



Jeroen Kingma
Directie Vitaal ZorgVast



Machteld Braunius

Regulierenring 2d
Gebouw G
3981 LB Bunnik
T: 030 - 659 86 14
www.vitaalzorgvast.nl



Cahier #02.

De driehoeksrelatie tussen zorgvisie,
vastgoedstrategie en exploitatie

02.

De driehoeksrelatie tussen zorgvisie, vastgoedstrategie en exploitatie

Behandelde het eerste cahier van Vitaal ZorgVast de voornaamste trends en ontwikkelingen in het zorgvastgoed, dit tweede cahier gaat over de driehoeksrelatie tussen de zorgvisie van het ziekenhuis, de vastgoedstrategie en de exploitatie.

Het ziekenhuis bepaalt zijn eigen succes. En dat succes begint bij de visie van het ziekenhuis op de te leveren zorg. Hoe positioneert de instelling zich in de markt, welke klanten wil zij bedienen, welke producten biedt zij aan en hoe ziet de zorgorganisatie er uit?

De antwoorden op deze cruciale vragen zijn het uitgangspunt voor belangrijke strategische keuzes die tezamen de visie van het ziekenhuis bepalen.

Iedere strategische keuze heeft gevolgen voor de huisvesting van het ziekenhuis en de kosten die hiermee zijn gemoeid. Om niet in de financiële problemen te komen is het daarom van belang de huisvestingslasten - nieuwbouwinvesteringen én onderhoudskosten - af te stemmen op de totale exploitatie van het ziekenhuis.





‘De zorgvisie, vastgoedstrategie en exploitatie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden’

De volgende stap is de financiering van de nieuwbouwplannen door een bank of belegger. De zorgvisie van het ziekenhuis is hierbij van groot belang. Want voor beide geldschieters geldt dat zij er van overtuigd willen zijn dat het ziekenhuis op de lange termijn een gezonde organisatie is die aan zijn verplichtingen kan voldoen. Voor deze beoordeling kijken zij naar de businesscase die het ziekenhuis heeft opgesteld voor de realisatie en exploitatie van de huisvesting.

“De zorgvisie, vastgoedstrategie en exploitatie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Gezamenlijk vormt dit drietal de businesscase waarmee het ziekenhuis de koers voor de toekomst bepaalt, de financiering van bank of belegger veiligstelt en de nieuwe huisvesting financieel haalbaar maakt”, stelt directeur Jeroen Kingma van Vitaal ZorgVast.

Michel van Schaik van de Rabobank geeft in dit cahier aan welke eisen banken stellen aan een businesscase en wat bij ziekenhuizen en zorginstellingen veel voorkomende financieringsproblemen zijn. En u leest welke impact het nieuwe financieringsstelsel heeft gehad op de nieuwbouwplannen van de Isala klinieken in Zwolle. Bestuursvoorzitter Marjanne Sint vertelt hierover.

Financieel specialist Derek Holsboer van Vitaal ZorgVast legt uit hoe beleggers tegen de financiering van een ziekenhuis aankijken.

Rob Dillmann, voorzitter raad van bestuur van het Zaans Medisch Centrum (ZMC) in Zaandam, vertelt hoe hij samen met Vitaal ZorgVast werkt aan een businesscase voor de nieuwe huisvesting van het ZMC. Hij verwerft hiermee in een vroeg stadium van het proces naast vastgoedkennis ook de laatste snufjes op het gebied van medische technologie.



Financiële ruimte beperkt door nieuwe bouwregime

Op 1 januari 2008, toen de ziekenhuizen zelf verantwoordelijk werden voor hun huisvesting, is de sector 180 graden gedraaid. Vanaf die dag kunnen ziekenhuizen niet meer op de overheid terugvallen voor de financiering van hun vastgoed. Zij moeten aan hun financiers - banken en zorgverzekeraars - uitleggen hoe zij de investeringen in huisvesting en apparatuur terugverdienen. Ziekenhuizen hebben moeite met het geven van die toelichting.

“Ziekenhuisbestuurders moeten als gevolg van de kritische dialoog die zij door de stelselwijzigingen voeren met banken, verzekeraars en andere financiers veel verder vooruitkijken dan voorheen. Dat betekent dat zij een goede businesscase moeten schrijven. Bij voorkeur voordat met het ontwerp en de realisatie van het nieuwe ziekenhuis wordt begonnen. Want dan is er nog ruimte om de cruciale driehoek van zorgvisie, vastgoedstrategie en exploitatie op elkaar af te stemmen”, legt adjunct-directeur Machteld Braunius van Vitaal Zorgvast uit.

Ziekenhuizen die gedurende de overgang van het oude naar het nieuwe financieringsstelsel een bouwproject hebben, bijvoorbeeld de Isala klinieken, doorlopen door de situatie gedwongen het proces in tegengestelde richting. Omdat zij het gebouw onder de oude regelgeving hebben ontworpen en het onder de nieuwe moeten exploiteren, zijn zij genoodzaakt om hun businesscase te herijken en aanpassingen door te voeren in de financiering, het gebruik en de exploitatie van de huisvesting. Dit vraagt veel van de ziekenhuisorganisatie.



Michel van Schaik, directeur gezondheidszorg Rabobank

Door de stelselwijziging zitten veel zorginstellingen in de financiële problemen

“De overheid moet de ziekenhuizen schoon door de poort laten gaan en hen compenseren voor de erfenissen van het oude stelsel, onder meer de boekwaardeproblematiek”, stelt directeur gezondheidszorg Michel van Schaik van de Rabobank. “Dit probleem speelt al jaren en het is de verantwoordelijkheid van de overheid om het op te lossen.”

Van Schaik maakt zich druk over een boekhoudkundig probleem met grote gevolgen. Omdat het zorgvastgoed met ingang van 1 januari 2008 marktconform wordt gefinancierd, is de afschrijvingstermijn van vijftig jaar die het Rijk altijd heeft gehanteerd onhoudbaar geworden. Zorginstellingen moeten hun gebouwen in het vervolg marktconform afschrijven in termijnen van twintig tot dertig jaar. De effecten hiervan, die tot aanzienlijk hogere kosten leiden, moeten volgens Van Schaik worden doorberekend in de zorgtarieven.

Door het inkorten van de afschrijvingstermijnen van zorgvastgoed zien veel zorginstellingen hun financiële reserve verdampen. Een gebouw dat bijvoorbeeld in 1985 is opgeleverd en destijds 100 miljoen euro heeft gekost zou volgens het oude stelsel waarin een afschrijvingstermijn van vijftig jaar wordt gehanteerd nog zo'n 50 miljoen euro waard zijn. Maar wordt er marktconform afgeschreven, dan is het gebouw na vijftientwintig jaar niets meer waard. De zorginstelling in dit vereenvoudigde rekenvoorbeeld zou dus van de ene op de andere dag 50 miljoen euro armer zijn.

Het beperkte eigen vermogen van ziekenhuizen is voor bankier Van Schaik nog een relatief overzichtelijk probleem. De politieke besluitvorming over de liberalisering van de zorgtarieven is dat beslist niet. De grote onduidelijkheid over het tempo waarin de zorgmarkt wordt vrijgegeven en of dit überhaupt gebeurt maakt banken en dus ook Van Schaik onzeker.

Omdat garantstellingen van de overheid en duidelijkheid van de politiek ontbreken, zoekt Van Schaik naar andere zekerheden. Hij ziet hier een nieuwe rol weggelegd voor partijen die betrokken zijn bij de realisatie van het ziekenhuis; bijvoorbeeld bouwers, installatiebedrijven en ontwikkelaars als Vitaal ZorgVast. Zo zou de bouwende partij volgens Van Schaik risicodragend in het project kunnen stappen, eventueel in samenwerking met een belegger. De bank draagt dan niet meer alle risico's.

‘Wij vragen van medisch specialisten commitment’

Op zoek naar zekerheden beperkt Van Schaik zijn bezoek aan ziekenhuizen niet meer tot de directiekamers. Hij praat sinds de invoering van het nieuwe bekostigingsstelsel ook met medisch specialisten. “Wij vragen van hen commitment”, stelt hij. De bankier wil dat artsen zich verbinden aan de businesscase van het ziekenhuis en daarbij zelf financiële risico's dragen. Bijvoorbeeld door het honorarium van artsen afhankelijk te maken van de prestaties van het ziekenhuis. “Dan voelen ook de specialisten het als het niet goed gaat met het ziekenhuis.”



‘Banken die praten met de specialisten’

Bestuursvoorzitter Marianne Sint van de Isala klinieken in Zwolle weet hoe dat voelt. “Dat was spannend natuurlijk”, herinnert zij zich. Maar volgens de zorgbestuurder, die 442,5 miljoen euro bij de bank leende voor de bouw en inrichting van een nieuw ziekenhuis waarvan de oplevering in 2013 op de planning staat, is het ook begrijpelijk. “Ik vind het wel heel logisch dat een financier zich er zelf van wil verzekeren dat de maatschappen er helemaal achter staan.”

Om de specialisten van de Isala klinieken, waar in het totaal zo’n 5.300 mensen werken, te committeren aan de nieuwbouw zijn zij door Sint ondergebracht in wat de zorgbestuurder zelf “resultaat verantwoordelijke eenheden” noemt. Deze clusters hebben elk een eigen omzet- en kwaliteitstarget. Om te controleren of de doelstellingen ook worden gehaald, vindt er twee keer per jaar een overleg plaats tussen de specialisten en de raad van bestuur.

“De specialisten hadden vroeger geen zicht op hun bijdrage aan het totale resultaat van het ziekenhuis”, legt Sint uit. “Nu hebben zij dat wel en wordt duidelijk waar de ‘feeders’ en de ‘bleeders’ zitten.” En dat inzicht is niet alleen voor de artsen interessant.

Ook de financier van de nieuwbouw heeft hiervoor belangstelling. “Ieder kwartaal heb ik een overleg met de bank waarin de prestaties van het ziekenhuis worden besproken.”

De nieuwbouw dwingt volgens Sint de zorgorganisatie om efficiënter te werken. “We moeten omschakelen van een budget gedreven naar een resultaat gedreven organisatie.” Om naast de specialisten ook de medewerkers in deze beweging mee te krijgen loopt het programma ‘I-lean’. Binnen dit traject wordt gekeken waar de zorgorganisatie geld zou kunnen besparen. “De werkkamer van een specialist zat bijvoorbeeld vier verdiepingen onder de OK (operatiekamer, red.). Door die werkkamer vlak naast de OK te plaatsen is de specialist nu minder lang onderweg en kan hij meer operaties doen.”

Sint heeft stevig moeten schrappen in de bouwplannen. Om de businesscase sluitend te krijgen heeft haar voorganger met het oog op het nieuwe financieringsstelsel in 2005 het programma al fors ingekrompen. “Was dat niet gebeurd, dan zouden we nu lang niet zo ver zijn.” Zelf heeft Sint een inbandige parkeergarage uit de plannen geschrapt en deze vervangen door een veel goedkoper parkeerterrein op maaiveld.



‘De huisvestingskosten hebben direct gevolgen voor het hele ziekenhuis’

De in het najaar van 2009 gestarte nieuwbouw, die wordt gerealiseerd door het bouwconsortium ‘Isala Designed to Build’ (D2B) dat onder leiding staat van BAM Utiliteitsbouw Regio Oost, dwingt Sint en haar collega’s om de tijdshorizon ver naar voren te schuiven. Veel verder dan de horizon van één tot twee jaar die onder het oude bouwregime gebruikelijk was.

De bestuurders en managers van de Isala klinieken hebben zich onder druk van de banken gebogen over demografische ontwikkelingen en marktanalyses. En Sint heeft samen met haar collega’s onderzoek gedaan naar verschillende stressscenario’s. “Wat als de markt inzakt? Wat als er straks veel minder mensen in en rond Zwolle wonen dan waar we nu rekening mee houden?”

De marktonderzoeken en het schrijven van de businesscase hebben volgens Sint de hele organisatie van het ziekenhuis op scherp gezet. Iedereen, tot aan de medisch specialisten toe, weet en begrijpt nu dat de huisvestingskosten direct gevolgen hebben voor het hele ziekenhuis. Vooral in de eerste jaren na oplevering wordt het spannend. Want in die periode zijn de rente, aflossing en afschrijving door het zogenaamde ‘badkuipeffect’ het hoogst.

“We halen de broekriem aan”, stelt Sint. Er geldt bijvoorbeeld een strak begrotingsregime. En het ziekenhuis zal na oplevering van de nieuwbouw langere openingsuren krijgen. “Ja, dat heeft een financiële reden. Maar hiermee sluiten we ook beter aan bij de huidige samenleving. Steeds meer mensen verwachten tegenwoordig dat het ziekenhuis net als de supermarkt ’s avonds open is.”



Beleggers hebben belangstelling voor zorgvastgoed

Een volledig nieuw ziekenhuisgebouw kost al gauw tussen de 100 en 200 miljoen euro. Daarmee is de huisvesting van een ziekenhuis goed voor een fors deel van de balans, afhankelijk van de ouderdom en de waardering al gauw zo'n tweederde van het balanstotaal.

De stelselwijziging en de daarmee verbonden regelgeving voor vastgoedfinanciering dwingt ziekenhuizen om kritisch te kijken naar hun financiële mogelijkheden. Zorgbestuurders stappen uit gewoonte naar de bank om hun bouwplannen te financieren. Maar dat is niet meer de enige optie. "Wij denken dat ook andere geldschieters belangstelling hebben voor de zorg. Zo kan je een gebouw voor zorgondersteunende diensten en kantoorfuncties ontwikkelen dat heel goed kan worden verkocht aan een belegger", stelt adjunct-directeur Machteld Braunius van Vitaal ZorgVast.

Door de economische crisis zijn beleggers, bijvoorbeeld pensioenfondsen, verzekeraars en vastgoedfondsen, op zoek naar stabiele en betrouwbare vastgoedbeleggingen.

Want de leegstand van kantoorgebouwen, waar traditioneel veel geld in wordt gestoken, is door de crisis sterk gestegen. De zorgsector daarentegen groeit en is ook relatief stabiel. Dus beleggen in een ziekenhuis- of zorggebouw is erg interessant.

Beleggers willen wèl weten wat ze kopen. Zij stappen niet zomaar in een ziekenhuis maar vragen om een goed doordachte businesscase waarin de zorgvisie, bedrijfsstrategie, financiële situatie van het ziekenhuis, de vastgoedstrategie en de exploitatie van het gebouw zijn vastgelegd.

Een ziekenhuis kan zijn eigen financiële positie ook versterken door slim om te gaan met de eigen middelen, bijvoorbeeld door de grond rond het ziekenhuis te bebouwen. Zo zou een projectontwikkelaar voor eigen risico een zorgboulevard kunnen realiseren waarin ondersteunende zorgdiensten worden ondergebracht als een huisartsenpost, een kraam- en zorghotel en ambulante psychiatrische zorg.



Een ziekenhuis dat zijn vastgoed verkoopt aan een belegger. Financieel specialist Derek Holsboer van Vitaal ZorgVast geeft direct toe dat het voor veel ziekenhuisbestuurders zal voelen alsof de kroonjuwelen van de hand worden gedaan. Toch kan verkoop een aantrekkelijke optie zijn voor het ziekenhuis, zowel in financieel als in organisatorisch opzicht.

Belangrijkste voordeel van verkoop van het vastgoed of een deel hiervan is dat er geld vrijkomt. Dit geld, dat anders in gebouwen vast zou zitten, kan dan worden gebruikt om de kwaliteit van de zorgorganisatie te verbeteren. Holsboer: “Niet het gebouw maar de mensen, kennis en kwalitatieve zorgverlening zijn de kroonjuwelen van het ziekenhuis.”

Een belegger kan volgens Holsboer ook een interessante partij zijn voor een ziekenhuis dat grond en gebouwen gedeeltelijk wil behouden. Het vastgoed wordt dan geknipt, wat het mogelijk maakt om bijvoorbeeld het gebouw waar de kantoorfuncties in zijn ondergebracht van de hand te doen. Hiermee versterkt het ziekenhuis zijn financiële positie, wat het vervolgens makkelijker maakt om de bank over de streep te trekken voor de financiering van de rest van de bouwplannen.

‘Niet de gebouwen maar de mensen en kennis zijn de kroonjuwelen van het ziekenhuis’



Vitaal ZorgVast praat namens opdrachtgevers met beleggers. De belangrijkste rol van de projectontwikkelaar is hierbij het wegnemen van de kennisachterstand van beleggers. Holsboer: “Onze nauwe betrokkenheid bij onze opdrachtgevers stelt ons in staat om beleggers te voorzien van de juiste achtergrondinformatie over de zorgorganisatie. Samen met het ziekenhuis stellen wij een investeringsmemorandum op.”

Vastgoedbeleggers willen net als de bank alles weten van de zorgorganisatie die het ziekenhuis gebruikt. Zo stellen zij eisen aan het onderhoud van het gebouw en willen inzicht hebben in de financiële huishouding van de zorginstelling. Holsboer: “En ze vragen ook aan Vitaal ZorgVast garanties.”

Als gevolg van nieuwe regelgeving voor de financiering van zorgvastgoed hebben steeds meer zorginstellingen moeite met het vinden van het benodigde geld voor de noodzakelijke vastgoedinvesteringen. Onder het oude bouwregime financierden banken het hele ziekenhuisgebouw. Zij deden dat zonder al te veel kritische vragen te stellen omdat de overheid garant stond en het dus om een vrijwel risicoloze financiering ging.

‘Beleggers vragen ook Vitaal ZorgVast om garanties’

Een financiering van 100 procent door de bank zoals onder de oude regelgeving gebruikelijk was, daarop moeten ziekenhuizen volgens Holsboer niet meer rekenen. Wil een bank instappen, dan heeft het ziekenhuis naast een businesscase ook eigen vermogen nodig. Dat zou bij voorkeur moeten liggen tussen de 15 en 20 procent van het totale vermogen. Ziekenhuizen met een solvabiliteit van rond de 10 procent, krijgen het volgens Holsboer bij de bank “heel lastig”.

Holsboer geeft ziekenhuizen met een laag eigen vermogen weinig kans als zij aankloppen bij het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ), dat op vastgoedleningen van zorginstellingen garanties verstrekt waardoor het risico en de rente lager worden. “Het Waarborgfonds kijkt vooral naar de solvabiliteit en maakt een ratio analyse. De onderliggende businesscase, hoe goed ook, wordt in de beoordeling onvoldoende meegenomen. Terwijl het hier bij de exploitatie van het vastgoed juist om draait.”

‘Het Waarborgfonds is nog strenger dan de banken’



Zorghuisvesting vereist teamwerk van specialisten

Net als het verlenen van zorg is het huisvesten van zorg teamwerk. In het ziekenhuis werken tal van disciplines nauw met elkaar samen. Dat moet, want een patiënt kan alleen gezond weer naar huis worden gestuurd als alle medewerkers en specialisten hun kennis, ervaring en vaardigheden bundelen. Waar zou de chirurg zijn zonder de anesthesist? En hoe zou een internist zijn patiënten kunnen behandelen zonder de hulp van een verpleegkundige?

De bestuurder die een nieuw ziekenhuis wil realiseren heeft hiervoor, net als voor het verlenen van zorg, een team van specialisten nodig. En dan gaat het niet alleen om de architect, de installateur en de bouwer die betrokken zijn bij de daadwerkelijke realisatie van het gebouw. Aan deze fase van uitvoering gaat een belangrijk traject vooraf: de ontwikkeling van een nieuw ziekenhuis start met het schrijven van de businesscase.

Voor het schrijven van een goede businesscase is een diepe kennis nodig van zorg, vastgoed, exploitatie en financiën. Want het nieuwe bouwregime heeft deze onderwerpen, die lange tijd in de bestuurskamers van ziekenhuizen als op zich staande dossiers zijn behandeld, onlosmakelijk met elkaar verbonden. “Zorg is het specialisme van het ziekenhuis”, stelt directeur Jeroen Kingma van Vitaal ZorgVast. “Vastgoedontwikkeling, -exploitatie en -financiering binnen de zorg is ons specialisme.”

Voor een optimaal functionerend ziekenhuis moeten zorg- en vastgoedkennis bij elkaar worden gebracht. En om die twee cruciale elementen van een succesvol vastgoedbeleid met elkaar te laten versmelten gaan wij een langdurige en intensieve relatie aan met onze opdrachtgevers. Een relatie die ook na de oplevering van het gebouw blijft bestaan en waarbinnen wij het financieel risico van de huisvesting delen met het ziekenhuis.



Begin 2007 staat bestuursvoorzitter Rob Dillmann van het Zaanse Medisch Centrum (ZMC) voor een moeilijke keuze. Doorgaan of stoppen? Het ZMC is halverwege de ontwikkeling van een nieuw ziekenhuis. De bestaande huisvesting, een complex dat uit verschillende gebouwen uit de jaren zestig en tachtig bestaat, is verouderd en zou snel vervangen moeten worden.

De wens om nieuw te bouwen is groot door de slechte staat waarin de bestaande huisvesting verkeert. Toch neemt Dillmann het besluit om niet verder te gaan. Hiermee anticipeert hij op het nieuwe bouwregime dat de financiële risico's voor huisvesting met ingang van 1 januari 2008 verlegt van het Rijk naar de ziekenhuizen.

‘Een projectontwikkelaar brengt kennis in waarover je zelf niet beschikt’

Dillmann begint na het afbreken van het nieuwbouwtraject aan de ontwikkeling van een vastgoedstrategie. Hiervoor is hij met Vitaal ZorgVast een langdurige samenwerking aangegaan. Dillmann: “We beschikken door onze samenwerking met Vitaal ZorgVast over de voor de nieuwbouw benodigde vastgoedkennis die we zelf niet in huis hebben. “

Met Vitaal ZorgVast praat Dillmann niet alleen over de huisvesting van het ziekenhuis. De dialoog tussen de twee partners gaat veel verder, mede omdat Vitaal ZorgVast risicodragend mee investeert in de nieuwe huisvesting. Zo wordt er gediscussieerd over de vragen hoe de zorgmarkt zich ontwikkelt en hoe de regio rond Zaandam er demografisch en economisch op de korte en lange termijn uit ziet. En er wordt gesproken over ontwikkelingen in de zorgprocessen, de invloed van nieuwe medische technologieën hierop en de gevolgen hiervan voor het ziekenhuis.

Juridisch krijgt de alliantie tussen Vitaal ZorgVast en het ZMC de vorm van een gezamenlijke bv die na de oplevering van het ziekenhuisgebouw ook de exploitatie van het vastgoed zal verzorgen. Bovendien zitten de mensen van BAM die over de bouw, het beheeren, onderhouden en de facilitaire organisatie van het ziekenhuis vanaf het begin aan tafel. Hierdoor kan bij iedere ontwerpkeuze direct worden nagegaan in hoeverre deze slim is wat betreft haalbaarheid, uitvoerbaarheid en de ‘lifecycle’ kosten, het geld dat het ziekenhuis gedurende de levensduur van het gebouw kwijt is aan huisvesting. Andere partijen die betrokken zijn bij het bouwproces, bijvoorbeeld de architect, de installatieadviseur en de constructeur, worden door de gemeenschappelijk bv ingehuurd.



As van de alliantie tussen het ZMC en Vitaal ZorgVast is de businesscase. Het document is opgesteld door een gezamenlijk team waarin mensen zitten van beide organisaties. In de businesscase is de driehoek van zorgvisie, vastgoedstrategie en exploitatie gedetailleerd vastgelegd en uitgewerkt. In het document is bovendien vastgelegd dat Vitaal Zorgvast garandeert dat de kosten van de huisvesting onder een bepaald percentage van de omzet blijven.

‘De medische apparatuur wordt niet meer gekocht maar gehuurd’

Hierdoor draagt Vitaal ZorgVast niet alleen een deel van het risico en worden de belangen van het ZMC en de ontwikkelaar gelijkgeschakeld. De garantie van Vitaal Zorgvast maakt het ook mogelijk om in relatief korte tijd de nieuwbouw te realiseren op een manier dat het ook eenvoudig bij een belegger is onder te brengen.

Voor de medische technologie, bijvoorbeeld MRI-scanners en röntgenapparatuur, zoekt het ZMC naar een lange termijn verbinding met een technologie partner. Om deze partij ook onderdeel van de alliantie te laten worden lijkt vooralsnog een stap te ver, al onderschrijven het ZMC en Vitaal ZorgVast dat dit wil voor de hand ligt. Ook al maakt de technologiepartner geen onderdeel uit van de alliantie, toch zal de partij tijdens de ontwerpfase aan tafel zitten.

In Nederland is het project door de nauwe betrokkenheid van de technologiepartner baanbrekend. Want nooit eerder is de leverancier van medische apparatuur zo vroeg bij de realisatie van een ziekenhuis betrokken. Doel van de aanpak is om een ziekenhuisgebouw neer te zetten waarin de apparatuur niet alleen naadloos wordt ingepast, maar ook zonder al te grote ingrepen kan worden vervangen.

“Het is uiteindelijk niet gebeurd, maar in het oude gebouw zou voor de nieuwe beluchtinginstallaties in de operatiekamers het hele dak met een drillboor moeten worden verwijderd”, vertelt Dillmann over een probleem dat hij in de nieuwbouw niet meer tegen zal komen.

“Maar op de verdieping eronder liggen patiënten die niet weg kunnen. Dan moet je op een goed moment oordopjes uitdelen aan zwangere vrouwen, iets wat we werkelijk eens hebben moeten doen bij een verbouwing! Dat kan natuurlijk niet.”



‘We beschikken door onze samenwerking met Vitaal ZorgVast over de voor de nieuwbouw benodigde vastgoedkennis die we zelf niet in huis hebben.’

