boot en Knapen (Bron: Boot en Knapen 2005), uit onderzoek (Bron: Ensing 2006) en uit interviews.*

### 2.1 Care en cure in de zorg

Veelal wordt de zorg die verleend wordt op basis van de AWBZ aangeduid met *care*. *Care* duidt op de doelstelling van deze zorg: niet het genezen staat voorop, maar begeleiden, verplegen en verzorgen. De zorg die wordt verleend op basis van de ZFW wordt doorgaans gekenmerkt als *cure*: gericht op genezing en meestal kortdurend. Deze indeling heeft tot gevolg dat men in de loop der tijd is gaan spreken van *care* en *cure* en van *care*- en *cure*-sectoren.

### 2.2 De ontwikkeling van de rol van zorg in de samenleving

#### *Vermaatschappelijking van de zorg*

De vermaatschappelijking van de zorg houdt in dat de cliënt zo lang als mogelijk zelfstandig moet kunnen blijven deelnemen aan de maatschappij, ook al is er sprake van ernstige gebreken.

Voor de woonruimte van de cliënt houdt dit in dat deze woonruimte ook los van de intramurale instellingen beschikbaar moet zijn. De zorg zou eventueel thuis kunnen worden ontvangen en als dit niet mogelijk is op een locatie in de nabijheid van de cliënt.

#### *Extramuralisering*

In de afgelopen jaren is een trend ingezet naar extramuralisatie van de zorg, het scheiden van wonen en zorg. Binnen de GGZ richt deze omvorming zich op de afbouw van bedden in psychiatrische ziekenhuizen. Mensen met psychiatrische klachten moeten in staat worden gesteld zo zelfstandig mogelijk te wonen en te leven. Dit is alleen mogelijk als cliënten passende ondersteuning krijgen van de GGZ. (Bron: Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal).

#### *Ontwikkeling wetenschap*

Tot de jaren zestig werden de instellingsterreinen bevolkt door iedereen die niet zelfstandig kon functioneren; gehandicapten, schizofrene mensen, mensen met allerlei psychische klachten, er bestond geen onderscheid tussen de ziektebeelden.

Na de Tweede Wereldoorlog is aan de universiteiten de psychologie los gekoppeld van de studie der wijsbegeerte en een afzonderlijke studierichting geworden. (Bron: De geschiedenis van de psychologie, De Bruyn). Door het ontstaan van de psychologie als wetenschap werd er op de instellingsterreinen een onderscheid gemaakt tussen mensen die wel te genezen zijn en mensen die niet te genezen zijn. Tevens begon men na de Tweede Wereldoorlog met het behandelen van de cliënten met medicijnen. De ontwikkeling van de wetenschap heeft er aan bijgedragen dat de patiëntenzorg in Nederland is omgevormd van, veelal door christelijke naastenliefde en zorg voor verschopten ontstane psychiatrie, naar een door wetenschap en technologie voortgedreven bedrijfstak. (Strategisch management van transmurale ketenzorg, Bomhof en Peters).

### *Mondigere cliënt*

Door de toegenomen welvaart, het steeds mondiger en kritischer worden van cliënten en de steeds betere toegankelijkheid van informatie, onder andere door het internet, worden andere eisen gesteld aan de kwaliteit en organisatie van de gezondheidszorg. Cliënten stellen hogere eisen aan de huisvesting en inrichting van de gezondheidszorg.

### *Wachtlijsten*

Wachtlijsten ontstaan wanneer er sprake is van een kloof tussen vraag en aanbod. Het aantal cliënten dat op een behandeling wacht is de afgelopen jaren toegenomen. Kinderen en jeugdigen vormen een onevenredig groot deel van het aantal wachtenden. In 2004 steeg het aantal wachtenden bij de kinderen en jeugdigen fors en hun aantal is in 2005 nog verder toegenomen.

### *Koopkracht op zoek naar gezondheid*

Om de zorgsector staat een muur, het persoonsgebonden budget (PGB). Het PGB is een geldbedrag, vanuit de AWBZ of de WMO, dat iemand kan aanvragen om zelf zorg en begeleiding in te kopen. Er is schaarste binnen deze muur, daarbuiten overvloed. Schaarste is er aan zorg, maar er is een overvloed aan koopkracht. De welvaart klopt op de deur van de zorg. *Health follows wealth.* (Bron: Strategisch management van transmurale ketenzorg, Bomhof en Peters). Een sprekend voorbeeld hiervan kwam tijdens een interview naar voren. Op het gebied van verslavingszorg zijn er voorbeelden bekend van vermogende particulieren die naar buitenlandse klinieken vertrekken om zich daar voor hun verslavingsproblematiek te laten behandelen.

## **2.3 Ontwikkelingen in de wet- en regelgeving**

*De voor dit onderzoek relevante ontwikkelingen op het gebied van wet- en regelgeving worden hieronder kort toegelicht. De betreffende informatie is grotendeels afkomstig uit de "Factsheet, ontwikkelingen AWBZ 2007" zoals het ministerie van VWS deze heeft opgesteld.*

### **WMO**

De Wmo is op 1 januari 2007 (gefaseerd) ingevoerd. In de Wmo gaan de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen van de AWBZ op, met als gevolg dat er meer verantwoordelijkheid bij gemeenten komt te liggen.

### **AWBZ**

De AWBZ is een volksverzekering waarop iedereen die in Nederland woont of werkt recht heeft en die de ziektekosten dekt waar men zich niet individueel voor kan verzekeren. De AWBZ is als wet in 1967 in het leven geroepen. Om in aanmerking te komen voor voorzieningen uit de AWBZ is een indicatiebesluit nodig van een indicatieorgaan van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ bekijkt of de aanvrager in aanmerking komt voor professionele zorg. Wanneer de aanvrager daadwerkelijk in aanmerking komt voor zorg kan deze met het indicatiebesluit van het CIZ naar het zorgkantoor gaan. Vervolgens regelt het zorgkantoor dat de aanvrager de zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. (Bron: website ministerie VWS)

### *Veranderingen in de AWBZ per 1 januari 2007*

#### *Huishoudelijke verzorging vervalt*

Vanaf 1 januari 2007 vormt huishoudelijke verzorging niet langer een aparte functie in het kader van de AWBZ. De functie huishoudelijke verzorging wordt dan aangeboden via de gemeenten middels de WMO. Zorginstellingen die uitsluitend huishoudelijke verzorging leveren, vallen vanaf 1 januari 2007 buiten de AWBZ.

#### *Extramurale huishoudelijke verzorging naar WMO*

Huishoudelijke verzorging maakt per 1 januari 2007 geen onderdeel meer uit van de AWBZ. Voor de cliënt betekent het dat een aanvraag voor huishoudelijke zorg vanaf 1 januari 2007 moet worden ingediend bij de gemeente. Voor mensen die nu al gebruikmaken van huishoudelijke verzorging, geldt een overgangsregeling van maximaal een jaar, of tot het moment dat de indicatie afloopt.

#### *OGGz (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) activiteiten naar WMO*

Sinds 2001 zijn er 43 centrumgemeenten in Nederland die zowel voor de maatschappelijke opvang als de verslavingszorg financieel verantwoordelijk zijn voor hun regio. (Bron: [www.Rivm.nl](http://www.Rivm.nl)). Vanaf

1 januari 2007 krijgen deze gemeenten per jaar 60,6 miljoen euro uit de AWBZ voor OGGz-activiteiten. De gemeente krijgt zelf de financiële mogelijkheid om deze groep te bereiken. Van deze groep kan gezegd worden dat het zorgmijders zijn, die moeilijk te traceren zijn wegens het ontbreken van een vaste woon- of verblijfsplaats. De gemeenten kunnen deze gelden middels de WMO uitkeren.

#### *Collectieve GGZ-preventie naar WMO*

Met ingang van 1 januari 2007 gaat er vanuit de AWBZ 9,5 miljoen euro naar de WMO voor collectieve GGZ-preventie. GGZ-preventie richt zich op de gehele bevolking of een specifieke doelgroep. Het doel is begrip en herkenning van psychische klachten bevorderen, de bevolking bewust maken wat zij zelf aan deze klachten kan doen en verwijzen naar instanties die zonedig hulp kunnen bieden. (Bron: website ministerie VWS).

#### *Subsidie zorgvernieuwingsprojecten GGZ naar WMO*

De subsidie zorgvernieuwingsprojecten voor de GGZ gaat vanaf 1 januari 2007 van de AWBZ naar de WMO. Deze subsidie is bestemd voor projecten zoals zelfhulpgroepen, vriendendiensten en informatiewinkels waarbij voormalig GGZ cliënten onderdeel uitmaken van de organisatie.

#### *GGZ in Zorg voor Beter*

Vanaf 2007 kunnen GGZ instellingen deelnemen aan het kwaliteitsprogramma 'Zorg voor Beter'. Het doel is om de kwaliteit te verbeteren en zorg te leveren die leidt tot tevreden cliënten, door te leren en te profiteren van bestaande ervaringen en kennis binnen de gehele gezondheidszorg. Voorts komen er nieuwe thema's als; eenzaamheid, langdurige zorg in een gesloten setting, bemoeizorg en de combinatie van psychische en somatische problematiek, die specifiek gericht zijn op langdurige GGZ. (Bron: website ministerie VWS).

#### *Forensische psychiatrie naar Justitie*

Het Ministerie van Justitie gaat vanaf 1 januari 2007 psychiatrische zorg inkopen voor mensen die door de rechter zijn veroordeeld tot psychiatrische behandeling, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg. Voorheen werd deze zorg uit het budget van de AWBZ gefinancierd. De uitvoering van een vonnis met psychiatrische zorg valt echter onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie. Daarom is ervoor gekozen het budget en de verantwoordelijkheid voor het contracteren van psychiatrische zorg bij Justitie onder te brengen. Hiervoor moeten wet- en regelgeving worden aangepast en komt er een eigen inkooporganisatie. Tijdens het overgangsjaar 2007 blijft Justitie gebruik maken van de zorgkantoren die AWBZ-zorg inkopen, de verwachting is dat Justitie in 2008 start met een eigen inkooporganisatie.

## **2.4 WTZi, van aanbod- naar vraagsturing**

De discussie over geregleerde marktwerking in de gezondheidszorg is niet nieuw. De commissie Dekker sprak in haar rapport "*Bereidheid tot verandering*" uit 1987 al over versterking van de marktgerichtheid in het stelsel van gezondheidszorg. Dit om de sector "*te prikkelen tot flexibiliteit en doelmatigheid*". (Bron: website GGZ beleid). Het kabinet Balkenende 2, dat tekende voor de WTZi verwoordde de noodzaak voor invoering van marktwerking als volgt: "*De centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door geregleerde marktwerking*". (Bron: Meedoen, meer werk, minder regels. Hoofdlijnen akkoord voor het kabinet CDA, VVD, D66, 2003). "*Kwaliteit en kwantiteit van de zorg schieten aan de vooravond van de stelselwijziging tekort. Ondanks het gegeven van een explosieve kostenstijging, wordt meer marktwerking noodzakelijk geacht om te komen tot betere prestaties en een grotere productiviteit*". (Meedoen, meer werk, minder regels, 2003).

De WTZi is ingegaan op 1 januari 2006 en vervangt de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening (TVWMD) en de bepalingen over de toelating in de Ziekenfondswet (Zfw) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het doel van de WTZi is om (samen met andere wetgeving) de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing mogelijk te maken.

De verschillende zorginstellingen krijgen meer vrijheden en verantwoordelijkheden voor hun vastgoed door minder overheidsbemoeienis. Om zorg te mogen aanbieden die wordt vergoed door de Zorgverzekeringswet of de AWBZ, moeten de instellingen een toelating hebben, de zogenaamde toegelaten instellingen. Wanneer een toegelaten zorginstelling gaat verbouwen of nieuw bouwen



dienen ze een toelating met of zonder bouw en vervolgens een vergunning aan te vragen bij het College Bouw Zorginstellingen. Deze vergunning maakt deel uit van het zogenaamde bouwregime dat uit de WTZi voortvloeit. De toelating en het bouwregime worden onder de WTZi nader uitgewerkt in het uitvoeringsbesluit, de beleidsvisie en de beleidsregels. De WTZi legt de basis voor deregulering van het bouwregime. (Ensing, 2006). De zorginstellingen in de *cure* worden vanaf 1 januari 2008 zelf verantwoordelijk voor het volledige risico voor de investeringen in hun huisvesting en in de *care* per 1 januari 2009.

## 2.5 Kapitaalslastenbrief

Op 8 maart 2005 stuurde de toenmalige minister Hoogervorst van VWS de brief “*Transparante en Integrale tarieven*” naar de Tweede Kamer. (Bron: PropertyNL, 2006). In deze brief wordt in hoofdlijnen uiteengezet hoe de overheid het systeem van bekostiging van kapitaallasten wil wijzigen. De voormalige minister wil in plaats van een systeem van vergoedingen op basis van bouwplannen een systeem van integrale vergoedingen invoeren.

Momenteel is het zo geregeld dat elke instelling een vast budget krijgt voor de kapitaalslasten. Tijdens een interview verwoordde één van de respondenten het als volgt: “*elke 18<sup>e</sup> van de maand krijg ik een lumpsum geld waar ik de kapitaalslasten mee kan voldoen ongeacht het aantal cliënten dat ik heb*”. Deze *lumpsum*, het vaste budget, wordt vervangen door een systeem waarin de vergoedingen dienen te worden terugverdiend met de verkoop van zorgproducten. In de vergoeding van de zorgproducten zit een component waarmee de kapitaalslasten dienen te worden betaald.

Deze verandering maakt het voor de zorginstellingen noodzakelijk om rekening te houden met de verwachte vraag naar zorg en de aard van deze zorgvraag. De verantwoordelijkheden voor de bekostiging van rente en aflossing, de kapitaallasten, komen nu bij de instellingen zelf te liggen en dit geld ook voor de risico's.

## 2.6 Tweede kapitaallastenbrief

De huidige regering heeft kenbaar gemaakt de plannen die zijn ingezet voort te zetten. De huidige minister Klink heeft in de tweede kapitaallastenbrief van 9 juli 2007 het beleid verder uiteengezet. Deze tweede kapitaallastenbrief bouwt voort op het beleid wat reeds is ingezet. Werd er naar aanleiding van de eerste kapitaallastenbrief nog gesproken over een *big bang*, een invoering ineens, de tweede kapitaallastenbrief schept onder meer duidelijkheid over de snelheid waarmee het nieuwe stelsel wordt ingevoerd.

De financiële risico's op het vastgoed worden gefaseerd ingevoerd. Voor de *cure* worden de tarieven per 1 januari 2008 ingevoerd en voor de *care* op 1 januari 2009. Vanaf deze data komen de kosten steeds verder voor rekening van de instellingen. Vanaf 1 januari 2012 moeten de instellingen financieel zelf hun broek ophouden.

Eveneens wordt in de brief duidelijk dat instellingen eventuele overwaarde op vastgoed zelf mogen houden. Deze winst dient dan wel terug te vloeien naar de zorg.

## 2.7 Gereguleerde marktwerking

De invoering van gereguleerde marktwerking vloeit voort uit overheidsbeleid, omdat men gelooft dat het omvormen van het stelsel leidt tot meer productiviteit, betere kwaliteit en meer klantgerichtheid. Verder kan het invoeren van gereguleerde marktwerking voortvloeien uit financiële noodzaak (bezuinigen op publieke middelen) en door de vraag naar zorg (bijvoorbeeld door mensen met een hoger inkomen).

In de uiteindelijke situatie zal er geen sprake zijn van marktwerking zoals we dat bijvoorbeeld kennen bij de verschillende aanbieders van mobiele telefonie. Dit heeft te maken met de aard van het product. Je hebt te maken met het leveren van diensten en zorg en dit moet voor iedereen in Nederland toegankelijk zijn en blijven. De aantrekkelijkheid van het aanbieden van zorg zit deels ook in de tarieven verwerkt, dit draagt een risico in zich. De vormen van zorg waarvan de tarieven niet erg aantrekkelijk zijn zouden zodoende buiten het aanbod van zorgverleners kunnen vallen en zodoende zouden zorgbehoevenden tussen wal en schip terecht kunnen komen.

## 2.8 Financiering

De manier waarop VWS zorginstellingen in Nederland financiert is eveneens aan verandering onderhevig. Hieronder worden de voor GGZ instellingen de belangrijkste ontwikkelingen weergegeven. De dienstverlening van de instellingen wordt gefinancierd uit een drietal bronnen. De ZZP voor de *cure* sector, de DBC voor de *care* en de TBS en andere aan justitie gerelateerde opnamen worden door het Ministerie van financiën vergoed.

### 2.8.1 ZZP

In het oude systeem krijgen zorginstellingen een gemiddeld bedrag per bed. In het nieuwe systeem krijgen zorginstellingen een geldbedrag dat is afgestemd op de zorgbehoefte van een cliënt. De zorg is gekoppeld aan prestaties. De vergoeding vindt dus plaats op basis van geleverde prestatie per cliënt en niet op basis van beschikbare capaciteit zoals het tot dusver was geregeld.

Een zorgzwaartepakket (ZZP) is een volledig pakket van zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft. Een ZZP bestaat uit een beschrijving van het type cliënt (een cliëntprofiel), het aantal benodigde uren zorg en een beschrijving van die zorg. Aan ieder ZZP hangt een (maximale) prijs.

Om de positie van de cliënt te verbeteren, stelt de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) per 2007 de verplichting om een zorgplan op te stellen. Hierin leggen de zorgverlener en de cliënt vast hoe de concrete zorg en begeleiding in een zorginstelling eruit zal gaan zien.

### 2.8.2 DBC

De diagnosebehandelingcombinatie (DBC) de basis van het nieuwe betalingssysteem voor de gezondheidszorg in ziekenhuizen en voor de zorg in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Zowel zorgverleners in ziekenhuizen en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg als zorgverzekeraars krijgen de komende jaren meer ruimte om naar eigen inzicht de zorg te organiseren. De overheid creëert hiervoor de juiste randvoorwaarden. Om die reden zijn er diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). De zorgverzekeraars betalen per ziektegeval één prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan een patiënt: de DBC.

Een DBC is een administratieve code die de zorgvraag (diagnose) en totale behandeling van een patiënt weergeeft. Aan elke DBC hangt een eigen 'prijskaartje'.

De zorg die valt onder het geneeskundige (curatieve) deel van de ggz wordt vanaf 2008 betaald aan de hand van DBC's.

## 2.9 Cutler

De overgang naar meer marktwerking sluit aan bij een internationale trend. Cutler heeft een studie gedaan naar de zorgstelsels in zeven verschillende landen en onderscheidt drie fasen in de ontwikkeling van zorgstelsels. (Cutler, 2002; Schut, 2003)

In de eerste fase (Nederland tot eind jaren '60) is toegankelijkheid het centrale onderwerp. In deze fase richt de overheid zich er op dat de gezondheidszorg voor iedere burger toegankelijk is door het opbouwen van een stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen.

In de tweede fase (Nederland tot eind jaren '90) draait het om kostenbeheersing. Via regulering en rantsoenering, alle behandelingen worden verstrekt maar gelimiteerd aangeboden, probeert de overheid de alsmar oplopende zorguitgaven in de hand te houden.

De derde hervormingsgolf die Cutler onderscheidt is een reactie op de problemen uit de eerste twee fasen, zoals de toenemende wachtlijsten, kritischere cliënten en andere ontwikkelingen. In deze derde fase richt de overheid zich op de introductie van elementen van marktwerking om de doelmatigheid te vergroten. Op dit moment bevindt Nederland zich in deze derde fase. (Bron: Fritzsche et al, 2004).

## 2.10 Samenvatting

De Nederlandse gezondheidszorg is voortdurend aan verandering onderhevig. Het stelsel zoals we dat tegenwoordig kennen is dan ook niet als geheel zo ontworpen maar gaandeweg zo ontstaan. Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen en oplopende kosten is ervoor gekozen om een aantal veranderingen in het stelsel aan te brengen. Hiervoor zijn een aantal wetten en brieven opgesteld waarin wordt beschreven hoe het stelsel zal worden omgevormd naar een stelsel dat doelmatiger en minder kostbaar is. Verder is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) in werking treden, waarmee gemeenten verantwoordelijk worden voor maatschappelijke ondersteuning en welzijn. De wet die voor de instellingen de meeste veranderingen teweeg brengt is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Deze wet is de opvolger van Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) en brengt voor zorginstellingen veel veranderingen met zich mee.

In de oude situatie werd een aanvraag bij de uitvoerder van de WZV ingediend waarna de huisvestingskosten na goedkeuring vervolgens vergoed werden, onafhankelijk van de productie. Zorginstellingen zullen het volledige risico gaan dragen voor hun investeringen in vastgoed. Ook verandert de bekostigingsstructuur en wordt getracht marktwerking te bevorderen. Deels zijn de veranderingen ingeleid door de kapitaallastenbrief. Hierin staan deze veranderingen vermeld.

## HOOFDSTUK 3 DE SECTOR GGZ

*In het onderstaande hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het ontstaan en de ontwikkeling van de GGZ in Nederland. Daarna wordt er een beschrijving gegeven van de historie van de terreinen en de trends en ontwikkelingen die er momenteel spelen. Vervolgens een beschouwing over de gebouwen binnen de GGZ.*

### 3.1 Korte introductie GGZ en doel GGZ

In de ontstaansgeschiedenis van de GGZ staat de vorming van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) centraal. De geschiedenis vindt zijn oorsprong met de invoering van de Krankzinnigenwet in 1841. De zorg voor “geestesziekte” wordt vanaf dat moment gezondheidszorg. Veelal waren de opnames destijds justitieel van karakter. Men kon slechts worden opgenomen met een medische verklaring. Rond 1910 kregen de geneesheer-directeuren de leiding over de dagelijkse gang van zaken in de inrichtingen. In het begin hielden de geneesheer-directeuren zich vooral bezig met de humanisering van het inrichtingsregime. (Bron: De Nederlandse Gezondheidszorg, Boot & Knapen, 2001).

De verschillende GGZ-instellingen hebben als doel psychiatrische, psychische en psychosociale problemen aan te pakken. Dit gebeurt door de cliënten te behandelen zodat de klachten afnemen, verdwijnen of juist voorkomen worden. Voorbeelden van deze problemen zijn onder andere: overspannenheid, straatangst, depressiviteit, verslaving, agressiviteit of schizofrenie.

GGZ wordt verleend in verschillende soorten instellingen: algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ), Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, (RIAGG), klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP), instellingen voor beschermd wonen, klinieken voor verslavingszorg, consultatiebureaus voor alcohol en drugs, instellingen voor forensische psychiatrie (waaronder TBS(terbeschikkingstellen)-instellingen ) en instellingen die uit combinaties van hiervoor genoemde bestaan; de geïntegreerde instellingen. Voor een overzicht van de verschillende instellingen tabel 3. (Bron: GGZ-beleid).

Tabel 3: GGZ instellingen in Nederland

	2003	2004	2005
Geïntegreerde GGZ instellingen	39	41	39
APZ	5	3	4
Riagg	12	10	9
Ribw	23	21	21
KLP	10	10	10
Geïntegreerde verslavingszorg	9	8	9
Ambulante verslavingszorg	9	6	4
Forensische Psychiatrie	7	7	7
<b>totaal</b>	<b>114</b>	<b>106</b>	<b>103</b>

Tabel 3: GGZ instellingen in Nederland naar soort. (Bron: Sectorrapport GGZ, 2006)

### 3.2 De sector Zorg & Welzijn in Nederland

De totale sector Zorg & Welzijn in Nederland telde in 2005, 1.007.800 werknemers die 640.300 arbeidsplaatsen bezetten. De GGZ telde 69.000 werknemers en 52.400 arbeidsplaatsen. (Bron: Prismant, 2006). De totale zorguitgaven door zorgaanbieders in Nederland bedroegen over 2006 ruim 65,6 miljard euro. (zie bijlage 3 ). Zodoende neemt de sector een prominente plaats in de

Nederlandse samenleving in. Deze prominente plaats zal alleen maar groter worden is de verwachting. De vraag naar zorg in Nederland blijft stijgen en als gevolg hiervan stijgt ook de vraag naar personeel. Uit verschillende artikelen en berichtgeving in de media blijkt dat er binnen de zorg een tekort is aan personeel. De verwachting is dat dit tekort alleen maar zal toenemen. Een rapport van de *World Health Organisation* (WHO) schetst de volgende trend: in de top 10 van de meest voorkomende aandoeningen staan vier psychische aandoeningen, te weten alcoholverslaving, angststoornissen, dementie en depressie. Ook binnen de GGZ gaat men er dan ook van uit dat de vraag naar GGZ de komende tijd blijft groeien.

De toenemende zorgvraag wordt voor een deel veroorzaakt door maatschappelijke ontwikkelingen. GGZ Nederland noemt ondermeer de volgende oorzaken: er wordt meer van mensen verlangd, het tempo is hoger, er is sprake van een toenemende individualisering en er is minder zelfredzaamheid, terwijl dat laatste juist meer en meer van mensen wordt gevraagd. Tegelijkertijd is de invloed, en daarmee de steun van structuren als de kerk, buurt en familieverbanden afgenomen. (Bron: GGZ Nederland). Ook Adriaansens sluit hierbij aan met de stelling dat de toenemende behoefte aan GGZ voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door grootschaligheid en anonimiteit. (Adriaansens, 2004, Visiekrant "*De krachten gebundeld*", GGZ Nederland, 2004).

De verwachting van de beroepsgroep is dat op termijn één op de vier beroepsbeoefenaren in Nederland in de zorg werkzaam is. Aan deze vraag naar arbeidskrachten is moeilijk te voldoen en zodoende moet er gezocht worden naar andere mogelijkheden, onder andere op het gebied van innovatie en ICT. Uit interviews die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden werd duidelijk dat verschillende instellingen met deze ontwikkelingen rekening houden bij de inrichting van hun zorgaanbod en bij het ontwerp en de inrichting van hun gebouwen.

### **3.2.1 Maatschappelijke acceptatie van geestelijke gezondheidszorg**

Volgens cijfers van de WHO en de Wereldbank blijkt dat gemiddeld één op de vijf volwassenen in de wereld een psychische stoornis heeft. In geïndustrialiseerde landen ligt dit gemiddelde hoger, namelijk één op de vier. Het aantal ziektejaren als gevolg van depressie neemt wereldwijd toe, en is bijvoorbeeld twee keer zo hoog als bij verkeersongelukken en drie keer zo hoog als bij alcoholgebruik of oorlog en geweld. Om deze reden hebben grote Amerikaanse maatschappijen als Boeing, Chrysler en Pepsi-Cola omvangrijke preventieprogramma's ingevoerd om depressies te voorkomen. (Bron: Trimbos-instituut)

In Nederland weet men steeds beter de hulpverlening te vinden. Bovendien wordt het, meer dan vroeger, gewoon gevonden dat mensen hulp vragen bij psychische problemen. (Bron: Vollebergh et al, 2003). Tegenwoordig zijn de voorzieningen beter bereikbaar en zijn ook de behandelmogelijkheden verbeterd. Verder is de sector bezig met een imagoverbetering die moet leiden tot een lagere drempel voor het vragen van hulp bij psychische problemen. Door deze drempelverlaging moet de toestroom van cliënten naar de GGZ worden verhoogd. Deze doelstelling zorgt wel voor een gespannen verhouding met het streven van de overheid om de groei van de GGZ hulpverlening te beheersen. (Bron: GGZ Nederland "*Toenemende zorg*").

### **3.2.2 Veranderingen in de samenleving**

Algemene maatschappelijke ontwikkelingen hebben invloed op de vraag naar zorg in Nederland. Ten grondslag hieraan liggen de invloed van individualisering en mondialisering. Hoe meer men loskomt uit hechte sociale structuren, hoe meer het belang van professionele hulpverleners toeneemt. Ook Adriaansens sluit hierbij aan met de stelling dat de toenemende behoefte aan GGZ voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door grootschaligheid en anonimiteit. (Adriaansens, 2004).

### 3.2.3 Indeling van de GGZ

Grofweg zijn de verschillende vormen van GGZ opgedeeld in drie verschillende delen naar intensiteit van zorg. Er wordt gesproken over extramurale-, semi- of intramurale opvang.

Van extramurale zorgverlening is sprake wanneer de cliënten verblijven in hun eigen woon- en werkomgeving. Een voorbeeld van zorgverlening in deze sector is bijvoorbeeld de Riagg, de vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut en de psychiatrische polikliniek.

De semimurale zorgverlening wordt ook wel een tussenvorm genoemd. Deze vorm van zorg is bestemd voor die cliënten die onvoldoende baat hebben bij extramurale zorgverlening maar waar de noodzaak van een opname niet, of niet meer, noodzakelijk is. Voorbeelden van deze vorm van zorgverlening zijn beschermende woonvormen, psychiatrische deeltijdbehandeling en de psychiatrische woonvoorziening.

Over intramurale zorgverlening wordt gesproken wanneer de cliënt een 24-uursopname gecombineerd met een vorm van behandeling of verpleging ontvangt. Veelal betreft hier een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ), een kliniek van een Categorieel Psychiatrisch Ziekenhuis (CPZ) en Psychiatrische Afdeling Algemeen en Academisch Ziekenhuis (PAAZ en PAAC).

### 3.3. Historie van de locaties

Veel van de (oudere) instellingsterreinen zoals wij die tegenwoordig kennen zijn historisch/ geografisch zo ontstaan. Veelal waren de terreinen gelegen aan de rand van een stad of dorp, in een bosrijke omgeving of in de nabijheid van de duinen. De achterliggende gedachte om voor deze, destijds excentrisch gelegen, locaties te kiezen, lag in het feit dat men psychiatrische patiënten uit het zicht van de maatschappij wilde houden. De aanwezigheid van licht, ruimte, lucht en natuur moest een helend effect hebben op de cliënten.

De relatieve ligging en waardering zijn in de loop van de jaren veranderd. Veelal zijn de dorpskernen of steden door middel van stedelijke uitbreiding naar de instellingsterreinen toegegroeid en zijn in sommige gevallen de terreinen ingekapseld geraakt in het stedelijk gebied.

Tot circa halverwege de twintigste eeuw was er een scheiding op de locaties tussen mannen en vrouwen. Aan de ene kant van het terrein verbleven de mannen en aan de andere kant de vrouwen. De beide groepen hadden ook hun eigen voorzieningen. Het terrein zou je in tweeën kunnen delen door middel van een scheidslijn, ook wel de geslachtslijn genoemd. De beide zijden van het terrein zijn veelal te spiegelen middels deze geslachtslijn, de indeling qua bebouwing was vaak symmetrisch.

De meeste instellingen waren in het verleden praktisch zelfvoorzienend. Ze hadden veelal de beschikking over faciliteiten waardoor ze onafhankelijk konden functioneren. Hierbij valt te denken aan een boerderij, landerijen, een kerk, een watertoren, een ketelhuis, ziekenhuis en een bakker. De cliënten werden, indien ze daartoe in staat waren, ingezet om de dagelijkse werkzaamheden uit te voeren.

Bevonden zich in eerste instantie alle mensen met een vorm van afwijking op deze locaties, ongeacht hun ziektebeeld en eventueel uitzicht op herstel. Na het ontstaan van de psychologie als wetenschap in de jaren '60 kwam hier verandering in en werd er op de locaties al snel een scheiding gemaakt tussen hen die wel kans hadden op herstel en de rest. Als gevolg hiervan begon de afbouw van de locaties te ontstaan. Mensen met een verstandelijke beperking trokken weg uit de paviljoens op de instellingsterreinen en verhuisden naar kleinschalige woonwijken in de stad of dorp. De cliënten die GGZ verleend krijgen bleven achter op de terreinen.

### 3.4 Actuele trends op de locaties

De herindeling van de terreinen is nog steeds gaande. Tot een aantal jaren geleden was er vanuit de overheid een bepaalde druk op de instellingen om het zorgaanbod te deconcentreren en daarmee ook de huisvesting. Vooral de instellingen waar zich veel bedden bevonden dienden te worden afgebouwd. De beddenfuncties moesten verder verspreid worden over de regio. Een gevolg hiervan was dat er op de locaties ruimte vrij kwam en panden leeg kwamen te staan. Een ander gevolg was dat de schaalvoordelen die het concentreren van deze beddenfuncties opbracht wegvielen.

Na herstructurering, als gevolg van onder andere de in paragrafen 2.2-2.5 genoemde factoren, vond er een afbouw plaats op de locaties. Uit interviews kwam een beeld naar voren dat er idealiter circa tussen 200 en 300 klinisch plaatsen dienden achter te blijven op de locaties. Een grotere groep wordt niet wenselijk geacht in verband met een te grote druk op de locatie, de instellingen dienen getto vorming te voorkomen. Bij een grootte van ongeveer 250 klinische plaatsen wordt er tevens voordeel gehaald uit het genereren van schaalvoordelen.

De huidige trend op de verschillende locaties is dat men op de terreinen vooral de specialistische klinische functies wil concentreren. De extramurale en semimurale functies worden zoveel mogelijk buiten het instellingsterrein aangeboden in het centrum van een stad of dorp. Het voornaamste locatiekenmerk waaraan deze functie dient te voldoen is een goede bereikbaarheid met zowel de auto als het openbaar vervoer.

Sinds een aantal jaren is er een kentering te zien wat betreft het gebruik en de inrichting van de locaties. De trends waren vooral integratie en “extramuralisering”. Echter de instellingen hebben hun terreinen herontdekt als vestigingsplaats voor de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de verschillende instellingen is het een belangrijk streven om de terreinen op een zo natuurlijk mogelijke manier te laten overgaan naar de omgeving. Om een bepaalde mate van levendigheid te creëren op de locaties worden wegen en voet- en fietspaden doorgetrokken over de locaties. Een ander streven is om de landschappelijke en cultuurhistorische waarde van de terreinen in stand te houden of in ere te herstellen.

Een andere ontwikkeling die gaande is op de instellingsterreinen is het aanbod van TBS. Na een Europese aanbesteding heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie vier voorstellen ingewilligd. De voorstellen omvatten uitbreiding van de TBS capaciteit in de komende jaren. Tijdens een interview kwam naar voren dat de gunningcriteria onder andere zijn: huisvesting, veiligheid, behandelvisie, flexibiliteit, personeel en prijs.

### 3.5 Gebouwen in de GGZ in vogelvlucht

Het gebouwenbestand van de verschillende instellingen in Nederland is zeer divers. Het varieert van gebouwen die zijn gebouwd aan het begin van de vorige eeuw tot gebouwen die recentelijk zijn opgeleverd en in gebruik zijn genomen. Veel van de instellingen zijn aan het einde van de negentiende en begin van de twintigste eeuw ontstaan. Voor verschillende van de gebouwen geldt dat zij ook hun oorsprong rond die tijd hebben. (Zie tabel 4) Op de oudere instellingsterreinen gaat het regelmatig om gebouwen die onder monumentenzorg vallen.

Vervolgens zijn in de jaren zestig en zeventig diverse bouwinitiatieven op de verschillende locaties geweest om een vernieuwingsslag op de locaties te realiseren. Deze gebouwen zijn te herkennen als de zogenaamde paviljoens op de terreinen. Veelal hebben de gebouwen dragende gevels en binnenwanden. Een gevolg hiervan is dat de interne structuur zodoende ook voor een groot deel vastligt en nauwelijks een andere indeling mogelijk maakt.

Aan het einde van de jaren zeventig en aan het begin van de jaren tachtig werd de slechte huisvesting vervangen. Een belangrijk kenmerk van gebouwen uit deze tijd is dat het sobere maar doelmatige huisvesting betreft, anders gezegd het mocht niet te veel kosten.

Tabel 4: bouwjaar gebouwen en aantallen per bouwjaar

	Aantal	Percentage
Voor 1974	314	31%
1974 - 1983	190	19%
1984 - 1993	203	20%
Vanaf 1994	224	22%
Onbekend	67	7%
<b>Totaal</b>	<b>998</b>	<b>100%</b>

Bron: Strategische positie vastgoed, College bouw

### 3.5.1 Kenmerken

Zoals hierboven al is aangegeven is het vastgoed binnen de GGZ zeer divers. Dit wordt deels veroorzaakt door de "leeftijd" van het gebouw en door de vorm van zorg die er wordt aangeboden, ofwel de uiteenlopende zorgbehoeften van de cliënten. Wat betreft de ruimtebehoefte, het afwerkingniveau en vormgeving zijn er verschillen.

Grofweg kan een indeling gemaakt worden in drie categorieën: licht, zwaar en beveiligd (zie tabel 5 ). Binnen één gebouw kan meer dan één categorie van zorg worden aangeboden.

Tabel 5 Categorieën en kenmerken

Categorie	Kenmerk bouw	Specificiteit bouw	% patiënten in categorie
Licht	Aspecifieke woningbouw	Kenmerken woningbouw	Ca. 55%
Zwaar	Karakter van verblijf en behandeling	Wonen afgestemd op specifieke doelgroep	Ca. 45%
Beveiligd	Geen relatie met woningbouw	Zeër specifiek	< 1%

Bron: Strategische positie vastgoed, College bouw

### 3.5.2 Eigendom

De eigendomssituatie van de intramurale voorzieningen verschilt sterk. De trend is dat het eigendom van de gebouwen en grond vaker in handen is van externe partijen. Dit is vooral zichtbaar in de categorie licht. Naarmate de bouw specifiek is, is de voorziening vaker eigendom van de instelling. De eigendomsituatie van de verschillende categorieën is te zien in tabel 6.

Tabel 6 Eigendomssituatie

Categorie	Eigendomssituatie (% in eigendom)
Licht	Ca. 50%
Zwaar	Ca. 90%
Beveiligd	Ca. 100%

Bron: Strategische positie vastgoed, College Bouw

### 3.5.3 Om hoeveel vastgoed gaat het?

Momenteel zijn er een aantal partijen in Nederland bezig om het vastgoed in de zorg sector in kaart te brengen. Niemand weet precies om hoeveel m2 het exact gaat, er zijn geen statistieken van bijgehouden. Het bouwcollege doet een schatting en heeft het over 1,5 tot 2 miljoen m2. En aardig brede range die niet echt helder maakt om hoeveel m2 het nu echt gaat. De bedragen die met dit vastgoed zijn gemoeid zijn zodoende niet bekend, aan de statistieken wordt gewerkt.

### 3.6 Samenvatting

Bij de GGZ in Nederland worden ongeveer 772.000 cliënten behandeld. De GGZ is een groeimarkt dat wil zeggen de vraag naar GGZ groeit nog steeds. Momenteel zijn er omstreeks 103 GGZ instellingen in Nederland. De GGZ kan grofweg opgedeeld worden in drie verschillende delen naar intensiteit van zorg. Er wordt gesproken over extramurale-, semi- of intramurale opvang (paragraaf 3.2.3).

Wat betreft de locaties van GGZ instellingen is er in de loop der jaren ook veel veranderd. De ligging en waardering is veranderd. Dit geldt ook voor de gebouwen. De portefeuille van gebouwen van GGZ instellingen is zeer divers te noemen. Van oude monumentale panden tot paviljoens uit de jaren zestig en zeventig en de moderne nieuwbouw van tegenwoordig. Ook met betrekking tot eigendomssituatie zijn er verschillen te ontdekken. De specifieke gebouwen zijn veelal in eigendom, de rest wordt (steeds meer) gehuurd.



## HOOFDSTUK 4: STRATEGISCH OMGAAN MET VASTGOED

*In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de zeven velden van De Jonge de toegevoegde waarde van vastgoed uiteen gezet. De verschillende velden zijn van toepassing op de manier waarop er binnen de instellingen met het vastgoed zal worden omgegaan. De zeven velden zullen aan de hand van een voorbeeld nader worden toegelicht.*

### 4. Inleiding

Zoals in voorgaande hoofdstukken al aan de orde kwam staat de zorgsector op het gebied van vastgoed voor een grote uitdaging. Voor de meeste sectoren van de samenleving maakte vastgoed altijd al deel uit van de productprijs, denk hierbij aan de bakker of aan de slager. Veelal wonen ze zelf bij de zaak en worden de kosten die hun vastgoed met zich meebrengt verwerkt in de prijs van het brood of het vlees. Voor de zorginstellingen gaat dit nu ook gelden. De sector volgt hiermee een trend die een aantal jaren geleden al zichtbaar werd in andere sectoren zoals het onderwijs, de NS, Schiphol en bij de corporaties. Ze worden verantwoordelijk voor de kosten van hun vastgoed en kunnen dit terugverdienen door “de producten die ze verkopen”. Dit houdt in dat er op een professionele en marktgerichte wijze naar vastgoed moet worden gekeken.

Was er voorheen in de zorg met betrekking tot het vastgoed sprake van “het onderste uit de kan halen” met betrekking tot het bouwen, de eigen verantwoordelijkheid van de zorginstellingen voor hun vastgoed gaat betekenen dat ze alle m<sup>2</sup> zelf moeten gaan financieren. Dit houdt in dat er binnen de instellingen een actief beleid op het gebied van vastgoed dient te worden gevoerd. Om hier op een verantwoorde manier mee om te gaan dient men de traditionele manier van huisvesten om te vormen naar een strategische manier van vastgoedbeheer.

Tijdens een interview reageerde een respondent op de vraag van de interviewer wat strategisch vastgoedbeheer is met het antwoord; slim met je vastgoed omgaan. Het klinkt wellicht wat flauw, maar er ligt wel een kern van waarheid in. Voorheen kon je, nadat het Bouwcollege de plannen had goedgekeurd het gebouw bouwen en de kosten van beheer en exploitatie waren voor rekening van de overheid. Je hoefde er dus verder niet echt over na te denken. In onderstaand figuur staan een aantal belangrijke traditionele manieren van huisvestingsbeheer uit de “oude” situatie weergegeven die omgevormd dienen te worden naar een strategische visie.

Tabel 7: Overgang van traditionele huisvesting naar strategisch vastgoedbeheer.

Traditioneel huisvestingsbeheer	Strategisch vastgoedbeheer
- Afschrijvingsdenken	- Rendements- en waardedenken
- Specifiek vastgoed	- Zoveel mogelijk flexibel en courant vastgoed
- Vermogen vastgelegd in vastgoed	- Vermogen meer ingezet in primair proces
- Focus op gebouw en inrichting	- Aandacht voor locatie, architectuur, omgeving en portefeuille opbouw
- Maximale oppervlakte	- Minder, maar beter vierkante meters
- Normatieve argumentatie en kostenplafond per m <sup>2</sup>	- Optimale investering door bedrijfseconomische Argumentatie
- Gebouw als omhulling van primair proces	- Gebouw en ligging als marketinginstrument
- Eigendom als vanzelfsprekendheid	- Bewuste afweging tussen huur en koop

(Bron: PropertyNL, 2004)

#### 4.1 Strategisch vastgoedbeleid

Instellingen moeten een strategisch vastgoedbeleid gaan formuleren. In verschillende publicaties wordt hier over gesproken. Maar wat is nou precies strategisch vastgoedbeleid?

Strategisch vastgoedbeleid kan als volgt omschreven worden: “*activiteiten, gebaseerd op een visie, waarbij het vastgoed optimaal moet bijdragen aan het op korte en lange termijn functioneren van de instelling in overeenstemming met de bedrijfsdoelstellingen*” (Bron: Cbz, 2005).

Hieronder volgt een voorbeeld om één en ander te verhelderen.

##### **Wat is dan strategisch?**

*De stad Los Angeles had vroeger een light rail transport systeem (openbaar vervoerssysteem). Toen dat failliet ging heeft de auto-industrie de grond gekocht, met als gevolg dat er nooit meer een groot light rail system in Los Angeles kan terugkomen. Dat is goed voor de autoverkopen, maar niet voor de burgers van de stad Los Angeles, die dagelijks langdurig in de file moeten staan. Dit is dus een voorbeeld van strategisch grondbezit wat beter in de handen van de stad had kunnen blijven.*

*Een ander goed voorbeeld van strategische vastgoedposities vind je op vliegvelden. Grond en gebouwen in de nabijheid van de terminal wordt in erfpacht uitgegeven en vrijwel nooit verkocht. Dat gebeurt ook op Schiphol, waar beleggers omvangrijke vastgoedposities hebben. Maar omdat de grond in erfpacht is gegeven en Schiphol en dus Amsterdam een meerderheidsbelang hebben, zit daar een stevig slot op de deur.”*  
(Bron: Eichholtz, 2007).

#### 4.2 Toegevoegde waarden van vastgoed theorie

Binnen de instellingen zal vastgoed als productiefactor kunnen gaan dienen. De Jonge noemt zeven velden waarop met vastgoed waarde toegevoegd kan worden. (Bron: De Jonge, 2002). Hieronder zullen deze zeven velden worden beschreven. Vervolgens zal in paragraaf 4.3 de toepasbaarheid van deze velden op het vastgoed van GGZ instellingen beschreven worden middels voorbeelden die tijdens de verschillende interviews naar voren zijn gekomen.

- **Kostenreductie**  
Kostenbesparing door middel van het efficiënter gebruiken van ruimten en een efficiëntere werkplekbezetting.
- **Waardeverhoging van vastgoed**  
Vanuit het verleden hebben veel bedrijven vastgoed gezien als noodzakelijk kwaad. Zodoende is er niet echt gekeken naar de mogelijkheden om met vastgoed waarde toe te voegen. Door middel van het tijdig aankopen en afstoten van panden en door herontwikkeling van panden en locaties kan waarde worden toegevoegd.
- **Risicobeheersing**  
Een goede inschatting maken van de meest optimale vastgoedportefeuille. Dit betekent dat er een goede balans moet zijn tussen eigendom en huur en tussen specifieke panden en niet specifieke panden.
- **Cultuurverandering**  
De heersende cultuur binnen organisaties kan worden veranderd door alternatieve werkplekconcepten.

- **Productiviteitsverhoging**  
Door rekening te houden met de wensen van de werknemer op het gebied van kwaliteit en mensen de mogelijkheid te bieden om te werken waar men wil door het aanbieden van flexibele werkplekken en thuiswerken. Tevreden werknemers leidt tot een hogere productiviteit en het vasthouden van personeel.
- **Flexibiliteitverhoging**  
De toekomstige huisvestingsvraag voor een bedrijf is moeilijk te voorspellen. Daarom kan het raadzaam zijn om extra m2 beschikbaar te hebben om extra vraag op te vangen.
- **Marketing**  
Het uitdragen van het imago door middel van het gebouw

#### 4.3 Toegevoegde waarden van vastgoed in de praktijk bij GGZ

Hieronder wordt de toepasbaarheid van de zeven velden die De Jonge benoemd voor ggz instellingen besproken.

##### ***Kostenreductie***

De instellingen worden zich bewust dat overtollige m2 straks voor hun eigen risico gaan komen. Daarom zullen ze bij nieuwbouw proberen om zo efficiënt mogelijk hun gebouw in te richten. Gebouwen die leeg staan zullen, indien mogelijk, worden overgedragen aan de markt. Dit zou kunnen door verkoop of verhuur.

De kostprijs in de zorg bestaat voor circa 80% uit personeelskosten en voor circa 10-15% uit kosten voor vastgoed. Door bij het ontwerp van gebouwen rekening te houden met korte looplijnen en overzichtelijke ruimtes kan hierop een besparing worden gerealiseerd.

##### ***Waardeverhoging van het vastgoed***

Met het verhuren en afstoten van vastgoed (grond en gebouwen) kan geld verdiend worden. Het ruimteoverschot kan worden herontwikkeld, verkocht, verhuurd of uitgeven in erfpacht constructies.

##### ***Risicobeheersing***

Risico's kunnen worden beheerst door inflexibiliteit in de vastgoedvoorraad te voorkomen.

##### ***Cultuurverandering***

De cultuur van een bedrijf veranderen roept meestal veel weerstand op. Mensen houden over het algemeen niet van verandering. Binnen de GGZ instellingen zijn de werkplekken van het personeel veelal ingedeeld in cellenkantoren. Vaak wordt nieuw personeel aangetrokken met beloften over het krijgen van de grootste kamer of een kamer met een raam. Echter veelal worden deze kamers lang niet optimaal benut. Dit kan doordat mensen parttime werken of afspraken buiten de deur hebben. Dit heeft als gevolg dat de ruimten vaak lang niet gebruikt worden en dus leeg staan. Al deze m2 moeten echter wel betaald worden. Getracht wordt dan ook binnen verschillende instellingen om flexibele werkplekken te creëren in ieder geval om de bezettingsgraad van onder andere de kantoorruimten te vergroten.

##### ***Productiviteitsverhoging***

Bij de inrichting van de gebouwen wordt tegenwoordig meer en meer rekening gehouden met de wensen van het personeel. Binnen één van de geïnterviewde instellingen werden alle gebouwen ingericht volgens het principe *Feng Shui*. Kort gezegd houdt deze Chinese filosofie in dat de omgeving het geluk kan beïnvloeden.

De cliënten die intramuraal worden opgevangen binnen deze instelling hebben hier ook baat bij. Een voorbeeld die de betreffende respondent van de instelling aanhaalde ging over een agressie probleem op de afdeling KJP. Er waren al jaren problemen met agressie en allerlei daaraan gerelateerde problemen. Nadat ze de kleurstelling intern hadden aangepast namen de meldingen van agressie drastisch af.

### **Flexibiliteitverhoging**

De laatste jaren is duidelijk geworden dat de behoefte aan huisvesting zeer onvoorspelbaar is, waardoor organisaties veel baat hebben bij een hoge graad van flexibiliteit (de Jonge, 2002). Flexibiliteit staat voor de mogelijkheid om ruimtevraag (de behoefte aan ruimte) of ruimteaanbod (de beschikbare ruimte) snel te kunnen aanpassen aan veranderingen, zodat het vereiste evenwicht tussen vraag en aanbod herstelt. Uitgangspunt van flexibiliteit vormt het open houden van mogelijkheden. (Wybrandi, 2006)

### **Marketing**

Marketing als tool om je als bedrijf te onderscheiden wordt sinds jaar en dag toegepast. Een voorbeeld hiervan in Nederland is bijvoorbeeld het hoofdkantoor van ING in Amsterdam, of het flagship store van Nike in Berlijn. Hierbij zijn de kosten van huisvesting van ondergeschikt belang en gaat het er om de huisvesting in te zetten als marketingtool.

Dit gaat voor de GGZ instellingen ook een belangrijke rol spelen. Voornamelijk in de ambulante en poliklinische sectoren gaat dit spelen. Voor deze twee functies gaat gelden dat er concurrentie op gaat treden. Om de gunst van de consument, cliënt te winnen zullen de instellingen zich onder meer proberen te onderscheiden van de concurrent door middel van marketing met het vastgoed. Ook voor het aantrekken van personeel is dit een belangrijk item. Het aanbod van goed en gekwalificeerd personeel is schaars.

Uit een aantal van de interviews is naar voren gekomen dat architectuur en het bezitten van hoogwaardig vastgoed een belangrijk punt is in de strijd om de cliënt. Binnen verschillende instellingen worden gerenommeerde landschapsarchitecten ingeschakeld om een ontwerp te maken voor de inrichting van het instellingsterrein. Ook voor het ontwerpen van nieuwe gebouwen wordt veelvuldig gebruik gemaakt van architecten. Zo is bij één van de respondenten een samenwerking met alberts en van huut architecten. De motivatie om voor hen te kiezen werd aan de hand van een voorbeeld uitgelegd. *“In Groningen staat het gebouw van de Gasunie, niemand in Nederland haalt het in zijn hoofd om voor dit pand een sloopvergunning aan te vragen terwijl er weinigen zijn onder ons die er moeite mee zouden hebben als de torens van de IB-Groep in Groningen zouden worden gesloopt”*. De reden om voor deze architect te kiezen is dus de hoogwaardige architectuur en de duurzaamheid van deze gebouwen.

### **4.4 Samenvatting**

Voor bestuurders van zorginstellingen gaat door de veranderende regelgeving op het gebied van vastgoed veel veranderen. Was het voorheen zo dat de kapitaalslasten werden vergoed en de instelling geen enkel risico liep, in de nieuwe situatie worden de instellingen zelf verantwoordelijk voor het geïnvesteerde vermogen in hun vastgoed. Er zal meer strategisch gekeken moeten worden naar beslissingen op het gebied van vastgoed en wat je met je vastgoed wilt bereiken. De zeven velden die De Jonge benoemt vormen een goede basis over hoe je het vastgoed kunt inzetten om er geld voor de organisatie mee te verdienen. Binnen steeds meer instellingen wordt men zich hiervan bewust.

## HOOFDSTUK 5 LOCATIEKENMERKEN GGZ

*In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de belangrijkste locatiekenmerken uitgewerkt zoals deze uit de interviews naar voren zijn gekomen. Vervolgens worden de verschillende locatiekenmerken in paragraaf 5.5 aan de hand van een praktijkvoorbeeld inzichtelijk gemaakt. De situering van de bouwinitiatieven op de locatie zullen worden verklaard.*

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews bij de verschillende GGZ instellingen behandeld. Bij de meeste GGZ instellingen was het heel goed mogelijk om een afspraak te maken voor het afnemen van interviews. Bij een aantal instellingen bleek het niet mogelijk om een afspraak te maken.

Voorafgaand aan de interviews is een vragenlijst opgesteld (zie bijlage 2). De vragenlijst is gebruikt ter ondersteuning bij de interviews. Ook zijn alle interviews opgenomen voor een optimaal resultaat. De interviewmethodiek staat uitvoerig beschreven in paragraaf 1.6 onder het kopje diepte-interview. De resultaten worden in onderstaande paragrafen weergegeven.

### 5.1 Beschrijving van locatiekenmerken

De geïnterviewde personen zijn allemaal actief op het gebied van vastgoed binnen de GGZ instellingen.

Het belang van het onderscheiden van locatiekenmerken is dat onder meer op basis van deze kenmerken een strategie kan worden opgesteld. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij de bepaling van een strategie de zorgfuncties leidend zijn. De zorg staat centraal en dat moet ook blijven staan. Vervolgens dient er te worden gekeken hoe men deze zorg wil gaan aanbieden, op welke locatie en wat voor gebouwen hiervoor nodig zijn.

De verschillende ontwikkelingen in de GGZ zijn, zoals uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken, van invloed op de locaties van de instellingen. Uit de verschillende interviews die gehouden zijn bij de GGZ instellingen kwam naar voren dat er op de locaties een scheiding gemaakt wordt tussen de extra- en de intramurale GGZ. Deze scheiding wordt in grote lijnen op de verschillende locaties toegepast. Voor de locaties waar extra- of intramurale GGZ wordt aangeboden heeft dit consequenties. Zowel de extra- als de intramurale GGZ heeft eigen locatie kenmerken. De moeilijkheid om generalistische uitspraken te doen over locatiekenmerken binnen de GGZ wordt veroorzaakt door het feit dat er binnen de GGZ een veelvoud aan locaties en gebouwen bestaat. Zodoende is het niet mogelijk om voor alle GGZ instellingen in Nederland een algemeen strategisch vastgoedbeleid op te stellen.

De keuze voor een locatie is een suboptimale. Verschillende factoren kunnen de locatiekeuze beïnvloeden. Zo worden binnen verschillende GGZ instellingen bouwinitiatieven ontplooid op locaties die niet de eerste voorkeur hebben. Dit wordt onder meer veroorzaakt doordat de GGZ instellingen de beoogde grondposities niet bezaten en zodoende moesten ze tevreden zijn met een locatie die in hun optiek niet de meest optimale of meest geschikte is.

## 5.2 Extramuraal

Bereikbaarheid is het meest genoemde criterium voor de extramurale GGZ. Als gevolg van de vermaatschappelijking van de zorg geldt als een prestatie eis voor AWBZ instellingen het uitgangspunt dat instellingen het voor hun cliënten mogelijk maken dat ze kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Zodoende dienen instellingen rekening te houden met hun locatiekeuze en dat dit gebeurt op goed bereikbare locaties. Dit betekent in het verzorgingsgebied en op plekken die met het Openbaar Vervoer (evt. Taxi) en met de auto goed te bereiken zijn.

Tevens gaat voor de verschillende extramurale functies gelden dat er door de invoering van (gereguleerde) marktwerking concurrentie op gaat treden. Dit heeft eveneens invloed op de locatiekeuze. Om productie te kunnen draaien moet je klanten trekken. Zodoende is het van belang dat de huisvesting op een bereikbare locatie is gesitueerd.

Ook ten opzichte van concurrenten. Een slechte bereikbaarheid levert een groot concurrentie nadeel op, helemaal wanneer je moet concurreren in een regio waar je concurrent op goed bereikbare locaties dezelfde zorg aanbiedt. Hetzelfde is van toepassing op de zorgverzekeraar. Wanneer je op een plek zit waar de bereikbaarheid niet goed is zal dit ook gevolgen hebben voor het contact met de verzekeraar. De zorgverzekeraar zal liever zaken doen met een instelling die op goed bereikbare plaatsen is gehuisvest.

Voor extramurale functies geldt: nabij het centrum van een stad (dorp) in het verzorgingsgebied, op een goed bereikbare plek zowel met openbaar vervoer als met de auto en voldoende parkeerruimte. Het belang van voldoende parkeerruimte spreekt in principe voor zichzelf. Een klant wil niet eerst 15 minuten rondrijden alvorens een plek te hebben gevonden waar geparkeerd kan worden.

Courantheid: De locatie moet het mogelijk maken om het gebouw af te stoten naar de markt in het geval van fluctuaties in de zorgvraag. Valt de zorgvraag tegen dan moet de locatie het mogelijk maken om het pand te verkopen of eventueel te verhuren aan een marktpartij.

Afstootbaarheid naar de markt wordt o.a. bepaald door de mate waarin het gebouw voor andere doeleinden aan te wenden is, de flexibiliteit. Flexibiliteit vraagt onder andere om:

- uitbreidingsopties, verticaal en horizontaal evt. fundering hier op aanpassen
- huren en kopen in goed evenwicht
- delen van faciliteiten
- courante locatie
- duurzaam
- passend imago bij functie
- bereikbaar
- lage onderhoudskosten
- energiezuinig
- grote overspanningen, flexibele wanden en ruimten, spreekkamer kan ook als beddenkamer dienen

Uitbreidbaarheid: De uitbreidbaarheid op de locatie is eveneens belangrijk. Wanneer de zorgvraag blijft groeien, dient er ruimte beschikbaar te zijn om dit op te vangen.

*Iemand uit het werkveld van de TBS vertelde het volgende:*

*Een TBS-instelling in Nederland heeft in het verleden alle grond in de nabijheid van de instelling verkocht, omdat het destijds overbodige grond was. Momenteel kampt deze instelling met capaciteitsproblemen, omdat er geen ruimte op de locatie is om bij te bouwen.*

Horizontaal: bij eventuele uitbreiding op de locatie moet het bestemmingsplan hier de mogelijkheid toe bieden. In samenspraak met de gemeente kunnen hierover beslissingen worden genomen.

Verticaal: de mogelijkheid voor verticale uitbreiding moet eveneens binnen de mogelijkheden liggen van het bestemmingsplan. Wanneer echter na oplevering de maximale bouwhoogte nog niet is benut zou het mogelijk kunnen zijn om een extra etage(s) bij te bouwen. Dit moet bouwtechnisch wel mogelijk zijn, denk hierbij aan een verzwaarde funderingsconstructie. Dit brengt wel extra kosten

met zich mee. De afweging is echter wel een serieuze. Ten tijde van het onderzoek is meerdere malen naar voren gekomen dat wegens capaciteitsgebrek hoger bouwen bestemmingsplan technisch wel mogelijk was alleen dat er destijds geen geld, of visie was om dit te realiseren.

### Imago

De cliënt wil niet (meer) naar een instellingsterrein toe in verband met het stigma wat op deze terreinen van toepassing is. Dit wordt tevens veroorzaakt door het mondiger worden van de cliënten. Eveneens is er uit onderzoeken gebleken dat belevingskwaliteit van de gebouwen, zowel intern als extern een item is wat steeds meer gaat spelen. Bij een aantal van de geïnterviewde instellingen wordt er bij het ontwerp en de inrichting rekening gehouden met het *feng shui* principe. Ook worden er bij verschillende nieuwbouw initiatieven architecten van naam betrokken. De instellingen zijn serieus bezig om middels architectuur zich te onderscheiden.

Tenslotte is ook het imago van de locatie van belang. Door de functies die de instellingsterreinen van oudsher hebben gehuisvest rust er een bepaald stigma op de locaties. Tegenwoordig willen cliënten die bijvoorbeeld een *burn-out* hebben niet naar een “gekkenterrein” om geholpen te worden. Zodoende dienen deze vormen van GGZ naar de stad of het dorpscentrum te worden gehaald om de drempel voor de cliënten te verlagen.

Onderstaande locatiekenmerken hebben betrekking op extramurale voorzieningen en zijn tijdens de interviews genoemd. Uitbreidbaarheid van de locaties is ook een belangrijk aspect. Een kleine locatie bemoeilijkt de mogelijkheid om extra vraag op te vangen moeilijk.

Respondent	Locatiekenmerken Extramuraal			
	Bereikbaarheid	Courantheid	Uitbreidbaarheid	Imago
1.	X	X	x	x
2.	X	X	x	x
3.	X	X	x	x
4.	X	X	x	x
5.	X			
6.	X	X		
7.	X	X		
8.	X	X	x	
9.	X	X	x	x
10.	X		x	x
11.	X			
12.	X			
13.	X	X	x	x
14.	X	x		x
<b>Totaal</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Tabel 8: Locatiekenmerken extramurale GGZ

### 5.3 Intramuraal

Voor de cliënten die in een intramurale setting wonen is het belangrijk dat huisvesting niet in de wijk of in de maatschappij plaatsvindt. Deze mensen moeten juist (zoveel mogelijk) worden beschermd tegen de maatschappij. De voornaamste kenmerken waaraan deze locaties moeten voldoen, worden hieronder benoemd. De specialistische klinische functies blijven veelal op de instellingsterreinen achter. De reden hiervoor is dat er geen directe noodzaak is om deze functies elders onder te brengen en dat deze functies zich moeilijk laten mengen met andere functies.

Er dient een *healing environment* te heersen op de locatie. Onder *healing environment* wordt verstaan een plek waar men zich thuis voelt door de aanwezigheid van natuur, licht en groen, weinig prikkels, een ‘heilzame’ woon- en leefomgeving. De locatie moet een zogenaamde oase functie vervullen. Hierbij kun je denken aan waterpartijen. Deze hebben niet alleen de functie om hemelwater op te vangen. Ze hebben ook een esthetische waarde. Maar misschien nog wel het

belangrijkste is dat ze een rustgevende werking hebben op mensen. Verder de aanwezigheid groen. Op veel van de terreinen zie je oude monumentale bomen en zichtlijnen op bomen in ere worden hersteld. Of ze worden ingepast in de nieuwe situatie. Bij veel GGZ instellingen wordt er daartoe dan ook samengewerkt met landschapsarchitecten. Ook de mogelijkheid om veilig te kunnen wandelen op het terrein is van belang. Zoals een Nederlands gezegde luidt “een goede wandeling verheldert de geest”.

Het ontbreken van prikkels is van belang om geestelijk tot rust te komen. Dit houdt in dat de locatie verkeersluw moet zijn en een oase functie heeft voor de cliënten.

De locatie moet tevens een bepaalde mate van flexibiliteit bieden voor eventuele toekomstige uitbreidingsplannen.

Om segregatie tegen te gaan moeten de locaties aansluiten bij de omgeving, een bepaalde mate van integratie wordt dan ook als positief ervaren. Hierbij dient er wel rekening te worden gehouden met de oase functie die de locaties moeten behouden.

De bereikbaarheid is ook van belang, zij het in mindere mate dan bij de extramurale GGZ. In het verleden zijn de excentrisch gelegen locaties afgestoten. Voorbeelden hiervan zijn de locatie Wagenborgen in Oost-Groningen. Deze locatie is afgebouwd, het zorgaanbod dat hier geconcentreerd was, is verplaatst naar onder andere Winschoten, Delfzijl, Stadskanaal en Veendam. Hetzelfde geldt voor een locatie die was gelegen in Raalte. Deze locatie is eveneens afgebouwd en de functies zijn verplaatst naar onder andere Zwolle, Kampen, Harderwijk en Steenwijk.

De belangrijkste criteria voor de intramurale GGZ zullen in het onderstaande kort worden toegelicht.

Respondent	Locatiekenmerken Intramuraal			
	Instellingsterrein	Healing Environment	Afwezigheid prikkels	Uitbreidbaarheid
1.	X	X	x	x
2.	X	X	x	x
3.	X	X	X	x
4.	X	X	x	x
5.	X			
6.	X	X	x	x
7.	X	X	X	
8.	X	X	X	
9.	X	X	X	x
10.	X	X	X	x
11.	X			
12.	X			
13.	X	X	X	x
14.	x	x		x
<b>Totaal</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

Tabel 9: locatiekenmerken intramurale GGZ

#### 5.4 Belang goede locatiekeuze

Hierboven is een uiteenzetting gedaan over diverse trends en ontwikkelingen op de locaties van GGZ instellingen. Waarom is dit nu zo belangrijk en waarom wordt hier zo uitvoerig op ingegaan?

Meester (1999) beschrijft in “Subjectieve waardering van vestigingsplaatsen door ondernemers” het belang van een goede locatiekeuze als volgt: *“Als individu moet je in je leven voortdurend keuzes maken en beslissingen nemen van wisselend belang. Sommige beslissingen zijn van groot belang, andere met verstrekkende gevolgen. Besluiten die betrekking hebben op de locatie of vestigingsplaats van een bedrijf kunnen verstrekkende gevolgen hebben. Beslissingen van ondernemers kunnen gevolgen hebben voor zijn directe omgeving, voor groepen mensen en in sommige gevallen voor hele plaatsen of gebieden”*. Tevens beschreef Pellenburg al in “Ontwikkelingen in de economische geografie” de enige drie factoren waar het om draait bij vastgoed zijn ‘locatie, locatie en locatie’.



Een locatiebeslissing of vestigingsplaatskeuze is dus niet zomaar een keuze, maar dient een weloverwogen beslissing te zijn. Onderstaand schema geeft een treffend verschil aan tussen een goede en verkeerde locatiekeuze.

Tabel 10: Belang van een goede locatiekeuze

<b>Goede locatiekeuze:</b>	<b>Verkeerde locatiekeuze:</b>
- Redelijke kosten	- Hoge kosten
- Tevreden personeel	- Ontevreden personeel
- Geen operationele problemen	- Operationele problemen
- Flexibiliteit	- Geen flexibiliteit
- Weinig risico's	- Eerder noodzaak tot dure verhuizing

Bron: Buck Consultants

### 5.5 Omgekeerde integratie

Van omgekeerde integratie is sprake als de maatschappij naar het instellingsterrein wordt gehaald en er tussen de mensen die het instellingsterrein bewonen en de “gewone mensen” een bepaalde mate van interactie ontstaat of dat er faciliteiten worden gedeeld.

Bij veel instellingsterreinen is de trend waarneembaar dat er op de gronden van de instelling gebouwd wordt voor “gewone mensen”. Men spreekt dan al snel van omgekeerde integratie. Echter in mijn optiek is er in veel gevallen sprake van een stukje opportunistisch grondgebruik en is er pas sprake van omgekeerde integratie als zoals hierboven vermeld wordt omgegaan met het terrein.

### 5.6 Samenvatting

De meeste GGZ-organisaties zijn klaar voor de volgende stap met hun terrein. Omgekeerde integratie, uitbreiding met zorgpartners, erfpacht en verkoop zijn veel gehoorde geluiden. Hoewel zorgvastgoed hot is, bedragen de kapitaallasten voor de zorgorganisatie slechts 10 tot 20 procent van de totale begroting. De personele kosten zijn verreweg het hoogst. Binnen een zorgorganisatie komt het dus regelmatig voor dat de prioriteiten bij inhoudelijke en personele zorgaspecten liggen en niet bij vastgoed. Logisch, want zorg is de kernactiviteit. Klaar zijn voor de volgende stap betekent dus niet dat die stap ook wordt genomen.

## HOOFDSTUK 6 BEANTWOORDING ONDERZOEKSVRAGEN

*In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord. De antwoorden op de onderzoeksvragen worden gezien als de conclusies van het onderzoek. In paragraaf 6.1 zullen de onderzoeksvragen met betrekking tot de locaties worden beantwoord en in paragraaf 6.2 zullen de onderzoeksvragen die betrekking hebben op de gebouwen worden beantwoord. Vervolgens zal er afsluitend in paragraaf 6.3 een korte terugblik op het onderzoekstraject worden gegeven.*

### 6.1 Onderzoeksvragen met betrekking tot de locatie

In paragraaf 1.4 is een aantal deelvragen opgesteld om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. In deze paragraaf zullen de deelvragen die betrekking hebben op de locatie worden beantwoord. De antwoorden die in deze paragraaf en in paragraaf 6.2 worden geformuleerd worden eveneens gezien als het antwoord op de centrale vraag zoals deze is opgesteld in paragraaf 1.3.

*In hoeverre heeft een zorginstelling zicht op de huidige waarde, potentie en beperkingen van de locaties?*

Binnen de geïnterviewde instellingen zijn de verantwoordelijken zich bewust van het belang om grondposities in portefeuille te hebben. Hiervoor is een aantal redenen aan te voeren. Allereerst het behouden van een vermogenspositie voor de lange termijn. Veelal staat de grond voor de historische waarde in de boeken.

Tevens is het bezitten van grond een machtsmiddel richting de gemeente. Instellingsterreinen zouden (deels) voor woningbouw aangewend kunnen worden. Zodoende hebben gemeente en instelling een gezamenlijk belang. Het belang van de gemeente ligt in het feit dat ze de gronden van de instelling zouden kunnen bebouwen, het belang van de instelling is dat ze met betrekking tot het bestemmingsplan afhankelijk zijn van de gemeente. De meeste instellingsterreinen hebben een zorgbestemming. Wanneer er plannen voor bijvoorbeeld omgekeerde integratie worden opgesteld, dan moet het bestemmingsplan dit wel mogelijk maken.

Het bezitten van locaties op strategisch posities wordt door de instellingen gekoesterd. Men is zich zeer sterk bewust van de (financiële) potentie die grond heeft. Regelmatig werd er opgemerkt tijdens de interviews: *“Grond wordt niet verkocht”* of *“Goud moet je niet verzilveren”*.

Enkele instellingen hebben wel besloten om grondposities van de hand te doen. Dit betrof hoofdzakelijk terreinen die moeilijk te bereiken zijn. Een voorbeeld hiervan is onder meer de locatie Wagenborgen in Oost Groningen. (Zie ook paragraaf 5.1)

Als gevolg van allerlei maatschappelijke ontwikkelingen zoals onder meer beschreven in hoofdstuk 2 is er op de terreinen ruimte vrijgekomen. Deze vrijgekomen ruimte zou op verschillende manieren aangewend kunnen worden. Wanneer er over de potentie van de locatie wordt gesproken wordt er eerst gekeken naar de ligging en de kwaliteit. Vervolgens wordt er gekeken of er mogelijkheden zijn om uit te breiden en in hoeverre dit in de toekomst noodzakelijk zal zijn. Ten slotte zal het bestemmingsplan als instrument dienen om deze visie te borgen.

In paragraaf 1.3 werd al opgemerkt dat in de loop der jaren de relatieve ligging van de locaties veranderd is door onder meer stadsuitbreiding. De locaties die nabij stad of dorp gelegen zijn, zijn goud waard. Veel projectontwikkelaars zouden maar wat graag deze gronden, of delen van deze gronden, overnemen om hier woningbouw op te realiseren.

Om in de toekomst toch zeggenschap over de terreinen te houden worden veel omgekeerde integratie projecten in erfpacht uitgegeven, veelal voor een periode van 25 tot 50 jaar.

De beperkingen van de locaties zijn enerzijds gelegen in het feit dat de instellingsterreinen te kampen hebben met een bepaald stigma door de historische functies die ze van oudsher hebben gehuisvest. Anderzijds vanwege het bestemmingsplan. Veelal zijn de GGZ instellingen de grootste werkgever in de regio. Zodoende valt te verwachten dat gemeenten bereid zijn om mee te denken over het realiseren van bouwinitiatieven op de terreinen. Deze initiatieven worden echter veelal bemoeilijkt door langdradige procedures. Instellingen hebben te kampen met wachtlijsten en door het bouwen van nieuwe voorzieningen zouden de mensen op de wachtlijsten geholpen kunnen worden. Maar door uiteenlopende oorzaken (zoals inspraakprocedures, de aanwezigheid van zeldzame insecten of door personele onderbezetting bij gemeenten) lopen deze initiatieven veel vertraging op. Instellingen zitten zodoende regelmatig in een spagaat: ze willen de meest urgente en schrijnende vormen van zorg liever vandaag dan morgen opvangen, maar zijn veelal aan handen en voeten gebonden door allerlei regels en inspraakprocedures. Hierdoor worden initiatieven voor nieuwbouw vertraagd.

*Wat zijn in de ogen van zorginstellingen kwaliteitskenmerken op basis waarvan locaties worden beoordeeld?*

De meeste locaties zoals wij ze tegenwoordig kennen zijn historisch zo ontstaan. Er was in het verleden geen sprake van een bewust locatiebeleid. Bij het stichten van een instelling waren de belangrijkste criteria een bosrijke omgeving en op afstand van de bebouwde kern. Als gevolg van het veranderende krachtenveld rondom het vastgoed in de GGZ wordt er binnen de instellingen een onderscheid gemaakt met betrekking tot locatie eigenschappen tussen de intra- en extramurale GGZ. De intra- en extramurale GGZ hebben beide verschillende kwaliteitskenmerken op basis waarvan de locaties worden beoordeeld.

De specialistische klinische zorg blijft hoofdzakelijk achter op de locaties. Dit wordt veroorzaakt door de oase functie die de locaties hebben, ook wel *healing environment* genoemd. Een ander kenmerk waaraan locaties voor specialistische klinische zorg moet voldoen is dat er weinig prikkels op de locatie aanwezig zijn. Dit geldt overigens ook voor het gebouw waarin deze cliënten van de instellingen gehuisvest zijn. In onderstaand schema staan de belangrijkste locatiekenmerken aangegeven. De locatiekenmerken zijn onderverdeeld in een aantal criteria. Deze criteria vormen samen de definitie van de locatiekenmerken.

A.	Locatiekenmerken	Intramuraal
1.	Instellingsterrein	Niet in de wijk / in de maatschappij
2.	Healing Environment	Aanwezigheid groen Aanwezigheid water Wandelruimte
3.	Ontbreken van prikkels	Verkeersluw Rust, Oase Functie
4.	Uitbreidbaarheid	Horizontaal Verticaal

Schema 1: Locatiekenmerken Intramuraal

Met betrekking tot de extramurale GGZ zijn onderstaande locatietekenen het belangrijkste.

B.	Locatietekenen	Extramuraal
1.	Bereikbaarheid	Auto Openbaar Vervoer Parkeren
2.	Courantheid	Standing van de omgeving Afstootbaarheid naar de markt
3.	Uitbreidbaarheid	Horizontaal Verticaal
4.	Imago	Laagdrempelig voor cliënten

Schema 2 Locatietekenen Extramuraal

Beide schema's geven een duidelijk onderscheid aan. Bereikbaarheid is het belangrijkste criterium binnen de extramurale GGZ. Omdat er marktwerking gaat optreden in dit segment is het in eerste instantie noodzakelijk om op goed bereikbare locaties gehuisvest te zijn. De cliënt wil dat deze zorg op een locatie wordt aangeboden die goed bereikbaar is en wil niet naar een instellingsterrein. Gechargeerd gezegd, iemand met een *burn-out* wil niet naar een gekkenterrein om geholpen te worden. Verder is de courantheid van het gebouw van groot belang, de locatie moet het mogelijk maken om het gebouw af te stoten naar de markt in het geval van fluctuaties in de zorgvraag. De uitbreidbaarheid op de locatie is eveneens belangrijk. Wanneer de zorgvraag blijft groeien, dient er ruimte beschikbaar te zijn om dit op te vangen. Ten slotte het imago. Allereerst met betrekking tot de locatie. Dit heeft voornamelijk zijn oorsprong in de veranderende wensen van de cliënten en de invoering van marktwerking. Een positief imago moet zorgen voor het aantrekken van cliënten.

*Hoe verhouden deze kwaliteiten zich tot de locatietheorieën in de reguliere vastgoedmarkt?*

Voor de intramurale GGZ gelden vooral de factoren die de omgeving voor de cliënten aangenaam maken. Hierbij gaat het voornamelijk om vestiging op het instellingsterrein, een *healing environment*, het ontbreken van prikkels op de locatie en voldoende ruimte om uit te breiden.

Voor de extramurale GGZ gelden vooral de vastgoedindicatoren die de marktwaarde, afstootbaarheid en de bereikbaarheid bepalen. Vanuit het vastgoedperspectief zijn deze locaties interessant omdat ze een hoge omloopsnelheid hebben. Bij de keuze van een locatie wordt hier ook op geselecteerd.

Verder is er nog maar een beperkt inzicht in hoeverre het zorgvastgoed een vastgoedmarkt gaat worden doordat er nog maar een beperkt aantal transacties zijn gedaan, zodoende zijn er nog geen echte *benchmarks* (methode om de prestatie van verschillende systemen, apparaten of organisaties met elkaar te kunnen vergelijken) zoals in de kantorenmarkt en de woningbouw.

## 6.2 Onderzoeksvragen met betrekking tot de gebouwen

In deze paragraaf worden de onderzoeksvragen met betrekking tot de gebouwen beantwoord.

*Hoe denken GGZ instellingen over a-specifiek bouwen voor de zorg?*

Zoals in het onderzoeksvoorstel naar voren kwam, is er een zevental adviseurs uit de markt geïnterviewd en een aantal verantwoordelijken voor het vastgoed binnen de GGZ. Naar aanleiding van de interviews kwam er een verschillend beeld naar voren met betrekking tot het a-specifiek bouwen binnen de GGZ. De verschillende adviseurs gaven aan dat het in principe voor al het vastgoed wel mogelijk is om flexibel te bouwen. Binnen de GGZ instellingen wordt hier pragmatischer mee omgegaan. De instellingen geven heel duidelijk aan dat de zorgvraag voorop dient te staan. Allereerst dient er een zorgvisie te liggen en vervolgens wordt er naar de gebouwen gekeken.

Het al eerder aangegeven onderscheid tussen intra- en extramuraal komt ook naar voren wanneer je de mate van specificiteit van de gebouwen onder de loep neemt. Er is tevens een onderscheid aan te brengen tussen eigendom en het huren van panden. Veelal is binnen de intramurale GGZ is circa 80% van de gebouwen in eigendom van de instellingen, omstreeks 20% van de gebouwen wordt gehuurd. Het omgekeerde geldt dit voor de extramurale GGZ, hier is circa 80% van de gebouwen gehuurd en omstreeks 20% in eigendom. Deze verschillen in eigendom worden onder meer veroorzaakt door de locatie en de mate waarin de gebouwen specifiek zijn.

*Wat kan er gedaan worden om de flexibiliteit van nieuw te bouwen zorgvastgoed te verhogen?*

Binnen de verschillende instellingen wordt het belang van flexibiliteit onderkend. Voorop staat in eerste instantie de zorgvraag, vooral in de Intramurale sector. Dit belang wordt bij de geïnterviewde GGZ instellingen meer vooropgesteld dan bij de geïnterviewde adviesbureaus. Voor een aantal zeer specifieke gebouwen zoals een FPK (Forensisch Psychiatrisch Kliniek) is er ook minder noodzaak om eventueel flexibel te bouwen. Voor deze gebouwen zijn strenge veiligheidseisen opgesteld, te denken valt onder meer aan: slagvast glas, beveiligde entree met dubbele deuren en bewaking, strenge eisen m.b.t. brandwerendheid. Omdat de cliënten in deze sector langdurig worden opgevangen en dus ook verblijven in de instelling is voornamelijk ook privacy van groot belang en het hebben van eigen sanitaire voorzieningen. Bovenstaande geldt voor de specifieke opvang. Echter ten aanzien van bouwen in de GGZ is het een trend dat de flexibiliteit van bouwwerken steeds belangrijker wordt.

Flexibiliteit vraagt om:

- uitbreidingsopties, verticaal en horizontaal evt. fundering hier op aanpassen
- huren en kopen in goed evenwicht
- delen van faciliteiten
- courante locatie
- duurzaam
- passend imago bij functie
- bereikbaar
- lage onderhoudskosten
- energiezuinig
- grote overspanningen, flexibele wanden en ruimten, spreekkamer kan ook als beddenkamer dienen

Zal vastgoed als productiefactor gaan dienen binnen zorginstellingen?

Het vastgoed zal op verschillende manieren worden ingezet als productiefactor. Allereerst zal het vastgoed worden gebruikt voor het trekken van cliënten. De instellingen proberen hierop in te spelen door samen te werken met (landschap) architecten bij het ontwerpen van de locaties en gebouwen. Hoogwaardig ingerichte instellingsterreinen met oog voor authentieke zichtlijnen, boompertjes en wandelpaden. Aantrekkelijke gebouwen qua architectuur en inrichting moeten bijdragen aan een positief imago en moeten eveneens drempelverlagend werken om meer cliënten te trekken. Ook met betrekking tot de inrichting wordt hier op ingespeeld. Kantoorconcepten worden toegepast, hiervoor worden door instellingen gerenommeerde partijen in de arm genomen. Ook voor het aantrekken van (schaars) personeel is dit een belangrijk item.

In hoofdstuk 4 is eveneens aan de hand van de zeven toegevoegde waarden van vastgoed, zoals De Jonge deze beschrijft, uiteengezet hoe de verschillende instellingen overgaan van de traditionele manier van huisvestingsbeleid naar strategisch vastgoedbeleid.

Ook zal het vastgoed in de extramurale GGZ dienen om pieken en dalen in de zorgvraag op te vangen. De instellingen kunnen op basis van demografische cijfers en trends wel een inschatting maken van de ontwikkelingen in de zorgvraag. Echter de mate van concurrentie door GGZ instellingen en eventuele nieuwe toetreders op de markt is moeilijk in te schatten. Veelal is daarom de trend momenteel om te huren, 75-80% van de panden in deze sector is gehuurd. Enerzijds om te kunnen anticiperen op de fluctuaties in de zorgvraag en anderzijds om op deze manier kapitaal vrij te houden voor het primaire proces ofwel de *core business* van de instelling. Hierbij moet wel een kanttekening worden gemaakt. Huur kan als flexibel worden aangemerkt, echter wanneer de instelling een huurovereenkomst voor 10 jaar of langer aangaat dient men zich af te vragen of eigendom wellicht niet minstens zo flexibel is. Dit probleem zou ondervangen kunnen worden door het bedingen van *break-opties* bij een bepaalde mate van leegstand of het recht van onderverhuur te bedingen bij een bepaald percentage van leegstand.

Omdat de wensen en eisen van gebruikers veranderen wordt de waardevastheid steeds meer een leidende factor. De waardevastheid wordt vooral bepaald door de locatie en door de architectuur. Voor een waardevast ontwikkeling is het daarom van belang dat gebouwen goed worden ingepast in hun bestaande omgeving en aansluiten op hun gebruikers. De omgeving, de uitstraling en de beleving bij de gebruiker komt centraal staan.

## HOOFDSTUK 7 CONCLUSIE

*Als slot van deze scriptie wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen als geformuleerd in paragraaf 1.4. Het antwoord op deze vragen moet worden gezien als eindconclusie van het uitgevoerde onderzoek en eveneens als antwoord op de overkoepelende vraag.*

*In deze scriptie staat het onderzoek naar hoe er binnen GGZ instellingen wordt omgegaan met de ontwikkeling van traditioneel vastgoedbeheer naar strategisch locatie en vastgoedmanagement, en hoe hierbinnen de waardering van locaties wordt vorm gegeven, centraal.*

*Doelstelling van de scriptie is om het inzicht in locatiekenmerken van verschillende GGZ instellingen te vergroten om daarmee snel een oordeel te kunnen bepalen over de locatie en het gebouw. Op basis hiervan kan later een strategisch vastgoedbeleid worden opgesteld.*

*In de scriptie wordt met traditioneel vastgoedbeheer de situatie bedoeld tijdens het bouwregime. Alle kosten van bouw, onderhoud en exploitatie worden door de overheid op basis van nacalculatie vergoed. Strategisch vastgoedbeleid is omschreven als: “activiteiten, gebaseerd op een visie, waarbij het vastgoed optimaal moet bijdragen aan het op korte en lange termijn functioneren van de instelling in overeenstemming met de bedrijfsdoelstellingen” (Bron: Cbz 2005).*

*Hierna zullen de verschillende onderzoeksvragen worden beantwoord. Allereerst zullen de onderzoeksvragen met betrekking tot de locatie worden beantwoord.*

### **1. In hoeverre heeft een zorginstelling zicht op de huidige waarde, potentie en beperkingen van de locaties?**

De GGZ instellingen zijn zich bewust dat vastgoed een sturingsmiddel is waarmee enerzijds gestuurd kan worden op de kosten en anderzijds geld te genereren valt door kwalitatief hoogwaardig vastgoed in portefeuille te hebben met de juiste uitstraling. Niet alle instellingen hebben een exact beeld van het vastgoed dat ze in portefeuille hebben. Veelal zijn er wel plannen om dit te gaan inventariseren. Ook met betrekking tot de prestaties is nog veel onduidelijk. Met prestaties wordt bedoeld: hoe verhouden de kosten van het vastgoed zich ten opzichte van de opbrengsten. Grond voor zorg is schaars en lijkt steeds schaarser te worden. De nota grondbeleid merkt over de schaarste aan grond op: “Grond is, afhankelijk van de bestemming die eraan is of wordt gegeven, een schaars goed waarmee geld te verdienen valt. Dus zijn er claims en tegenstrijdige belangen”. (Bron: Nota grondbeleid ministerie van VROM). Daarom locaties niet verkopen tenzij “het water je aan de lippen staat” als instelling.

### **2. Wat zijn in de ogen van zorginstellingen kwaliteitskenmerken op basis waarvan locaties worden beoordeeld?**

De meeste GGZ-locaties zijn historisch ontstaan. Er was in het verleden geen sprake van een bewust locatiebeleid. Bij het stichten van een instelling waren de belangrijkste criteria: een bosrijke omgeving en op afstand van de bebouwde kern. De relatieve ligging en waardering van deze terreinen is echter veranderd. Stedelijke uitbreidingen hebben ervoor gezorgd dat de afstand tussen veel terreinen en de stad is verdwenen. Op deze manier worden de instellingsterreinen ook interessant voor ontwikkelingen die niet meteen de kernactiviteit zijn van een zorginstelling. Door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen is er op deze vaak grote terreinen ruimte vrijgekomen. Deze vrijgekomen ruimte zou op verschillende manieren kunnen worden aangewend. In de praktijk blijkt dat veel instellingsterreinen worden opengesteld voor plannen van omgekeerde integratie.

Instellingen koesteren hun locaties vanwege de strategische posities. Uit het onderzoek komt naar voren dat de meeste instellingen zich bewust zijn van de (financiële) mogelijkheden die grondposities bieden. Daarbij komt dat, door het geweld van de marktwerking, organisaties zich sterk maken voor hun maatschappelijke functie. Een zorglocatie (‘boulevard’) waar verschillende zorgfuncties zijn geconcentreerd, spreekt steeds meer van de geïnterviewden aan.

Door het veranderende krachtenveld rondom het vastgoed in de GGZ is er een onderscheid in locatie-eigenschappen van de intramurale en extramurale GGZ. De intramurale en extramurale GGZ hebben beide verschillende kwaliteitskenmerken op basis waarvan de locaties worden beoordeeld. De specialistische klinische zorg blijft hoofdzakelijk achter op de locaties. Dit wordt veroorzaakt door de oasefunctie die de locaties hebben: een zogenaamd healing environment. Een healing environment is een omgeving waarin mensen zich prettig voelen. Dit komt het herstel en welbevinden van mensen ten goede en vermindert stress. De locaties voor specialistische klinische zorg bevat bij voorkeur geen externe prikkels en biedt bescherming tegen de samenleving. De belangrijkste locatiekenmerken voor de intramurale GGZ zijn healing environment, afwezigheid van prikkels en uitbreidbaarheid. Voor de extramurale GGZ zijn de belangrijkste locatiekenmerken juist de bereikbaarheid, courantheid, uitbreidbaarheid en imago.

Bereikbaarheid is het belangrijkste criterium binnen de extramurale GGZ en een instellingsterrein biedt die vaak niet. Daarbij komt dat een instellingsterrein een bepaald imago heeft, waarmee niet iedereen met een psychiatrisch probleem (bijvoorbeeld een burn-out) wil worden geassocieerd. Een positief imago van de organisatie, de locatie en het gebouw kan resulteren in extra productie. Extramurale zorg is bij uitstek geschikt om vanuit een kantooromgeving aan te bieden. De courantheid van het gebouw sluit daarmee aan bij de grote fluctuaties in de zorgvraag, of eigenlijk in de productieafspraken rondom die zorgvraag.

Vanuit de intramurale gedachte is de uitbreidbaarheid op de locatie belangrijk. Wanneer de zorgvraag blijft groeien, moet er ruimte beschikbaar zijn om dit op te vangen. Juist de opkomende vraag naar specialistische functies kan worden beantwoord door de inzet van het instellingsterrein.

### **3. Hoe verhouden deze kwaliteiten zich tot de locatietheorieën in de reguliere vastgoedmarkt?**

Voor de intramurale GGZ gelden vooral zachte factoren die de omgeving voor de cliënten aangenaam maken. Hierbij gaat het voornamelijk om vestiging op het instellingsterrein, een *healing environment*, het ontbreken van prikkels op de locatie en voldoende ruimte om uit te breiden.

De belangrijkste beperkingen van de locaties zijn enerzijds gelegen in het feit dat de instellingsterreinen te kampen hebben met een bepaald stigma door de historische functies die er zijn gehuisvest. Anderzijds door het bestemmingsplan.

Voor de extramurale GGZ gelden vooral de vastgoedindicatoren die de marktwaarde, afstootbaarheid, imago en de bereikbaarheid bepalen. Vanuit het vastgoedperspectief zijn deze locaties interessant omdat ze een hoge omloopsnelheid hebben. Bij de keuze van een locatie wordt hier ook op geselecteerd.

Hoewel het om kenmerken gaat die vaak ook in de reguliere vastgoedmarkt voorkomen is het daarmee nog niet gezegd dat de zorgprojecten goed aansluiten op reguliere projecten. Extramurale GGZ mag namelijk reguliere locatiekenmerken hebben, maar heeft ook specifieke gebouwkenmerken. Denk bijvoorbeeld eens aan vertrouwelijke gesprekken (geluidsniveau) en therapieruimten (indeling en situering in gebouw). De vastgoedtaal in de zorgsector wijkt daardoor nog steeds sterk af van de reguliere vastgoedtaal.

Verder is er nog maar een beperkt inzicht in hoeverre het zorgvastgoed een vastgoedmarkt gaat worden doordat er nog maar een beperkt aantal transacties zijn gedaan, zodoende zijn er nog geen echte *benchmarks* (*methode om de prestatie van verschillende systemen, apparaten of organisaties met elkaar te kunnen vergelijken*) zoals in de kantorenmarkt en de woningbouw.



Hieronder worden de onderzoeksvragen met betrekking tot de gebouwen beantwoord:

### **1. Hoe denken GGZ instellingen over a-specifiek bouwen voor de zorg?**

De instellingen geven heel duidelijk aan dat de zorgvraag voorop dient te staan. Allereerst dient er een zorgvisie te liggen en vervolgens wordt er naar de gebouwen gekeken.

Het al eerder aangegeven onderscheid tussen intra- en extramuraal komt ook naar voren wanneer je de mate van specificiteit van de gebouwen onder de loep neemt. Er is tevens een onderscheid aan te brengen tussen eigendom en het huren van panden. Veelal is binnen de intramurale GGZ circa 80% van de gebouwen in eigendom van de instellingen, omstreeks 20% van de gebouwen wordt gehuurd. Het omgekeerde geldt dit voor de extramurale GGZ, hier is circa 80% van de gebouwen gehuurd en omstreeks 20% in eigendom. Deze verschillen in eigendom worden onder meer veroorzaakt door de locatie en de mate waarin de gebouwen specifiek zijn.

Resumerend naar aanleiding van bovenstaande kan gesteld worden dat GGZ instellingen indien de zorgvraag dit toelaat flexibel zullen bouwen binnen de intramurale GGZ. De bouwindeling (casco) moet zoveel mogelijk flexibel zijn omdat de zorgvraag in de loop van de komende jaren aan verandering onderhevig zal zijn.

### **2. Wat kan er gedaan worden om de flexibiliteit van nieuw te bouwen zorgvastgoed te verhogen?**

Binnen de verschillende instellingen wordt het belang van flexibiliteit onderkend. Voorop staat in eerste instantie de zorgvraag, vooral in de Intramurale sector. Echter ten aanzien van bouwen in de GGZ is het een trend dat de flexibiliteit van bouwwerken steeds belangrijker wordt.

Flexibiliteit vraagt om:

- uitbreidingsopties, verticaal en horizontaal evt. fundering hier op aanpassen;
- huren en kopen in goed evenwicht;
- delen van faciliteiten;
- courante locatie;
- duurzaam;
- passend imago bij functie;
- bereikbaar;
- lage onderhoudskosten;
- energiezuinig;
- grote overspanningen, flexibele wanden en ruimten, spreekkamer kan ook als beddenkamer dienen.

### **3. Zal vastgoed als productiefactor gaan dienen binnen zorginstellingen?**

Zorgvastgoed is een bijzonder prestatiemiddel. In bijna alle gevallen is huisvesting nodig om zorg te verlenen. Die huisvesting wordt gekenmerkt door de lange levensduur, de onmisbaarheid, de bijzondere functie (wonen, verblijven en werken) en de fixatie aan de plaats. In de intramurale en in de meeste extramurale vormen is het essentieel dat de cliënt en de behandelaar elkaar in het gebouw ontmoeten.

Het gebouw heeft bij eigendom een hoge investeringswaarde of initiële investering. De kapitaallasten zijn echter, door de lange afschrijvingsperiode, slechts een relatief klein onderdeel van de totale exploitatiekosten van een zorginstelling. Over het algemeen is de zorgexploitatie opgebouwd uit 70 tot 80 procent personeelskosten, 10 tot 20 procent kapitaallasten en 10 tot 20 procent materiële kosten. Zorgvastgoed staat daarom bij zorgorganisaties niet altijd bovenaan de agenda. Fusies, productieafspraken, personeelsbelangen en visie op zorg zetten vastgoed op een minder relevante positie.

De verwachting is dat de instellingen per 1 januari 2009 zelf de kosten van hun vastgoed moeten gaan dragen. De systematiek die dit mogelijk maakt zijn de Zorgzwaartepakketten (ZZP's). De hoogte van deze ZZP's zijn reeds bekend, echter de component voor de kapitaallasten is hierin nog niet opgenomen, de hoogte hiervan moet nog worden bepaald. Zodoende bestaat de verwachting dat invoering per 1 januari 2009 te vroeg gaat komen. Maar vooralsnog is het wel de planning om per 1 januari 2009 het bouwregime af te schaffen voor de GGZ en AWBZ instellingen.

## Aanbevelingen

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat veel ggz instellingen hun vastgoed informatie niet, of onvoldoende, op orde hebben. Hierdoor is bijna niet mogelijk om een strategie te bepalen. Er wordt op dit gebied al veel goed werk verricht door de meeste organisaties. Binnen de organisaties is men zich ervan bewust dat een duidelijke visie op de zorgverlening naar de toekomst toe van essentieel belang is. Een heldere zorgvisie leidt vervolgens ook tot een (strategische) visie op het vastgoed. Immers het vastgoed is er om het primaire proces, het verlenen van zorg, te faciliteren. Concreet betekent dit vorm een duidelijke zorgvisie en koppel hieraan je vastgoed visie. Dit zou uitstekend kunnen in een strategisch vastgoedplan.

Verder moet er meer onderzoek gedaan worden naar de aantallen m<sup>2</sup> en hectares in de gezondheidszorg. Ook op dit terrein wordt veel werk verzet. Momenteel is nog vaak zo dat veel instellingen niet of onvoldoende weten hoe groot hun gebouwen zijn en hoe groot de locaties zijn. Dit is belangrijke informatie. De instellingen zullen na het vervallen van de gegarandeerde vergoedingen vanuit de overheid zelf de beheerskosten van de gebouwen en terreinen moeten betalen. Inzicht in de grootte en het volume hiervan is dan van wezenlijk belang.

## Tenslotte

Zorgorganisaties staan aan de vooravond van grote veranderingen in wet- en regelgeving voor vastgoed. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is al twee jaar van kracht en de resultaten worden steeds meer zichtbaar. Marktwerking doet nog meer haar intrede en er wordt gestuurd op eindresultaten. Zorgorganisaties moeten deze ontwikkelingen zelf vertalen naar de consequenties voor de eigen vastgoedportefeuille.

Voorheen was er geen enkele noodzaak om strategisch met vastgoed om te gaan. De kosten voor beheer, onderhoud en renovaties werden allemaal vergoed.

Langzaam maar zeker is er een kentering opgetreden en is er meer bewustwording opgetreden bij bestuurders van de consequenties van de omvorming van stelsel.

Tot op heden bestaat er voor intramurale grootschalige voorzieningen een bouwregime. Voor veranderingen in capaciteit in combinatie met bouw moet er een toelating en een vergunning ex-WTZi worden aangevraagd.

In de nieuwe situatie (na de overgangperiode) is geen sprake meer van gegarandeerde vergoeding van investeringen. De bedoeling van de WTZi is om het bouwregime te laten vervallen. Het College bouw zorginstellingen houdt in 2010 op te bestaan (gaat naar TNO) en zorgorganisaties zijn zelf verantwoordelijk voor hun vastgoed. De nacalculatie op investeringen vervalt en boekwinsten en - verliezen zijn voor eigen risico van de zorgorganisatie. Uiteindelijk zal de Inspectie voor Volksgezondheid de huisvesting op de gewenste kwaliteit gaan controleren.

De meeste GGZ-organisaties zijn klaar voor de volgende stap met hun terrein. Omgekeerde integratie, uitbreiding met zorgpartners, erfpacht en verkoop zijn veel gehoorde geluiden. En hoewel zorgvastgoed hot is, bedragen de kapitaallasten voor de zorgorganisatie slechts 10 tot 20 procent van de totale begroting. De personele kosten zijn verreweg het hoogst. Binnen een zorgorganisatie komt het dus regelmatig voor dat de prioriteiten bij inhoudelijke en personele zorgaspecten liggen en niet bij vastgoed. Logisch, want zorg is de kernactiviteit. Klaar zijn voor de volgende stap, betekent dus niet dat die stap ook wordt genomen.

Ook andere trends hebben invloed op zorgvastgoed, voorbeelden hiervan zijn de oprichting van een regionaal gezondheidscentrum samen met het ziekenhuis of de fusiegolf in de zorgsector. Door fusies hebben organisaties soms verschillende terreinen. Eén daarvan wordt ingezet voor zorg, de andere terreinen hebben potentie voor andere functies. En wat te denken van samenwerking over de verschillende zorgsectoren heen: gehandicaptenzorg en psychiatrie, ouderenzorg en psychiatrie? Ondanks alles ligt regelmatig gedeeltelijke verkoop voor de hand. Er zijn namelijk verschillende instellingen op zoek naar grond om hun uitbreidingsplannen te kunnen realiseren. Deze zoektocht blijkt een moeilijke opgave. Er is weinig grond beschikbaar. En de grond die beschikbaar is, ligt niet op de juiste locatie. Uitwisseling van grond of verkoop in ruil voor nieuwe huisvesting kan dan uitkomst bieden.

## LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

### A.

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
ASRE	Amsterdam School of Real Estate
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

### B.

### C.

CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CPZ	Categoriaal Psychiatrisch Ziekenhuis

### D.

DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen

### E.

### F.

FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek

### G.

GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
GVM	Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke zorg

### H.

### I.

IB-Groep	Informatie Beheer Groep
ICT	Informatie en Communicatietechnologie
IGGZ	Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg

### J.

JGZ	Jeugdgezondheidszorg
-----	----------------------

### K.

KJP	Kinderen en Jeugd Psychiatrie
KKP	Kortdurende Klinische Psychiatrie

### L.

### M.

### N.

## O.

OGGZ           Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

## P.

PAAZ           Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis  
PGB            Persoons Gebonden Budget  
PZ             Psychiatrisch Ziekenhuis

## Q.

## R.

Riagg           Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg  
RIBW           Regionaal Instituut Beschermd Wonen  
RIVM           Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu  
RUG            Rijksuniversiteit Groningen

## S.

## T.

TBS            Terbeschikkingstelling  
TVWMD        Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening

## U.

## V.

VROM          Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer  
V&V          Verpleging en Verzorging  
VWS          Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

## W.

WHO          World Health Organization (Wereldgezondheidsorganisatie van de Verenigde Naties)  
WMO          Wet Maatschappelijke Ondersteuning  
WTG          Wet Tarieven Gezondheidszorg  
WTZ          Wet Toelating Ziektekostenverzekeringen  
WTZi         Wet Toelating Zorginstellingen  
WVG          Wet Voorzieningen Gehandicapten  
WZV          Wet Ziekenhuis Voorzieningen

## X.

## Z.

ZBO          Zelfstandig Bestuursorgaan  
ZFW          Ziekenfondswet  
ZVW          Zorgverzekeringswet  
ZZP          Zorgzwaartepakket

## LITERATUURLIJST

- Adriaansens, De krachten gebundeld, GGZ Nederland, 2004
- Andersson Elffers Felix, *Steen der Wijzen: nieuwe allianties voor keuzes in wonen en zorg*, 2002
- Baarda, D.B., dr de Goede, M.P.M., Methoden en technieken, Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek, Educatieve Partners Nederland B.V., Houten, 1998
- Boot, J.M., Knapen, M.H.J.M., De Nederlandse gezondheidszorg, Bohn Stafleu van Loghum, 2005
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Signaleringsrapport 584, Strategische positie vastgoed*, 2005
- De Bruyn, *De geschiedenis van de psychologie*, Radboud Universiteit van Nijmegen, Faculteit der Letteren
- Eichholtz, P, schooldomein, 2007
- Hoogervorst, H., *Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg*, VWS, 2005
- Meedoen, meer werk, minder regels. Hoofdlijnen akkoord voor het kabinet CDA, VVD, d66, Den Haag 16 mei 2003, p.8
- Meedoen, meer werk, minder regels. Hoofdlijnen akkoord voor het kabinet CDA, VVD, d66, Den Haag 16 mei 2003, p.31
- Meester, W.J., Subjectieve waardering van vestigingsplaatsen door ondernemers, Groningen, 1999
- Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal Den Haag, 2000
- Pellenbarg, Ontwikkelingen in de economische geografie, Groningen, 2004
- PropertyNL, Van huisvestingsbeheer naar vastgoedmanagement, 2004
- Rompa, M., *Vastgoed in de zorg: niet "bruteren", maar wat dan wel?*, Aedes-Arcares, 2002
- Tweede Kamer (TK 27659): "*Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoediening met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating Zorginstellingen)*". Kamerstukken 2, 2003-2004, 27659, nr. 16, Derde nota van wijzigingen d.d. 5 december 2003, p.1 onder A.
- Vollebergh et al, Psychische stoornissen in Nederland, (2003)
- Vries de, M, World Federation for Mental Health
- VWS, *Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi)*, 2005.

## GERAADPLEEGDE WEBSITES

- [www.bouwcollege.nl](http://www.bouwcollege.nl)
- [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)
- [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)
- [www.aag.nl](http://www.aag.nl)
- [www.zorgnet.nl](http://www.zorgnet.nl)
- [www.zorgplein.nl](http://www.zorgplein.nl)
- [www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)
- [www.Aedes-Arcares.nl](http://www.Aedes-Arcares.nl)
- [www.draaijerparkers.nl](http://www.draaijerparkers.nl)
- [www.kenniscentrumwonzorg.nl](http://www.kenniscentrumwonzorg.nl)
- [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)
- [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## LIJST MET GEÏNTERVIEWDE PERSONEN

### FASE 1

<u>Naam</u>	<u>Functie</u>	<u>Organisatie</u>	<u>Datum en Tijd</u>
Zwager, B.	Senior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	draaijer + partners	08-06-2007, 12:30 uur
Kessel, van, R.	Adviseur Huisvesting & Vastgoed	ABZV	26-06-2007, 11:00 uur
Olde Bijvank, E.	Senior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Quintis Vastgoed	27-06-2007, 10:00 uur
Mathew, J.	Junior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	draaijer + partners	28-06-2007, 13:00 uur
Allemekinders, J.A.	Senior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Twijnstra & Gudde	03-07-2007, 10:00 uur
Ensing, J.	Junior Adviseur Huisvesting & Vastgoed	Plan & Project Partners	09-06-2007, 11:00 uur
Verhoef, G.	Directeur Adviesbureau Zorgvastgoed	Agezo	20-07-2007, 10:00 uur

## FASE 2

<u>Naam</u>	<u>Functie</u>	<u>Organisatie</u>	<u>Datum en Tijd</u>
Stutterheim, R.	Directeur Facilitair Bedrijf	Altrecht	11-07-2007, 09:30 uur
Wesdorp, S.	Vastgoedontwikkelaar	Altrecht	11-07-2007, 14:30 uur
Rooyen, van, M.	Hoofd Afdeling Vastgoedbeheer	Altrecht	19-07-2007, 09:30 uur
Elich, J.A.M.	Hoofd sectie GGZ	Bouwcollege	14-08-2007, 14:00 uur
Beek, van, H.	Facilitair bedrijf	Dijk en Duin	23-08-2007, 13:00 uur
Bergh, van den, M.	Concern adviseur Vastgoed	Rivierduinen	28-08-2007, 11:00 uur
Milius, A.J.F.	Project medewerker Vastgoed	Drenthe	05-09-2007, 14:00 uur
Goos, A.	Projectleider Vastgoed	Drenthe	05-09-2007, 14:00 uur
Avest, ter, G.H.	Rentmeester, en Raad van Bestuur	Meerkanten	10-09-2007, 10:30 uur
Oosterhof, R.	Organisatieadviseur	Meerkanten	10-09-2007, 10:30 uur
Mooren, van der, W.	Hoofd huisvesting	Gelderse Roos	12-09-2007, 13:30 uur
Berg, van den, A.	Beleidsmedewerker Planning & Control	Gelderse Roos	12-09-2007, 13:30 uur
Platzbeecker, P.G.M.	Bouwcoördinator	Venray	27-09-2007, 13:30 uur
Van Meer, J.H.	Directeur Financiën en beheer	Emergis	24-09-2007, 11:30 uur

## BIJLAGE 1 INTERVIEWSCHEMA FASE 1

### Interview

#### Algemene gegevens

Datum :.....  
Tijdstip aanvang :.....  
Locatie :.....  
Naam interviewer :.....  
Naam geïnterviewde :.....

#### Aanleiding/ achtergrond

Mijn naam is Arnold Eisses, dit interview houd ik als onderdeel van mijn afstudeerstage bij Draaijer & Partners te Bunnik. Ik volg de opleiding Vastgoedkunde aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Het *doel van dit onderzoek* is om een tool te ontwikkelen waarmee, met relatief beperkte informatie, snel een besluitvormingsrichting kan worden bepaald voor de locatie en het gebouw op basis waarvan later een strategisch beleid gevoerd kan worden”. Het *doel van dit interview* is om informatie te verzamelen ter ondersteuning van het onderzoek.

#### Introductie

1. het interview zal worden opgenomen om het beter uit te kunnen werken
  2. Ik zal het interview op papier uitwerken en vervolgens naar u mailen. U kunt vervolgens laten weten of u al dan niet akkoord gaat met de uitgewerkte versie
  3. het interview kan anoniem plaatsvinden als u dat wenst.
  4. het interview zal ongeveer 45 minuten tot een uur in beslag nemen
- Heeft u verder nog vragen voordat ik start met het daadwerkelijke interview?

#### Organisatie

1. Wat is uw takenpakket binnen deze organisatie?
2. Hoe lang werkt u al bij deze organisatie?
3. Wat is uw voorgeschiedenis? (hiermee doel ik op opleidingen(en) en/ of eerdere werkervaringen).
4. Welk onderdeel maakt uw afdeling uit van de organisatie?

#### Veranderende omgeving/ regelgeving

1. Wat vindt u van de “oude” situatie waarin het Bouwcollege besliste rondom het nieuw te bouwen vastgoed? En waarom?
2. Wat wordt in de toekomst de rol van het Bouwcollege?



3. Wat vindt u van de invoering van marktwerking voor het bouwen van zorgvastgoed?
4. Waarom is het stelsel veranderd?
5. Verwacht u een “big bang” of een gereguleerde invoering van de stelselveranderingen?
6. Welke variant heeft uw voorkeur?
7. Wat zijn volgens u de gevolgen van deze stelselverandering?
8. Verwacht u dat huisvesting binnen zorgorganisaties een belangrijkere rol gaat krijgen?
9. In verschillende artikelen wordt zorgvastgoed genoemd als sector van de toekomst, wat is uw mening hierover?

#### Locatie

4. Wat kunt u zeggen van het imago van zorgvastgoed locaties?
5. Hoe kan hier iets aan gedaan worden?
6. Hoe kan de locatie van zorgvastgoed optimaler benut worden?
7. Wat zijn volgens u de belangrijkste drie eigenschappen van een goede locatie voor zorgvastgoed?
8. Wat voor locaties heeft uw organisatie in bezit?
9. Wat zijn de acties of plannen om hier iets aan te veranderen?

#### Vastgoed/ gebouwen

4. Wat zijn naar uw mening de sterke punten van de vastgoedportefeuille?
5. Wat zijn naar uw mening de belangrijkste tekortkomingen van uw vastgoedportefeuille?
6. Wat moet er volgens u op het gebied van zorgvastgoed veranderen?
7. Zal vastgoed als productiefactor gaan dienen binnen uw zorginstelling?
8. Bent u van plan om voor eigen rekening en risico vastgoed te ontwikkelen?
9. Bent u van plan om te gaan samenwerken met een woningbouwcorporatie of private investeerder?
10. Wat lijkt u het meest geschikte samenwerkingsverband voor een zorginstelling?

#### Financiën

1. Verwacht u dat de aanbieders van zorg zich bij hun core business (zorgverlenen) houden?
2. Verwacht u dat zorginstellingen commerciële activiteiten gaan ontplooiën om geld te verdienen voor de zorgtak? (zoals woningcorporaties)
3. Verwacht u dat zorginstellingen in de financiële problemen komen, of zelfs failliet gaan?

#### Afsluiten

Heeft u verder nog vragen en/ of opmerkingen?

Dan dank ik u hartelijk voor dit interview. Ik zal het interview uitwerken en binnen een week per mail aan u verzenden. Graag zou ik een reactie van u ontvangen of u akkoord gaat met de uitwerking of dat u wellicht nog verbeterpunten heeft.

Nogmaals bedankt voor uw tijd en tot ziens.

## Interview

---

### Algemene gegevens

---

Datum : .....  
Tijdstip aanvang : .....  
Locatie : .....  
Naam interviewer : .....  
Naam geïnterviewde : .....

### Aanleiding/ achtergrond

Mijn naam is Arnold Eisses, dit interview houd ik als onderdeel van mijn afstudeerstage bij Draaijer & Partners te Bunnik. Ik volg de opleiding Vastgoedkunde aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Het *doel van dit onderzoek* is om een tool te ontwikkelen waarmee, met relatief beperkte informatie, snel een besluitvormingsrichting kan worden bepaald voor de locatie en het gebouw op basis waarvan later een strategisch beleid gevoerd kan worden. Het *doel van dit interview* is om informatie te verzamelen ter ondersteuning van het onderzoek.

### Introductie

---

5. Ik zal het interview opnemen om het beter uit te kunnen werken.
6. Ik zal het interview op papier uitwerken en vervolgens naar u mailen. U kunt vervolgens laten weten of u al dan niet akkoord gaat met de uitgewerkte versie.
7. het interview zal ongeveer een uur in beslag nemen.  
Heeft u verder nog vragen voordat ik start met het daadwerkelijke interview?

### Organisatie

5. Wat is uw functiepakket + verantwoordelijkheden binnen deze organisatie?
6. Wie tekent de huur/ koop/ bouwcontracten?

7. Wat is uw voorgeschiedenis? (hiermee doel ik op opleidingen(en) en/ of eerdere werkervaringen) Hoe lang werkt u al bij deze organisatie?
8. Wie zijn uw klanten/ gebruikers van de gebouwen? Welke processen vinden er plaats?
9. Wat zijn de kenmerken van uw gebouwen? Wat is specifiek/ a-specifiek aan deze gebouwen? Welke doelgroepen richt u zich op?
10. Vastgoedbeheer, staat u er goed voor met uw gebouwen? Zo ja, hoe komt dat en zo nee hoe komt dat? Geen kennis in huis, onvoldoende capabel personeel?

## *Locatie*

---

### *Ontwikkelingen*

10. Is er intern al gesproken over de nieuwe vastgoedbenadering in zorgland? Wat zijn de reacties?
11. Zijn er al acties of plannen om iets aan de locaties te veranderen? (in erfpacht geven of verkopen van locaties, zo ja waarom?)
12. Hoe wilt u uw instellingsterrein modelmatig vormgeven? Concentratie/ deconcentratie, schillen model?
13. Wat vindt u van het verkopen van locaties?
14. Heeft u al locaties commercieel ontwikkeld? Zo ja, hoe ging dat?
15. Zou u dat nu anders doen? Waarom?
16. *Wat kunt u zeggen over de gemeente in het verlengde van uw plannen? Werken ze mee of tegen, wat zijn uw ervaringen?*
17. Welke functies laat het Bestemmingsplan toe?
18. Wat vindt u van omgekeerde integratie?
19. Wat is de invloed van het imago hierop? Hoe kan hier iets aan gedaan worden?

### *Kwaliteit*

20. Hoeveel locaties heeft uw organisatie in eigendom/ bezit en hoeveel huurt u, en hoe groot zijn deze locaties? M2?
21. Is er een locatiebeleid, hoe is dit zo ontstaan?
22. ga naar sublijst.
23. Door toevoeging van welke functies op uw locatie kunt u uw klanten beter bedienen? Bijv. KDV in bejaardentehuis?
24. Welke functies zou u niet toelaten op uw locatie?
25. Welke functies zijn niet met andere functies te mengen?
26. Wat zijn volgens u de belangrijkste drie eigenschappen van een goede locatie voor zorgvastgoed?

### *Financiën*

27. Hoe zou u de waarde (in de zin van een appeltje voor de dorst) van uw locatie inschatten? Waardoor denkt u dat dat bepaald wordt?
28. Wat kunt u doen om dit in de toekomst te veranderen?

## Gebouwen

---

### Functionaliteit

11. Hoeveel gebouwen heeft u, huur en koop?
12. Wat zijn naar uw mening de sterke punten van uw gebouwen?
13. Wat zijn naar uw mening de belangrijkste tekortkomingen van uw gebouwen?
14. Wat vindt u van a-specifiek bouwen in de zorg?
15. Kan dit ook voor de klinische functies?
16. Hoe zijn de uitbreidingsmogelijkheden van de gebouwen?
17. Wat moet er volgens u op het gebied van zorgvastgoed veranderen?
18. Zal vastgoed als productiefactor gaan dienen binnen uw zorginstelling?

### Imago

19. Is het imago van uw gebouwen belangrijk voor uw organisatie?
20. Is het imago van uw gebouwen belangrijk voor cliënten?
21. Is het imago van uw gebouwen belangrijk voor uw personeel? Of aan te trekken personeel?

## Financiën

---

3. Verwacht u dat zorginstellingen commerciële activiteiten gaan ontplooiën om geld te verdienen voor de zorgtak? (zoals woningcorporaties)
4. Verwacht u dat zorginstellingen in de financiële problemen komen, of zelfs failliet gaan?
5. Bent u van plan om voor eigen rekening en risico vastgoed te ontwikkelen?

## Afsluiten

---

Heeft u verder nog vragen en/ of opmerkingen?

Dan dank ik u hartelijk voor dit interview. Ik zal het interview uitwerken en binnen een week per mail aan u verzenden. Graag zou ik een reactie van u ontvangen of u akkoord gaat met de uitwerking of dat u wellicht nog verbeterpunten heeft. Nogmaals bedankt voor uw tijd en tot ziens.