



**College bouw
zorginstellingen**

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

I <http://www.bouwcollege.nl>

AWBZ-voorzieningen

Prestatie-eisen voor nieuwbouw

Vastgesteld door het College bouw zorginstellingen op 18 december 2006

Goedgekeurd door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op
26 februari 2007

Rapportnummer 0.122

ISBN 978-90-8517-081-5

Inhoudsopgave

Samenvatting

DEEL I	1
1 Inleiding	1
2 Achtergronden en (zorginhoudelijke) ontwikkelingen	3
2.1 Context en achtergronden AWBZ	3
2.1.1 Overheveling curatieve GGZ	4
2.1.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)	5
2.2 Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en bouwregime	6
2.2.1 Kapitaallasten en normatieve huisvestingscomponent (NHC)	7
2.2.2 Verblijfscategorieën en verblijfsconcepten	8
2.3 Doelgroepen in de AWBZ	11
2.3.1 Mensen met een somatische aandoening	12
2.3.2 Mensen met een psychogeriatrische aandoening	12
2.3.3 Mensen met een verstandelijke handicap	13
2.3.4 Mensen met een lichamelijke handicap	14
2.3.5 Mensen met een zintuiglijke handicap	14
2.3.6 Mensen met een psychiatrische aandoening	15
3 (Ge)bouwen in de AWBZ	17
3.1 Verblijf	17
3.1.1 Verblijfscategorieën licht – zwaar – beveiligd	17
3.1.2 Verblijfsconcepten	18
3.1.3 Onderscheid mobiele versus niet-mobiele cliënten	21
3.2 Ondersteunende en activerende begeleiding	22
3.3 Behandeling	23
3.4 Ondersteunende diensten	23
3.5. Kinderdagcentra (KDC)	24
4 Prestatie-eisen	25
4.1 Achtergronden prestatie-eisen	25
4.2 Algemene prestatie-eisen	25
4.2.1 Flexibiliteit	25
4.2.2 Locatie en bereikbaarheid	26
4.2.3 Toegankelijkheid	27
4.2.4 Toegankelijkheid bij zintuiglijke beperkingen	27
4.2.5 Belevingsaspecten	27
4.2.6 Roken	28
4.2.7 Conditie	28

4.3	Prestatie-eisen voor verblijf	28
4.3.1	Algemene prestatie-eisen voor verblijf	29
4.3.2	Specifieke prestatie-eisen niet-mobiele cliënten	32
4.3.3	Ruimtelijke prestatie-eisen voor verblijf	33
4.4	Prestatie-eisen voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten	35
4.5	Prestatie-eisen kinderdagcentra (KDC)	36
5	Financiële aspecten	37
5.1	Inleiding	37
5.2	Oppervlaktebepaling	37
5.2.1	Verblijfsvoorzieningen AWBZ	37
5.2.2	Kinderdagcentra (KDC)	39
5.2.3	Toeslagen	40
5.3	Normatieve kosten	45
DEEL II		47
Aandachtspunten en praktijkvoorbeelden		47
1	Inleiding	47
2	Algemene aspecten	47
2.1	Flexibiliteit	47
2.2	Toegankelijkheid voor niet-mobiele doelgroepen	52
2.3	Toegankelijkheid voor mensen met zintuiglijke beperkingen	55
2.4	Belevingsaspecten ('healing environment')	57
2.5	Conditie	59
2.6	Technische aspecten	61
2.7	Brandveiligheid	63
3	Verblijfsconcepten	64
3.1	Individueel verblijf	64
3.2	Kleinschalig groepsverblijf	67
3.3	Afdelingsverblijf	69
3.4	Combinatieprojecten	71
Bijlagen		
1	Prestatie-eisen curatieve GGZ	73
2	Lijst van gebruikte afkortingen	75
3	Trefwoordenregister	77
4	Vloeroppervlakten volgens NEN 2580	79
5	Relevante prestatie-eisen en referentiekaders	81
6	Handleiding en rekenvoorbeelden	83
7	Verantwoording voorbeeldprojecten en illustraties	89
Regeling prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen		93
Referentiekader bestaande bouw AWBZ		97

Samenvatting

Op 18 december 2006 heeft het College bouw zorginstellingen (Bouwcollege) de herziene prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen vastgesteld. Het gaat daarbij om voorzieningen voor langdurige zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging en om dagcentra voor verstandelijk gehandicapte kinderen (KDC).

De nieuwe eisen zijn ontwikkeld in de context van diverse beleidsmatige ontwikkelingen, zoals de overheveling van functies uit de AWBZ en de introductie van zorgzwaartebekostiging. Ook wijzigingen in het bouwregime (WTZi) en de behoefte aan verdere harmonisatie, vereenvoudiging en verduidelijking van de systematiek vormden belangrijke argumenten om de prestatie-eisen te actualiseren. De gewijzigde eisen bieden een toekomstbestendig kader voor de bouw van AWBZ-voorzieningen. Er is meer ontwerpvrijheid en flexibiliteit ontstaan om als zorgaanbieder op eigen wijze invulling te kunnen geven aan de huisvesting. Dit is vooral van belang omdat zorgaanbieders meer en meer zelf verantwoordelijk zijn voor beslissingen rond bouw en de exploitatie daarvan. Zij zullen strategisch moeten omgaan met locaties, gebouwen en het beheer van hun vastgoed.

De prestatie-eisen zijn van toepassing op voorzieningen die vallen onder het bouwregime ex WTZi. Het gaat dan om de (vervangende) nieuwbouw, renovatie en ingebruikname (huur/koop) van grootschalige intramurale AWBZ-voorzieningen (> 25 plaatsen op één postcode), kleinschalige AWBZ-voorzieningen met meer dan 12 plaatsen zwaar verblijf en KDC's. De eisen hebben betrekking op de verblijfsruimten van cliënten, de ruimten die nodig zijn om het verblijf van cliënten te faciliteren (ondersteunende diensten) en de ruimten die zijn bestemd voor verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling van verblijfscliënten.

Licht, zwaar en beveiligd verblijf

In de prestatie-eisen is aangesloten bij de WTZi-definities voor licht en zwaar verblijf en wordt nog een derde verblijfscategorie onderscheiden, nl. beveiligd verblijf. De gekozen bouwvorm (a-specifieke, specifieke of specialistische bouw) is bepalend of sprake is van licht, zwaar dan wel beveiligd verblijf. In de volgende tabel zijn de drie verblijfs categorieën nader omschreven.

Verblijfscategorie	omschrijving
Licht verblijf (a-specifieke bouw)	Woningen/verblijfsvoorzieningen met lichte aanpassingen ten opzichte van de reguliere woningbouw. Het betreft a-specifieke voorzieningen die qua vormgeving, verschijningsvorm, voorzieningenniveau, afwerkingsniveau en investeringskosten lijken op reguliere woningbouw (doorgaans sociale woningbouw). In algemene zin zijn deze voorzieningen met geringe aanpassingen geschikt te maken voor de reguliere woningmarkt (afstootbaar)
Zwaar verblijf (specifieke bouw)	Woningen/verblijfsvoorzieningen met ingrijpende aanpassingen ten opzichte van reguliere woningbouw. Het gaat om specifieke voorzieningen die qua vormgeving, verschijningsvorm, voorzieningenniveau, afwerkingsniveau en investeringskosten duidelijk uitstijgen boven reguliere woningbouw
Beveiligd verblijf (specialistische bouw)	Woningen/verblijfsvoorzieningen met zodanig ingrijpende aanpassingen, dat deze in geen enkel opzicht vergelijkbaar zijn met reguliere woningbouw. Het betreft specifieke en (hoog) specialistische voorzieningen waar veiligheid en beveiliging centraal staan. Dit komt tot uitdrukking in de vormgeving, verschijningsvorm, de locatie, het voorzieningenniveau, het afwerkingsniveau en de investeringskosten.

Bij alle omschreven verblijfs categorieën kan gekozen worden uit drie verblijfsconcepten: individueel verblijf (1-2 personen), kleinschalig groepsverblijf (3-6 personen) en afdelingsverblijf (maximaal 10 personen). In de praktijk zijn er meer verblijfsconcepten te herkennen en lopen de drie concepten subtieler in elkaar over dan deze hoofdingeling suggereert.

‘Lichte’ bouw bij ‘zware’ zorg

Niet langer is de zorgzwaarte van de cliënt per definitie doorslaggevend in de keuze voor licht dan wel zwaar verblijf. Beveiligd verblijf is hiervan uitgezonderd, vanwege het zeer specialistische karakter. Het is dus mogelijk om voor cliënten die weliswaar behoefte hebben aan intensieve verpleging, begeleiding of behandeling (‘zware zorg’) te kiezen voor licht in plaats van zwaar verblijf. Bijvoorbeeld in de vorm van (geclusterde) individuele appartementen, conform de prestatie-eisen en kostennormen zoals die gelden voor individueel verblijf licht. Enerzijds kan het dan gaan om cliënten met voldoende regie over het eigen leven om een ‘zelfstandige woning’ te kunnen bewonen. Te denken valt aan (gestabiliseerde) chronisch somatische problematiek, lichamelijke gehandicapten en jongeren met somatische problematiek. Anderzijds kan het gaan om cliënten met zeer ernstige gedragsproblematiek die niet of nauwelijks in een groep te handhaven zijn en beter tot hun recht komen in een eigen appartement of woning met voldoende leef- en privéruimte. Bij enige clustering van cliënten is het mogelijk om, aanvullend op het verblijf, ruimten te realiseren (een gezamenlijke huiskamer of inloopruimte, een centrale badkamer en eventueel ruimten voor behandeling of activerende begeleiding).

Prestatie-eisen

De prestatie-eisen omschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau van ruimten, functies en voorzieningen, en vormen het toetsingskader waaraan nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen worden getoetst. De prestatie-eisen hebben betrekking op de essentiële, meest kwaliteitsbepalende functies van een gebouw. De eisen zijn opgenomen in hoofdstuk 4 van deel I.

Er zijn open en gesloten prestatie-eisen. Gesloten eisen zijn meetbaar en worden bijvoorbeeld geformuleerd in termen van minimale afmetingen van ruimten, minimaal aanwezige ruimten en technische specificaties van bouwdelen. Open normen zijn onder meer de eisen die gesteld worden aan de locatie, de condities en de bele-

ving van de verblijfsomgeving. Omdat deze vaak moeilijk meetbaar zijn, wordt in deel II uitgebreider op deze eisen ingegaan. De prestatie-eisen zijn nadrukkelijk niet normatief bedoeld en zijn ook niet op te vatten als 'de gouden standaard'. Feitelijk is met de prestatie-eisen alleen de ondergrens vastgelegd.

Nieuw of gewijzigd zijn de volgende prestatie-eisen:

- nieuw zijn de eisen die zijn opgenomen voor kinderdagcentra voor verstandelijk gehandicapte kinderen (KDC);
- de eisen voor toegankelijkheid zijn naar beneden bijgesteld (zie verder);
- nieuw is het onderscheid in eisen voor mobiele en niet-mobiele doelgroepen, met lagere eisen voor mobiele cliënten (zie verder);
- de eisen voor flexibiliteit zijn minder vrijblijvend geformuleerd;
- het scheiden van de functies verblijf en begeleiding/behandeling is als eis vervallen en hetzelfde geldt voor het scheiden van 'contrasterende' doelgroepen;
- nieuw is de eis voor daglichttoetreding in verblijfsruimten. Deze eis is nu gelijk aan reguliere woningbouw (Bouwbesluit);
- de eisen voor privacy (o.a. bij gedeeld sanitair) zijn duidelijker uitgeschreven. Het gaat dan onder meer om de situering van het sanitair ten op zichte van cliëntenkamers en loop- en zichtlijnen vanuit gemeenschappelijke ruimten;
- nieuw is dat de prestatie-eis voor temperatuurbeheersing in voorzieningen (het beperken van het aantal overschrijdingsuren ten opzichte van een temperatuur van 25,5°C) nu geldt voor *alle* niet-mobiele doelgroepen, ongeacht de verblijfs categorie. Hiermee zijn ook de mogelijkheden voor het realiseren van o.a. (top)koeling verder uitgebreid;
- het verplicht realiseren van een multifunctionele ruimte geldt nu alleen als sprake is van gesloten afdelingsverblijf;
- afdelingsverblijf (maximaal 10 personen) is nu ook mogelijk in de gehandicaptenzorg;
- nieuw zijn de eisen voor toegankelijkheid voor mensen met een zintuiglijke beperking (open eisen);
- de ruimtelijke prestatie-eis voor individueel verblijf zwaar is verlaagd naar 18 m² nuttig (was eerst 22 m² nuttig);
- de prestatie-eisen AWBZ zijn niet meer van toepassing op de curatieve GGZ. Tot definitieve overheveling worden bouwplannen voor curatieve GGZ analoog aan de prestatie-eisen AWBZ beoordeeld.

Onderscheid mobiel en niet-mobiel

De prestatie-eisen voor toegankelijkheid zijn op onderdelen naar beneden bijgesteld, bij een gelijk blijvende rekenoppervlakte. Bij individueel sanitair wordt bijvoorbeeld niet langer tweezijdige assistentie bij de wastafel vereist. Ook wordt niet langer uitgegaan van zelfstandig gebruik van sanitair door niet-mobiele cliënten. Hierdoor ontstaat meer ontwerp vrijheid.

Daarnaast is in de prestatie-eisen een onderscheid aangebracht tussen mobiele en niet-mobiele cliënten. Voor niet-mobiele cliënten gelden specifieke eisen voor toegankelijkheid (bedtoegankelijkheid, liftgebruik en sanitair), het gebruik van hulpmiddelen (bedboxen, elektrische rolstoelen, e.d.), ruimtelijke eisen in verband met het kunnen verlenen van assistentie, etc. Deze eisen zijn voor een aantal nader omschreven doelgroepen verplicht. Ook geldt er een (nieuwe) ruimtelijke toeslag voor niet-mobiele cliënten.

Voor mobiele doelgroepen zijn bovengenoemde eisen minder relevant. Deze kunnen zelfs belemmerend werken, bijvoorbeeld bij het vinden van geschikte woningen via de reguliere woningmarkt. Uit oogpunt van flexibiliteit en toekomstbestendigheid kan er wel voor worden gekozen om ook voor mobiele doelgroepen uit te gaan van de prestatie-eisen voor niet-mobiel. Het is overigens niet zo dat het onderscheid mobiel en niet-mobiel één op één samenvalt met licht of zwaar verblijf. In alle verblijfs categorieën kunnen mobiele en niet-mobiele cliënten verblijven.

Toeslagen

Er zijn diverse toeslagen opgenomen die de mogelijkheid bieden om voorzieningen beter af te stemmen op specifieke kenmerken en zorgvragen van cliënten, bijvoorbeeld in geval van zeer ernstige gedragsproblematiek of vergaande immobiliteit (lichamelijk gehandicapten en meervoudig complex gehandicapten). In hoofdstuk 5 van deel I is aangegeven in welke situaties aanspraak gemaakt kan worden op extra oppervlakte, hogere investeringskosten of een hoger voorzieningenniveau.

De toeslagen zijn verder geharmoniseerd en vereenvoudigd.

Nieuw of gewijzigd zijn de volgende toeslagen:

- de toeslag voor opstelruimte voor een scootmobiel is vervallen in zwaar en beveiligd verblijf en hetzelfde geldt voor de toeslag voor bedboxen. Hiervoor in de plaats is een toeslag voor niet-mobiele doelgroepen gekomen;
- de toeslag voor somatische problematiek van 3 m² per plaats (nuttig) is nu voor meer doelgroepen mogelijk;
- de toeslag voor ernstige gedragsproblematiek is verhoogd van 3 m² naar 5 m² per plaats (nuttig) en is nu voor meer doelgroepen beschikbaar;
- de toeslagen voor ondersteunende begeleiding zijn vereenvoudigd. Er is een duidelijk onderscheid gemaakt in het type dagbesteding;
- de toeslagen voor ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling zijn losgekoppeld van licht en zwaar verblijf. Hiermee wordt aangesloten bij de systematiek van de zorgzwaartepakketten.

Praktijkvoorbeelden

Deel II van de prestatie-eisen is vooral bedoeld om achtergrondinformatie te geven bij de algemene (meestal open) eisen. Ook wordt nader ingegaan op concrete aandachtspunten waar rekening mee kan worden gehouden bij de ontwikkeling van een bouwinitiatief in de AWBZ. De hierin opgenomen good practice-voorbeelden zijn bedoeld om één en ander verder te illustreren. Het gaat hier om projecten, of onderdelen van projecten, die als een geslaagde oplossing worden gezien en een inspiratie voor anderen kunnen zijn.

DEEL I

1 Inleiding

De hier gepresenteerde prestatie-eisen hebben betrekking op de nieuwbouw¹ van voorzieningen in de AWBZ. Het gaat hierbij om (verblijfs)voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging (overwegend ouderenzorg) en dagcentra voor verstandelijk gehandicapte kinderen (KDC). Bouwplannen in de curatieve GGZ zullen tot het moment van definitieve overheveling van de curatieve GGZ worden beoordeeld analoog aan de prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen (zie verder bijlage 1). Zodra de overheveling van de curatieve GGZ is afgerond hebben de prestatie-eisen AWBZ alleen nog betrekking op de langdurige zorg, ook wel aangeduid als de care-sector.

In de hoofdstukken 2 en 3 worden achtereenvolgens de achtergronden, de verschillende (zorginhoudelijke) ontwikkelingen en de mogelijke bouwkundige verschijningsvormen beschreven. Deze twee hoofdstukken samen zijn te beschouwen als toelichting op en verduidelijking van de context waarbinnen bouwen voor de AWBZ in de praktijk gestalte krijgt.

De eisen waaraan nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen worden getoetst, zijn opgenomen in hoofdstuk 4 'Prestatie-eisen'. De financiële uitgangspunten, ter berekening van de maximaal nacalculeerbare investeringskosten, zijn opgenomen in hoofdstuk 5 'Financiële aspecten'.

deel II is vooral bedoeld om achtergrondinformatie te geven bij de algemene (meestal open) prestatie-eisen. Ook wordt nader ingegaan op concrete aandachtspunten waar rekening mee kan worden gehouden bij de ontwikkeling van een bouwinitiatief in de AWBZ. De hierin opgenomen good practice-voorbeelden zijn bedoeld om één en ander verder te illustreren. Het gaat hier om projecten, of onderdelen van projecten, die als een geslaagde oplossing worden gezien en een inspiratie voor anderen kunnen zijn.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om met de geschetste ontwikkelingen en achtergronden en de prestatie-eisen zelf een specifiek model voor de organisatie van AWBZ-functies of -instellingen voor te schrijven. Wel wil dit document de ruimtelijke consequenties schetsen die bij het ontwikkelen van AWBZ-voorzieningen aandacht behoeven.

Dit rapport bevat naast de hierboven omschreven elementen, waaronder de prestatie-eisen, tevens een referentiekader voor bestaande bouw. Dit is geen prestatie-eis. Voor de status en toepassing van het referentiekader wordt verwezen naar de inleiding bij het referentiekader.

Ten algemene over de prestatie-eisen het volgende. De prestatie-eisen zijn deels open geformuleerd en geven aan wat de betreffende 'prestatie' moet zijn (bijvoorbeeld veiligheid en belevingswaarde). Daarnaast zijn de eisen deels gesloten geformuleerd. Dat betekent dat concrete eisen worden gesteld aan bijvoorbeeld de minimale grootte van een ruimte of de verplichte aanwezigheid van een ruimte of voorziening. Deze prestatie-eisen zijn dan als basis-kwaliteitseisen (een minimumeis) te beschouwen. Ten behoeve van de eenduidigheid in terminologie, wordt voor beide soorten van eisen de (in de WTZi gebruikte) term prestatie-eis gehanteerd.

De prestatie-eisen nieuwbouw AWBZ-voorzieningen zijn vastgesteld door het College bouw zorginstellingen (het Bouwcollege) bij besluit van 18 december 2006, gelet op artikel 10 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), en goedgekeurd door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 26 februari 2007.

De prestatie-eisen maken als bijlage 1.42 onderdeel uit van de Regeling prestatie-eisen WTZi. Verwezen wordt naar het algemene deel van de toelichting bij

¹ Bouw wordt o.a. gedefinieerd als (vervangende)nieuwbouw, renovatie, huur, koop, sloop, grondaankoop en ingebruikname van ruimte (zie Uitvoeringsbesluit WTZi).

de Regeling College bouw zorginstellingen “Prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen”.

In de brochure “Prestatie-eisen zorgsector” zijn het gebruik en de totstandkoming van de prestatie-eisen beschreven. Deze brochure is bij het Bouwcollege te bestellen. Ook is downloaden mogelijk via de website van het Bouwcollege: www.bouwcollege.nl.

2 Achtergronden en (zorginhoudelijke) ontwikkelingen

In dit hoofdstuk worden de achtergronden en (zorginhoudelijke) ontwikkelingen beschreven die relevant zijn voor de bouw van AWBZ-voorzieningen. Er wordt ingegaan op de beleidsmatige context van de prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen. Hierbij valt te denken aan ontwikkelingen in de AWBZ, het bouwregime ex-WTZi, de integrale bekostiging via zorgzwaartepakketten (ZZP's) en normatieve huisvestingscomponenten (NHC's), en de toenemende eigen verantwoordelijkheid van instellingen voor hun vastgoedbeleid. Ook wordt ingegaan op de diverse doelgroepen en functies waarop cliënten aanspraak kunnen doen op grond van hun indicatie voor een ZZP. In het verlengde hiervan komen ook het onderscheid in verblijfscategorieën, verblijfsconcepten en het verschil tussen mobiele en niet-mobiele cliënten aan de orde. De bouwkundige vertaalslag hiervan wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 3 '(Ge)bouwen in de AWBZ' en hoofdstuk 4 'Prestatie-eisen'.

2.1 Context en achtergronden AWBZ

De AWBZ bevindt zich in een overgangsfase waarin een groot aantal ontwikkelingen gelijktijdig plaats vindt. Met de modernisering van de AWBZ (2003) is een belangrijke eerste stap gezet om te komen tot meer vraaggestuurde zorg met meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap van cliënten. Deze modernisering is nog in volle gang. Tegelijkertijd spelen de introductie van zorgzwaartepakketten, de overheveling van delen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Met deze overheveling wordt de AWBZ (weer) een verzekering voor langdurige, continue zorg en ontstaat er meer samenhang in de AWBZ.

Zorgzwaartepakket

Per 1 januari 2007 wordt de zorgzwaartebekostiging gefaseerd ingevoerd en komen er nieuwe regels om de kosten voor het verblijf in een zorginstelling te vergoeden. In het nieuwe systeem worden zorginstellingen bekostigd op basis van de geleverde prestatie per cliënt². De prestaties worden uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (ZZP). De zorgzwaartepakketten worden gebruikt bij de indicatiestelling, de bekostiging, de zorginkoop, de verantwoording over de geleverde zorg en de registratie. Een 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 (cliëntprofiel), het aantal benodigde uren zorg, een beschrijving van die zorg, de setting en de leveringsvoorwaarde (snelheid van zorglevering). Aan ieder ZZP hangt een (maximale) prijs. Er wordt uitgegaan van 45 ZZP's voor de drie sectoren binnen de intramurale zorg: de gehandicaptenzorg (28), verpleging en verzorging (10) en de geestelijke gezondheidszorg (7).

De indicatiestelling blijft via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verlopen. De indicatie wordt in de termen van een ZZP uitgedrukt en dus niet meer in de huidige AWBZ-functies en klassen. De huidige AWBZ-functies zijn als het ware opgenomen in de ZZP's. Het gaat hierbij om:

1. *Huishoudelijke verzorging*. Ondersteunen of overnemen van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), zoals schoonmaken, opruimen en bedden opmaken. Deze functie wordt per 1-januari 2007 overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (zie ook 2.1.2).
2. *Persoonlijke verzorging*. Ondersteunen of overnemen van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals wassen, aankleden, scheren, hulp bij toiletgang, hulp bij eten en drinken.

² Zie ook: www.minvws.nl (dossier zorgzwaartebekostiging).

3. *Verpleging.* Herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen, zoals toedienen van medicijnen of zuurstof, katheriseren, wondverzorging, injecteren. Ook het geven van advies, instructie en voorlichting hoort bij deze functie.
4. *Ondersteunende begeleiding.* Ondersteunen bij tijdsbesteding en bevorderen van participatie in de maatschappij. Afhankelijk van de situatie kan deze functie zowel individueel als in groepsverband worden geboden. In de nadere uitleg door het College voor zorgverzekeringen wordt ook de 'dagelijkse begeleiding' van cliënten hieronder verstaan.
5. *Activerende begeleiding.* Dit betreft enerzijds herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek en anderzijds het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke handicap.
6. *Behandeling.* Geneeskundige, paramedische of gedragswetenschappelijke behandelingen, speciaal gericht op de aandoening of handicap.
7. *Verblijf.* Dit betreft tijdelijk dan wel permanent 'wonen' (meer dan 24 uur achtereen) in een instelling. De cliënt wordt een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden. De functie verblijf kan alleen worden aangeboden in combinatie met minimaal één van de andere zes functies (met uitzondering van huishoudelijke verzorging) en betreft niet de dagzorg of de dag- en nachtopvang.

Met uitzondering van de functie verblijf -en gedeeltematig ook behandeling- komen alle AWBZ-functies ook in aanmerking voor extramurale levering aan huis.

Grondslagen in zeven doelgroepen

In elk ZZP is ook de grondslag of doelgroep opgenomen. Er zijn zeven grondslagen: een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of

een psychosociaal probleem. Deze grondslagen komen in de omschrijving van de AWBZ-doelgroepen (2.3) nader aan de orde.

Iedere zorginstelling beschikt over een toelating waarin staat omschreven voor welke functies de instelling is toegelaten, oftewel welke functies aangeboden mogen worden. Alleen de functie verblijf is expliciet gekoppeld aan een specifieke doelgroep. Een zorginstelling kan echter besluiten om een nieuwe toelating aan te vragen, waardoor het mogelijk wordt om de functie verblijf (of andere functies) ook aan andere doelgroepen aan te bieden. Hierdoor worden de AWBZ-sectoren verder ontschot. Ook nieuwe, of voorheen niet door de WTZi-aangewezen instellingen, kunnen een toelating voor verblijf (of andere functies) aanvragen bij het CIBG (zie kader).

Illustratie

Hospices, tot 1 april 2003 fungerend in een zogenaamde 'verlengde arm'-constructie van de thuiszorg, kunnen een zelfstandige toelating aanvragen en kunnen ook opteren voor het onder de AWBZ brengen van de functie verblijf. Afhankelijk van de omvang en aard van het initiatief is in dat laatste geval een bouwplanprocedure ex WTZi aan de orde en zijn de prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen van toepassing.

2.1.1 Overheveling curatieve GGZ

Naar verwachting zal per 1 januari 2008 de 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' worden overgeheveld uit de AWBZ naar het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw)³. Door deze overheveling wordt de AWBZ weer een verzekering voor langdurige zorg en ontstaat er meer samenhang in de AWBZ. De overheveling omvat de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg: *extramurale GGZ* en *intramurale GGZ tot één jaar*⁴. Alle niet-geneeskundige GGZ blijft dus in de AWBZ. Na een jaar intramurale GGZ-zorg zal,

³ VWS, kamerstuk. Gefaseerde invoering overheveling DBC, GGZ en overige invoeringsaspecten Zvw. Den Haag, 13 april 2005.

⁴ Aanvankelijk was het de bedoeling om *alle extramurale GGZ* en *alle intramurale GGZ tot één jaar* over te hevelen. Het gaat nu echter alleen om de geneeskundige GGZ zorg. Het blijft dus voor verzekerden mogelijk om een PGB (AWBZ) te verkrijgen voor niet-geneeskundige GGZ, ook al wordt deze zorg extramuraal aangeboden (bijvoorbeeld de functie ondersteunende begeleiding).

voor de overgang naar de AWBZ, een indicatie worden gesteld door het CIZ.

Concreet gezien heeft de overheveling tot gevolg dat *behandeling, verpleging en activerende begeleiding en verblijf tot één jaar* die in het kader van de medische zorg noodzakelijk is (voorheen AWBZ-functies) onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg zullen vallen. Voor deze geneeskundige GGZ is geen indicatiebesluit vereist, een verwijzing door de huisarts volstaat. Krachtens de AWBZ kunnen mensen met een psychiatrische aandoening dus nog aanspraak maken op: persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding en verblijf voor de periode na 1 jaar. Voor de AWBZ-aanspraken blijft een indicatie vanuit het CIZ vereist. Het gaat hier overigens vooral om chronisch psychiatrische cliënten.

Forensische zorg, opgelegd door een strafrechter wordt *niet* overgeheveld naar de Zvw, dit in verband met het niet verzekerbare karakter van deze zorg. Verwacht wordt wel dat de forensische zorg⁵ per 1 januari 2007 wordt overgeheveld naar (de begroting van) het Ministerie van Justitie en grotendeels buiten de AWBZ komt te vallen. Dit heeft vooralsnog geen consequenties voor de bouwplanprocedure ex WTZi en de prestatie-eisen AWBZ.

Prestatie-eisen AWBZ (per 2008) niet meer van toepassing op de curatieve GGZ

Vooruitlopend op de overheveling is de curatieve GGZ niet meer opgenomen in de prestatie-eisen AWBZ. Voor de curatieve GGZ worden aparte prestatie-eisen ontwikkeld. Bouwplannen in de curatieve GGZ worden tot het moment van overheveling beoordeeld analoog aan de prestatie-eisen AWBZ, zie ook bijlage 1.

2.1.2 Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

In het kader van het nieuwe stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning is per

1 januari 2007 de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) van kracht. De WMO wordt door gemeenten uitgevoerd en vervangt de Welzijnswet, de Wet voorzieningen Gehandicapten (WVG), een deel van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en activiteiten die tot voor kort nog via een AWBZ-aanspraak waren geregeld. Vooralsnog gaat het om een klein deel van de AWBZ, nl. de functie *huishoudelijke verzorging*. In een later stadium zullen wellicht ook delen van de huidige aanspraken ondersteunende en activerende begeleiding uit het BZ-AWBZ worden gelicht en onder de WMO worden gebracht. De WMO moet het beleid van vermaatschappelijking verder stimuleren. Tegelijkertijd moeten mensen met (zeer) ernstige beperkingen – die in hoge mate AWBZ-zorg behoeven – ook in de toekomst betaalbare AWBZ-zorg kunnen krijgen. ‘Meedoen’ is het devies van de WMO. Meedoen over de volle breedte van de samenleving, jong en oud, ongeacht iemands maatschappelijke of economische positie en ongeacht zijn/haar beperkingen.

Voor de functies die worden overgeheveld uit de AWBZ (nu dus alleen huishoudelijke zorg) zullen gemeenten voortaan zelf moeten bepalen wie de zorg gaat leveren (huidige en/of nieuwe aanbieders), hoe de toegang tot de zorg wordt geregeld (indicatie) en of er een eigen bijdrage gaat gelden.

Reikwijdte AWBZ, na overheveling van functies naar Zvw of WMO

Na de overheveling van functies uit de AWBZ vallen de volgende activiteiten onder de AWBZ-aanspraken:

Doelgroep (grondslag) psychiatrische aandoening: crisisopvang, niet op genezing gerichte ambulante hulpverlening (zoals bijvoorbeeld ondersteunende begeleiding, oftewel dagbesteding), langdurig verblijf (> 1 jaar), persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding.

Overige doelgroepen (grondslagen): persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende- en activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

⁵ De overheveling van de forensische zorg aan mensen met een strafrechtelijke titel omvat naast de forensische geestelijke gezondheidszorg ook de forensische verslavingszorg en forensische zorg binnen de gehandicaptensector.

De overheveling van de functie huishoudelijke verzorging naar de WMO heeft vooralsnog *geen* gevolgen voor de hier beschreven prestatie-eisen. Voor de functie huishoudelijke verzorging worden geen aparte ruimtelijke voorzieningen gerekend. Deze functie vindt immers primair plaats in het verblijfsareaal van de cliënt.

2.2 Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en bouwregime

Per 1 januari 2006 is de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vervangen door de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)⁶. Deze wet dient ter facilitering van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel met geregleerde concurrentie. De WTZi is mede ontworpen om het bouwregime geleidelijk verder los te kunnen laten. Op termijn wordt het bouwregime geheel ontmanteld en vindt de afrekening van kapitaallasten plaats op basis van geleverde prestaties (integrale tarieven). Een (nog vast te stellen) genormeed deel van de tarieven dient dan ter dekking van de kapitaallasten, zie 2.2.1. Zorgaanbieders krijgen zo meer vrijheid en verantwoordelijkheid bij beslissingen over capaciteit en bouw. Hierna wordt vooral ingegaan op het bouwregime voor de caresector.

Bouwregime ex WTZi

Binnen de WTZi is er geen automatische koppeling tussen toelating en vergunning. Alle instellingen die verzekerde zorg aanbieden moeten over een toelating beschikken, maar een vergunning is alleen vereist voor zover het bouwregime van toepassing is.

Kort samengevat betekent het bouwregime ex WTZi voor de *caresector* het volgende⁷:

- grootschalige intramurale voorzieningen vallen onder het bouwregime. Het gaat dan om AWBZ-voorzieningen met een verblijfs capaciteit van meer dan 25 plaatsen op één postcode;
- kleinschalige voorzieningen (t/m 25 plaatsen op één postcode)⁸ met meer dan 12 plaatsen zwaar verblijf vallen eveneens onder het bouwregime;
- de RIBW valt niet onder het bouwregime;
- de verkorte procedure en de meldingsregeling zijn vervallen;
- voor renovaties en onderhoud kunnen instellingen hun instandhoudingsmiddelen aanwenden. Deze middelen zijn naar eigen inzicht te besteden en de verantwoording verloopt via de jaarrekening. Uitbreiding van oppervlakte, al dan niet in combinatie met renovatie, is alleen vergunningsplichtig bij een tekort aan instandhoudingsmiddelen. Dit geldt voor alle instellingen. Alleen voor verzorgingshuizen geldt dat louter instandhouding bij onvoldoende instandhoudingsmiddelen vergunningsplichtig is;
- de bouw van kinderdagcentra (KDC) in de gehandicaptenzorg is onder het bouwregime geplaatst (voorheen bekostigd uit de Tijdelijke verstrekingswet Maatschappelijke Dienstverlening/TVWMD);
- zodra het bouwregime van toepassing is, moet de bouw van voorzieningen voldoen aan de in hoofdstuk 4 beschreven prestatie-eisen. De toetsing hiervan vindt vooraf plaats door het Bouwcollege. De bouw die buiten het bouwregime valt, zal door de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) worden meegenomen in de beoordeling van de kwaliteit van zorg.

Bouw wordt gedefinieerd als (vervangende) nieuwbouw, renovatie, huur, koop, sloop, grondaankoop en ingebruikname van ruimte (ook zonder investeringskosten), zie het Uitvoeringsbesluit WTZi⁹.

⁶ De WTZi vervangt tevens de Tijdelijke Verstrekkingswet maatschappelijke Dienstverlening/TVWMD (gehandicaptenzorg) en delen van de voormalige Ziekenfondswet en de AWBZ.

⁷ Hier zijn alleen de hoofdlijnen van het bouwregime vermeld. Voor nadere details over de WTZi, zie www.minvws.nl (dossier WTZi).

⁸ Voor kleinschalige woonvormen die buiten het bouwregime vallen (zwaar verblijf t/m 12 plaatsen en licht verblijf t/m 25 plaatsen of een combinatie tussen licht en zwaar met max. 25 plaatsen op dezelfde postcode) is een beleidsregel van het NZa beschikbaar (CA-107).

⁹ Voor nadere details over het bouwregime en de bouwplanprocedure, zie ook 'Huisvesting voor AWBZ-zorg'. Cahier AWBZ-zorg. College bouw zorginstellingen. Utrecht, maart 2006.

Verblijfsgerelateerde AWBZ-functies (bouwregime) - ambulante AWBZ-zorg (geen bouwregime)

Met name grootschalige verblijfsvoorzieningen vallen onder het bouwregime ex WTZi. Het gaat dan om de volgende ruimten/functies:

- het woonareaal van cliënten (zit-slaapkamers, appartementen);
- ruimten/functies die nodig zijn om het verblijf van cliënten te faciliteren (zgn. ondersteunende diensten zoals personeelsvoorzieningen, directie en beheer, civiele en technische diensten);
- andere voor de zorg noodzakelijke ruimten/functies die bestemd zijn voor verblijfscliënten, bijvoorbeeld ruimten voor ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling.

Vaak wordt er voor gekozen om een scheiding aan te brengen tussen verblijf en andere functies (in een apart gebouw, op een andere locatie, etc.). Dit geldt vooral voor dagbesteding en behandeling.

Zodra er functies worden aangeboden aan niet-verblijfscliënten is sprake van extramurale AWBZ-zorg. De bouw van voorzieningen voor deze zorg valt niet onder het bouwregime ex-WTZi. Het gaat dan bijvoorbeeld om dagbehandeling, dagverzorging, dagbesteding en dagactiviteiten voor extramuraal verblijvende cliënten, deeltijd- en poliklinische behandeling en zorginfrastructuur bij scheiden van wonen en zorg. Dit laatste wordt gerealiseerd om scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken voor alle doelgroepen zorgvragers en dient vaak ter preventie of ter vervanging van een opname in een verblijfsvoorziening¹⁰.

2.2.1 Kapitaallasten en normatieve huisvestingscomponent (NHC)

In samenhang met de WTZi zal ook de financiering van de gebouwde zorginfrastructuur ingrijpend wijzigen. Zorginstellingen krijgen meer vrijheid, maar ook meer verantwoordelijkheid voor hun investerings-

beslissingen en de bouw van nieuwe voorzieningen. In het huidige systeem is sprake van een min of meer vaste budgetfinanciering en worden de kapitaallasten (rente en afschrijving) van vergunningplichtige investeringen volledig vergoed. In het nieuwe systeem van prestatiekostiging wordt hiervan afgestapt en zullen de kapitaallasten integraal deel uitmaken van de kosten voor het leveren van zorg. Via de tarieven en het draaien van voldoende productie kunnen de kapitaallasten worden terugverdiend¹¹.

Zoals vermeld vindt vanaf 2007 binnen de caresector de (prestatie-)bekostiging van de zorg plaats via zorgzwaartepakketten (ZZP's). In het vergoedingsstelsel dat bij een ZZP hoort, zal uiteindelijk ook een component voor de kapitaallasten worden opgenomen, de zogeheten normatieve huisvestingscomponent (NHC). Een NHC is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding van voorzieningen bestaande uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage

Strategisch vastgoedbeleid

Integrale prestatiebekostiging maakt dat zorginstellingen in de nabije toekomst zelf verantwoordelijk zijn voor de afwegingen om de productiefactoren arbeid en kapitaal in te zetten, de rentabiliteit van investeringen te beoordelen en keuzes te maken voor bouwen, kopen of huren. Meer vrijheid dus, maar ook meer (financiële) risico's. Het wordt dan ook steeds belangrijker dat zorgaanbieders op een strategische manier omgaan met hun gebouwen en locaties. Toekomstgericht denken en bouwen, op grond van een gedegen businessplan, is hierbij van wezenlijk belang. Het betekent ook: bouwen met een hoge mate van flexibiliteit (alleen al vanwege de grote dynamiek in de zorg), optimaliseren van de benutting van gebouwen om 'dure' overmaat en onnodige leegstand te voorkomen, meer aandacht voor de levensduurkosten van gebouwen, keuzes in eigendomsverhoudingen, inventariseren van mogelijkheden tot uitbesteding van bedrijfsonderdelen, e.d.

¹⁰ Per 1 januari 2007 gelden voor de bekostiging van de extramurale AWBZ-zorg nieuwe beleidsregels, nl. de Beleidsregel extramurale zorg (CA-119) en de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg (CA-120), zie NZa. Specifiek voor zorginfrastructuur bij scheiden wonen zorg, geldt een aparte beleidsregel (CA-70).

¹¹ Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg, VWS, Den Haag, 8 maart 2005 (TK 2004/05, 27 659, nr. 52).

die voldoende is om over de hele levenscyclus investerings- en instandhoudingsuitgaven van de gebouwen te dekken. Naar verwachting worden per 1 januari 2008 de kapitaallasten opgenomen in de bekostigingsstructuur van het zorgzwaartepakket. Het einddoel is om in 2012 geheel te zijn overgegaan op integrale en transparante prestatiebekostiging.

2.2.2 Verblifscategorieën en verblifconcepten

Verblifscategorieën: licht – zwaar – beveiligd

In het uitvoeringsbesluit WTZi (art. 5.1) wordt voor de functie verblijf een tweedeling gehanteerd in 'licht verblijf' en 'zwaar verblijf'. In de hier gepresenteerde prestatie-eisen wordt nog een derde categorie onderscheiden, nl. 'beveiligd verblijf'¹². Analoog aan de WTZi worden de drie categorieën als volgt gedefinieerd:

- *Licht verblijf*: woningen/verblijfsvoorzieningen met lichte aanpassingen ten opzichte van de reguliere woningbouw. Het betreft **a-specifieke** voorzieningen die qua vormgeving, verschijningsvorm, voorzieningenniveau, afwerkingsniveau en investeringskosten lijken op reguliere woningbouw (doorgaans sociale woningbouw). In algemene zin zijn deze voorzieningen met geringe aanpassingen geschikt te maken voor de reguliere woningmarkt (afstootbaar).
- *Zwaar verblijf*: woningen/verblijfsvoorzieningen met ingrijpende aanpassingen ten opzichte van reguliere woningbouw. Het gaat om **specifieke** voorzieningen die qua vormgeving, verschijningsvorm, voorzieningenniveau, afwerkingsniveau en investeringskosten duidelijk uitstijgen boven reguliere woningbouw.
- *Beveiligd verblijf*: woningen/verblijfsvoorzieningen met zodanig ingrijpende aanpassingen dat deze in geen enkel opzicht vergelijkbaar zijn met reguliere woningbouw. Het betreft (hoog)-**specialistische** voorzieningen waar veiligheid en beveiliging centraal staan. Dit komt tot uitdrukking in de vormgeving, de verschijningsvorm, de locatie, het voorzieningenniveau, het afwerkingsniveau en de investeringskosten.

In alle categorieën gaat het om verblijf in combinatie met één of meer andere functies uit de AWBZ-aanspraken.

Onderscheid licht - zwaar

Vooraf het onderscheid tussen licht en zwaar verblijf is op het eerste oog niet altijd even helder, of uit een plattegrond af te lezen. Licht en zwaar verblijf verschillen met name als het gaat om vormgeving, verschijningsvorm, layout, het voorzieningenniveau (aantal en type ruimten), het afwerkingsniveau en in het verlengde daarvan het kosten-niveau. Bij licht verblijf gaat het vooral om genormaliseerd wonen: 'geen instituutbouw', 'in de wijk', met een menselijke maat en aan reguliere woningbouw gelijkende bouw.

In vergelijking met licht verblijf is er bij zwaar verblijf per persoon vaak minder privéruimte beschikbaar, met name als gekozen wordt voor afdelingsverblijf. Bovendien worden ruimten meestal door meerdere personen gedeeld. Dit aantal kan oplopen tot 10 personen per wooneenheid, wat zeker in vergelijking met de reguliere woningbouw veel is. Verder is er bij zwaar verblijf vaak sprake van een aangepaste afwerking (materiaalgebruik), binnenwanden met een hogere akoestische waarde, domotica, extra aandacht voor toegankelijkheid (o.a. sanitair), extra oppervlakte of ruimten om 24-uurs zorg en toezicht mogelijk te maken (gemeenschappelijke huiskamer, algemene voorzieningen). Als sprake is van een gesloten setting, dan zijn er meestal ook nog therapie-/activiteitsvoorzieningen gekoppeld aan de wooneenheid en zijn afzonderings- en separeervoorzieningen aanwezig. Ten slotte, in zwaar verblijf is vaak 24 uur per dag personeel aanwezig in het woonareaal van de cliënt, dit in tegenstelling tot in licht verblijf.

Bij zwaar verblijf zijn vaak ruimten en voorzieningen opgenomen voor één of meer andere AWBZ-functies dan de functie verblijf (in de directe nabijheid van of fysiek gekoppeld aan het verblijf, dan wel binnendoor bereikbaar vanuit het verblijf). Bij licht verblijf is dit niet het geval of beduidend minder en is primair sprake van verblijf (wonen).

¹² De driedeling in verblifscategorieën dateert uit de tijd dat de Bouwmaatstaven AWBZ-voorzieningen (2003) werden ontwikkeld, de voorganger van de prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen.

Verblijfsconcepten

Cliënten uit de voormalige AWBZ-sectoren (verpleging, verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg)¹³ kunnen grotendeels in de drie verblijfs categorieën (licht – zwaar – beveiligd) worden ondergebracht. Binnen deze categorieën zijn drie verblijfsconcepten te onderscheiden: *individueel verblijf*, *kleinschalig groepsverblijf* en *afdelingsverblijf*. In de praktijk zijn er meer verblijfsconcepten te onderscheiden en lopen de concepten subtieler in elkaar over dan deze hoofdindeling suggereert. Ook zijn er diverse combinaties mogelijk tussen de concepten. In hoofdstuk 3 en deel II wordt nader ingegaan op de mogelijke verschijningsvormen en bouwkundige uitwerking.

Keuze voor verblijfs categorieën en verblijfsconcepten

Bij de ontwikkeling van huisvesting voor de care-sector zullen zorgaanbieders een keuze maken voor één of meerdere verblijfs categorieën en concepten. Belangrijk in het keuzeprocess is het perspectief van de cliënt (of diens vertegenwoordiger of belangenbehartiger). Cliënten moeten een keuze kunnen maken uit vele vormen van huisvesting, van in een relatief grootschalige omgeving aangeboden zorg tot zelfstandig wonen en alle vormen daar tussenin¹⁴. Ook de zorgbehoefte van cliënten speelt vaak een belangrijke rol bij het bepalen van het type huisvesting en het voorzieningsniveau dat nodig is om de zorg op verantwoorde wijze te kunnen leveren. Feitelijk gaat het dan niet zozeer om de zorgzwaarte zelf, als wel om de mate waarin een cliënt (nog) de regie over het eigen leven kan voeren en zelfstandig kan wonen. De mate van regie over het eigen leven bepaalt doorgaans ook of er al dan niet 24-uurs toezicht of fysieke aanwezigheid van personeel noodzakelijk is (voortdurend in de nabijheid, dan wel direct aanwezig). Als het gaat om cliënten die (redelijk) zelfstandig kunnen wonen, kan meestal worden volstaan met zorg op afroep (zorg op afspraak en/of direct oproepbaar). Vaak wordt dan gekozen voor licht verblijf; oftewel aan reguliere woningbouw gelijkende bouw. Bijvoorbeeld in de vorm van (geclusterde) zelfstandige appartementen (individueel

verblijf) of (geclusterde) kleinschalige woonvormen waarin cliënten gezamenlijk een huishouden voeren (kleinschalig groepsverblijf).

Zodra 24-uurs zorg, begeleiding en toezicht vereist zijn en personeel voortdurend in de directe nabijheid aanwezig of direct aanwezig moet zijn, volstaat licht verblijf niet altijd en wordt in de regel vaak gekozen voor zwaar verblijf. Er kan dan gekozen worden voor individueel verblijf of voor groepsverblijf in een rela-

'Licht' verblijf bij 'zware' problematiek

Het is mogelijk om een volwaardig individueel appartement (conform de prestatie-eisen en kostennormen voor licht verblijf) te realiseren voor cliënten die weliswaar intensieve zorg nodig hebben en doorgaans in een verpleeghuis of in een grootschalige setting verblijven (op te vatten als zwaar verblijf), maar die nog voldoende regie over het eigen leven hebben om een zelfstandige woning te bewonen. Het gaat dan om mensen met een lichamelijke handicap, chronische (gestabiliseerde) somatische problematiek en jongeren met somatische problematiek. Bij enige clustering van cliënten is het mogelijk om, aanvullend op het verblijf, ruimten te realiseren (gezamenlijke huiskamer, centrale badkamer en eventueel ruimten voor behandeling of activerende begeleiding). De behoefte aan aanvullende functies, naast de functie verblijf, moet wel nader onderbouwd worden.

Bovenstaande optie is ook mogelijk voor cliënten met zeer ernstige gedragsproblematiek die niet of nauwelijks in een groep te handhaven zijn (lage frustratiedrempel, prikkelgevoeligheid), bijvoorbeeld binnen de gehandicaptenzorg of de geestelijke gezondheidszorg.

Voordelen van licht verblijf zijn: meer privacy en autonomie voor cliënten, flexibiliteit (licht verblijf wordt voor meerdere doelgroepen 'bereikbaar'), meer keuzemogelijkheid en toekomstbestendigheid. Verwacht wordt dat in de toekomst meer en meer gekozen zal worden voor volwaardig individueel verblijf en dat 'de marktwaarde' van individuele appartementen gunstiger is dan huisvestingsconcepten uit de categorie zwaar.

¹³ Bedoeld worden de sectoren op instellingsniveau voordat de functionele aanspraken in de AWBZ werden ingevoerd.

¹⁴ Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi), care. (VWS, 2006)

tief kleine setting (kleinschalig groepsverblijf, 3-6 personen), dan wel in een grotere setting (afdelingsverblijf, maximaal 10 personen).

De voorbeelden in het kader op pagina 9 illustreren dat de zorgzwaarte van de doelgroep niet altijd, of per definitie doorslaggevend hoeft te zijn bij de keuze voor licht, dan wel zwaar verblijf. Beveiligd verblijf wordt hierbij buiten beschouwing gelaten, vanwege het specialistische karakter.

Voor de in het kader omschreven doelgroepen kan naast zwaar verblijf ook gekozen worden voor licht verblijf. Als gekozen wordt voor licht verblijf kan dit zonodig worden aangevuld met de functies begeleiding, behandeling en/of activerende begeleiding uit de categorie zwaar.

In tegenstelling tot licht en zwaar verblijf, waar nog enige keuzevrijheid is om voor licht dan wel voor zwaar verblijf te kiezen, kan – op aangeven van het ministerie van VWS – *alleen* voor beveiligd verblijf worden gekozen bij (zie ook tabel 1):

- sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten-plus (SGLVG+). Voor reguliere SGLVG (met een indicatie voor verblijf of behandeling) kan *niet* gekozen worden voor beveiligd verblijf;
- psychiatrisch cliënten met ernstige gedragsstoornissen en agressief gedrag die worden opgevangen in een kliniek voor intensieve behandeling (SGA);

- forensisch psychiatrische cliënten die in een forensisch psychiatrische afdeling (FPA), een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) of een forensische verslavingskliniek (FVK) worden opgenomen.

Illustratie

In een verzorgingshuis ontstaat de behoefte om voor licht dementerende ouderen kleinschalig groepswoon te realiseren. Dit is mogelijk door clustering van drie tot zes appartementen van minimaal 45 m² per persoon – eventueel in een apart bouwdeel – en door hieraan een gemeenschappelijke huiskamer (of woonkeuken) toe te voegen. Hierdoor kunnen bewoners optrekken als groep en gezamenlijk een huishouden voeren, zoals dat ook elders in kleinschalige woonvormen meer en meer gestalte krijgt. Feitelijk gaat het hier om individueel verblijf (licht) waar – gemotiveerd met zorginhoudelijke argumenten – extra ruimten aan zijn toegekend.

Kleinschalig groepsverblijf in verzorgingshuizen is volgens de prestatie-eisen alleen mogelijk als voor bovengenoemde variant wordt gekozen.

Tabel 1 Overzicht verblijfsconcepten en verblijfscategorieën

Verblijfsconcept	Licht verblijf (a-specifieke bouw)	Zwaar verblijf (specifieke bouw)	Beveiligd verblijf ¹ (specialistische bouw)
individueel verblijf (1-2 personen)	X	X	X
kleinschalig groepsverblijf (3-6 personen)	X	X	X
afdelingsverblijf (maximaal 10 personen)	n.v.t.	X	X

X (verblijfsconcepten die per verblijfscategorie mogelijk zijn)

¹ alleen bestemd voor de forensische circuits voor gehandicapten en psychiatrische cliënten en SGLVG+

Toeslagen: extra oppervlakte, ruimten of investeringskosten

De toeslagen bieden de mogelijkheid om voorzieningen beter af te kunnen stemmen op specifieke kenmerken en zorgvragen van cliënten, bijvoorbeeld in geval van zeer ernstige gedragsproblematiek of sterke immobiliteit (lichamelijk gehandicapten, meervoudig complex gehandicapten). In hoofdstuk 5 (tabellen met toeslagen) staat aangegeven in welke situaties aanspraak gemaakt kan worden op toeslagen voor extra oppervlakte, hogere investeringskosten of een hoger voorzieningenniveau. Ook is aangegeven op welke wijze de toekenning van toeslagen verloopt.

Onderscheid mobiele en niet-mobiele cliënten

In de prestatie-eisen is ook onderscheid gemaakt in huisvesting voor mobiele cliënten en niet-mobiele cliënten (of cliënten waarbij mobiliteitsbeperkingen worden verwacht). Voor niet-mobiele cliënten gelden specifieke eisen ten aanzien van toegankelijkheid (bedtoegankelijkheid, liftgebruik, sanitair), het gebruik van hulpmiddelen (bedboxen, rolstoelen, e.d.), ruimtelijke eisen voor het verblijfsareaal in verband met het kunnen verlenen van assistentie door personeel (gebruik tilliften en douchebrancard). Voor mobiele cliënten zijn dergelijke eisen minder relevant. Deze eisen kunnen zelfs belemmerend werken bij het vinden van geschikte woningen via de reguliere woningmarkt, zoals vooral aan de orde is in de gehandicaptenzorg bij wonen 'in de wijk'. Naast specifieke eisen voor niet-mobiele doelgroepen geldt in de categorie zwaar en beveiligd ook een ruimere oppervlakte om specifieke voorzieningen te realiseren.

In hoofdstuk 4 worden de prestatie-eisen voor mobiel en niet-mobiel nader uitgewerkt. Ook wordt aangegeven welke doelgroepen als niet-mobiel worden aangemerkt. Het gaat dan kort gezegd om cliënten die in hun dagelijks leven ernstig tot zeer ernstig beperkt zijn, als gevolg van een somatische aandoening of een lichamelijke handicap. Ook ouderen (65 jaar en ouder) worden in de prestatie-eisen beschouwd als niet-mobiele doelgroepen. Bij verstandelijk gehandicapten moet deze leeftijdsgrens niet al te letterlijk worden opgevat. Verstandelijk gehandi-

capten krijgen vaak al op jonge leeftijd te maken met verouderingsaandoeningen, waaronder verminderde mobiliteit en dementie.

Ook bij mobiele doelgroepen kan een zorginstelling ervoor kiezen om uit te gaan de prestatie-eisen voor niet-mobiel, bijvoorbeeld omwille van de flexibiliteit en toekomstbestendigheid van de huisvesting (verzwaring van de zorgvraag en om gedwongen verhuizing van cliënten te voorkomen).

Overigens valt het onderscheid mobiel en niet-mobiel niet één op één samen met het onderscheid in licht of zwaar verblijf. In alle verblijfscategorieën (licht, zwaar en beveiligd) kunnen zowel mobiele als niet-mobiele doelgroepen worden gehuisvest.

2.3 Doelgroepen in de AWBZ

Vermaatschappelijking van de zorg is een belangrijk zwaartepunt in het beleid voor de care. Mensen met beperkingen, ook zeer ernstige beperkingen, moeten zo lang en zo zelfstandig mogelijk deel kunnen nemen aan de maatschappij. Er wordt veel belang gehecht aan scheiden van wonen en zorg en extramurale levering van zorg. Vermaatschappelijking betekent ook dat de ontwikkeling van kleinschalige woonvoorzieningen, geïntegreerd in de samenleving (eventueel via omgekeerde integratie) nadrukkelijk wordt gestimuleerd. Cliënten krijgen zodoende (meer) mogelijkheden om te kiezen voor grootschalige huisvesting, kleinschalige woonvormen of om zelfstandig te (blijven) wonen¹⁵.

De prestatie-eisen hebben betrekking op de (grootschalige) intramurale huisvesting binnen de care. Het gaat om diverse doelgroepen met uiteenlopende problematiek en zorgvragen. De doelgroepen zijn afgeleid van de zeven grondslagen voor toegang tot AWBZ-zorg, te weten: mensen met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, psychosociale problematiek, een lichamelijke handicap, een verstandelijke handicap, een zintuiglijke handicap of een psychiatrische aandoening.

¹⁵ Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi), care. (VWS, 2006).

In dit onderdeel zijn de doelgroepen kort omschreven. In geval van comorbiditeit of raakvlak-problematiek kunnen cliënten in meer dan één doelgroep(omschrijving) worden ondergebracht, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een verstandelijke handicap in combinatie met een zintuiglijke handicap of een psychogeriatrische en/of een somatische aandoening gecombineerd met psychosociale problematiek. Deze laatste groep betreft vooral verzorgingshuiscliënten, die hier niet apart worden beschreven. Om een indicatie te krijgen van de bouwkundige vertaling, oftewel de ruimtebehoefte, de typen ruimten en de aanvullende voorzieningen die per doelgroep denkbaar zijn, wordt verwezen naar deel II van de prestatie-eisen.

2.3.1 Mensen met een somatische aandoening

Binnen de doelgroep mensen met somatische aandoeningen variëren de beperkingen van een verminderde mobiliteit, een chronische ziekte, gevolgen van een hersenbloeding, een heupfractuur tot comateus of terminaal zijn. De behoefte aan zorg varieert van persoonlijke verzorging tot gespecialiseerde verpleging of reactivering.

De volgende subgroepen kunnen worden onderscheiden in de doelgroep mensen met een somatische aandoening of beperking:

- mensen met behoefte aan reactivering, bijvoorbeeld na een CVA of een orthopedische ingreep. Dit betreft vooral kortdurend verblijf met zorg voortdurend in de nabijheid, dan wel 24 uur per dag direct beschikbaar;
- mensen met vooral behoefte aan een beschermende leefomgeving (veelal langdurig verblijf met zorg volgens afspraak en direct oproepbare zorg);
- mensen die continu verzorging, begeleiding en verpleging behoeven (combinatieproblematiek zoals somatische aandoeningen gecombineerd met lichte psychogeriatrische aandoeningen en/of psychosociale problemen, comareactivering, langdurige beademing, palliatieve terminale zorg, chronisch zieken waaronder bijvoorbeeld mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en mensen met Chorea van Huntington. Deze mensen hebben vaak behoefte aan langdurig verblijf met

zorg voortdurend in de nabijheid of 24 uur direct aanwezig;

- ouderen met psychiatrische aandoeningen, of ouderen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (vaak langdurig verblijf, waarbij de zorgvraag kan variëren van zorg volgens afspraak en direct oproepbaar tot 24 uur per dag direct aanwezig).

2.3.2 Mensen met een psychogeriatrische aandoening

Mensen met een psychogeriatrische aandoening zijn mensen met een combinatie of aaneenschakeling van samenhangende symptomen. Dementie bij ouderen is vooral toe te schrijven aan de ziekte van Alzheimer en aan veranderingen in de bloedvaten van de hersenen (vasculaire dementie). Ook de combinatie van beide komt veel voor. Andere mogelijke oorzaken zijn de ziekte van Parkinson, de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, aids en hersentumoren. Dementie kan soms al op relatief jonge leeftijd optreden. Het is een progressief ziektebeeld, waarbij verschillende stadia zijn te herkennen (lichte, matige en ernstige dementie). De fase van lichte dementie duurt meestal vrij kort en gaat snel over in matige dementie. Dit is tevens de langste fase waar meer dan 80% ernstig probleemgedrag vertoont. Bij dementie is sprake van geheugenstoornissen en cognitieve stoornissen die duidelijk een negatieve invloed hebben op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten, relaties en de mate van regie over het eigen leven. Door therapie kunnen bepaalde verschijnselen worden verlicht en soms worden afgeremd. Voor iedere patiënt is echter het verloop ernstig en uiteindelijk fataal.

Dementie kan ook in combinatie met andere aandoeningen voorkomen, zoals samen met somatische aandoeningen of beperkingen en met een verstandelijke handicap (bijvoorbeeld het syndroom van Down). Behalve mensen met dementie worden vaak ook mensen met het syndroom van Korsakow (geheugenverlies na langdurig en overmatig alcoholgebruik) tot de groep mensen met psychogeriatrische aandoeningen gerekend. Om deze reden worden mensen met het syndroom van Korsakow hier beschreven, ondanks dat zij soms ook in de geestelijke gezondheidszorg

worden opgevangen. Ook mensen met NAH worden vaak in de psychogeriatric opgevangen, vanwege gedragsproblematiek en op grond van de BOPZ. Afhankelijk van het stadium van de dementie (licht, matig tot ernstig) varieert de behoefte aan zorg van zorg op afroep en direct oproepbaar tot 24 uur per dag direct aanwezig. Vrijwel altijd is sprake van toezicht in het kader van de BOPZ. Verder kan de zorg bestaan uit persoonlijke verzorging, gespecialiseerde verpleging of behandeling en ondersteunende begeleiding (dagbesteding). Vooral bij jong dementerenden vergt de invulling van de dagbesteding extra aandacht¹⁶.

2.3.3 Mensen met een verstandelijke handicap

Bij mensen met een verstandelijke handicap kan het verstandelijk niveau variëren van een lichte verstandelijke handicap tot ernstige (meervoudige) beperkingen. Mensen met een verstandelijke handicap kunnen tevens zintuiglijk en lichamelijk gehandicapt zijn. Combinatieproblematiek komt veelvuldig voor. De levensverwachting van verstandelijk gehandicapten is toegenomen. Er is sprake van een driedovoudige vergrijzing: het aantal oudere verstandelijk gehandicapten neemt toe, verstandelijk gehandicapten worden 'sneller oud' en zorgaanbieders krijgen meer te maken met oudere verstandelijk gehandicapten uit de 'thuisituatie' die op latere leeftijd toch aangewezen zijn op verblijf. Verstandelijk gehandicapten krijgen vaak op jongere leeftijd dan niet verstandelijk gehandicapten te maken met verouderingsaandoeningen, zoals een verminderde mobiliteit en dementie. Dit heeft gevolgen voor de woonomgeving, de dagbesteding en de samenstelling van de groepen. Er vindt een verschuiving plaats van onderwijs en arbeid naar wonen, zorg en activiteiten binnen een beschermende omgeving.

Onder mensen met een verstandelijke handicap worden diverse subdoelgroepen onderscheiden:

- verstandelijk gehandicapten die zelfredzaam zijn of dit kunnen aanleren;

- verstandelijk gehandicapten die continu begeleiding, verzorging en verpleging behoeven;
- licht verstandelijk gehandicapte jongeren (LVGj), oftewel jongeren die in hun ontwikkeling zijn belemmerd of dreigen vast te lopen. Vaak is er een raakvlak met kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugdzorg en justitie;
- meervoudig complex gehandicapten (MCG);
- verstandelijk gehandicapten met psychiatrische aandoeningen;
- sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG);
- sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten met een forensische achtergrond (SGLVG+);
- sterk gedragsgestoorde ernstig verstandelijk gehandicapten (SGEVG).

Afhankelijk van de ernst van de verstandelijke handicap (complexiteit en comorbiditeit) en de beperkingen die dit geeft in het dagelijks leven, varieert de behoefte aan zorg van zorg op afroep en direct oproepbaar tot 24 uur per dag direct aanwezig. In geval van zeer ernstige gedragsproblematiek is debeschermende (soms beveiligde) setting nodig. De zorg varieert van persoonlijke verzorging, gespecialiseerde verpleging, (intensieve) behandeling, activerende of ondersteunende begeleiding (dagbesteding). Om volwaardig dagbesteding te bieden, wordt door instellingen een breed scala aan activiteiten ontplooid, variërend van lunchroom en arbeidsmatige dagbesteding tot meer recreatieve vormen van dagbesteding. Specifiek voor extramuraal verblijvende kinderen, met een ernstige verstandelijke en/of meervoudige handicap, zijn eveneens dagcentra beschikbaar. Deze zogenaamde Kinderdagcentra (KDC's) vallen eveneens onder deze prestatie-eisen en worden in 4.6 nader uitgewerkt.

Kinderdagcentrum (KDC)

Een KDC biedt integrale hulp- en dienstverlening aan extramuraal verblijvende kinderen met een (ernstige) verstandelijke handicap en/of kinderen met een meervoudig complexe handicap in de leeftijd van 0 tot 18 jaar en hun ouders¹⁷. De kinderen hebben

¹⁶ College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Signaleringsrapport. Voorzieningen voor jong dementerenden. Utrecht, 21 november 2005, rap.nr. 589.

¹⁷ Waar ouders staat, kan ook verzorgers worden gelezen.

naast een (ernstige) verstandelijke beperking, vaak ook ernstige lichamelijke beperkingen, zintuiglijke beperkingen of gedragsproblematiek. Het gaat om kinderen die (tijdelijk) niet naar school (kunnen) gaan en zijn aangewezen op zeer intensieve zorg. KDC's zijn gericht op het vergroten en ontwikkelen van de individuele mogelijkheden van het kind. De individuele hulpvraag, aanleg en persoonlijke voorkeur van het kind zijn bepalend voor welke ondersteuning, hulp, begeleiding of zorg nodig is. Allerlei vormen van therapie (logopedie, ergo-, fysio-, spel-, muziektherapie) worden in een dagprogramma aangeboden. Kinderen maken één of meer dagdelen per week gebruik van het KDC.

In een multifunctioneel KDC zijn de volgende functies te onderscheiden:

1. dagopvang van kinderen (orthopedagogische, paramedische en medische zorg);
2. begeleiding en behandeling van kinderen en hun ouders (o.a. vroegdiagnostiek, observatie, informatie en advies);
3. ambulante zorg voor kinderen en hun ouders (bijvoorbeeld speciale thuiszorg, begeleiding van kinderen in het reguliere of speciale onderwijs).

2.3.4 Mensen met een lichamelijke handicap

Bij de groep lichamelijk gehandicapten gaat het om mensen met een ernstige, blijvende dan wel langdurige, al dan niet aangeboren lichamelijke of meervoudige (primair lichamelijke) handicap, die niet primair het gevolg is van verouderingsprocessen¹⁸. Bij lichamelijk gehandicapten is de aan- of afwezigheid van een eigen regie of sociale zelfredzaamheid sterk bepalend voor de zorgvraag¹⁹. Het kunnen voeren van een eigen regie is voor een belangrijk deel bepalend voor de keuze tussen zelfstandig wonen, of wonen in een groepswoning of in een cluster van woningen. Mensen die geen regie (meer) hebben over hun eigen leven zijn doorgaans aangewezen op meer begeleiding of verpleging en kunnen meestal niet

zelfstandig wonen. Lichamelijk gehandicapten die geen eigen regie (meer) hebben, kampen meestal met combinatieproblematiek of degeneratieve ziekten. Lichamelijk gehandicapte kinderen krijgen steeds vaker zorg in een ambulante setting. Vanuit de thuis-situatie of door kortdurende opname leren zij hoe om te gaan met hun handicap(s) en om zelfstandig te gaan leven. Als er sprake is van veroudering kunnen lichamelijk gehandicapten hun krachten (bijvoorbeeld in hun armen) en daarmee hun zelfstandigheid verliezen.

2.3.5 Mensen met een zintuiglijke handicap

Zintuiglijk gehandicapten zijn mensen met een ernstige, blijvende dan wel langdurige al of niet aangeboren zintuiglijke of meervoudige (primair zintuiglijke) stoornis, die als gevolg daarvan problemen (beperkingen of handicaps) ondervinden²⁰. Zintuiglijke stoornissen zijn doofheid, slechthorendheid, spraak-/ taalmoelijkheden, blindheid of slechtfziendheid. Voor cliënten die zijn aangewezen op verblijf gaan zintuiglijke stoornissen vaak gepaard met bijkomende problematiek, zoals motorische, cognitieve, psychosociale of gedrags- en psychiatrische problemen of een verstandelijke handicap. Het niveau van zintuiglijk functioneren en de aanwezigheid van bijkomende problematiek bepalen in welke mate iemand de dagelijkse activiteiten kan uitvoeren (zoals voortbeweging, lichamelijke verzorging en huishoudelijke activiteiten) en in welke mate sprake is van maatschappelijk functioneren (woon-/gezins-situatie, onderwijs of arbeid, maatschappelijk verkeer, vrijetijdsbesteding).

Net als lichamelijk gehandicapten worden zintuiglijk gehandicapte kinderen meestal ambulant behandeld of kortdurend opgenomen. Bij het ouder worden kunnen zintuiglijk gehandicapten te maken krijgen met verschillende andere beperkingen, hetgeen hun zelfstandigheid (extra) kan beperken.

¹⁸ College voor zorgverzekeringen, Eindrapportage in het kader van de flexibilisering van de aanspraken binnen de zorg voor lichamelijk gehandicapten, 25 mei 2000.

¹⁹ College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten, 8 april 2002.

²⁰ College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten, 18 november 2002.

2.3.6 Mensen met een psychiatrische aandoening

De psychische stoornissen waar het om gaat, omvatten in principe alle stoornissen die voorkomen in de bekende diagnostische classificatiesystemen (DSM-IV, e.d.). Psychische stoornissen beïnvloeden het leven van de persoon zelf en zijn/haar directe omgeving in hoge mate. De gevolgen kunnen zich uitstrekken over uiteenlopende levenssterreinen (lichamelijke gezondheid, sociaal en maatschappelijk functioneren), vaak gedurende een lange periode en soms zelfs permanent. Vaak is sprake van meerdere stoornissen tegelijk en ook de combinatie met midde-lengebruik en verslavingsproblematiek komt in toene-mende mate voor. Bij ouderen speelt een verhoogde kans op somatische comorbiditeit, functionele achter-uitgang (in zintuigfuncties, mobiliteit) en cognitieve stoornissen (dementie of een delier). Dit betekent dat naast behoefte aan psychiatrische begeleiding of behandeling ook andere behoeften kunnen ontstaan op het gebied van wonen, dagbesteding en verzor-ging of verpleging (care) ²¹.

Binnen de doelgroep ‘mensen met een psychiatrische aandoening of (ernstige) psychosociale problematiek’, zijn de volgende subgroepen te onderscheiden:

- kinderen en jeugdigen (< 18 jaar);
- volwassenen en/of ouderen zonder (ernstige) bijkomende problematiek, met een zorgbehoefte gericht op herstel (veelal kortdurend verblijf);
- volwassenen en/of ouderen met meervoudige problematiek, met een zorgbehoefte gericht op

stabilisatie van de problematiek en/of gericht op het leren omgaan met de (rest-)verschijnselen, het verbeteren van de kwaliteit van leven, dan wel rehabilitatie (veelal langdurig verblijf);

- mensen met verslavingsproblematiek;
- mensen met forensische problematiek.

Voor elk van deze groepen geldt dat de problema-tiek sterk varieert. Er kan sprake zijn van relatief ‘lichte’, enkelvoudige problematiek waarvoor door-gaans kortdurende interventies (op ambulante, poliklinische basis, kortdurend verblijf) afdoende zijn (curatieve GGZ). Of er kan juist sprake zijn van (zeer) ernstige, meervoudige problematiek waarvoor langdurig (en soms blijvend) verschillende vormen van zorg nodig zijn, vooral gericht op handhaving van de (rest)vermogens en kwaliteit van leven (care, chronische psychiatrie). De zorg kan variëren van persoonlijke verzorging tot gespecialiseerde verple-ging en (intensieve) behandeling tot activerende of ondersteunende begeleiding (dagbesteding). In geval van zeer ernstige gedragsproblematiek (agressief en grensoverschrijdend gedrag) is een beschermende (soms beveiligde) setting nodig.

De curatieve GGZ wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en geïntegreerd met de alge-mene curatieve zorg (ziekenhuis), zie 2.1.1. Het gaat om circa 75% van de psychiatrische zorg: vrijwel de hele verslavingszorg, de kinder- en jeugdpsychiatrie en grote delen van de volwassenenpsychiatrie.

²¹ Heeren, T.J., Kat, M.G., Stek, M.L. (red.): Handboek ouderenpsychiatrie. De Tijdstroom, Leusden (2001).

3 (Ge)bouwen in de AWBZ

Door wisselende combinaties van AWBZ-functies, door variatie in schaalgrootte, door combinatie van verschillende doelgroepen of verblijfsconcepten ontstaat een grote variatie aan gebouwen en voorzieningen voor AWBZ-zorg. Door AWBZ-voorzieningen te integreren met niet-AWBZ functies, zoals maatschappelijke functies, commerciële functies of woningbouw, wordt de variatie nog groter.

In dit hoofdstuk wordt aangegeven welke ruimten voor de verschillende functies binnen de AWBZ gerealiseerd kunnen worden. Bij de functie verblijf wordt tevens ingegaan op het onderscheid tussen licht verblijf (a-specifieke bouw), zwaar verblijf (specifieke bouw) en beveiligd verblijf (specialistische bouw). Het hoofdstuk wordt afgesloten met de kinderdagcentra (KDC's) voor verstandelijke gehandicapte kinderen.

3.1 Verblijf

Verblijfsvoorzieningen kunnen een open of een gesloten karakter hebben. Dit geeft aan in hoeverre cliënten beperkt worden in hun bewegingsvrijheid en (permanent) toezicht vereist is. In de categorie licht hebben alle voorzieningen een open karakter. Ook in de categorie zwaar hebben de meeste verblijfsvoorzieningen een open karakter. Voorzieningen met een gesloten karakter komen alleen voor bij zwaar en beveiligd verblijf.

In gesloten voorzieningen is het verblijfsareaal verweven met de ruimten voor recreatie, dagbesteding en behandeling. Deze ruimten worden niet tegelijkertijd gebruikt door cliënten van andere groepen. In gesloten verblijfsvoorzieningen kunnen ook afzonderings- en separeerruimten opgenomen zijn. Vaak wordt in de ruimtelijke opzet van gesloten verblijfsvoorzieningen extra aandacht besteed aan veiligheid (ruime gangen, overzichtelijke lay-out, extra oppervlakte e.d.) en een prikkelarme leefomgeving. Voor vrijwel alle verblijfsvoorzieningen gaat de voorkeur uit naar een genormaliseerde woonomgeving.

3.1.1 Verblijfscategorieën licht – zwaar – beveiligd

Voor verblijfsvoorzieningen in de AWBZ wordt onderscheid gemaakt in licht verblijf (a-specifieke bouw), zwaar verblijf (specifieke bouw) en beveiligd verblijf (specialistische bouw), zie ook 2.2.2. Voor mobiele cliënten die zelfstandig kunnen wonen, met zorg in de nabijheid (zorg volgens afspraak en oproepbaar), kan meestal (vrijwel) normale woningbouw worden gerealiseerd. Dergelijke huisvesting (zowel groepswoningen als individuele appartementen) kan echter ook geschikt zijn voor cliënten met mobiliteitsproblemen. Deze huisvesting is doorgaans makkelijk afstootbaar naar de reguliere woningmarkt of met beperkte ingrepen hiervoor geschikt te maken. Dergelijke huisvesting valt in het kader van deze prestatie-eisen in de categorie licht.

Wanneer de huisvesting bestemd is voor (niet) mobiele cliënten die niet (meer) zelfstandig kunnen wonen (onvoldoende regie over het eigen leven) en bij wie de benodigde zorg voortdurend in de directe nabijheid of direct aanwezig moet zijn, of wanneer aanvullende ruimten nodig zijn (bijvoorbeeld een snoezelruimte of een afzonderingsruimte) kan niet altijd meer met 'gewone' woningbouw worden volstaan. Dit kan ook het geval zijn als in verband met gedragsstoornissen een specifiek afwerkingniveau nodig is. Bij dit laatste valt te denken aan verzwaarde deuren, veiligheidsglas, dikkere wanden met een hogere geluidsisolatie en een uitluistersysteem. Deze huisvesting valt in het kader van deze prestatie-eisen in de categorie zwaar.

Zodra de huisvesting bestemd is voor cliënten die in een beveiligde setting en afgeschermd van de samenleving moeten worden opgenomen, vanwege forensische problematiek, dan is sprake van specialistische bouw. Het voorzieningen-, afwerkings- en veiligheidsniveau en de lay-out staan volledig in het teken van het afschermen en beveiligen van cliënten, zorgverleners/begeleiders en de samenleving. Deze

huisvesting valt in het kader van deze prestatie-eisen in de categorie beveiligd.

3.1.2 Verblijfsconcepten

In deze prestatie-eisen worden de concepten individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf onderscheiden. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de diverse concepten. Voor praktijkvoorbeelden wordt verwezen naar deel II.

Individueel verblijf

Bij individueel verblijf gaat het om een zelfstandig appartement, in principe bedoeld voor één persoon of eventueel voor twee personen, die gezamenlijk een huishouding voeren (bijvoorbeeld echtparen of samenwonenden). Een appartement bestaat uit ten minste een woonkamer, een slaapkamer (of een gecombineerde zit-slaapkamer), een kitchenette of keuken, een eigen sanitaire ruimte met douche, wastafel en toilet en een eigen voordeur. Vaak is ook een berging aanwezig. Bij licht verblijf zijn appartementen minimaal 45 m² (nuttig). Bij zwaar verblijf zijn appartementen doorgaans kleiner omdat deze cliënten minder regie over hun eigen leven hebben. In de praktijk is in de categorie zwaar eerder sprake van studio's al dan niet met een eigen pantry (circa 25 m² tot 35 m² nuttig). Ook kan een deel van de beschikbare oppervlakte ingezet worden voor gemeenschappelijke ruimten. De grootte van de individuele woonruimte hangt vooral af van de wensen van de cliënt. De activiteiten in een appartement voor individueel verblijf komen grotendeels overeen met de activiteiten die in de thuissituatie plaatsvinden. In aanvulling daarop kan begeleiding, verzorging of verpleging worden geboden.

Voorzieningen voor individueel verblijf (zwaar) bestaan veelal uit geclusterde eenpersoons-appartementen. Indien gewenst kunnen gezamenlijke ruimten worden gerealiseerd. Te denken valt aan een gezamenlijke huiskamer, keuken of inloopsteunpunt. Soms worden ruimten voor personeel gerealiseerd (een teampost, een kamer voor het afdelingshoofd, een spoelruimte, algemene berg ruimten of een centrale badkamer).

De bouwkundige uitwerking kan per doelgroep sterk verschillen.

Met name in de gehandicaptenzorg wonen veel cliënten individueel in de wijk. Overdag verblijven ze elders: ze werken of hebben een andere vorm van dagbesteding. Zo nodig kunnen ze rekenen op ondersteuning vanuit een inloopsteunpunt in de nabijheid van hun woning, dat veelal ook als ontmoetingsplek fungeert. Vaak worden vanuit het inloopsteunpunt maaltijden verstrekt, die in de eigen woning kunnen worden opgewarmd. In de praktijk wordt als inloopsteunpunt vaak een extra appartement gehuurd of gebouwd. Het zelfde concept wordt ook toegepast voor mensen met een zwaardere zorgvraag (licht verblijf bij zware zorgvraag).

In de ouderenzorg wordt bij nieuwbouw het merendeel van de capaciteit geëxtramuraliseerd. Het gaat dan vooral om cliënten met een relatief lichte zorgvraag. De resterende intramurale capaciteit wordt in toenemende mate ondergebracht in woonzorgcentra, eventueel in combinatie met woningen voor zelfstandig wonende ouderen, huisvesting in de categorie zwaar en andere (niet-AWBZ) functies. Omdat het om mensen gaat die minder mobiel zijn, is het belangrijk dat in het complex ruimten aanwezig zijn voor recreatie en ontmoeting. Veel zorgcentra beschikken dan ook over een recreatieruimte, activiteitenruimten, een restaurant, een café of een internetcafé.

Om integratie met de samenleving te bevorderen worden vaak ook maatschappelijke functies in een zorgcentrum opgenomen, zoals een kinderdagverblijf, eerstelijns gezondheidsvoorzieningen of een bibliotheek. Op deze wijze heeft zo'n centrum ook een wijkfunctie ('community-care' concept).

Individueel verblijf, met de mogelijkheid om terug te vallen op (de voorzieningen en het personeel van) een groep, leent zich ook goed voor cliënten die moeilijk in een groep kunnen functioneren. Dit speelt met name in de gehandicaptenzorg en de psychiatrie. Per vijf tot zes appartementen is – als achtervang – dan vaak een huiskamer of steunpunt aanwezig.

Kleinschalig groepsverblijf

Kleinschalig groepsverblijf is op te vatten als een woning die bestemd is voor een zelfstandig functionerende eenheid van drie tot zes cliënten, die gezamenlijk een huishouding voeren. In een groepswoning worden de omstandigheden en de gang van zaken van een gewoon huishouden zo veel mogelijk benaderd. Er is meestal één personeelslid aanwezig, dat naast zorg ook huishoudelijke taken zoals koken en wassen verricht. De cliënten worden hier vaak bij betrokken. De meest voorkomende groepsgrootte van zes personen heeft vooral een praktische achtergrond. Uitgaande van één of twee begeleiders is bij een groepsgrootte van zes personen nog sprake van een omvang van een normaal huishouden. Men past met de groep rond de eettafel en er kan in gewone pannen gekookt worden. Daarnaast blijkt een groep van zes personen uit exploitatieoogpunt in de praktijk gunstiger dan een kleinere groep. Iedere cliënt beschikt over een eigen zit-slaapkamer. Het sanitair kan individueel of gezamenlijk zijn. Verder zijn in een groepswoning doorgaans een gemeenschappelijke huiskamer met een keuken aanwezig en soms een rookruimte. Er wordt meestal een volwaardige keuken gerealiseerd. De nuttige oppervlakte daarvan is daardoor in vergelijking met de nuttige oppervlakte van keukens of pantry's in de andere verblijfsconcepten vrij groot. Bij bepaalde doelgroepen kan het wenselijk zijn dat medewerkers vanuit de keuken toezicht kunnen houden op de groep. Voor het wassen en drogen van wasgoed wordt

soms in een afzonderlijke ruimte voorzien (vaak een bijkeuken). Of in een woning personeelsruimten (overlegruimte, werkplek of een kast voor dossiers en/of medicijnen) gerealiseerd moeten worden is een discussiepunt. Voor personeel is het wellicht handig, maar het is in strijd met de ideeën over genormaliseerd wonen. Overigens wordt in de praktijk, met name in de ouderenzorg, regelmatig gekozen voor een overlegruimte of multifunctionele ruimte nabij de woningen. In de gehandicaptenzorg worden in principe geen personeelsvoorzieningen in de woning opgenomen.

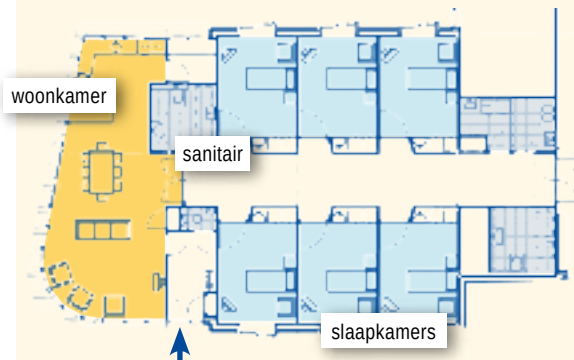
In de gehandicaptenzorg en de psychiatrie zijn groepswoningen al langer gangbaar. Ook in de ouderenzorg is groepswonen sterk in opkomst, met name voor dementerenden.

Voor cliënten met mobiliteitsproblemen wordt het verblijfsareaal vrijwel altijd in één bouwlaag gebouwd (zowel bungalows als in meerlaagse bouw). Een woning waarin beneden wordt gewoond en boven wordt geslapen komt zelden voor. De uitdaging ligt erin om bij groepswoningen voor een niet-mobiele doelgroep zo veel mogelijk het gewone wonen te benaderen.

In de praktijk is een aantal basistypes voor groepswoningen in één bouwlaag ontstaan (zie afbeelding 1a-1d). De afbeeldingen 1a-1d hebben alle betrekking op een niet-mobiele doelgroep.

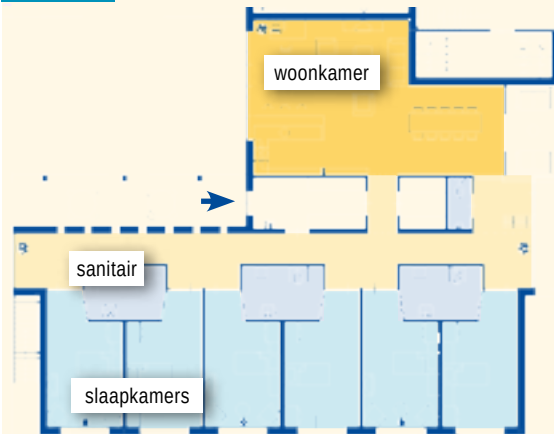
Basisplattegronden kleinschalig groepsverblijf

Afb. 1a



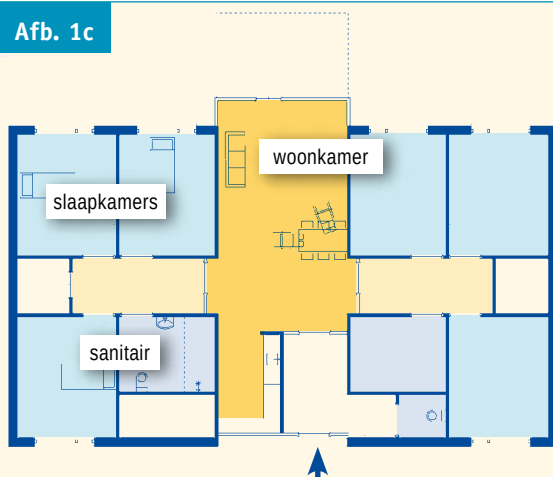
Bij deze opzet ligt de entree bij de huiskamer. Achter de huiskamer ligt een besloten slaapgedeelte. Deze opzet biedt de mogelijkheid om het gemeenschappelijke gedeelte de uitstraling van een gewone woning te geven. Pas in het slaapgedeelte wordt ervaren dat het om specifieke bouw gaat. Voordeel van een gescheiden slaapgedeelte is dat het bezoek minder snel in het privé-gebied komt.

Afb. 1b



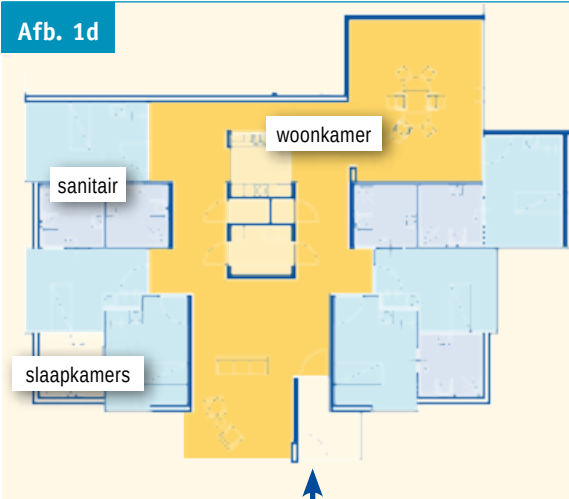
Het slaapgedeelte ligt naast de huiskamer. Wanneer sprake is van schakeling van woningen in een grotere setting, kan bij deze opzet het slaapgedeelte eventueel apart toegankelijk gemaakt worden. Dit biedt voordelen in de nachtsituatie en bij het schoonmaken. Belangrijk is wel dat het woonkarakter zo veel mogelijk behouden blijft. Deze opzet heeft als nadeel dat de gang bij de slaapkamers vrij lang is.

Afb. 1c



Als aan weerszijden van de huiskamer een aantal cliëntenkamers liggen, zijn geen lange gangen nodig. Prettig is dat de verkeersruimte in het slaapgedeelte als een overloop wordt beleefd. Het valt niet op dat de verkeersruimte, met het oog op bedtoegankelijkheid, breder is.

Afb. 1d



Wanneer kamers direct aan de verblijfsruimte grenzen, blijft relatief veel oppervlakte over voor het woongedeelte. Doordat de keuken en de bijkeuken centraal gesitueerd zijn ontstaan een apart zit- en eetgedeelte. De gescheiden plekken met elk een eigen oriëntatie verhogen de belevingswaarde. Bovendien biedt deze opzet meer keuzemogelijkheden en meer privacy voor de cliënten. Ook het kamergebonden sanitair biedt veel privacy. Men hoeft niet via de huiskamer naar het sanitair. Bij dementerenden is hier een nadeel dat het personeel minder zicht heeft op de cliënten.

Afdelingsverblijf

Alleen voor zwaar en beveiligd verblijf wordt afdelingsverblijf gerealiseerd. Afdelingsverblijf is de traditionele verpleegafdeling in een moderner jasje. Het verschil met vroeger zit vooral in de kleinere groepsgrootte van maximaal 10 cliënten. Een groep is een (afgesloten) organisatorische eenheid met cliëntenkamers, sanitair en gemeenschappelijke ruimten en een gemeenschappelijke entree. De sanitaire ruimte, in principe bedoeld voor één cliënt (in de ouderenzorg ook eventueel per twee cliënten), grenst aan de individuele zit-slaapkamer. Twee of meer groepen kunnen bouwkundig geschakeld worden tot een grotere afdeling. Daarbij is het belangrijk dat iedere groep over eigen verkeersruimte beschikt en er via een groep geen doorgang is naar andere groepen of voorzieningen. Bij voorkeur liggen de huiskamers nabij de entree van de groep, zodat bezoekers geen privéruimten hoeven te passeren (privacy). Lange gangen worden als ongewenst ervaren, vanwege het institutionele karakter.

Ruimten voor begeleiding, personeel en diensten (zoals een teampost, een kamer voor het afdelingshoofd, een spoelruimte, algemene bergruimten voor de opslag van schoon- en vuillinnen en rijdend materieel, een centrale badkamer en een multifunctionele ruimte) en eventuele separeer- of afzonderingsvoorzieningen kunnen, afhankelijk van de onderbouwing en voorkeur van de instelling, per groep, per twee groepen of per afdeling worden gerealiseerd.

In gesloten verblijfsvoorzieningen en de forensische psychiatrie is afdelingsverblijf het meest gangbare concept. Binnen of annex een afdeling worden vaak behandel- en activiteitenruimten en separeervoorzieningen gerealiseerd. Als sprake is van een lange verblijfsduur in een gesloten setting, is het voor de cliënten belangrijk dat veel aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van de leefomgeving. Aandachtspunten zijn uitzicht vanuit de cliëntenkamers op de omgeving, de aanwezigheid van een besloten buitenruimte, vertredingsruimte en voldoende ruimte voor verschillende activiteiten. Voor het personeel zijn toegankelijkheid en overzicht belangrijk. Gangen zijn daarom vaak recht en breed en een eventuele teampost ligt op een strategische plek. Alle ruimten van een afdeling liggen bij voorkeur gelijkvloers.

Mengvormen

Het grootste verschil tussen afdelingsverblijf en kleinschalig groepsverblijf is vooral zorginhoudelijk. Afdelingsverblijf is meer op zorgverlening gericht en kleinschalig groepsverblijf meer op wonen. Bouwkundig gezien is in de praktijk sprake van een continuüm tussen de concepten kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf. Verschillen zitten vooral in de groepsgrootte en de situering van eventuele ruimten voor ondersteunende functies (teamposten, ruimten voor schoon en vuil linnen, spoelruimten). Soms wordt uit exploitatieoogpunt voor zeven of acht personen per groep gekozen, terwijl wel sprake is van een zelfstandige eenheid die functioneert met de filosofie van kleinschalig wonen. Gezien de schaal-grootte en de bruto oppervlakte is dan in het kader van deze prestatie-eisen geen sprake meer van een groepswoning maar van een afdeling.

Wanneer bij individueel verblijf gezamenlijke ruimten gerealiseerd worden, zal de opzet meer in de richting van kleinschalig groepsverblijf of afdelingsverblijf gaan, afhankelijk van de gekozen bouwkundige uitwerking, de zorgverlening en de mate van gedeeld gebruik van ruimten. Een veel voorkomende opzet is die van een aantal HAT-eenheden met een gezamenlijke huiskamer en/of keuken.

In geval van reactivering of kort verblijffunctie wordt in de praktijk vaak gekozen voor een hotelmatige opzet. De cliënten beschikken over individuele zit-slaapkamers met eigen sanitair. Vaak is een gemeenschappelijke lounge in de nabijheid van de kamers aanwezig. Verder kunnen de cliënten gebruik maken van recreatieve voorzieningen elders in (de directe omgeving van) het complex of de woning.

3.1.3 Onderscheid mobiele versus niet-mobiele cliënten

In deze prestatie-eisen is onderscheid gemaakt in huisvesting voor mobiele cliënten en niet-mobiele cliënten. In het kader van deze prestatie-eisen is huisvesting voor niet-mobiele cliënten zodanig vormgegeven dat cliënten, ongeacht de zorgwaarde, altijd in de voorziening kunnen blijven wonen. Dit betekent dat veel meer nodig is dan alleen rolstoeltoegan-

kelijkheid. De huisvesting is voor deze doelgroep afgestemd op beddenverkeer, gebruik van hulpmiddelen en assistentie door het personeel bij alle ADL-verrichtingen. Voor de niet-mobiele doelgroep gelden aanvullende prestatie-eisen.

In de categorieën zwaar en beveiligd en bij kleinschalig groepsverblijf in de categorie licht gelden een grotere rekenoppervlakte en hogere investeringskosten (zie hoofdstukken 4 en 5) voor niet-mobiele doelgroepen. Alleen als aan alle prestatie-eisen voor een niet-mobiele doelgroep wordt voldaan, kan deze ruimere oppervlakte worden toegepast. Huisvesting die niet aan deze eisen voldoet, wordt in het kader van deze prestatie-eisen beschouwd als huisvesting voor mobiele cliënten.

Voor de categorie licht individueel verblijf kan, mits onderbouwd, voor niet-mobiele cliënten een beroep gedaan worden op een toeslag voor persoonsgebonden hulpmiddelen. Hieraan zijn geen verdere voorwaarden verbonden.

De prestatie-eisen voor niet-mobiel zijn verplicht gesteld voor een aantal doelgroepen (zie 2.2. en hoofdstuk 4). Voor de overige doelgroepen is in principe een vrije keuze mogelijk tussen mobiel en niet-mobiel. Bij de aanvraag moet, in geval van een combinatie tussen mobiel en niet-mobiel, concreet worden aangegeven voor welke plaatsen voor niet-mobiel is gekozen.

In de praktijk zal het, uit oogpunt van flexibiliteit, in veel gevallen voor de hand liggen om te kiezen voor huisvesting die voldoet aan de prestatie-eisen niet-mobiel. Bij langdurig verblijf is het immers van belang dat de huisvesting levensloopbestendig is. Als gevolg van het ouder worden van cliënten moet rekening worden gehouden met mobiliteitsbeperkingen en een verzwaaring van de zorgvraag. Ook is een voorziening die voldoet aan de eisen voor een niet-mobiele doelgroep makkelijker inzetbaar voor andere doelgroepen in de gezondheidszorg.

Een andere optie is om te kiezen voor huisvesting conform de prestatie-eisen voor mobiel en daarbij in meer of mindere mate in te spelen op een toenemende zorgzwaarte en mobiliteitsbeperkingen. Te denken valt aan het realiseren van één of meer MIVA-kamers per groep of aan rolstoeltoegankelijke

voorzieningen met iets ruimer sanitair, zodat met hulpmiddelen gewerkt kan worden. Ook kan een voorziening zo ontworpen worden dat in geval van mobiliteitsproblemen met beperkte kosten aanpassingen mogelijk zijn. Op deze manier kunnen cliënten langer in de voorziening blijven wonen. Verhuizing is dan alleen in uitzonderlijke gevallen aan de orde, bij voorbeeld bij bedlegerigheid.

Omdat hier niet aan alle eisen voor de niet-mobiele doelgroep wordt voldaan (bij voorbeeld niet aan de prestatie-eis voor bedtoegankelijkheid) is de extra oppervlakte dan niet van toepassing.

Met name bij voorzieningen bestemd voor kinderen en jongeren zonder lichamelijke beperkingen en bij huur van 'gewone woningen' in de wijk zal vaak gekozen worden voor huisvesting conform de prestatie-eisen voor mobiel. De meeste bestaande woningen voldoen namelijk niet aan de zware prestatie-eisen voor niet-mobiel.

3.2 Ondersteunende en activerende begeleiding

Er worden twee functies begeleiding onderscheiden, te weten de functie ondersteunende begeleiding en de functie activerende begeleiding. Ruimten voor dagactiviteiten of dagbesteding wordt in deze prestatie-eisen gerekend tot de functie ondersteunende begeleiding.

Ondersteunende begeleiding

Ondersteunende begeleiding kan plaatsvinden binnen het woonareaal van cliënten, bijvoorbeeld in een huiskamer (bijvoorbeeld bij dementerende ouderen) of in een (multifunctionele) ruimte (bijvoorbeeld in een gesloten verblijfsafdeling).

Onder ruimten voor ondersteunende begeleiding vallen ook: een recreatiezaal, een grand-café, een inloopsteunpunt, verenigingsruimten, een stiltecentrum of meditatie- en gebedsruimte en een snoezelruimte. Uiteraard zijn voor deze functies toiletvoorzieningen en bergruimten aanwezig en soms kantoren.

Voor dagbesteding worden in de praktijk heel verschillende ruimten gerealiseerd, sterk afhankelijk

van de activiteiten. Zo zijn er bijvoorbeeld winkels, werkplaatsen, lunchrooms, bakkerijen, tuinprojecten, productieruimten en ateliers. Op hoofdlocaties gaat het vaak om dagbestedinggebouwen met activiteitenruimten. In geval van buitenwerkzaamheden worden soms kassen en schuren gebouwd, vaak in combinatie met ruimten voor slechtweeractiviteiten. Afhankelijk van de situering van het gebouw en de capaciteit is een kantine aanwezig. Uiteraard zijn ook hier toiletvoorzieningen, garderobes en berg ruimten aanwezig en soms kantoren of rust ruimten. Voor sommige werkzaamheden is geen aparte ruimte nodig. Bij voorbeeld bij cliënten die binnen de instelling bij de receptie, de postkamer of de technische dienst werken.

Waar mogelijk bevinden ruimten voor dagbesteding zich op een andere locatie dan de voorzieningen voor verblijf, met name voor gehandicapten en psychiatrische cliënten is deze scheiding van functies belangrijk om optimaal invulling te kunnen geven aan genormaliseerd verblijf.

Activerende begeleiding

Bij ruimten voor activerende begeleiding kan onderscheid worden gemaakt in ruimten voor activiteiten in groepsverband (ruimten voor muziektherapie, creatieve therapie, psychomotore therapie, gesprekstherapie e.d.) en individuele ruimten (vooral spreek-/werkkamers).

3.3 Behandeling

Voor de functie behandeling kunnen de volgende ruimten aanwezig zijn: spreek-/werkkamers voor medici en paramedici, onderzoek-/behandelkamers, ruimten voor fysiotherapie, afzonderings- en/of separatuerruimten, toiletten en wachtruimte.

Voor fysiotherapie en ergotherapie kan in het kader van deze prestatie-eisen onderscheid gemaakt worden in reactivering en overige fysiotherapie. Uitgangspunt is dat bij mensen met chronische somatische klachten de behandeling in de meeste gevallen op de eigen kamer plaatsvindt. Daarom kan worden volstaan met een kleine oefenruimte en een werkruimte voor de therapeut. In geval van reactivering zijn meer uitgebreide voorzieningen nodig. Dan kunnen één of

meerdere oefenzalen, berg ruimte voor het oefenmateriaal, individuele behandelcabines, ADL-ruimten, sanitair en wachtruimte aanwezig zijn. Hydrotherapie is geen standaardvoorziening.

Bij licht verblijf maken cliënten in de regel gebruik van eerstelijns (para)medische voorzieningen. Ook in de categorie zwaar maken instellingen voor behandel functies soms gebruik van openbare voorzieningen (in andere instellingen). Dit geldt met name voor zwembaden, sporthallen en gymnastiekzalen.

Voorzieningen voor behandeling voor cliënten in de categorie zwaar bevinden zich vaak op dezelfde locatie als de voorziening voor verblijf.

Voorzieningen voor behandeling voor cliënten in een gesloten setting en in de categorie beveiligd zijn bouwkundig meestal verbonden met de voorziening voor verblijf. Deze voorzieningen maken deel uit van het beveiligde gebied en worden niet gelijktijdig gebruikt door andere cliënten.

3.4 Ondersteunende diensten

Onder de ondersteunende diensten vallen directie en beheer, centrale personeelsvoorzieningen en de civiele en technische dienst.

Tot directie en beheer worden gerekend ruimten voor het bestuur en de directie, de financiële-, personeels- en cliëntenadministratie, het directiesecretariaat, automatisering, het archief, een reproruimte en vergaderruimten.

Onder directie en beheer vallen niet het medisch archief, de kantoorruimten voor behandelaars en teammanagers. Deze ruimten worden in het kader van deze prestatie-eisen gerekend tot andere functie-groepen. Het medisch archief en de kantoorruimten voor behandelaars vallen onder behandeling/activerende begeleiding en kantoren voor teammanagers vallen onder de functie verblijf.

Vaak worden de kantoorruimten ondergebracht in een centraal bureau. Soms worden regiokantoren gebouwd. Daarnaast zijn op grotere locaties meestal enkele kantoorfaciliteiten aanwezig, zoals ruimte voor een locatiehoofd en een vergaderruimte.

Ruimten voor centrale personeelsvoorzieningen (personeelsrestaurant, personeelstoiletten, garderobe en douches) en ruimten voor de civiele en technische dienst (linnenverzorging, huishoudelijke dienst, magazijn, technische dienst, (rolstoel)werkplaats en tuinberging) worden in de praktijk steeds minder gerealiseerd. Hiervoor zijn twee oorzaken aan te wijzen. Wanneer groepswooningen gebouwd worden zijn dergelijke centrale ruimten niet meer nodig. In de woningen wordt gekookt en gewassen. Verder worden steeds meer diensten uitbesteed.

3.5 Kinderdagcentra (KDC)

Een (multifunctioneel) kinderdagcentrum (KDC) biedt integrale hulp- en dienstverlening aan extramuraal verblijvende kinderen met een (ernstige) verstandelijke handicap en/of kinderen met een meervoudige handicap in de leeftijd van 0 tot 18 jaar en hun ouders. Kinderen maken één of meer dagdelen per week gebruik van het KDC. De groepen bestaan gemiddeld uit acht kinderen. Als sprake is van meervoudige complexe problematiek of gedragsproblematiek wordt vaak gekozen voor kleinere groepen van circa zes kinderen. Een KDC heeft doorgaans een capaciteit van 40 tot 50 plaatsen.

De indeling of samenstelling van de groepen is grotendeels afhankelijk van de visie van het betreffende KDC, historisch gegroeide omstandigheden en/of afspraken binnen het verzorgingsgebied. Er zijn KDC's die zich specifiek richten op meervoudig gehandicapte kinderen en andere KDC's die zich alleen richten op kinderen met gedragsproblematiek. Ook gecombineerde KDC's komen voor.

De therapieën (logopedie, ergo-, fysio-, spel-, muziektherapie) worden vaak geïntegreerd in het dagprogramma aangeboden. De therapieën vinden plaats in de groepsruimte of elders in het gebouw (eventueel met de hele groep) of individueel door het kind apart te nemen (eventueel buiten de groep). Per groep zijn doorgaans twee groepsbegeleiders aanwezig.

Soms worden ook vormen van kortdurend verblijf gekoppeld aan het KDC. Dit gebeurt op beperkte schaal en het gaat dan vooral om weekend- en

vakantieopvang (logeren). Deze vormen van verblijf worden meestal op een andere locatie ondergebracht en een koppeling met het KDC ligt dus niet voor de hand. Als wel gekozen wordt voor een koppeling met andere functies, dan heeft het KDC een eigen entree, is er een duidelijke scheiding van functies en heeft het KDC een eigen identiteit.

In toenemende mate wordt ervoor gekozen om KDC's fysiek aan te haken bij bijvoorbeeld een peuterspeelzaal, naschoolse opvang, een reguliere of cluster-III school (voorheen ZMLK-school). Hierdoor ontstaat een organisatorische eenheid met inhoudelijke samenwerking, maar ook met gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen en integratiemogelijkheden van zorg- en niet-zorgfuncties.

In een KDC zijn doorgaans groepsruimte(n) voor de dagopvang van kinderen en hun begeleiders aanwezig. Hieraan gekoppeld liggen sanitaire voorzieningen c.q. verzorgingsruimten voor kinderen en multifunctionele ruimte(n). De multifunctionele ruimte kan gebruikt worden als rustruimte, snoezelruimte of als ruimte om een kind individueel te kunnen begeleiden. De keukenvoorziening is een pantry in de groepsruimte en/of een centrale keuken. Er is binnen de groep relatief veel bergruimte aanwezig met het oog op tilliften, rolstoelen, statafels, ligortheses, spelmateriaal, e.d. Verder kan worden voorzien in snoezelruimte(n). Werk-, onderzoek- en behandelruimten voor het aantal aanwezige fte's per discipline (orthopedagogische, paramedische en medische zorg) worden al dan niet gecombineerd. Ruimten voor begeleiding, personeel en diensten zoals een teampost, personeelstoiletten, vergaderruimte en algemene bergruimten voor de opslag van schoon en vuil linnen kunnen, afhankelijk van de voorkeur van de instelling, per groep of centraal worden gerealiseerd.

Elk KDC beschikt over buitenruimte.

Optionele ruimten (afhankelijk van omvang en organisatiegraad van het KDC) zijn een oefenruimte voor fysiotherapie, een therapiebad, een ontvangstbalie, een speel-o-theek, werkruimte(n) voor ambulante medewerkers en slaapkamer(s) bestemd als rustruimte en/of kortdurend verblijf (weekend-, vakantieopvang, logeren).

4 Prestatie-eisen

In dit hoofdstuk zijn de prestatie-eisen voor de AWBZ vastgelegd. De prestatie-eisen omschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau van ruimten, functies en voorzieningen en vormen het toetsingskader waaraan nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen worden getoetst. De prestatie-eisen hebben betrekking op de essentiële, meest kwaliteitsbepalende functies van een gebouw. Het zijn specifieke eisen die aanvullend zijn op de eisen van het Bouwbesluit. Van de in 2.2.2 onderscheiden verblijfscategorieën valt bouw in de categorie licht in het kader van het Bouwbesluit onder woningbouw en valt bouw in de categorieën zwaar en beveiligd onder gezondheidszorgbouw.

4.1 Achtergronden prestatie-eisen

Er zijn open en gesloten prestatie-eisen. Gesloten eisen zijn meetbaar en worden bijvoorbeeld geformuleerd in termen van afmetingen, minimaal aanwezige ruimten en technische specificaties van bouwdelen. Open normen zijn onder meer de eisen die gesteld worden aan de locatie, de condities en de omgeving van de verblijfsomgeving. Omdat deze moeilijk meetbaar zijn, wordt in deel II uitgebreid op deze prestatie-eisen ingegaan. De prestatie-eisen zijn nadrukkelijk niet normatief bedoeld en zijn ook niet op te vatten als 'de gouden standaard'. Feitelijk is met de prestatie-eisen alleen de ondergrens vastgelegd. Binnen de marges van de rekenoppervlakte kunnen instellingen naar eigen inzicht boven de prestatie-eisen uitstijgen, door bijvoorbeeld meer oppervlakte te realiseren en eigen prioriteiten te stellen. Voor nadere details omtrent deze systematiek wordt verwezen naar hoofdstuk 5 en bijlage 6.

Voor aan de locatie van zorgvoorzieningen te stellen algemene eisen wordt verwezen naar de prestatie-eisen terreingrootte. Voor de hygiënische omstandigheden en de klimatologische condities wordt

verwezen naar de prestatie-eisen binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector. De eisen voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen zijn eveneens in aparte prestatie-eisen opgenomen.

Voor (brand)veiligheid, arbeidsomstandigheden en roken wordt (mede) verwezen naar regelgeving van derden. De hier gepresenteerde prestatie-eisen vormen hierop een aanvulling.

4.2 Algemene prestatie-eisen

De algemene prestatie-eisen, die hieronder worden beschreven, gelden voor *alle* AWBZ-voorzieningen, ongeacht welke functie het betreft (verblijf, behandeling etc.). De meeste algemene prestatie-eisen hebben het karakter van open normen. De algemene eisen voor privacy en toegankelijkheid hebben een gesloten karakter.

Afhankelijk van de concrete context, de omstandigheden waarin een AWBZ-voorziening wordt gerealiseerd, moet aan deze algemene prestatie-eisen meer of minder gewicht worden toegekend. In alle gevallen zullen initiatiefnemers in hun toelichting op een aanvraag om een toelating of vergunning moeten aangeven in hoeverre het ingediende plan aan deze algemene prestatie-eisen voldoet. Indien niet aan de algemene prestatie-eisen wordt voldaan, moet worden toegelicht waarom wordt afgeweken.

4.2.1 Flexibiliteit

De demografische ontwikkelingen en de ontwikkelingen in de zorgvraag maken het nodig rekening te houden met verschuivingen in de aard en omvang van de zorg. Door middel van flexibiliteit kan tijdig ingespeeld worden op ontwikkelingen en wijzigingen in de zorgvraag. Bij flexibiliteit kan een onderscheid worden gemaakt in interne flexibiliteit, externe flexibiliteit, gebruiksflexibiliteit en afstotingsflexibiliteit.

Voor verdere toelichting en praktijkvoorbeelden wordt verwezen naar deel II.

- Als bouw in eigendom plaatsvindt, moet in alle gevallen sprake zijn van flexibel, aanpasbaar bouwen. Bij het indienen van een bouwaanvraag dient de instelling in een separate toelichting aan te geven in welke mate sprake is van flexibiliteit. Deze toelichting gaat, zo nodig, vergezeld van een scenariostudie.

4.2.2 Locatie en bereikbaarheid

In het kader van vermaatschappelijking van zorg geldt als uitgangspunt dat cliënten zo veel mogelijk deel kunnen nemen aan het maatschappelijk verkeer.

Dit uitgangspunt moet tot uitdrukking komen bij de keuze van de locatie (geïntegreerd in de samenleving en eventueel gecombineerd met reguliere voorzieningen), de omvang en de schaalgrootte van de voorziening.

Voorzieningen zijn centraal in het verzorgingsgebied gesitueerd en goed bereikbaar met taxi- en openbaar vervoer. Bij de bereikbaarheid met het openbaar vervoer zijn de vervoersfrequentie en de afstand tot de halte bepalend.

Aan deze eis van goede bereikbaarheid wordt in de regel voldaan als de voorziening op een geografisch of demografisch zwaartepunt in haar verzorgingsgebied ligt, in de nabijheid van andere voorzieningen. Bij een zorgboerderij gelden uiteraard andere locatie- en bereikbaarheidseisen dan bij een zorgcentrum in de stad.

Tabel 2 Prestatie-eisen toegankelijkheid

Omschrijving	Prestatie-eis
Vrije breedte hoofdverkeersruimten (tussen de leuning): – hoofdverkeersruimten – hoofdverkeersruimten in geval van frequent rolstoelverkeer – hoofdverkeersruimten in geval van beddenverkeer: a. mits passagemogelijkheden aanwezig zijn op een onderlinge afstand van ten hoogste 8,00 m b. indien geen passagemogelijkheden aanwezig zijn – hoofdverkeersruimten naar separeervoorzieningen – hoofdverkeersruimten in beveiligde voorzieningen NB. Gangen korter dan 10 m worden niet beschouwd als hoofdverkeersruimte.	1,20 m 1,60 m 1,60 m 2,00 m 1,80 m 2,00 m
Vrije doorgangsbreedte naar ruimten waar cliënten komen: – algemeen, uitgaande van rolstoel- en douchebrancardtoegankelijkheid – in geval van bedtoegankelijkheid – aanrijruimte naast de deur	0,85 m 1,10 m 0,30 m
Inwendige afmetingen van de liftkooi – brancardlift – beddenlift	1,05 x 2,05 m 1,40 x 2,40 m

4.2.3 Toegankelijkheid

In aanvulling op het Bouwbesluit gelden de volgende eisen (zie ook tabel 2).

- Het terrein en de entree van gebouwen waar cliënten verblijven, zijn voor cliënten, bezoekers en medewerkers goed toegankelijk. Taxi's en ambulances kunnen tot vlakbij de ingang komen.
- In een AWBZ-voorziening waar krachtens het Bouwbesluit een toegankelijkheidssector aanwezig is (hiervan is sprake bij een gebruiksoppervlakte van meer dan 500 m²), zijn alle verkeersruimten waar cliënten gebruik van maken rolstoeltoegankelijk. In die ruimten kunnen rolstoelgebruikers elkaar passeren en zijn draaimogelijkheden voor rolstoelen aanwezig (draaicirkel met een diameter van 1,50 m).
- In voorzieningen voor niet-mobiele cliënten zijn liften ten behoeve van het vervoer van cliënten ten minste uitgevoerd als brancardliften. Als meer dan zestig niet-mobiele cliënten op (de) verdieping(en) zijn ondergebracht, zijn ten minste twee liften aanwezig.
- Als bij verblijfsvoorzieningen voor niet-mobiele cliënten sprake is van een woning of groep over meer dan één bouwlaag (huiskamer beneden, slaapkamers op de verdieping), is een beddenlift aanwezig.

4.2.4 Toegankelijkheid bij zintuiglijke beperkingen

Mensen met een visuele handicap kunnen zich meestal moeilijk oriënteren. Auditief gehandicapten hebben vooral problemen met spreken en verstaan van andere mensen.

In gebouwen zijn specifieke maatregelen noodzakelijk voor mensen die ernstig of zeer ernstig zintuiglijk gehandicapt zijn. Ook minder zwaar gehandicapten kunnen gebaat zijn bij zulke maatregelen, bijvoorbeeld (dementerende) ouderen en verstandelijk gehandicapten. Daarom dient bij het ontwerpen van alle gebouwen binnen de AWBZ rekening gehouden te worden met zintuiglijke problematiek.

Bij het ontwerp en de inrichting van gebouwen wordt de toegankelijkheid voor visueel gehandicapten verbeterd door extra aandacht voor aspecten als

daglichttoetreding, verlichting, verduistering en/of zonwering, helderheidscontrast, bewegwijzering, tactiele informatie, akoestiek en lay-out.

Met name voor dementerende ouderen is voldoende daglichttoetreding van belang voor het behoud van een goed dag-/nachtritme.

Voor mensen met een auditieve handicap kunnen specifieke voorzieningen getroffen worden op het gebied van verlichting, akoestiek en lay-out.

In gebouwen kan ook worden ingespeeld op de behoeften van cliënten met een bouwgerelateerde allergie. Gedacht kan worden aan maatregelen als het realiseren van een goed geventileerde niet vochtige omgeving, het grondig kunnen schoonmaken van het gebouw en aandacht voor de materiaalkeuze en de keuze en plaats van planten en beplanting.

Als er in een vroeg stadium rekening wordt gehouden met deze aspecten vergen veel van de genoemde maatregelen nauwelijks meerkosten.

Voor nadere toelichting en concrete voorbeelden wordt verwezen naar deel II.

4.2.5 Belevingsaspecten

Uit onderzoek is gebleken dat de belevingskwaliteit van gebouwen, de omgeving en buitenruimte effect hebben op de gezondheid, het welbevinden en het gedrag van cliënten (en van medewerkers, zorgverleners, therapeuten en familieleden). Dit heeft er toe geleid dat ook in de zorgsector geleidelijk meer aandacht is ontstaan voor omgevingspsychologische aspecten van gebouwen. Daar komt bij dat wensen van cliënten steeds belangrijker worden.

Het welzijn van cliënten en bezoekers kan worden bevorderd door een verblijfsomgeving die

- goed toegankelijk en overzichtelijk is;
- comfort biedt en de autonomie verhoogt;
- de relatie met het verzorgend, verplegend of behandelend personeel bevordert;
- privacy biedt en vertrouwen versterkt;
- rekening houdt met leeftijd (o.a. KDC) van cliënten en wensen van cliënten en familieleden;
- een relatie heeft met de buitenwereld en zo mogelijk over een buitenruimte beschikt;
- huiselijkheid, veiligheid en geborgenheid biedt.

Voor de beoordeling van de werkomgeving door medewerkers is het van belang dat zij daarin prettig en efficiënt kunnen werken.

De kwaliteit van een gebouw wordt dus enerzijds bepaald door functionele en technische aspecten, en anderzijds door belevingsaspecten. Kwaliteit wordt bevorderd door in een ontwerp expliciet aandacht te besteden aan aspecten als schaal, herkenbaarheid, gebruiksgemak, oriëntatie en routing, veiligheid en beschutting, bewegwijzering, inrichting, materiaalgebruik, kleurtoepassing, uitzicht, verlichting, akoestische aspecten en het binnenklimaat.

Voor wat betreft de daglichttoetreding in verblijfsruimten geldt het volgende:

- Alle verblijfsruimten in AWBZ-voorzieningen hebben een equivalente daglichtoppervlakte van ten minste 10% van het vloeroppervlakte en ten minste 0,5 m² (conform Bouwbesluiteisen ten aanzien van woongebouwen).
- In ieder geval de volgende verblijfsruimten moeten aan de daglichttoetredingseis voldoen: cliëntenkamers, huiskamers en multifunctionele ruimten.

4.2.6 Roken

- Als geen rookverbod geldt, zijn rookruimten aanwezig.
- Als sprake is van een rookverbod, dan moet bij het indienen van een aanvraag worden aangetoond (alleen bij eigendomssituaties) dat een rookruimte achteraf met eenvoudige middelen en zonder hoge bijkomende kosten kan worden gerealiseerd.

4.2.7 Conditie

Voor de aan de hygiënische omstandigheden en de klimatologische condities te stellen eisen wordt verwezen naar de prestatie-eisen binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector.

In aanvulling daarop gelden de volgende specifieke eisen.

Temperatuuroverschrijdingen

Voor de volgende categorieën van voorzieningen wordt tijdens gemiddelde zomeromstandigheden het aantal overschrijdingsuren ten opzichte van een temperatuur van 25,5°C tot een minimum beperkt:

- voorzieningen voor niet-mobiele cliënten, ongeacht de verblijfs categorie (zie 4.3.2 voor de doelgroepen);
- gesloten voorzieningen in de categorie zwaar;
- voorzieningen in de categorie beveiligd;
- separeervoorzieningen.

Deze eis geldt *niet* voor ruimten voor ondersteunende diensten.

Bij aanvragen in de vergunningsfase wordt door middel van temperatuuroverschrijdingsberekeningen aangetoond dat aan deze eis wordt voldaan.

Er zijn verschillende manieren om de binnentemperatuur te beheersen. Het gaat daarbij zowel om het gebouw met haar bouwtechnische eigenschappen, om de installaties, als om de manier waarop vanuit de organisatie wordt gereageerd op (extreme) zomerse perioden (hitte protocol). Wanneer deze maatregelen niet volstaan, kan worden gedacht aan het in meer of mindere mate toepassen van topkoeling.

Voor aanbevelingen wordt verwezen naar deel II.

Therapiebaden

In therapiebaden voldoet de waterbehandelingsinstallatie aan alle facetten en kwaliteitsnormen die zijn vervat in het Besluit Hygiëne en Veiligheid Zwemgelegenheden dat op 1 december 2000 van kracht is geworden.

4.3 Prestatie-eisen voor verblijf

Bij de functie verblijf is een onderscheid te maken in drie concepten: individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf (zie hoofdstuk 3). Daarnaast geldt het onderscheid licht, zwaar en beveiligd verblijf. In het nu volgende worden de prestatie-eisen voor *de functie verblijf* beschreven: de algemene eisen, de specifieke eisen en de ruimtelijke eisen.

4.3.1 Algemene prestatie-eisen voor verblijf

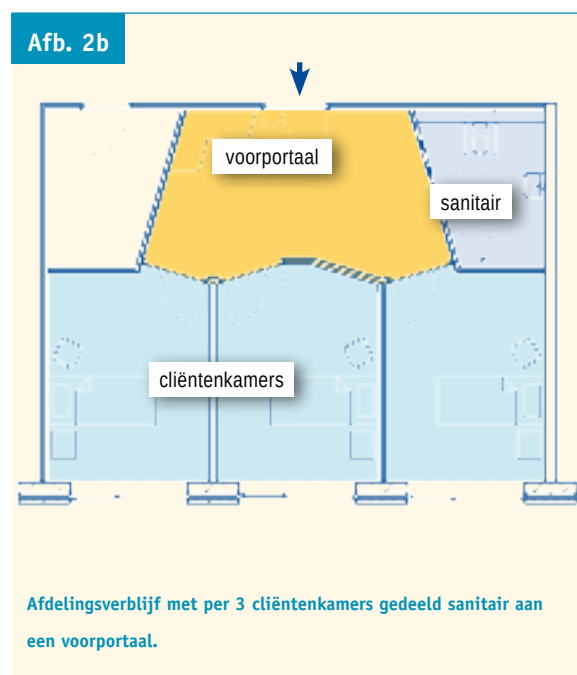
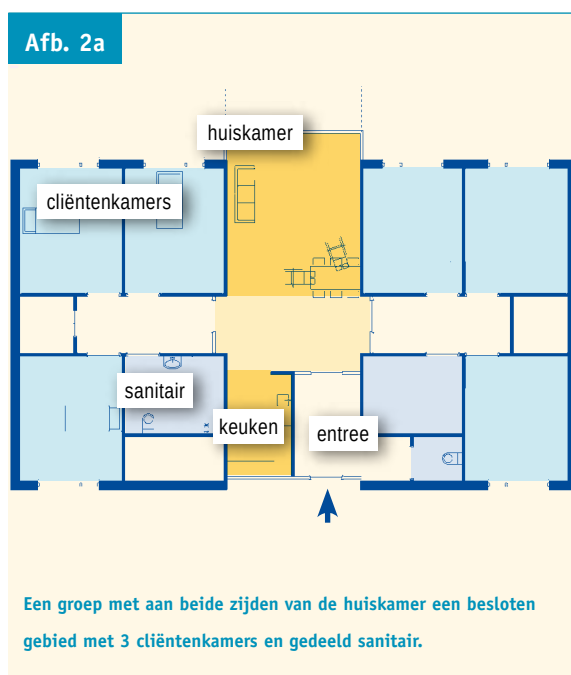
Privacy

Privacy is in alle voorzieningen voor verblijf binnen de AWBZ een belangrijk aandachtspunt. Daarbij gaat het om eenpersoonskamers, het aantal cliënten dat een sanitaire ruimte deelt, de situering van het sanitair ten opzichte van de zit-slaapkamer en om zichtlijnen vanuit de gemeenschappelijke ruimten en de entree op de route van de zit-slaapkamer naar het sanitair.

- In alle verblijfscategorieën beschikken de cliënten in principe over een eenpersoonskamer (in licht verblijf kan dat ook een tweekamerappartement zijn). Alleen voor cliënten met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening kan een beperkt aantal tweepersoonskamers of –appartementen gerealiseerd worden. Als er tweepersoonskamers worden gerealiseerd, moeten deze splitsbaar zijn in twee volwaardige eenpersoonskamers.

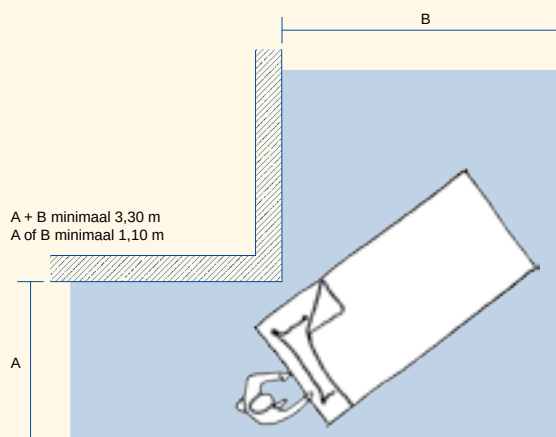
- Het sanitair is individueel en kamergebonden. Het sanitair omvat minimaal een toilet, een wastafel en een douche, te verdelen over één of meer ruimten. De volgende uitzonderingen zijn mogelijk:
 - voor niet-mobiele cliënten kan kamergrenzend sanitair per twee personen gerealiseerd worden;
 - bij kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf kan centraal sanitair gerealiseerd worden, onder de voorwaarde dat de privacy gegarandeerd is. Dit houdt in dat ten minste één douche en één toilet per maximaal vier cliënten aanwezig is. Het sanitair bevindt zich nabij de cliëntenkamers en de route van de cliëntenkamers naar het sanitair ligt niet in het zicht van de entree of de huiskamer (en loopt niet door de huiskamer).

Gedeeld sanitair met optimale privacy



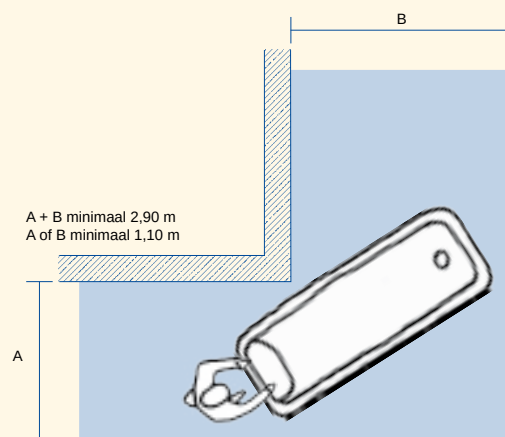
Prestatie-eisen niet-mobiel: minimaal benodigde ruimte voor verlenen van assistentie, gebruik van hulpmiddelen en toegankelijkheid niet-mobiele cliënten

Afb. 3a



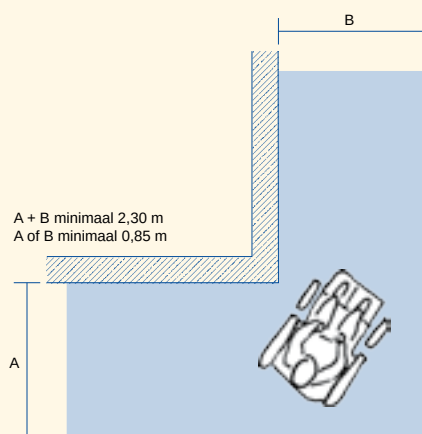
Minimaal benodigde ruimte voor het maken van een bocht met een verpleegbed.

Afb. 3b



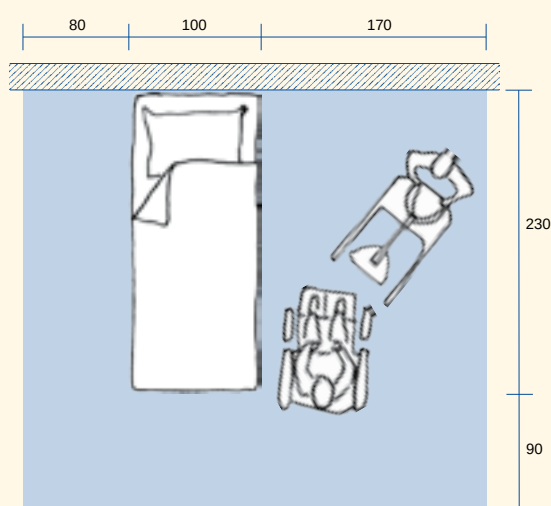
Minimaal benodigde ruimte voor het maken van een bocht met een douchebrancard.

Afb. 3c



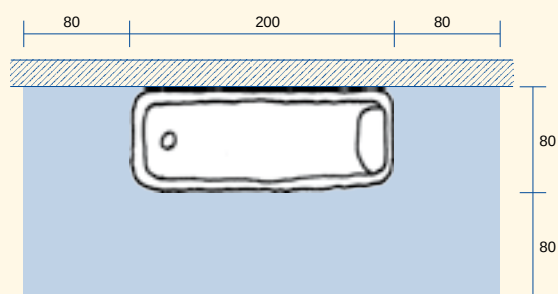
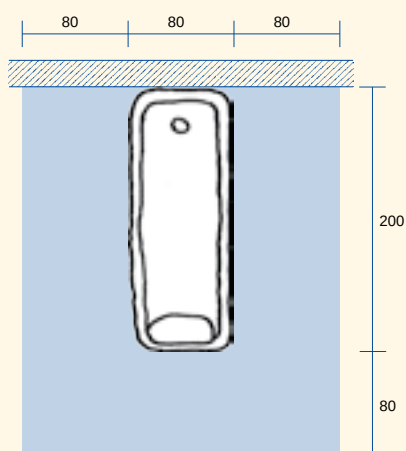
Minimaal benodigde ruimte voor het maken van een bocht met een verrijdbare douchestoel. Dit is vergelijkbaar met de minimaal benodigde ruimte voor het maken van een bocht met een rolstoel.

Afb. 3d



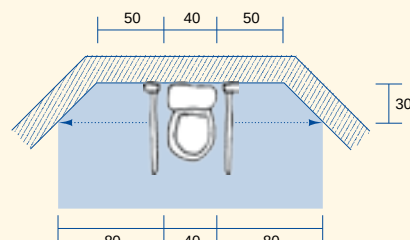
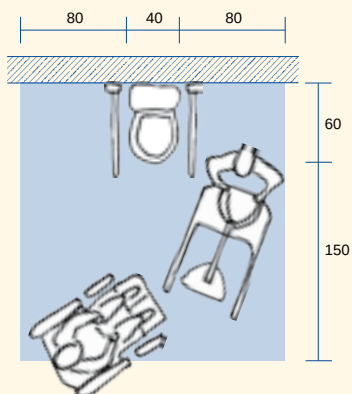
Minimaal benodigde vrije ruimte rond het bed voor het verlenen van assistentie door personeel.

Afb. 3e



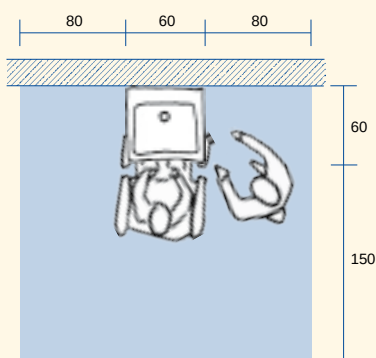
Minimaal benodigde ruimte voor het werken met een douchebrancard (loodrecht/vrij in de ruimte en langs de wand).

Afb. 3f



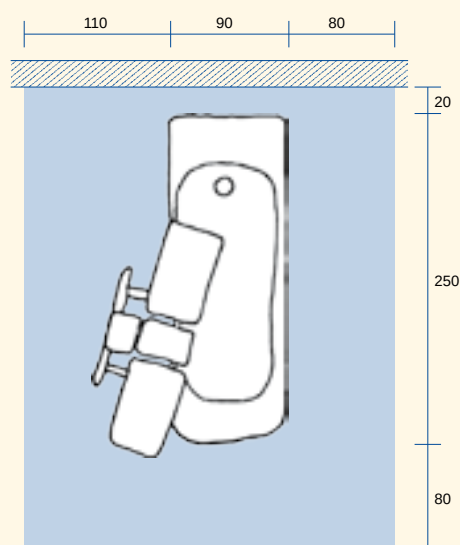
Minimaal benodigde ruimte rondom het toilet bij tweezijdige assistentie. N.B. de vrije ruimte naast de toiletspot wordt gemeten op 0,3 m vanaf de wand. Dit is belangrijk bij een schuine opstelling van de toiletspot (dit resulteert doorgaans in een achterwand van 1,4 m).

Afb. 3g



Minimaal benodigde ruimte rondom de wastafel voor tweezijdige assistentie. Bij individueel sanitair kan gekozen worden voor enkelzijdige assistentie en kan worden volstaan met 0,3 m naast de wastafel aan de ene zijde en met 0,8 m aan de andere zijde.

Afb. 3h



Minimaal benodigde ruimte rondom een ligbad.

Overig

- Bij kleinschalig groepsverblijf bedraagt de groeps-grootte maximaal 6 personen en bij afdelingsver-blijf maximaal 10 personen.
- Bij cliënten met een psychogeriatrische aandoe-ning zijn in geval van individueel verblijf de appartementen geclusterd in groepen van maxi-maal 10 cliënten. Door de groep loopt geen door-gaande verkeersroute en er is per groep voorzien in een huiskamer.
- Voorzieningen voor verblijf voor mensen met een psychogeriatrische aandoening zijn in het kader van de BOPZ afsluitbaar. Dit betekent dat het verblijfsareaal een zelfstandig functionerende eenheid is, waar geen hoofdverkeersroutes door-heen lopen.
- Als sprake is van een gesloten setting is een (afgeschermd) buitenruimte beschikbaar en bij een gesloten afdelingsverblijf is een multifunctio-nale ruimte opgenomen.

4.3.2 Specifieke prestatie-eisen niet-mobiele cliënten

Voor de huisvesting van niet-mobiele cliënten geldt een aantal specifieke prestatie-eisen. Deze zijn verplicht van toepassing voor de volgende doel-groepen (licht, zwaar en beveiligd):

- cliënten met een somatische aandoening;
- cliënten met een psychogeriatrische aandoening;
- cliënten met een psychogeriatrische en/of somati-sche aandoening of beperking en/of psychosociaal probleem;
- lichamelijk gehandicapten (LG) en meervoudig complex gehandicapten (MCG);
- zintuiglijk gehandicapten met bijkomende oude-renproblematiek;
- verstandelijk gehandicapten met bijkomende oude-renproblematiek;
- ouderenpsychiatrie.

Zie voor nadere toelichting 2.2.2.

- Bij kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf is bedverkeer mogelijk tussen de zit-slaapkamer en de huiskamer.
- In de zit-slaapkamers, huiskamers en sanitaire ruimten is het gebruik van een rolstoel en tilap-paratuur mogelijk.
- Aan cliënten kan in de zit-slaapkamer en het sani-tair van twee zijden assistentie worden geboden. Bij individueel sanitair kan hiervan op het punt van de wastafel worden afgeweken en worden volstaan met enkelzijdige assistentie.
- Gebruik van een douchebrancard is mogelijk. Bij kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf kan, in geval van individueel sanitair, hiervan worden afgeweken en worden uitgegaan van het gebruik van een uitklapbare douchestoel. Voorwaarde is dat in dat geval per woning of groep een alge-meen toegankelijke sanitaire ruimte aanwezig is die wel geschikt is voor gebruik van een douche-brancard.
- Wanneer sprake is van groepen of woningen over meer bouwlagen (huiskamer beneden, slaapkamers op de verdieping), is binnen het verblijfsareaal een beddenlift aanwezig.

De prestatie-eisen voor niet-mobiele cliënten zijn niet gebaseerd op volledig zelfstandig rolstoelge-bruik. Dit komt namelijk relatief weinig voor en het zou te ver voeren om dit AWBZ-breed als eis te laten gelden.

Bij concrete initiatieven zal per doelgroep afgewogen moeten worden of het nodig is om boven de pres-tatie-eis uit te gaan. Redenen hiervoor zijn bijvoor-beeld de frequentie van gebruik van een douche-brancard, de aanwezigheid van grotere rolstoelen of – zoals gezegd – zelfstandig rolstoelgebruik bijvoor-beeld bij lichamelijk gehandicapten en bij reacti-vering. In afbeelding 3a-h (pagina 30-31) zijn de prestatie-eisen opgenomen die betrekking hebben op de minimaal benodigde oppervlakte voor het verlenen van assistentie, het gebruik van hulpmiddelen en toegankelijkheid bij niet-mobiele cliënten.

4.3.3 Ruimtelijke prestatie-eisen voor verblijf

In de tabellen 3 tot en met 5 zijn – per categorie – de ruimtelijke prestatie-eisen voor de functie verblijf opgenomen. Voor de functies persoonlijke en

huishoudelijke verzorging en verpleging zijn geen aparte ruimten gerekend, deze zijn inbegrepen bij de functie verblijf. In 2.2.2 is beschreven welke factoren kunnen meewegen in de keuze voor een verblijfsconcept en voor licht, zwaar dan wel beveiligd verblijf.

Tabel 3

Ruimtelijke prestatie-eisen licht verblijf – a-specifieke bouw
(minimale oppervlakte per plaats, uitgedrukt in nuttige m²)

	Individueel verblijf	Kleinschalig groepsverblijf	Opmerkingen
Prestatie-eisen mobiel			
Eenpersoons appartement/ zit-slaapkamer	45	12	Breedte ten minste 2,7 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 1,8 m.
Tweepersoonsappartement Gemeenschappelijke ruimten	45	n.v.t. 7	Huiskamer, multifunctionele ruimte, keuken, pantry, rookruimte e.d.
Prestatie-eisen niet-mobiel			
Eenpersoons appartement of zit-slaapkamer	45	15	Breedte ten minste 3,2 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 2,0 m.
Tweepersoonsappartement Gemeenschappelijke ruimten	45	n.v.t. 7	Huiskamer, multifunctionele ruimte, keuken, pantry, rookruimte e.d.
Uitzonderingen mobiel			
Licht verstandelijk gehandicapte jongeren (LVGj) en logeervoorzieningen: Eenpersoons appartement of zit-slaapkamer	45	10	Breedte ten minste 2,7 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 1,8 m.

Aanvullende opmerkingen bij tabel 3:

- Het appartement (45 m²) is inclusief sanitair. De zit-slaapkamer is exclusief sanitair. In tabellen 4 en 5 is alles exclusief sanitair.
- Bij licht verblijf is geen afdelingsverblijf mogelijk.
- Kleinschalig groepsverblijf voor mensen met een psychogeriatrische en/of somatische aandoening of een psychosociaal probleem kan alleen worden gerealiseerd als wordt uitgegaan van (het clusteren van) appartementen van minimaal 45 m² per plaats (individueel verblijf). Mits onderbouwd is het mogelijk om gemeenschappelijke ruimten te realiseren (een huiskamer, keuken e.d.), zie illustratie 2.2.2.

Tabel 4

Ruimtelijke prestatie-eisen zwaar verblijf - specifieke bouw
(minimale oppervlakte per plaats, uitgedrukt in nuttige m²)

	Individueel verblijf	Kleinschalig groepsverblijf	Afdelings- verblijf	Opmerkingen
Prestatie-eisen mobiel				
Eenpersoons appartement of zit-slaapkamer	18	15	15	Breedte ten minste 3,0 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 1,8 m.
Gemeenschappelijke ruimten		8	8	Huiskamer, zitje, multifunctionele ruimte, keuken, pantry, rookruimte e.d.
<i>Waarvan voor de huiskamer</i>		4	4	
Minimaal te realiseren oppervlakte per plaats voor eenpersoons appartement of zit-slaapkamer en (eventuele) gemeenschappelijke ruimten	22	23	23	
Prestatie-eisen niet-mobiel				
Eenpersoons appartement of zit-slaapkamer	18	15	15	Breedte ten minste 3,2 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 2,0 m.
Gemeenschappelijke ruimten		9	8	Huiskamer, zitje, multifunctionele ruimte, keuken, pantry, rookruimte e.d.
<i>Waarvan voor de huiskamer</i>		6	4	
Minimaal te realiseren oppervlakte per plaats voor eenpersoons appartement of zit-slaapkamer en (eventuele) gemeenschappelijke ruimten	22	24	23	
Uitzonderingen mobiel				
Licht verstandelijk gehandicapte jongeren (LVGj) en logeervoorzieningen: Eenpersoons appartement of zit-slaapkamer	18	12	12	Breedte ten minste 3,0 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 1,8 m.

Tabel 5 Ruimtelijke prestatie-eisen beveiligd verblijf - specialistische bouw
(minimale oppervlakte per plaats, uitgedrukt in nuttige m²)

	Individueel verblijf	Kleinschalig groepsverblijf	Afdelings- verblijf	Opmerkingen
Prestatie-eisen mobiel en niet-mobiel				
Eenpersoons appartement of zit-slaapkamer	18	15	15	Breedte ten minste 3,2 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 2,0 m.
Gemeenschappelijke ruimten		10	9	Huiskamer, zitje, multifunctionele ruimte, keuken, pantry, rookruimte e.d.
<i>Waarvan voor de huiskamer</i>		4	4	
Minimaal te realiseren oppervlakte per plaats voor eenpersoons appartement of zit-slaapkamer (eventuele) gemeenschappelijke ruimten	23	25	24	
Uitzonderingen	Geen	Geen	Geen	

Aanvullende opmerking bij tabel 5:

- Er kan alleen voor beveiligd verblijf worden gekozen als sprake is van forensische zorg (binnen de psychiatrie) en SGLVG+ (zie eventueel 2.2.2).

4.4 Prestatie-eisen voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten

Ondersteunende begeleiding

- Voor ondersteunende begeleiding gelden geen aanvullende prestatie-eisen.

Activerende begeleiding en behandeling

- Voor activerende begeleiding gelden geen aanvullende prestatie-eisen.
- Voor mensen met een somatische aandoening is het nodig ruimten voor fysiotherapie te realiseren. Als sprake is van reactivering, heeft de oefenzaal een nuttige oppervlakte van ten minste 60 m².

- Instellingen voor verblijf voor mensen met een psychiatrische aandoening beschikken over ten minste één separeerunit, doorgaans bestaande uit twee separeerkamers.

Bij gesloten verblijfsvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke handicap of psychiatrische aandoening in de categorie zwaar of beveiligd kan rekening worden gehouden met afzonderingsruimten, dan wel separeervoorzieningen.

Verwezen wordt naar de prestatie-eisen voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen.

Ondersteunende diensten

- Voor aan (centrale) keukenvoorzieningen te stellen eisen wordt verwezen naar de prestatie-eisen voor keukenvoorzieningen in de zorgsector.

- Voor aan voorzieningen voor de technische dienst te stellen eisen wordt verwezen naar de prestatie-eisen werkplaatsen technische dienst in de zorg-sector.
- Voor de ondersteunende diensten gelden verder geen prestatie-eisen.

4.5 Prestatie-eisen kinderdagcentra (KDC)

In het nu volgende worden de specifieke prestatie-eisen voor kinderdagcentra voor verstandelijk gehandicapte kinderen (aangeduid als KDC) beschreven. De in 4.2 beschreven algemene prestatie-eisen (flexibiliteit, locatie en bereikbaarheid, etc.) zijn ook van toepassing op KDC's. In aanvulling hierop gelden – specifiek voor KDC's – de hieronder beschreven eisen.

- Voor maximaal 10 kinderen per groep wordt voorzien in één of meerdere groepsruimten. Een groepsruimte is zodanig vormgegeven dat er voldoende ruimte is voor diverse groepsactiviteiten en het gebruik van rolstoelen, bedboxen en tilapparatuur.
- Per groep is een verzorgingsruimte met sanitaire voorzieningen aanwezig. Deze is gekoppeld aan de

groepsruimte. De opzet van de verzorgingsruimte is dusdanig dat een variabele inrichting mogelijk is en de privacy in acht wordt genomen. Niet in alle gevallen zal er behoefte zijn aan een toilet of een bad, maar deze moeten wel te plaatsen zijn in geval de behoefte verandert. In de verzorgingsruimte is gelegenheid voor het onderbrengen van incontinentiemateriaal e.d.

In de verzorgingsruimte moet voldoende vrije werkruimte zijn om verzorgende en verplaatsings-handelingen te kunnen uitvoeren, zonder fysieke overbelasting.

- Per groep is een multifunctionele ruimte aanwezig.
- Er is voorzien in voldoende bergruimte(n) en/of opstelruimte(n) zodat extra bewegingshulpmiddelen en tilapparatuur de vrij bruikbare ruimte in de groepsruimte en de verzorgingsruimte niet beperken en de vrije doorgang in verkeersgebieden is gewaarborgd. De bergruimte biedt aan minimaal 1 hulpmiddel per kind plaats.
- Een KDC beschikt over een buitenruimte.
- Is het KDC gekoppeld aan een voorziening voor kortdurend verblijf (logeeropvang), dan is een duidelijke fysieke scheiding aangebracht tussen het KDC en de verblijfsfunctie. Dit is mogelijk door het KDC te voorzien van een eigen ingang en een eigen identiteit.

Tabel 6 Ruimtelijke prestatie-eisen KDC (minimale oppervlakte uitgedrukt in nuttige m²)

Omschrijving van de ruimten	Minimale nuttige oppervlakte in m ²	Opmerkingen
– groepsruimte (max. 10 kinderen)	7 m ² /plaats	1 per groep, incl. pantry
– verzorgingsruimte ¹	18 m ²	1 per groep, incl. bergruimte incontinentiemateriaal
– multifunctionele ruimte	12 m ²	1 per groep
– slaapkamer	12 m ²	indien aanwezig i.k.v. (kortdurend) verblijf (logeren)

¹ de gehanteerde maatvoering is afgestemd op een maximale inrichting: bad, toilet, wastafel, verzorgingsbank

5 Financiële aspecten

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe de maximaal nacalculeerbare investeringskosten of de daarvan afgeleide huur aan de hand van de bouwkosten-normen zijn te bepalen. De investeringskosten zijn opgebouwd uit drie componenten, te weten de directe en bouwgerelateerde kosten, de grondkosten en de startkosten.

5.1 Inleiding

De maximaal nacalculeerbare investeringskosten of de daarvan afgeleide huur exclusief grond- en startkosten kunnen worden berekend aan de hand van de bruto vloeroppervlakte (rekenoppervlakte) en de genormeerde prijzen per vierkante meter. Binnen dit maximale kostenkader is een vrije invulling mogelijk, mits ten minste aan de in hoofdstuk 4 omschreven prestatie-eisen wordt voldaan. Een hoger investeringsniveau als gevolg van een ruimere oppervlakte of een hoger afwerkingniveau is uiteraard mogelijk als het meerdere door de instelling zelf of door derden wordt gefinancierd.

In de berekeningen van de rekenoppervlakte is de centrale keuken buiten beschouwing gelaten. De oppervlakte en kosten voor een centrale keuken (productiekeuken, satellietkeuken) worden bepaald aan de hand van de prestatie-eisen voor keukenvoorzieningen in de zorgsector.

Verder is bij de oppervlakte voor ondersteunende diensten geen rekening gehouden met de opleidingsfunctie. Voor zover sprake is van opleiding (bijscholing, stagebegeleiding, e.d.) wordt normaliter gebruik gemaakt van bestaande ruimten (spreekkamers, vergaderzalen, multifunctionele ruimten). Leslokalen vallen onder onderwijs en zijn niet nacalculeerbaar ex WTZi.

5.2 Oppervlaktebepaling

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de rekenoppervlakte, op basis waarvan de maximaal nacalculeerbare investeringskosten of de daarvan afgeleide huur worden bepaald. Hierbij worden twee componenten onderscheiden, de oppervlakte per plaats en de toeslagen. Door optelling van de beide componenten kan de totale rekenoppervlakte worden bepaald. De rekenoppervlakte is meer dan de optelling van de ruimtelijke prestatie-eisen. De marge tussen de rekenoppervlakte en de som van de ruimtelijke prestatie-eisen is naar eigen inzicht te besteden. Voor nadere toelichting en enkele rekenvoorbeelden wordt verwezen naar bijlage 6.

Achtereenvolgens komen aan de orde de oppervlaktebepaling van verblijfsvoorzieningen AWBZ, de oppervlaktebepaling van een KDC en de toeslagen.

5.2.1 Verblijfsvoorzieningen AWBZ

De oppervlakte per plaats verschilt per verblijfs categorie en verblijfsconcept en is bepaald op basis van de oppervlakte die gebruikelijk is voor het onderbrengen van de onderscheiden functies. De oppervlakte is uitdrukkelijk niet normatief bedoeld.

In tabel 7 is de plaatsgebonden oppervlakte voor de diverse categorieën opgenomen. Voor de functiegroepen ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling is de oppervlakte afhankelijk van de locatiegrootte. Voor de eerste 48 plaatsen (eerste schijf) is de oppervlakte per plaats hoger dan voor de plaatsen daarna (tweede schijf). Hierbij wordt gerekend met het totale aantal AWBZ-cliënten dat de voorziening gaat gebruiken. Dit is ongeacht het aantal gebouwen waarin de desbetreffende functies zijn ondergebracht.

Tabel 7 Rekenoppervlakte: nuttige oppervlakte in m² per plaats en de bruto/nuttig-verhouding (b/n)

Functie verblijf	a-specifieke bouw Licht verblijf individueel verblijf: eenpersoons appartement	a-specifieke bouw Licht verblijf kleinschalig groepsverblijf/ individueel verblijf: tweepersoons appartement	Specifieke bouw Zwaar verblijf alle concepten	Specialistische bouw Beveiligd verblijf alle concepten
Verblijf (b/n:) Verblijfsvoorzieningen, incl. huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging Mobiel: Niet-mobiel:	1,4 45 45	1,4 30 33	1,5 33 36	1,5 35 38
Niet verblijfs-functies	Zorgzwaarte licht		Zorgzwaarte zwaar	Zorgzwaarte beveiligd
	1e schijf tot en met 48 plaatsen	2e schijf vanaf plaats 48	1e schijf tot en met 48 plaatsen 2e schijf vanaf plaats 48	1e schijf tot en met 48 plaatsen 2e schijf vanaf plaats 48
Ondersteunende begeleiding (b/n:) Ondersteunende begeleiding	1,5¹ 5,1	1,5¹ 3,2	1,5¹ 5,1 1,5¹ 3,2	1,8² 5,6 1,8² 3,7
Behandeling en activerende begeleiding (b/n:) Medische, paramedische en psychosociale begeleiding Therapie/ activerende begeleiding	1,5¹ 1,3 7,5	1,5¹ 0,5 5,0	1,5¹ 1,3 7,5 1,5¹ 0,5 5,0	1,8² 4,0 8,5 1,8² 1,5 6,0
Ondersteunende diensten (b/n:)³ Directie en beheer, civiele en technische diensten en personeelsvoorzieningen	1,5¹ } 1,9	1,5¹ } 1,9	1,5¹ } 2,7 1,5¹ } 2,7	1,5² } 3,7 1,5² } 3,7

¹ De bruto/nuttig-verhouding bedraagt, in afwijking hiervan, voor niet-verblijfsfuncties **1,7**, indien sprake is van een gebouw met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten.

² De bruto/nuttig-verhouding bedraagt, in afwijking hiervan, voor niet-verblijfsfuncties **2,0**, indien sprake is van van een zelfstandige kliniek met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten.

³ Voor cliënten met een verstandelijke-, lichamelijke, zintuiglijke handicap, of een psychiatrische stoornis geldt voor de ondersteunende diensten – in geval van combinatie van capaciteit in de categorie licht en zwaar – de rekenoppervlakte voor zwaar.

Aanvullende opmerkingen bij tabel 7.

- Bij de functie verblijf heeft de indeling licht, zwaar en beveiligd betrekking op de gekozen bouwvorm (a-specifieke, specifieke en specialistische bouw). Voor de overige functiegroepen is de indeling licht, zwaar en beveiligd gerelateerd aan de zorgzwaarte c.q. het ZZP. Verder geldt dat in geval er gekozen wordt om voor cliënten met een zware zorgvraag uit te gaan van licht verblijf (voor doelgroepen zie 2.2.2), voor de overige functiegroepen de oppervlakten zoals genoemd onder zorgzwaarte zwaar gehanteerd kunnen worden.
- De noodzaak van ruimten voor behandeling moet worden aangetoond voor alle cliënten met een lichte zorgzwaarte en voor mensen met een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke handicap in de categorie zwaar. Duidelijk moet zijn waarom geen beroep gedaan kan worden op de eerstelijns (para)medische zorg.
- De behoefte aan oppervlakte voor activerende begeleiding moet voor alle doelgroepen in de categorie licht en zwaar worden aangetoond.
- In de categorie beveiligd moet de noodzaak van oppervlakte voor behandeling, activerende begeleiding en ondersteunende diensten worden aangetoond. Uitgangspunt is dat zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande voorzieningen.

Bij combinatieprojecten tussen meerdere instellingen wordt de rekenoppervlakte naar rato van de capaciteit verdeeld. Bij een combinatie van zwaar en beveiligd geldt een verschillende ruimtebehoefte en wordt de categorie beveiligd met voorrang aan de eerste schijf toegewezen.

De rekenoppervlakte kan berekend worden door de in de tabellen genoemde nuttige oppervlakte te vermenigvuldigen met de genoemde bruto/nuttig-verhouding (tarra vloeroppervlakte). De bruto/nuttig-verhouding is een toeslag op de nuttige oppervlakte, waarin rekening is gehouden met constructieoppervlakte (wanden, kolommen), verkeersoppervlakte (gangen, hallen, trappen en liften), installatieoppervlakte (ketelhuis, andere techniekruimten) en ruimten lager dan 1,5 m. De bruto/nuttig verhouding voor verblijf is inclusief de gemeenschappelijke verkeersruimte en eventuele galerijen binnen het verblijfsareaal.

Afhankelijk van het ontwerp kan in de uitvoering binnen dezelfde bruto rekenoppervlakte meer nuttige oppervlakte worden gerealiseerd.

In de tabellen wordt voor ondersteunende begeleiding, behandeling en activerende begeleiding uitgegaan van een bruto/nuttig-verhouding van 1,5 voor licht en zwaar en 1,8 voor beveiligd. In een gebouw met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten kan voor deze functies een hogere bruto/nuttig-verhouding van toepassing zijn (licht en zwaar

1,7 en beveiligd 2,0). Dit is het geval als sprake is van een combinatie van verblijf met andere functiegroepen, waarbij de functies gescheiden zijn. Een en ander moet duidelijk uit de tekeningen blijken. Dit zal vaak pas in de vergunningsfase duidelijk zijn.

Op basis van de rekenoppervlakte kunnen de maximaal nacalculeerbare investeringskosten (of daarvan afgeleide huur) worden berekend. Afhankelijk van het ontwerp kan in de uitvoering binnen hetzelfde investeringskader ook meer bruto vloeroppervlakte worden gerealiseerd. Het normatieve kostenkader wordt naar rato verlaagd, als minder bruto oppervlakte wordt gerealiseerd.

5.2.2 Kinderdagcentra (KDC)

In tabel 8 wordt de rekenoppervlakte aangegeven voor het bepalen van de maximaal toegestane investeringskosten voor de nieuwbouw van een KDC. Deze rekenoppervlakte is afgestemd op de nieuwbouw van een KDC voor 48 kinderen (zes groepen van acht kinderen). De rekenoppervlakte voor KDC's met meer of minder kinderen en/of een kleinere of grotere groepsgrootte wordt evenredig van de basis van 48 kinderen afgeleid.

Tabel 8 Ruimtebehoefte nieuwbouw KDC voor 48 plaatsen, nuttige oppervlakte in m² (bruto/nuttig verhouding 1,5¹)

Ruimten	Oppervlakte per locatie	Oppervlakte per ruimte per groep	Opmerkingen
Groepscluster		144	Bestaande uit groepsruimte, verzorgingsruimte, multifunctionele ruimte, bergruimte en buitenberging
Gemeenschappelijke ruimten	192		Bestaande uit, snoezelruimte(n), water/zandruimte, bergruimte, opstelruimte
Ondersteunende diensten en behandeling	168		Bestaande uit receptie, keuken, was/droog/linnenberging en gebaseerd op 5 fte (paramedisch, orthopedisch, medisch, etc.)
Additionele ruimten – slaapkamer		12	Indien aanwezig voor (kortdurend) verblijf

¹ De bruto/nuttig verhouding bedraagt in afwijking hiervan 1,7 als het KDC onderdeel uitmaakt van een groter gebouw (bijv. een brede school) met hoofdverkeersruimten en techniekruimten.

5.2.3 Toeslagen

Er zijn diverse toeslagen opgenomen die de mogelijkheid bieden om voorzieningen beter af te kunnen stemmen op specifieke kenmerken en zorgvragen van cliënten. Het kan dan gaan om extra oppervlakte, een hoger voorzieningenniveau en hogere investeringskosten. Gelet op de toekomstige integrale (zorgzwaarte)bekostiging is het zeer raadzaam dat goed nagedacht wordt over de noodzaak van het realiseren van extra oppervlakte of een hoger voorzieningenniveau, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de hier genoemde toeslagen. Maak ontwerpen niet groter of duurder dan nodig is, want alle extra (kapitaal)lasten moeten via de productie worden terugverdiend (zie 2.2.1).

Verondersteld wordt dat de bouwaanvraag (inclusief alle aangevraagde toeslagen) wordt onderschreven door het Zorgkantoor. Een positief standpunt van het Zorgkantoor geldt als indieningsvereiste bij de bouwplanprocedure. Om voor een toeslag in aanmerking te komen is in een aantal gevallen een onderbouwing van de noodzaak nodig (een schriftelijke toelichting, toegevoegd aan een bouwaanvraag). Als sprake is

van een ruimtelijke toeslag (extra m²) moet bij een aantal toeslagen de oppervlakte aantoonbaar zijn op tekening. Bij een aantal financiële toeslagen (extra geld) moet bij de vergunningverlening inzichtelijk worden gemaakt welke extra maatregelen met die toeslag getroffen worden en welke extra kosten daarmee gepaard gaan. Dit betekent dat toeslagen in de toelatingsfase veelal als pm-post gehonoreerd zullen worden. In de tabellen wordt per toeslag aangegeven voor welke doelgroep deze van toepassing is en welke voorwaarden gelden.

In de tabellen 9 - 12 zijn de ruimtelijke toeslagen voor verblijf licht, zwaar en beveiligd, alsmede voor begeleiding en behandeling opgenomen. In tabel 13 zijn (indicatief) de financiële toeslagen opgenomen. Voor een KDC kan alleen aanspraak gemaakt worden op de toeslagen voor een therapiebad en/of een motoriekrimte (zie tabel 12). De genoemde doelgroepen en toeslagen zijn niet uitputtend. Initiatiefnemers die menen dat het voor specifieke categorieën van zorgvragers nodig is extra ruimte te creëren, moeten dit bij het indienen van een aanvraag aantonen.

Tabel 9 Ruimtelijke toeslagen licht verblijf (a-specifieke bouw), uitgedrukt in nuttige m² per plaats

Funcities en doelgroepen	Nuttige oppervlakte	b/n	Opmerkingen
Ondersteunende ruimten (bijv. centrale badkamer, teampost, bergruimte, e.d.)	max. 2 m ² per plaats	1,4	Alleen van toepassing als sprake is van een cluster van voorzieningen voor individueel verblijf. De oppervlakte is op tekening aanwijsbaar.
Huiskamer/inloopruimte/steunpunt	max. 4 m ² per plaats	1,4	Alleen van toepassing als sprake is van een cluster van voorzieningen voor individueel verblijf. In principe wordt een huiskamer of inloopruimte gerealiseerd uit de 2 m ² voor ondersteunende ruimten of door medegebruik of overheveling van oppervlakte voor ondersteunende begeleiding. De toeslag kan alleen worden toegestaan als dit niet mogelijk is.
Persoonsgebonden hulpmiddelen (scootmobiel, elektr. rolstoel, e.d.) voor niet-mobiele doelgroepen	max. 3 m ² per plaats	1,4	Alleen als sprake is van individueel verblijf. De oppervlakte is op tekening aanwijsbaar.

Tabel 10 Ruimtelijke toeslagen zwaar verblijf (specifieke bouw), uitgedrukt in nuttige m² per plaats

Funcities en doelgroepen	Nuttige oppervlakte	b/n	Opmerkingen
Somatische aandoening: – Chorea van Huntington – Palliatieve zorg – Jongeren – NAH Verstandelijke handicap: – MCG Lichamelijke handicap	3 m ² per plaats	1,5	Toeslag voor zwaardere somatische problematiek bovenop de toeslag voor niet-mobiel. De toeslag is bij kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf alleen van toepassing als de gehele woning of afdeling voor één van de genoemde specifieke doelgroepen bestemd is.
Gedragsproblematiek Verstandelijke handicap: – SGLVG – SGEVG – autisten – LVGj-achtervang – MFC Psychiatrische aandoening: – langdurende psychiatrische zorg – autisten – orthopsychiatrie – MFC	5 m ² per plaats	1,5	Toeslag voor ernstige gedragsproblematiek. De toeslag is alleen van toepassing als de gehele woning of groep voor mensen met gedragsproblematiek bestemd is. Bij deze toeslag wordt verondersteld dat het gaat om een mobiele doelgroep. Er kan dus geen aanspraak gemaakt worden op de hogere rekenoppervlakte voor niet-mobiel uit tabel 7.
Huiskamer/inloopruimte t.b.v. ernstige gedragsproblematiek (zie boven) en lichamelijke handicap	max. 4 m ² per plaats	1,5	Alleen van toepassing als sprake is van een cluster van voorzieningen voor individueel verblijf.
Afzonderingskamer	pm	1,5	Zie prestatie-eisen voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen.
Snoezelruimte	pm	1,5	Een snoezelruimte (binnen het verblijfsareaal) is circa 12-15 m ² .

Tabel 11 Ruimtelijke toeslagen beveiligd verblijf (specialistische bouw), uitgedrukt in nuttige m² per plaats

Functies en doelgroepen	Nuttige oppervlakte	b/n	Opmerkingen
Psychiatrische aandoening, intensieve behandeling	4 m ²	1,5	Betreft FPK
Afzonderingskamer	pm	1,5	Zie prestatie-eisen separeer- en afzonderingsvoorzieningen.
Appartement voor resocialisatie (per persoon)	9 m ²	1,5	

Tabel 12 Ruimtelijke toeslagen begeleiding en behandeling (lichte, zware en beveiligde zorg), uitgedrukt in nuttige m² per plaats

Functies en doelgroepen	Nuttige oppervlakte	b/n ¹	Opmerkingen
Ondersteunende begeleiding			
Arbeidsmatige dagbesteding t.b.v.: – verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap en psychiatrische aandoening – jongeren (< 65 jaar) met somatische of psychogeriatrische aandoening	9 m ² per plaats		De oppervlakte voor dagbesteding is sterk afhankelijk van de te verrichten werkzaamheden. Binnen de uit deze oppervlakte voortvloeiende investeringskosten kan, afhankelijk van de aard van het gebouw, meer oppervlakte worden bekostigd.
Arbeidsmatige dagbesteding t.b.v. – MCG – Lichamelijke handicap	3 m ² per plaats met maximum van 60 m ²		Toeslag per locatie boven op de bovengenoemde toeslag. Ten behoeve van zorgbadkamer, snoezelruimte, rustruimte, stalling persoonsgebonden hulpmiddelen en tilapparatuur e.d.
Persoonsgebonden hulpmiddelen (scootmobiel, elektr. rolstoel e.d.) voor niet-mobiele doelgroepen	maximaal 3 m ² per opstelplaats		Niet voor MCG en lichamelijke handicap. De oppervlakte is op tekening aanwijsbaar.
Snoezelruimte	pm		Een snoezelruimte binnen ondersteunende begeleiding is vaak groter (15-20 m ²) dan binnen de functie verblijf (12-15 m ²).

vervolg tabel 12 op p. 44

Tabel 12 Ruimtelijke toeslagen begeleiding en behandeling (lichte, zware en beveiligde zorg), uitgedrukt in nuttige m² per plaats (vervolg)

Functionies en doelgroepen	Nuttige oppervlakte	b/n ¹	Opmerkingen
Behandeling/ activerende begeleiding			
Fysiotherapie (reactivering) – Somatische aandoening (kortdurende reactivering) – KDC	14 m ² per plaats, maximaal 200 m ²		Alleen voor zwaar. Bij grote of meer gespecialiseerde reactivings afdelingen is vaak extra oppervlakte nodig (conform de prestatie-eisen revalidatie). Bij KDC alleen vanaf 36 plaatsen.
Fysiotherapie (niet-reactivering) Somatische aandoening (chronisch), verstandelijke, zintuiglijke en lichamelijke handicap	50 m ² per locatie		Voor licht en zwaar. Alleen van toepassing vanaf 12 plaatsen. De toeslag kan niet worden aangevraagd als op de locatie sprake is van 5 of meer plaatsen reactivering.
Motoriekruimte voor Niet mobiele doelgroep	pm		Alleen van toepassing bij een bezettingsgraad van minimaal 6 dagdelen per week. De oppervlakte moet onderbouwd worden aan de hand van de aard van de activiteiten en het aantal deelnemers.
Therapiebad – Somatische aandoening reactivering, verstandelijke en lichamelijke handicap – KDC	pm 133 m ²		Voor zwaar en KDC (vanaf 36 plaatsen). Bij de aanvraag is een toelichting op de exploitatie gevoegd. Een therapiebad is over het algemeen alleen haalbaar bij gebruik door meerdere instellingen en als sprake is van medegebruik door andere instellingen in de regio en een hoge bezettingsgraad (> 80%). Oppervlakte-indicatie: Bassinmaat 5 x 6 m bruto 200 m ² (nuttig 133 m ²) Bassinmaat 6 x 8 m bruto 300 m ² (nuttig 200 m ²)
Behandeling, psychiatrische aandoening	2,5 m ² per plaats		Voor licht en zwaar.
Psychiatrische aandoening, forensisch, intensieve behandeling	2 m ²		Betreft de FPK (beveiligd)
Afzonderingskamer/ separeerruimte	pm		Zie prestatie-eisen separeer- en afzonderingsvoorzieningen. Verstandelijke handicap en separeervoorzieningen: standpunt van de inspectie is vereist

¹ Voor de categorieën licht en zwaar (a-specifieke bouw en specifieke bouw) bedraagt de bruto/nuttig-verhouding 1,7 als sprake is van een gebouw met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten en 1,5 als dit niet het geval is.

Voor de categorie beveiligd (specialistische bouw) bedraagt de bruto/nuttig-verhouding 2,0 als sprake is van een zelfstandige kliniek met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten en 1,8 als dit niet het geval is.

5.3 Normatieve kosten

In de kostennormen is aangesloten op het gemaakte onderscheid in de categorieën licht, zwaar en beveiligd en de daarbinnen onderscheiden functies. Voor de kostennorm voor KDC's wordt uitgegaan van de in de *Bouwkostennota's* gepubliceerde kostennormen voor voorzieningen categorie zwaar (ondersteunende begeleiding, behandeling/activerende begeleiding). Voor de huur van reguliere bouw (woningen en kantoor- en bedrijfsruimten) zijn in de *Bouwkostennota* specifieke kostennormen opgenomen.

De kostennormen worden periodiek geactualiseerd en gepubliceerd in het kader van de Regeling prestatie-eisen WTZi. Wijzigingen van de kostennormen, maar ook andere 'kostentechnische uitgangspunten', worden tevens vastgesteld en behandeld in de jaarlijks verschijnende *Bouwkostennota*.

Totdat de kostennorm voor de realisatie van een therapiebad is opgenomen in de vigerende

Bouwkostennota, wordt uitgegaan van een investeringsbedrag van maximaal € 2.864,— per bruto m² (prijspeil 1 januari 2006, bouwtijd 12 maanden).

Naast de vermelding van de hoogte van de norm voor de bouwkosten per m² bruto vloeroppervlakte, worden in de *Bouwkostennota* voor diverse doelgroepen financiële toeslagen benoemd die ten behoeve van het treffen van bijzondere voorzieningen kunnen worden aangevraagd. Een indicatie van de toeslagen is weergegeven in tabel 13. Voor het meest actuele overzicht van de financiële toeslagen wordt verwezen naar de meest recente *Bouwkostennota*.

In de *Bouwkostennota* zijn verder de uitgangspunten bepaald voor onder meer de bouwtijd, de maximale grond- en directiekosten en de startkosten.

Tabel 13 Financiële toeslagen (voor de normatief toegestane bedragen en wijzigingen zie Bouwkostennota)

	Verblijfs categorie	Toelichting
Plafondtiliftsysteem	Zwaar	Alleen voor doelgroep niet-mobiel.
Zintuiglijk gehandicapten c.q. zintuiglijke beperkingen	Licht en zwaar	Onderbouwing van de noodzaak is nodig. Van toepassing voor alle doelgroepen met (bijkomende) zintuiglijke beperkingen. Alleen van toepassing voor die bouwdelen die specifiek voor deze doelgroep bestemd zijn (ondersteunende diensten uitgezonderd). In de vergunningsfase moeten de kosten expliciet in beeld gebracht worden.
Temperatuurbeheersing	Licht en zwaar	Alleen voor doelgroepen genoemd in 4.2.7. Alleen als andere maatregelen om de temperatuur te beheersen niet blijken te volstaan. Toeslag kan besteed worden aan: (top)koeling, betonkernactivering en andere gelijkwaardige (installatie-technische) maatregelen. Noodzaak moet worden aangetoond.
Verzwaarde uitvoering voor ernstige gedragsstoornissen	Zwaar	Alleen voor doelgroepen waarvoor de toeslag ernstige gedragsproblematiek uit tabel 10 geldt. Onderbouwing van de noodzaak is nodig. In de vergunningsfase moeten de kosten expliciet in beeld gebracht worden.
Ondersteunende begeleiding	Licht	Alleen van toepassing voor mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening en/of psychosociaal probleem in geval van bouw in combinatie met de categorie zwaar.
Koken op de groep	Licht en zwaar	
(Her)inrichting instellingsterrein	n.v.t.	pm

DEEL II

Aandachtspunten en praktijkvoorbeelden

1 Inleiding

In deel I zijn de prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen opgenomen. Deze prestatie-eisen omschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau van ruimten, functies en voorzieningen. Er zijn eisen opgenomen voor de minimaal benodigde oppervlakte van diverse ruimten, maar ook algemene (meest open) eisen, zoals bijvoorbeeld eisen voor flexibiliteit en belevingswaarde.

Dit deel II is vooral bedoeld om nadere achtergrondinformatie te geven bij deze algemene prestatie-eisen. Ook wordt nader ingegaan op concrete aandachtspunten waar rekening mee kan worden gehouden bij de ontwikkeling van een bouwinitiatief in de AWBZ. Een en ander wordt geïllustreerd met – in de ogen van het Bouwcollege – geslaagde voorbeelden en ontwerpen uit de praktijk (AWBZ-breed), de zogenaamde ‘good practice’²².

2 Algemene aspecten

In deze paragraaf worden algemene aspecten beschreven die van belang zijn bij de ontwikkeling en bouw van voorzieningen in de AWBZ. Een deel van deze aspecten is als (open) prestatie-eis geformuleerd, zie deel I hoofdstuk 4. Achtereenvolgens komen de volgende aspecten aan de orde: flexibiliteit, toegankelijkheid van voorzieningen voor respectievelijk niet-mobiele doelgroepen en doelgroepen met zintuiglijke beperkingen, belevingswaarde, condities en technische aspecten.

2.1 Flexibiliteit

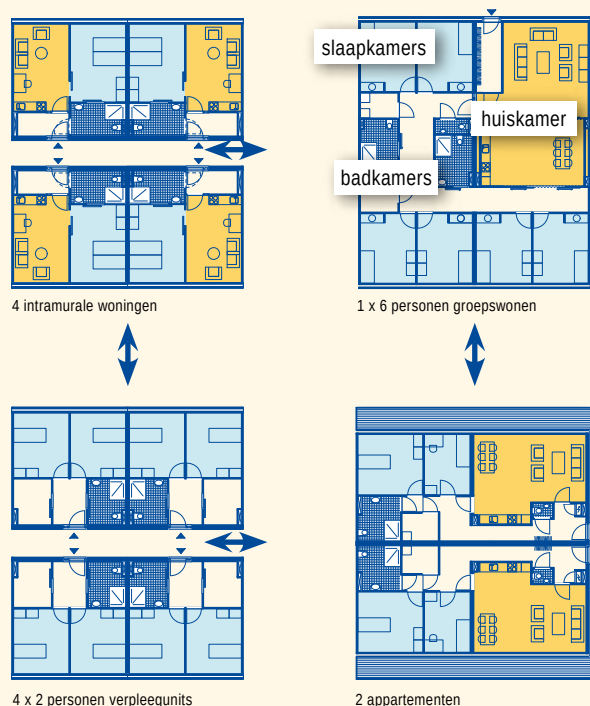
Demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in het beleid en de vraag naar zorg maken het nodig om bij de bouw van voorzieningen rekening te houden met verschuivingen in de aard en omvang van de zorg. Meer dan voorheen is het mogelijk dat nieuwe zorgaanbieders de markt betreden en dat bestaande zorgaanbieders zich richten op een andere dan hun oorspronkelijke doelgroep. Verder zullen zorgaanbieders in toenemende mate zelf verantwoordelijk zijn voor hun vastgoed en de exploitatie daarvan: geen productie betekent geen inkomsten, leegstand kost geld. Te specifieke en eenzijdige (zorg)bouw kan leiden tot kapitaalvernietiging omdat accommodaties niet aanpasbaar zijn aan veranderingen in de vraag en daardoor op veel te jonge leeftijd onbruikbaar (rijp voor de sloop) zijn. Dit alles bevestigt het belang dat bij de bouw van voorzieningen expliciet aandacht wordt besteed aan flexibiliteit. Nieuwe voorzieningen moeten uiteraard in de eerste plaats afgestemd zijn op hun eerste bestemming. Tegelijkertijd moet het ontwerp echter zodanig flexibel zijn dat, bij voorkeur zonder al te ingrijpende en kostbare maatregelen, in de toekomst kan worden ingespeeld op andere zorgvragen of andere gebruikers.

In de praktijk kan op diverse manieren invulling worden gegeven aan flexibiliteit. Er kan onderscheid gemaakt worden in interne flexibiliteit, externe flexibiliteit, gebruiksflexibiliteit en afstotingsflexibiliteit²³. Deze vier vormen van flexibiliteit worden achtereenvolgens beschreven en geïllustreerd met geslaagde praktijkvoorbeelden.

²² Op de website van het Bouwcollege, in de rubriek kennisplein, zijn eveneens voorbeelden van ‘good practice’ te vinden, zie www.bouwcollege.nl.

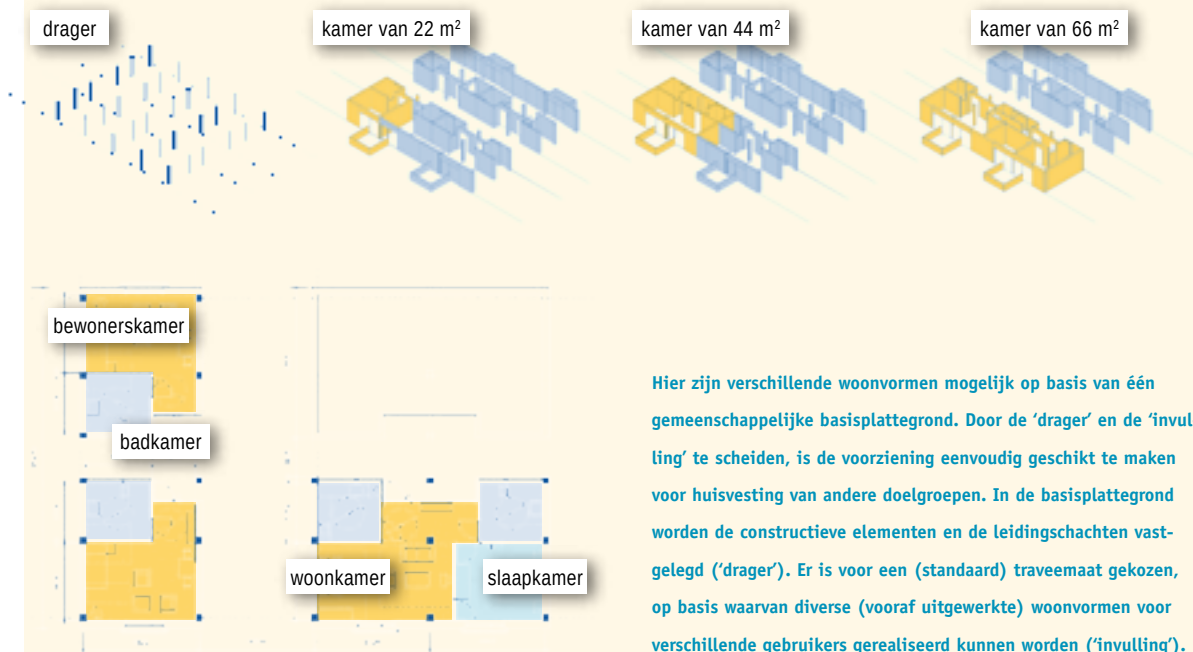
²³ Nicolai, ir. R., en ing K.H. Dekker: *Flexibiliteit als bouwstrategie voor een veranderende gezondheidszorg. Utrecht 1991.*

Afb. 4 Interne flexibiliteit

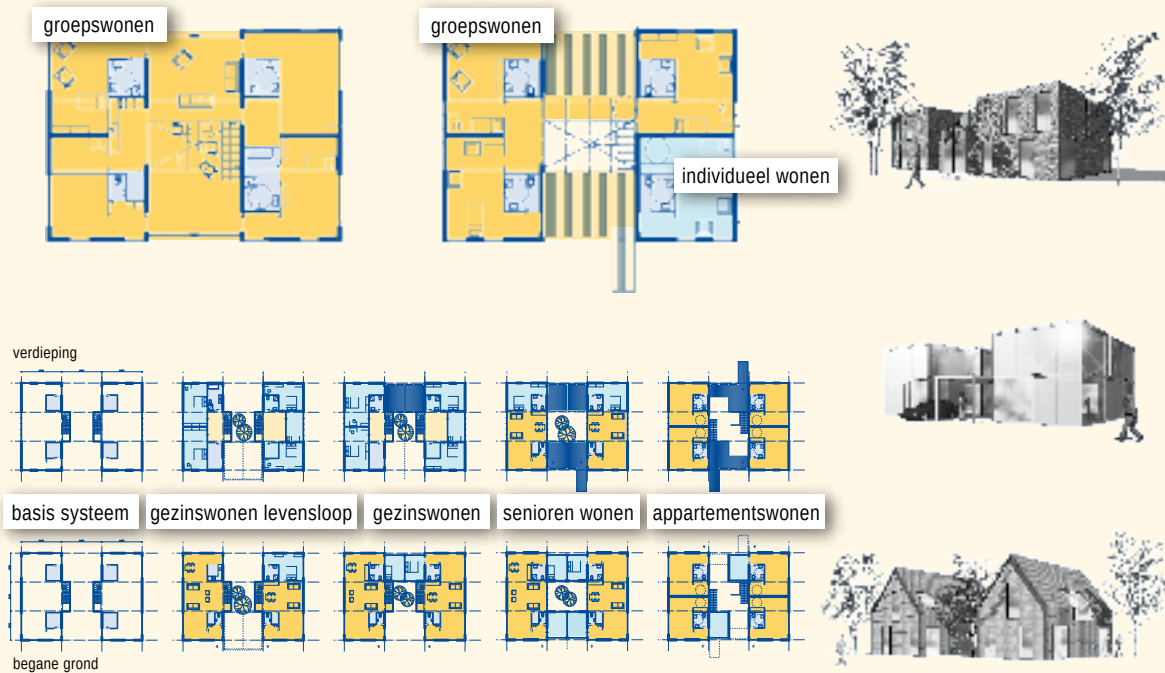


In dit woonzorgcentrum is de opzet van een plattegrond zodanig gekozen dat 4 verblijfseenheden in de categorie licht (individuele appartementen) eenvoudig zijn om te bouwen naar 8 verblijfseenheden in de categorie zwaar (4 x 2 zit-slaapkamers met gedeeld sanitair), naar een groepswoning in de categorie zwaar voor 6 cliënten, of naar twee relatief grote appartementen voor extramurale zorg of de reguliere woningmarkt.

Afb. 5 Interne flexibiliteit



Hier zijn verschillende woonvormen mogelijk op basis van één gemeenschappelijke basisplattegrond. Door de 'drager' en de 'invulling' te scheiden, is de voorziening eenvoudig geschikt te maken voor huisvesting van andere doelgroepen. In de basisplattegrond worden de constructieve elementen en de leidingschachten vastgelegd ('drager'). Er is voor een (standaard) traveemaat gekozen, op basis waarvan diverse (vooraf uitgewerkte) woonvormen voor verschillende gebruikers gerealiseerd kunnen worden ('invulling').

Afb. 6 Interne flexibiliteit

In dit ontwerp is variatie én combinatie mogelijk tussen een vrijstaande woning, een twee-onder-één-kap woning, een groepswoning, een levensloopbestendige woning of een individueel appartement. De woningen zijn redelijk eenvoudig aan te passen van individueel wonen naar groepswonen of andersom. Gekozen is voor een flexibel te gebruiken middenzone tussen twee –in de woningbouw- gangbare stramienmaten. Hierdoor past ook een zorgwoning goed in het straatbeeld, zelfs bij eventuele clustering tot een complex. Veranderingen in zorgbehoefte zijn goed op te vangen binnen de woningen. De badkamers kunnen worden vergroot voor gebruik van douchebrancards of hoog-laagbaden. Het is ook mogelijk om slaapwachtruimten of snoezelruimten te realiseren. De invulling van de buitenruimten is variabel. Men kan een prikkelvrije ruimte creëren of juist een buitenruimte voor sociale interactie.

Interne flexibiliteit

Interne flexibiliteit wordt ook wel indelingsflexibiliteit genoemd. Deze vorm van flexibiliteit heeft betrekking op de mogelijkheden om de ruimtelijke indeling in een gebouw te wijzigen met relatief eenvoudige ingrepen en tegen geringe investeringskosten. Het niveau van deze vorm van flexibiliteit betreft over het algemeen functiewijzigingen van afzonderlijke ruimten of bouwdelen. Bouwdelen en installaties moeten aanpasbaar zijn. Belangrijke aspecten hierbij zijn onder andere de stramienmaten, de maatvoering van ruimten, de positie van de leidingen, de constructiewijze en de gevelindeling. De afbeeldingen 4-6 zijn voorbeelden van interne flexibiliteit.

Externe flexibiliteit

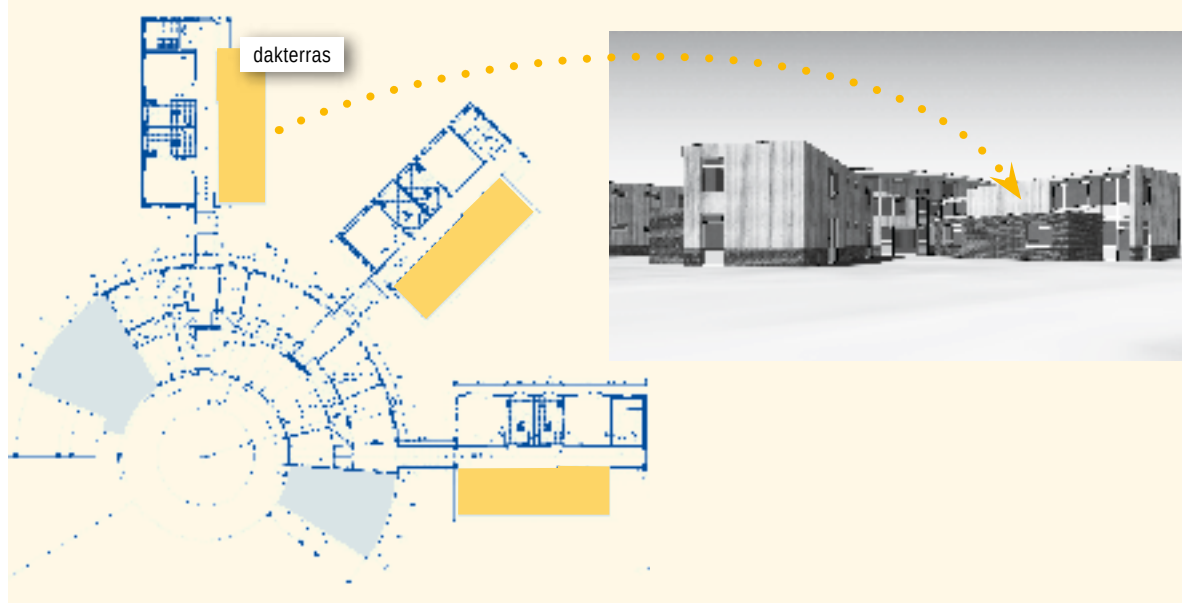
Externe flexibiliteit wordt ook wel aanbouwflexibiliteit genoemd. Deze vorm van flexibiliteit heeft betrekking op de mogelijkheden de (vloer)oppervlakte van het gebouw te vergroten. Dit vraagt met name anticipatie op bouwtechnische en installatietechnische mogelijkheden. Zie afbeeldingen 7 en 8.

Gebruiksflexibiliteit

Gebruiksflexibiliteit heeft betrekking op de mogelijkheden om (delen van) ruimten voor andere functies te bestemmen met relatief eenvoudige ingrepen en tegen geringe investeringskosten. Dit betekent dat een gebouw of een deel daarvan (zonder ingrijpende verbouwingen) bestemd kan worden voor een andere functie. Zie afbeeldingen 9-11.

Afb. 7

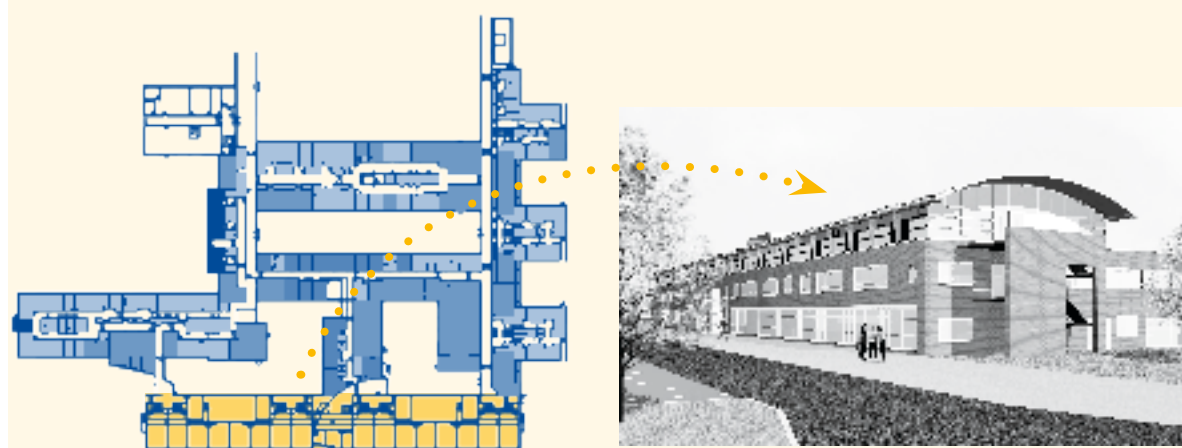
Externe flexibiliteit



Deze voorziening voor kortdurend verblijf (logeerfunctie, crisisopvang en traininghuis) is zodanig van opzet dat huisvesting kan worden geboden aan uiteenlopende doelgroepen met verschillende zorgvragen. Naast deze vorm van gebruiksflexibiliteit is ook rekening gehouden met mogelijke uitbreiding (externe flexibiliteit). Het gebouw bestaat uit twee bouwlagen. De cirkelvormige opzet heeft aan de buitenzijde drie satellieten met verblijfsvoorzieningen. Op het dakterras van elke satelliet (1e verdieping) kan relatief eenvoudig een aanbouw worden geplaatst om extra zit-slaapkamers te realiseren.

Afb. 8

Externe flexibiliteit



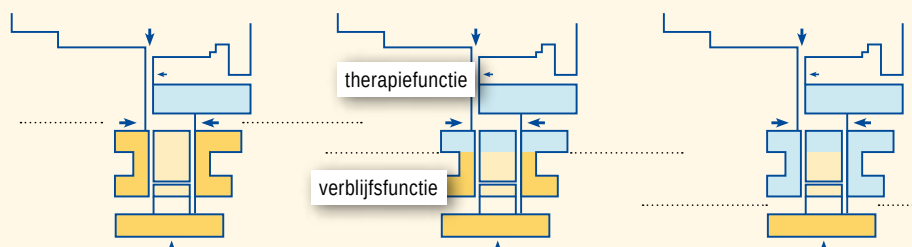
De externe flexibiliteit van deze locatie is door 'optopping' optimaal benut. Op de bestaande bouwstructuur (twee bouwlagen met een gemetselde roodstenen gevel) is in houtskeletbouw een extra verdieping met een licht gebogen dakvorm gebouwd. Hierbij is aangesloten op de bestaande stijpunten en de installaties van de begane grond en de eerste verdieping.

Afb. 9 Gebruiksflexibiliteit



Dagcentrum voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Het gebouw bestaat uit twee bouwlagen en omvat naast diverse groepsruimten voor uiteenlopende activiteiten ook rustruimten, een afzonderingsruimte, een snoezelruimte en een restaurant. Door toepassing van een kolommenstructuur en lichte scheidingswanden ontstaan uitwisselbare en vrij indeelbare ruimtes en wordt een flexibel gebouw gerealiseerd. Het hele gebouw is volledig rolstoeltoegankelijk en is in de toekomst eventueel ook door een mindervalide doelgroep te gebruiken.

Afb. 10 Gebruiksflexibiliteit



In de ontwerpfase van het bouwplan is onderzoek verricht naar een goede clustering van ruimten en een goede ligging aan de hoofdstructuur. Mocht de klinische zorgvraag afnemen dan is herbestemming van de verblijfsafdelingen relatief eenvoudig te realiseren, zonder dat een uitgebreide verbouwing aan de orde is. Ook na herbestemming is er een logische clustering van ruimten en een heldere verkeersstructuur.

Afb. 11 Gebruiksflexibiliteit

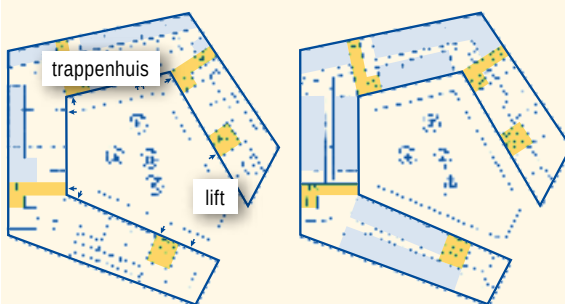


Binnen twee stramienmaten kunnen drie functies op een goede wijze worden gehuisvest.

Afstotingsflexibiliteit

Afstotingsflexibiliteit heeft betrekking op de mogelijkheden om gebouwdelen af te stoten of te slopen zonder dat de samenhang van de te handhaven gebouwdelen nadelig wordt beïnvloed en met een minimum aan overlast. Bij deze vorm van flexibiliteit kan een gebouw (zonder ingrijpende verbouwingen) onderdak bieden aan een andere gebruiker of functie. Zie afbeeldingen 12 en 13.

Afb. 12 Afstotingsflexibiliteit



Door de plaatsing van de liften en de trappenhuisen in dit zorgcentrum is het mogelijk om (een deel van) het gebouw in gebruik te nemen voor zwaar verblijf, dan wel af te stoten naar de reguliere woningbouw.

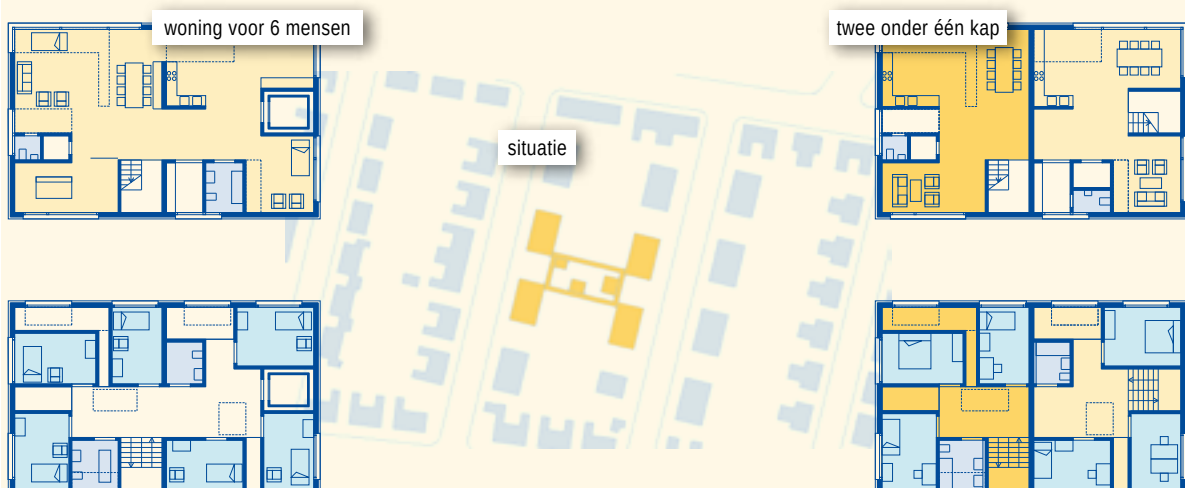
Extra capaciteit

Het opnemen van 'overbedden' is ook een vorm van flexibiliteit. Deze extra capaciteit is vooral van belang om 100% bezetting te realiseren en niet-planbare piekcapaciteit op te kunnen vangen. Het gaat dan bijvoorbeeld om tijdelijke opvangplaatsen (TOP) en crisisopvang. Meestal betreft het een klein percentage van de verblijfs capaciteit. Deze 'extra' plaatsen worden als volwaardige plaatsen uitgevoerd (hetzelfde ruimtebeslag dat geldt voor een reguliere verblijfsplaats). Voor de overige functies wordt gebruik gemaakt van reeds aanwezige faciliteiten (geen extra ruimtebeslag voor niet-verblijfsfuncties).

2.2 Toegankelijkheid voor niet-mobiele doelgroepen

Voorzieningen die zijn bestemd voor niet-mobiele cliënten moeten ruimer zijn dan voorzieningen voor mobiele cliënten. Dit vanwege de extra ruimte die nodig is voor rolstoelgebruik, beddenverkeer, het verlenen van assistentie en voor zelfstandige cliënten met mobiliteitshulpmiddelen om te kunnen manoeuvreren. In deze paragraaf worden voorbeelden aange-

Afb. 13 Afstotingsflexibiliteit



Deze woning is ontworpen voor zes meervoudig complex gehandicapten. Vier woningen vormen samen een cluster. Elke woning kan worden opgedeeld in twee aantrekkelijke vierkamer woningen (twee-onder-één-kap). Hiervoor zijn slechts beperkte aanpassingen nodig, zoals plaatsing van een scheidingswand, vervangen van de lift door een trap en het ombouwen van de badkamer op de begane grond tot toilet en berging. De woningen kunnen ook, al dan niet met elkaar verbonden, een aantrekkelijk woonvoorziening voor bijvoorbeeld ouderen zijn.

reikt van efficiënt ruimtegebruik. De prestatie-eisen zijn gebaseerd op standaard rolstoelen en verlening van assistentie. Voor zelfstandig rolstoelgebruik en voor grotere (elektrische) rolstoelen is meer ruimte nodig (zie kader).

Flexibele opstellingen

Door toepassing van flexibele systemen kan extra ruimtewinst worden behaald en kan het gebruik van ruimten door verschillende gebruikers met uiteenlopende behoeften worden geoptimaliseerd. Zo zijn er systemen waarbij de toestellen in de badkamer zowel horizontaal als verticaal verstelbaar zijn. De toestellen zijn dan gemonteerd op een railsysteem. Een in hoogte verstelbare wastafel is zowel geschikt voor een staande als een zittende gebruiker. Wanneer de wastafel horizontaal verstelbaar is, kan deze worden ingesteld op een rechtshandige of linkshandige verzorger. Er zijn ook in hoogte verstelbare toiletten op de markt, al dan niet voorzien van een opstamechanisme. Deze zijn mechanisch of elektrisch te bedienen. Dergelijke oplossingen zijn vooral prettig bij reactivering van cliënten en als het sanitair door meerdere cliënten wordt gebruikt.

Vast (plafond)tilsysteem

Een alternatief voor het gebruik van mobiele tilliften is een aan het plafond gemonteerde tillift. Een vast tilsysteem biedt ruimtelijke voordelen. De vrije ruimte voor het opstellen van een bed kan kleiner zijn en in sanitaire ruimten kan overgeschakeld

worden op het gebruik van een vaste, opklapbare douchebrancard. Dit scheelt plaatsingsruimte en manoeuvreerruimte van een douchebrancard.

Voor de cliënten en het personeel biedt een vast tilsysteem veel gebruikscomfort. Toch ligt het voor de hand dergelijke systemen alleen toe te passen bij cliënten met zeer ernstige mobiliteitsproblemen. Een nadeel van dergelijke systemen is namelijk de institutionele en klinische uitstraling die ervan uit kan gaan, wat zeker in kleinschalige woonvormen strijdig kan zijn met het huiselijke karakter dat wordt nagestreefd. Ook van belang is een zorgvuldige afweging over de mate van gebruik en de keuze voor het type ruimten waarin het tilsysteem wordt toegepast.

Vast tilsysteem

De gebruiksmogelijkheden van een gebouw zijn groter als in een later stadium een vast tilsysteem kan worden aangebracht. In de ontwerpfase kan hier op worden geanticipeerd.

- de situering van de slaapkamer ten opzichte van de sanitaire ruimte is bepalend. Bij individueel sanitair is het belangrijk dat vanuit het bed recht de sanitaire ruimte in kan worden gereden;
- deurkozijnen lopen tot het plafond door;
- wanneer op korte termijn behoefte is aan een vast tilsysteem, kan als voorbereiding alvast een railsysteem aangebracht worden.

Aandachtspunten ruimtegebruik niet-mobiele doelgroepen

<i>Draaicirkel (360°):</i>	zelfstandig rolstoelgebruik	1,5 m
	standaard rolstoel met verzorger	1,7 m
	grotere (elektrische) rolstoel	2,1 m
	verrijdbare/mobiele tillift	2,0 m
	plafondlift	1,5 m
<i>Toilet bij zelfstandig rolstoelgebruik:</i>	vrije ruimte naast het toilet (gemeten langs de achterwand)	0,9 m
	bij schuine opstelling leidt dit doorgaans tot een achterwand van	1,6 m
<i>Deurbreedte:</i>	standaard rolstoel	0,85 m
	grotere (elektrische) rolstoel	1,10 m
	aanrijruimte naast deur	0,3 m

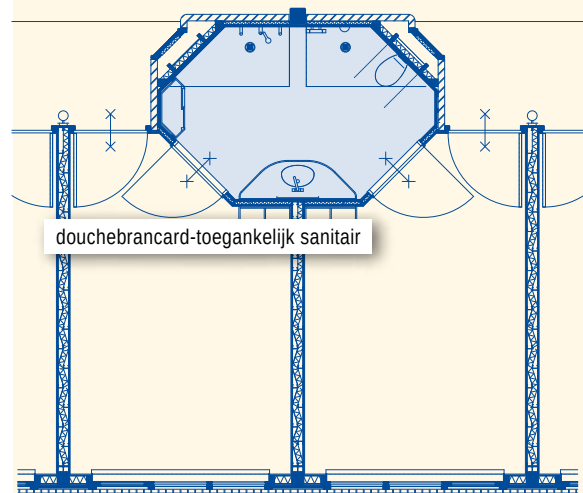
Gedeeld sanitair

Met het oog op gebruik van douchebrancards wordt regelmatig gekozen voor sanitair per twee kamers. Het gebruik van douchebrancards stelt hoge eisen aan de toegankelijkheid. Als de indeling gunstig is, kan de natte cel compacter worden uitgevoerd – bijvoorbeeld door de douche recht tegenover de deur te plaatsen (beperken van bochten). Ook een schuin geplaatste deur kan de manoeuvreerruimte verder optimaliseren. In de praktijk blijken sanitaire ruimten met afgeschuinde hoeken eveneens ruimtebesparend te zijn. Met een relatief kleine oppervlakte kunnen toch alle handelingen worden verricht die voor tweezijdige assistentie en gebruik van hulpmiddelen nodig zijn. Vooral het plaatsen van het toilet tegen de schuine wand levert ruimtewinst op. Zie afbeelding 15.

Bezwaar van kamergebonden sanitair per twee kamers is de mogelijke geluid- en geuroverlast en de kans dat iemand vanuit de sanitaire ruimte de verkeerde kamer binnengaat. Dit kan ondervangen worden door te kiezen voor een oplossing waarbij 2 à 3 kamers en een sanitaire ruimte aan een voorportaal liggen. Hiermee wordt ook privacy bereikt (één toegangsdeur en geen zicht vanuit de openbare gang). Een portaal biedt verder mogelijkheden voor extra bergruimte of stallingruimte voor rolstoelen. Voordeel van deze opzet is ook dat het sanitair schoonge-

Afb. 15

Douchebrancard-toegankelijkheid



In deze douchebrancard-toegankelijke sanitaire ruimte is een goede indeling bereikt door een weloverwogen plaatsing van het sanitair. De achterwand bij het toilet is minimaal 1,40 m. In deze opzet met afgeschuinde wanden is assistentie door twee personen mogelijk. De schuine hoek geeft bovendien een ruimtelijk effect in de zit-slaapkamer.

maakt kan worden zonder de cliënt te storen. Een dergelijke opzet met voorportaal biedt extra privacy ten opzichte van centraal sanitair aan de gang. Zie afbeelding 16.

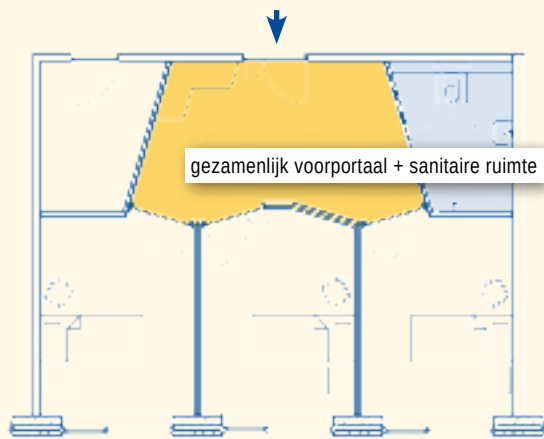
Afb. 14

Vaste plafondliften



Deurkozijnen lopen door tot het plafond (links). Door gebruik van een vast tilliftsysteem is de vrije ruimte voor het opstellen van een bed kleiner en is plaatsing van een bed tegen de wand geen probleem (rechts).

Afb. 16 Gedeeld sanitair met voorportaal



Een sanitaire ruimte bestemd voor drie zit-slaapkamers met een gezamenlijk voorportaal.

Bedtoegankelijkheid, gangbreedte en liften

Bedverkeer, douchebrancards en rolstoelen vergen extra verkeersruimte. Oppervlakte die wordt besteed aan verkeersruimte kan niet ten goede komen aan het verblijf. Het nadeel van brede gangen is bovendien de vaak institutionele uitstraling die ervan uitgaat. De breedte van de gangen zal daarom in de praktijk vooral afhankelijk zijn van de frequentie waarin sprake is van bedverkeer, verrijden van douchebrancards en rolstoelen.

Door toepassing van deuren met een draaibaar zijpaneel kan de gangbreedte beperkt blijven, terwijl toch

bedverkeer tussen de zit-slaapkamer en de huiskamer mogelijk blijft. Ook terugliggende entrees van de zit-slaapkamers zijn ruimtebesparend. De variatie in de breedte en verspringingen in de gang geven bovendien een afwisselend beeld. Dit wordt nog versterkt als de gang als straat wordt uitgevoerd. Bij individuele appartementen is het wel belangrijk dat een centrale badkamer toegankelijk is voor een douchebrancard.

Voor niet-mobiele doelgroepen zijn beddenliften alleen nog verplicht als sprake is van een woning of groep die meerdere bouwlagen beslaat (beneden wonen, boven slapen). Voor het overige is bij niet-mobiele doelgroepen de keuze tussen brancardliften en beddenliften vrij. Per gebouw zal een afweging gemaakt moeten worden. Hierbij is van belang of sprake is van bedverkeer naar bijvoorbeeld behandelvoorzieningen of recreatieruimten. Met name in voorzieningen voor ouderen is het daarnaast van belang rekening te houden met het vervoer van lijken. De huidige maat van een brancardlift biedt nauwelijks ruimte voor het vervoer van een lijkkist (standaardmaat kist 1,95 m, maar ook kisten met een lengte van 2,1 m zijn gebruikelijk).

2.3 Toegankelijkheid voor mensen met zintuiglijke beperkingen

Binnen de AWBZ heeft het merendeel van de cliënten problemen met zien en/of horen. Met het ouder worden nemen deze problemen sterk toe. Van de volwassenen met een visuele of auditieve beperking is 80% ouder dan 65 jaar. Daarnaast is er een groot aantal mensen dat slecht of minder goed ziet of hoort, maar geen hulp vraagt of krijgt. Voorbeelden zijn ouderen bij wie de verslechtering geleidelijk verloopt en mensen met een verstandelijke handicap bij wie de problematiek niet wordt onderkend. Daarom is het belangrijk om hier bij de bouw rekening mee te houden.

Bij de bouw van AWBZ-voorzieningen kan zonder al te veel meerkosten worden ingespeeld op de behoeften van mensen met zintuiglijke beperkingen. Specifieke aanpassingen voor doven en blinden vergen wel extra investeringen en zijn alleen doel-

Afb. 17 Deur met zijpaneel



Deur met zijpaneel (0,85 m + 0,25 m), waardoor de gangbreedte beperkt kan blijven.

matig in voorzieningen die speciaal bedoeld zijn voor deze doelgroepen.

Slechtzienden kunnen zich moeilijk oriënteren. Zij gebruiken, naast het nog resterende deel van het gezichtsvermogen, andere zintuigen zoals het gehoor en de tastzin.

Voor slechthorenden is verbetering van de communicatie van groot belang. Zij zijn vooral aangewezen op een goed zicht voor onder andere het liplezen. Voor de spraakverstaanbaarheid is akoestiek belangrijk.

Belangrijke aspecten bij de bouw voor slechtzienden en slechthorenden zijn vooral een afgewogen daglichttoetreding (verduistering en/of zonwering), licht, helderheidcontrast, tactiele informatie, geluid en een logische lay-out belangrijke aspecten. Enkele aandachtspunten en voorbeelden worden in deze paragraaf uitgewerkt. Het gaat dan vooral om de thema's licht en geluid. Voor meer gedetailleerde informatie en andere aandachtspunten wordt verwezen naar het cahier 'Toegankelijk bouwen voor mensen met een zintuiglijke handicap of een allergie'²⁴.

Licht

Voor mensen met een zintuiglijke beperking en ouderen ligt het voor de hand boven de prestatie-eisen (zie 4.2.5) en de eisen van het Bouwbesluit voor daglichttoetreding uit te gaan. Daarnaast is bijna altijd kunstlicht nodig om een constante en gelijkmatige verlichtingssterkte te garanderen. Bij licht gaat het om de lichtsterkte en het helderheidcontrast.

Afb. 18

Helderheidscontrast



Helderheidcontrast in gebouwen is vooral belangrijk bij overgangen tussen binnen en buiten, deuren, lichtschakelaars, leuningen, de bewegwijzering in gebouwen en de ruimteaanduiding.

Aandachtspunten bij licht en verlichting

Aanbevolen lichtsterkte:

Basisverlichting (op struikelhoogte)	200 lux (Aanbevolen waarde in NEN12464-1: 100-200)
Accentverlichting	500 lux (Aanbevolen waarde in NEN12464-1: 200-800)
Taakverlichting	800 lux (Aanbevolen waarde in NEN12464-1: 800-3000)
Bij overgang buiten/binnen (entree)	800 lux

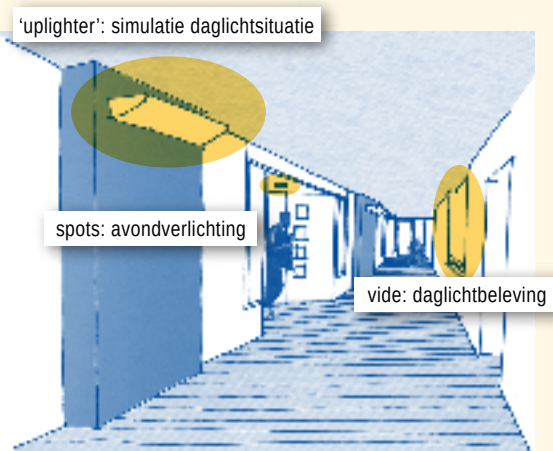
Helderheid:

Wit	100
Zwart	0
Aanbevolen contrastverschil	30 punten

Verblinding:

zo veel mogelijk voorkomen (zonwering en/of verduistering, geen lichtweerskaatsend materiaal om hinderlijke reflecties te voorkomen)

²⁴ Cahier Toegankelijk bouwen voor mensen met een zintuiglijke handicap of allergie. College bouw ziekenhuis-voorzieningen (Cbz). Utrecht, februari 2004.

Afb. 19 Verlichting

Soorten verlichting, afhankelijk van functie.

Geluid en akoestiek

Slechthorend zijn betekent dat geluiden niet alleen zachter maar vooral ook 'anders' worden gehoord, doordat sommige geluidsfrequenties slecht worden waargenomen. Het simpelweg versterken van het geluid biedt daarvoor veelal geen oplossing.

Grootschalige gezondheidszorggebouwen zijn akoestisch gezien meestal slechter dan woongebouwen, omdat in deze gebouwen vaak gladde en weinig absorberende materialen worden toegepast. Verder komen in dit soort gebouwen vaak grote algemene ruimten (zoals een atrium) voor waar snel lawaai kan ontstaan. Zonder akoestische aanpassingen kan het akoestisch klimaat zelfs zo slecht zijn dat een hoor-toestel zonder verdere maatregelen geen nut oplevert voor de gebruiker. De spraakverstaanbaarheid is te

verbeteren door reductie van galm en achtergrond-geluid, door toepassing van absorptiematerialen en door compartimentering van functies. Dit laatste betekent dat verschillende functies in aparte ruimten worden ondergebracht (bijvoorbeeld een aparte TV-kamer).

Verder verdient het aanbeveling om in gezondheidszorggebouwen bij balies en loketten een ringleiding op te nemen, die gesproken woord elektromagnetisch over kan brengen op gehoorapparaten.

2.4 Belevingsaspecten ('healing environment')

De laatste jaren heeft het thema 'healing environment' in de gezondheidszorgbouw een grote vlucht genomen. Deze aandacht vloeit voort uit de erkenning dat er een relatie is tussen de gebouwde omgeving en het welzijn, het welbevinden en de gezondheid van cliënten. Letterlijk betekent 'healing environment': een genezende of heilzame (gebouwde) omgeving. Onderzoek richt zich nu vooral op het meten van de effecten van de gebouwde omgeving op de genezing en het welbevinden van cliënten en andere gebruikers ('evidence based design').

De kwaliteit van de gebouwde omgeving wordt bevorderd door in een ontwerp expliciet aandacht te besteden aan aspecten als schaalgrootte, herkenbaarheid, gebruiksgemak, oriëntatie en routing, veiligheid en beschutting, bewegwijzering, inrichting, materiaalgebruik, kleurtoepassing, daglichttoetreding, uitzicht, verlichting, akoestische aspecten, buitenruimte en het binnenklimaat. Zie afbeeldingen 20-23.

Richtwaarden geluidsabsorptie

Bij een goed absorberend plafond (gemiddelde absorptiecoëfficiënt = 0,6) en aanvullende absorptie op de wanden is een goed akoestisch klimaat ter bereiken.

De nagalmtijden volgens het Bouwbesluit zijn te groot voor doelgroepen met auditieve beperkingen.

Streefwaarden: 0,4 sec. bij een ruimte van 100 m³

0,8 sec. bij een ruimte van 1.000 m³

Een gemiddelde absorptiecoëfficiënt over alle wanden van 0,3 sec. zorgt voor een goed akoestisch milieu.

Afb. 20 Belevingsaspecten


In dit multifunctionele kinderdienstencentrum voor meervoudig complex gehandicapte kinderen is in het ontwerp specifiek aandacht besteed aan de beleving van het gebouw, de licht- en zoninval en de oriëntatie. Het gebouw lijkt te rusten op enorme keien, waardoor een karakteristieke en eigenzinnig uitstraling ontstaat en het een duidelijk herkenbaar gebouw is voor kinderen. In het hart van het gebouw is een binnentuin opgenomen. Ook in het gebouw is het materiaal en kleurgebruik afgestemd op de belevingswereld van kinderen, met herkenbare speelplekken en speelse elementen.

Afb. 21 Belevingsaspecten


Door de 'etalages' in de gang ontstaat een afwisselende looproute. Dit veraangenaamt niet alleen 'de wandeling', maar biedt ook duidelijke herkenningpunten ter oriëntatie.

Afb. 22 Belevingsaspecten

Het interieur van de onderzoeksruimte is aangepast aan de belevingswereld van kinderen.

Afb. 23 Belevingsaspecten

De huiskamer biedt goed uitzicht op de tuin. De daglichttoetreding is optimaal en er is ruime aandacht besteed aan het creëren van een huiselijke sfeer.

2.5 Conditie

Luchtkwaliteit

De temperatuur, de luchtvochtigheid en het toepassen van goed schoon te houden en te reinigen materialen, beïnvloeden de kwaliteit van de binnenlucht. Bij een goede luchtkwaliteit in het gebouw is sprake van een behaaglijk en gelijkmatig binnenklimaat.

Afb. 24 Luchtkwaliteit

Hier zijn in de sanitaire ruimte zogeheten holle plint tegels gebruikt. Hierdoor wordt stofophoping tegengegaan. Ook bij dichte trappen is het belangrijk afgeronde profielen toe te passen.

maat, een lage luchtvochtigheid, een goede ventilatie en zo min mogelijk stofophoping. Vochtproductie kan worden beperkt door bijvoorbeeld niet te koken op gas, door vochtproducerende functies niet in pandig te situeren, door de was buiten te drogen of door toepassing van condensdrogers met afvoer naar buiten. Verder is het van belang dat er geen grote temperatuurverschillen zijn, zowel in de tijd (dag en nacht) als tussen de vertrekken onderling en de zones in een vertrek.

Voor een overzicht van installatietechnische mogelijkheden wordt verwezen naar het Praktijkhandboek Gezonde Gebouwen, SBR/ISSO Rotterdam²⁵.

Binnenklimaat

Een goed binnenklimaat is van groot belang voor het welzijn van cliënten, vooral als het gaat om fysiek kwetsbare cliënten die vrijwel de hele dag in bed liggen of cliënten die vrijwel altijd in een binnenomgeving verblijven, bijvoorbeeld in een gesloten setting. Met name bij zomerse temperaturen vormt het binnenklimaat in zorginstellingen onderwerp van discussie. Voor bepaalde doelgroepen geldt dat de binnenlucht temperatuur van 25,5°C niet mag worden overschreden (zie deel I, 4.2.7). Er zijn verschillende manieren om de binnentemperatuur te beheersen. Het gaat daarbij zowel om het gebouw met haar

²⁵ Zie ook: Prestatie-eisen Binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector. Rap.nr. 109. College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Utrecht, 2002.

bouwtechnische eigenschappen, de installaties, als om de manier waarop vanuit de organisatie wordt gereageerd op (extreme) zomerse perioden (hitte protocol). In de volgende opsommingen worden diverse aanbevelingen gedaan²⁶.

Vanuit de bouwkundige invalshoek zijn de volgende zaken van belang:

- beperk het aantal gevelopeningen en dan met name van op het zuiden gerichte raampartijen;
- zorg voor adequate zonwering;
- voer, daar waar zonwerende beglazing wordt toegepast, deze beglazing warmtereflecterend uit en niet warmteabsorberend;
- zorg voor voldoende mogelijkheden voor (dwars-) ventilatie;
- beperk de warmtedoorgifte door gebouwen te voorzien van een goede dak- en gevelisolatie;
- beperk temperatuurschommelingen door gebouwen en ruimten voldoende massa te geven;
- vermijd zo mogelijk grote glasoverkapte ruimten zoals atria. Als deze toch worden gerealiseerd, zouden ze geen verblijfsfunctie moeten krijgen. Een optimale natuurlijke ventilatie van deze

ruimte, met gebruikmaking van de schoorsteenwerking, wordt wenselijk geacht;

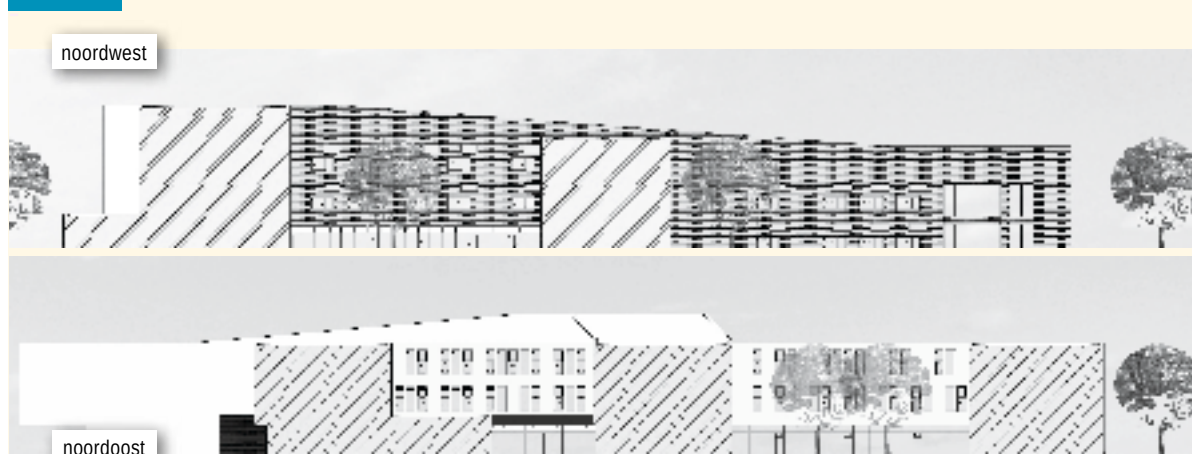
- pas zo mogelijk zelfventilerende daken toe, zoals pannendaken.

Vanuit de installatietechnische invalshoek zijn de volgende zaken van belang:

- voorkom dat opgewarmde mechanische ventilatie-lucht wordt aangezogen. Dit kan bijvoorbeeld optreden indien de luchtaanzuiging plaatsvindt direct boven een plat dak;
- reduceer de interne warmtelast door HF-verlichting en andere energiezuinige verlichting toe te passen;
- zorg voor een centrale bediening van de zonwering.

Verder kunnen zorginstellingen organisatorische maatregelen treffen. Dergelijke maatregelen behoren in een hitteprotocol te zijn opgenomen. In een hitteprotocol zijn alle maatregelen omschreven die ongewenst opwarmen van het gebouw voorkomen

Afb. 25 Zon en lichtinval



Oriëntatie op de zon is een belangrijk uitgangspunt bij dit ontwerp. In de zuid- en zuidwest gevel zijn de ramen laag en horizontaal geplaatst. Dit biedt veel uitzicht maar beperkt de zoninval. In de noordwest gevel zijn de ramen horizontaal en verticaal geplaatst. In de noordoost gevels zijn de ramen verticaal geplaatst om zo veel mogelijk daglicht binnen te laten.

²⁶ In 2007 zal het Bouwcollege in publicaties en voorlichtingsbijeenkomsten extra aandacht besteden aan oplossingen die mogelijk zijn om oververhitting in gebouwen te voorkomen. Het gaat dan vooral om bestaande bouw, aangezien de (hitte)problematiek daar verhoudingsgewijs groter is dan in nieuwbouw. In 2006 is een onderzoek gestart naar het voorkomen van (te) hoge temperaturen in bestaande bouw. In het onderzoek is o.a. een inventarisatie opgenomen van alle bouwkundige, technische en bedrijfsmatige oplossingen.

en de gevolgen daarvan voor cliënten en personeel beperken. Voorbeelden hiervan zijn:

- het vroegtijdig weren van zoninstraling;
- het op een juiste wijze omgaan met (natuurlijke) ventilatiemogelijkheden;
- het gesloten houden van ramen en deuren als er sprake is van mechanische koeling van de ventilatielucht;
- het uitschakelen van de mechanische toevoer van lucht bij perioden van grote hitte op het heetst van de dag;
- het uitschakelen van warmteproducerende apparatuur;
- het toepassen van temperatuurregistratie in kritische ruimten;
- het gebruik van specifieke aansturingprogramma's voor het mechanisch ventilatiesysteem;
- het gebruik van nachtventilatie, zodat het gebouw met koele nachtlucht wordt afgekoeld (zoals vrije koeling).

Wanneer bovengenoemde maatregelen niet volstaan kan worden gedacht aan het in meer of mindere mate toepassen van (top)koeling. Betrek alternatieve mogelijkheden, waaronder betonkernactivering en warmte koude opslag, bij de keuze voor maatregelen rond temperatuursbeheersing en weeg de voor- en nadelen en de kosten van de verschillende opties goed tegen elkaar af. Als bijvoorbeeld sprake is van genormaliseerd wonen 'in de wijk' ligt het niet voor de hand om (top)koeling in de woning te plaatsen, zeker als woningen afstootbaar moeten zijn naar de woningmarkt of geschikt moeten zijn voor scheiden van wonen en zorg.

2.6 Technische aspecten

Technische installaties

Om aan de in deel I hoofdstuk 4 beschreven eisen rond condities en de prestatie-eisen binnenmilieu en installatie techniek te kunnen voldoen, verdient

het aanbeveling om maatregelen te treffen voor eventuele uitbreiding van installaties. Hierbij valt te denken aan verticale schachten of voorzieningen in de gevel en/of tussen de bouwlagen, voor bijvoorbeeld ventilatie en koeling.

Iedere cliënt zal in beginsel in zijn eigen appartement of zit-slaapkamer gebruik willen maken van communicatie middelen (telefoon, televisie, internet, e.d.). Daarvoor kunnen installatietechnische voorzieningen (bijvoorbeeld via de kabel) aanwezig zijn. Voor overige aandachtspunten rond technische installaties wordt verwezen naar de 'Prestatie-eisen binnenmilieu en installatietechniek in de zorg-sector'²⁷

ICT en domotica

Vermaatschappelijking en extramuralisering van de zorg wordt mede mogelijk gemaakt door de toepassing van informatie- en communicatietechnologieën (ICT). Een samenhangend stelsel van ICT-toepassingen in de sfeer van wonen en zorg, ook wel aangeduid als domotica²⁸, maakt het mogelijk dat cliënten langer zelfstandig kunnen wonen en de veiligheid en het comfort kunnen worden verhoogd; ICT-toepassingen kunnen ook gericht zijn op het verbeteren en efficiënter laten verlopen van het zorg(verlenings)proces (gegevensbeheer en verwerking, personeelsbeveiliging e.d.).

Bij domotica moet worden gedacht aan toepassingen op het gebied van meet- en regeltechniek waarmee omgevingsprocessen worden beheerd en aangestuurd en toepassingen op het gebied van alarmering, signalering, bewaking en sociale controle. Voorbeelden van domotica zijn specifieke schakel- en regelfuncties (zonwering en gordijnen open-dicht, klimaatregeling, licht aan/uit, loopverlichting 's nachts, e.d.), alarmering (brand, inbraak) en actieve en passieve sociaal medische alarmering (aanwezigheidsdetectie, bewegingsmelders, val alarmering, spreek-luisterverbindingen)²⁹.

²⁷ Prestatie-eisen Binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector. Rap.nr. 109. College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Utrecht, 2002.

²⁸ Zie evt. de Beleidsregel Zorginfrastructuur, Nza (CA-70). Hierin is een lijst opgenomen met technologische voorzieningen die voor vergoeding in aanmerking komen als sprake is van scheiden wonen en zorg.

²⁹ Uitgebreid aandacht aan dit thema wordt besteed in het cahier Domotica. Tips voor zorginstellingen. College bouw zorginstellingen. Utrecht, december 2006.

Bouwtechnisch afwerkingsniveau

In deel I is het onderscheid tussen a-specifieke, specifieke en specialistische bouw (licht, zwaar en beveiligd) aangegeven. De onderlinge verschillen zijn primair te herleiden tot de gekozen bouwvorm (vormgeving, uitstraling, afwerkingsniveau, voorzieningen-niveau, e.d.). Oplopend met de verblijfs categorie kunnen drie niveaus van gebouwfwerking worden onderscheiden:

- licht sluit qua prijs, kwaliteit en naleverbaarheid aan bij wat in de reguliere woningbouw gangbaar is;
- zwaar sluit aan bij zware projectkwaliteit, is intensief decontamineerbaar (ontsmetting en reiniging) en is afgestemd op intensief gebruik;
- beveiligd levert maatwerkspecificaties, is letselvoorkomend, molestbestendig en onderhoudsvriendelijk.

In zwaar verblijf kunnen extra maatregelen worden getroffen om de veiligheid van cliënten en personeel te bevorderen. Het gaat dan bijvoorbeeld om gebouwen voor cliënten met ernstige gedragsproblematiek, agressief of andersoortig grensoverschrijdend

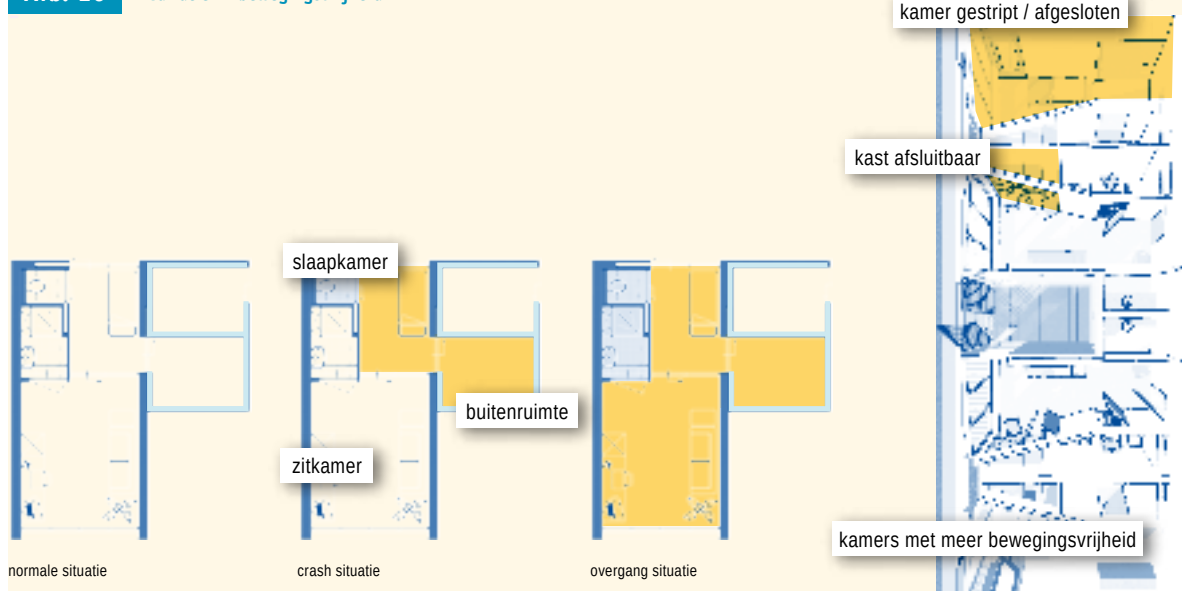
gedrag. De extra (veiligheids)maatregelen die kunnen worden genomen hangen samen met de functionaliteit, de lay-out, de materiaalkeuze en de toepassing van specifieke (installatie)technische voorzieningen. Feitelijk gaat het om een verzwaarde uitvoering van voorzieningen. Zorginhoudelijke interventies blijven hier buiten beschouwing, maar zijn uiteraard net zo belangrijk. Vaak gaat het immers om een combinatie van maatregelen.

Suggesties voor veiligheidsbevorderende maatregelen

Bouwkundig functioneel

- voldoende (bewegings)ruimte (zowel binnen als buiten) en privacy voor cliënten creëren (eenpersoonskamers met zo mogelijk eigen voorzieningen)
- beperking van de groeps grootte o.a. ter voorkoming van 'crowding'
- diverse (ruime) gemeenschappelijke ruimten realiseren zodat cliënten verschillende activiteiten kunnen doen (geen massale gemeenschappelijke huiskamers)

Afb. 26 Variatie in bewegingsvrijheid



Compartimentering van de privé ruimte(n) van de cliënt, al naar gelang het gewenste prikkelniveau (links).

Door een schuifwand kunnen (kwetsbare) delen van de cliëntenkamer worden afgesloten. Hierdoor is variatie mogelijk in de mate van bewegingsvrijheid, privacy en autonomie (rechts).

- ruime verkeersruimten, zodanig opgezet dat onderlinge confrontaties worden voorkomen (overzichtelijke layout, geen dode hoeken/nissen, goede zichtlijnen, e.d.)
- flexibiliteit en variatie in het niveau van toezicht en vrijheidsbeperkende maatregelen, zodat niet onmiddellijk tot separatie of overplaatsing overgegaan hoeft te worden als de situatie van een cliënt verslechtert. De omgeving aanpassen aan de toestand van de cliënt en niet andersom. Bijvoorbeeld door stripbare kamers te maken, of door voorzieningen flexibel te maken qua afsluitbaarheid. Een gesloten afdeling kan dan voor sommige cliënten toch een open afdeling zijn (zie afbeelding 26).

Materiaalkeuze en afwerking

- de toegepaste materialen en afwerkingen zijn letselvoorkomend, slagvast en onderhoudsvriendelijk
- het materiaal en afwerkingsniveau lokken geen agressie uit (kleurgebruik, geen steriele klinische uitstraling)
- beperken van beweegbare of demontabele elementen, vooral in cliëntenkamers (hang- en sluitwerk e.d)
- beperkt toepassen van verlaagde (systeem)plafonds
- beperken van geluidsoverlast (akoestische maatregelen), o.a. woningscheidende isolatie (geluidsoverdracht tussen ruimten voorkomen)
- zorg voor goed onderhouden gebouwen (geeft minder aanleiding tot agressie of vandalisme)

(Installatie)technische voorzieningen

- knopcilinders op deuren om het barricaderen van deuren en het zichzelf insluiten tegen te gaan
- toepassing van uitluistersystemen
- eventueel cameratoezicht
- al dan niet centraal gestuurde elektrische deursloten in combinatie met pasjes
- toepassing van persoonsbeveiligingssystemen

NB. Het kan een lastige afweging zijn om te moeten kiezen tussen enerzijds het realiseren van een zo normaal mogelijke verblijfsomgeving en het voorzieningenniveau dat nodig is om de veiligheid te waarborgen. Een en ander staat soms haaks op elkaar.

2.7 Brandveiligheid

De bouw en het gebruik van AWBZ-voorzieningen brengen bijzondere verantwoordelijkheden met zich mee. Die verantwoordelijkheid -die ligt bij de zorgaanbieder- omvat zowel de veiligheid van de personen die aan de zorg van de zorgaanbieder zijn toevertrouwd als de veiligheid van het personeel. Per definitie geldt dat de risico's van brand tot een minimum moeten worden beperkt. Het totaalpakket aan organisatorische, bouwkundige en installatie-technische voorzieningen bepalen de veiligheid van de cliënten en gebruikers van een gebouw bij brand. Daarbij is niet alleen het gebouw, maar ook het gebruik zelf en de gebruikers bepalend. In de gebouwen verblijven immers mensen die door ziekte, ouderdom of handicap in hun functioneren beperkt zijn, en daardoor als verminderd- of als niet-zelfredzaam moeten worden aangemerkt. Deze mensen hebben bij brand een hoger risico op ernstige verwondingen of overlijden. Brandveiligheidsmaatregelen moeten dus zijn afgestemd op de mate van zelfredzaamheid van de cliënten. Van groot belang is daarbij ook de vraag in hoeverre hulpverleners binnen een zeer korte termijn in de brandende ruimte aanwezig kunnen zijn. In het geval van niet-zelfredzame cliënten is deze periode gesteld op twee minuten na de automatische brandmelding.

Brandveiligheidseisen

De technische eisen op het gebied van de brandveiligheid richten zich met name op:

- het voorkomen van brand;
- het (adequaat) melden van brand;
- het bieden van vluchtmogelijkheden;
- het beperken van brand en rook.

De bijbehorende brandveiligheidsmaatregelen betreffen onder meer:

- de toepassing van veilige installaties, het niet toestaan van open vuur, kaarsen, lucifers en aanstekers en het hanteren van een strikt rookverbod;

- de toepassing van een goede brandmeldinstallatie, zonder vertraagde doormelding (dat geldt zeker voor de nachtsituatie);
- (obstakel vrije) vluchtroutes naar twee richtingen, waarbij voor niet-mobiele, bedlegerige bewoners geldt dat veelal horizontaal wordt ontruimd, hetgeen inhoudt dat er sprake moet zijn van brand- en rookveilige (vlucht)compartimenten;
- de toepassing van brandveilige, brandvertragende materialen, niet alleen voor de afwerkingen maar bijvoorbeeld ook de gordijnen, matrassen etc. Verder is te wijzen op een goede en bewuste uitvoering van de brandcompartimentering, waarbij met name ook aandacht wordt besteed aan de afdichtingen ter plaatse van kanaal- en leidingdoorvoeren. Uiteraard zijn ook de brandbestrijdingsinstallaties van groot belang. Voorwaarde is wel dat het personeel getraind is in het omgaan met deze middelen, waarbij in eerste instantie wordt gedacht aan brandslanghaspels, schuimblussers of branddekens. In sommige situaties kan het ook in de rede liggen over te gaan tot toepassing van een automatische brandbestrijdingsinstallatie (sprinklers), waarmee een beginnende brand adequaat kan worden bestreden.

Verder moet de organisatie getraind te zijn op calamiteiten en moet er een goed overleg zijn met de brandweer, zodat de brandweer bekend is met de situatie ter plaatse.

De brandveiligheidseisen zijn vastgelegd in het Bouwbesluit en in de gemeentelijke bouwverordening. Voor de organisatorische aspecten, met name op het gebied van de bedrijfshulpverlening (BHV), is het Arbobesluit van toepassing.

Op 1 augustus 2007 treedt naar verwachting het Besluit brandveilig gebruik bouwwerken (Gebruiksbesluit) in werking. In dit besluit worden de nu nog in de bouwverordening opgenomen voorschriften landelijk geüniformeerd. Verdere uitgangspunten met betrekking tot de brandveilig-

heid zijn beschreven in de Brandveiligheidsvisie Gezondheidszorg, een beleidsvisie van de betrokken ministeries, die naar verwachting in het voorjaar van 2007 wordt gepubliceerd.

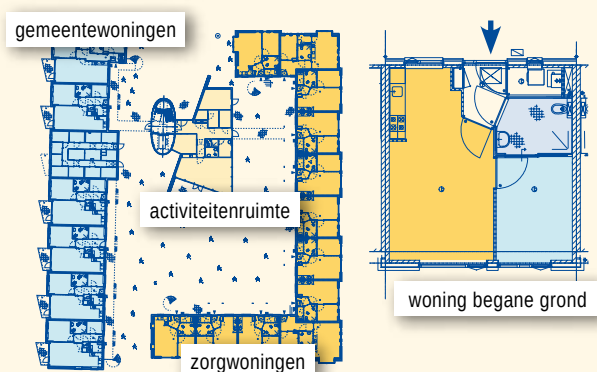
3 Verblifscconcepten

In deze paragraaf worden voorbeelden ('good practice') gegeven voor individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf, zowel in een grootschalige als in een kleinschalige setting³⁰. Het gaat om voorbeelden van licht, zwaar en beveiligd verblijf voor verschillende doelgroepen in de AWBZ. In de praktijk is overigens steeds vaker sprake van een combinatie van verblijfsconcepten en doelgroepen of een combinatie met reguliere woningbouw en/of maatschappelijke functies. Voor een uitgebreide omschrijving van de verblijfsconcepten zie ook deel I, 3.1.2.

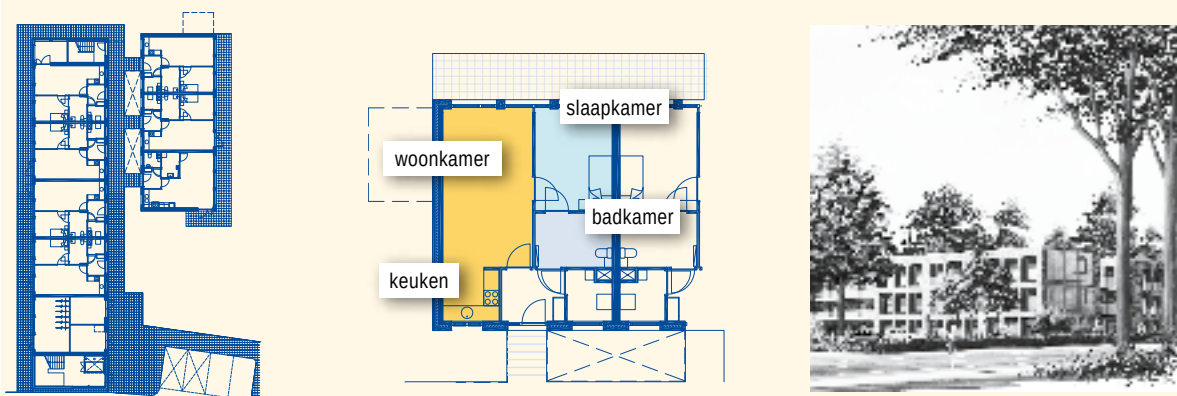
3.1 Individueel verblijf

Bij individueel verblijf gaat het om een zelfstandig appartement, in principe bedoeld voor één persoon of eventueel twee personen. In dit appartement kunnen alle ADL-verrichtingen plaatsvinden. Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om een eigen huishouding te voeren met waar nodig zorg en begeleiding. In alle verblijfs categorieën (licht, zwaar, beveiligd) kan gekozen worden voor individueel verblijf. Wel zijn er duidelijke verschillen tussen de drie categorieën als het gaat om vormgeving en uitstraling, locatie, afwerkingsniveau, oppervlakte, voorzieningenniveau en investeringskosten. Deze verschillen hangen primair samenhangen met de keuze voor a-specifieke, dan wel specifieke of specialistische bouw (zie deel I, paragraaf 2.2.2). Zie afbeeldingen 27-30.

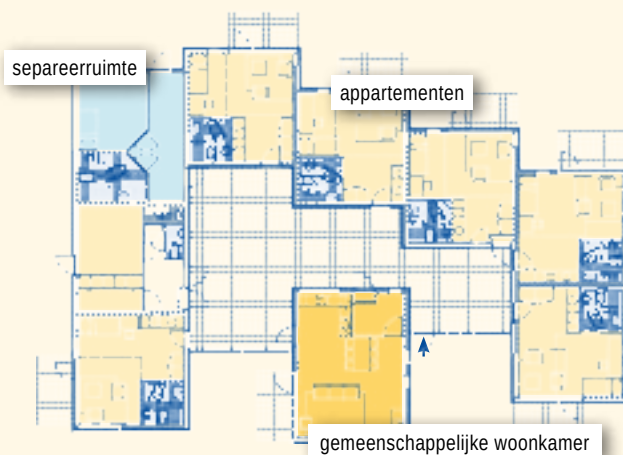
³⁰ Zie ook: 'Gewoon als het kan, bijzonder als het moet'. Verblifscconcepten binnen de AWBZ. Good practice cahier 1. College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Utrecht, 2005.

Afb. 27 Individueel verblijf licht


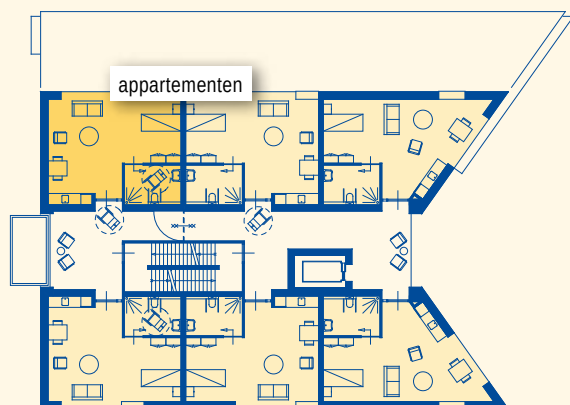
In een nieuwbouwwijk wordt samen met de gemeente een complex met 37 appartementen ontwikkeld. De appartementen bestaan uit een woonkamer met keuken, een slaapkamer, sanitair en een berging met een totale oppervlakte van 45-47 m². Een deel van de appartementen (24) is bestemd voor verstandelijk gehandicapten en de overige appartementen worden via de reguliere woningmarkt verhuurd. Er is ook een inloopsteunpunt opgenomen voor eventueel noodzakelijke zorg of ondersteuning in de thuissituatie. Zowel cliënten als omwonenden kunnen hier gebruik van maken. Er is sprake van aan woningbouw gelijkende a-specifieke bouw.

Afb. 28 Individueel verblijf licht


'Ondanks' de zware zorgvraag van de cliënten is gekozen voor appartementen (individueel verblijf) die a-specifiek zijn uitgevoerd (licht verblijf). De appartementen maken deel uit van een kleinschalige galerijflat met drie bouwlagen, gelegen aan de rand van een instellingsterrein. Op dit deel van het terrein komt een mix van zorgwoningen en reguliere huurwoningen (omgekeerde integratie). De appartementen zijn gegroepeerd in eenheden van circa 5 personen, zodat cliënten kunnen terugvallen op een groep. Per eenheid is een appartement bestemd als gemeenschappelijke (groeps)ruimte. De eenheid kan zelfs als een gesloten geheel functioneren. De zorg wordt van buitenaf aan huis geleverd. Aanvullende zorg, zoals dagbesteding en crisisopvang zijn op loopafstand bereikbaar.

Afb. 29 Individueel verblijf zwaar


Individueel verblijf zwaar voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). De nieuwbouw bestaat uit geclusterde individuele appartementen (5-6 personen) van circa 31 m² met gemeenschappelijke voorzieningen (per cluster) in een beschermende en prikkelarme setting op een instellingsterrein, met terreingebonden voorzieningen voor dagbesteding. De appartementen kunnen zonodig als gesloten eenheid functioneren. Het voorzieningenniveau en de uitvoering (materiaalgebruik e.d.) zijn hier ook op afgestemd: verzwaarde uitvoering, een separeervoorziening, afzonderingsruimte, e.d. Door de geleiding in de plattegrond, de gevels en de lay-out van de appartementen hebben de clusters een kleinschalig karakter en wordt een zo 'normaal' mogelijke woonsituatie verkregen. Dit laatste wordt extra versterkt doordat de dagbesteding gescheiden is van het wonen, de schaalgrootte van de clusters en het voorzieningenniveau per cliënt (privacy en autonomie).

Afb. 30 Individueel verblijf zwaar


Individueel verblijf zwaar voor somatische cliënten. Een kleinschalig complex (18 cliënten) geïntegreerd in de wijk, gecombineerd met dagbehandeling, fysiotherapie en een grand café. Door efficiënt ruimtegebruik, dubbelgebruik van ruimten en beperkte verkeersruimten is het mogelijk gebleken appartementen van circa 44 m² (38 m² excl. sanitair) te realiseren, wat voor specifieke bouw in de categorie zwaar uniek is. De ontmoetingsruimte is ook voor buurtbewoners toegankelijk. Voor cliënten voor wie extramurale zorg, in verband met de zorgzwaarte, geen reële optie (meer) is, biedt dit complex meer wooncomfort dan een 'traditioneel' verpleeghuis.

3.2 Kleinschalig groepsverblijf

Kleinschalig groepsverblijf gaat uit van een zelfstandig functionerende eenheid van drie tot zes cliënten, die gezamenlijk een huishouden voeren. Iedere cliënt beschikt over een eigen zit-slaapkamer. Het sanitair is individueel kamergebonden en/of er is sprake van gedeeld sanitair. Er is een gemeenschappelijke huiskamer aanwezig, vaak gecombineerd met een keuken(blok). Afhankelijk van de doelgroep zijn soms ruimten voor begeleiding, verzorging en verpleging aanwezig. Met name voor mobiele doelgroepen zonder gedragsproblematiek kan (vrijwel) normale woningbouw worden gerealiseerd of gehuurd (licht verblijf). Als binnen een groepswoning echter specifieke voorzieningen (ruimtelijk dan wel bouwkundig-technisch) nodig zijn, kan soms niet meer volstaan worden met gewone woningbouw en zal eerder sprake zijn van zwaar en soms zelfs van beveiligd verblijf.

Groepswoningen komen voor in een woonwijk, op zichzelf staand of geclusterd. Groepswoningen kunnen ook op een instellingsterrein worden gerealiseerd (eventueel met omgekeerde integratie), dan wel integraal zijn opgenomen in een grootschalige intramurale setting. Wanneer kleinschalige groepswoningen in een wijk worden gerealiseerd, wordt in de praktijk uit exploitatieoogpunt vaak gekozen voor twee geschakelde woningen. In afbeelding 31-34 zijn

voorbeelden van kleinschalig groepsverblijf opgenomen.

Kleinschalig groepsverblijf in een grootschalige setting

Ook in een grootschalige setting is het streven naar kleinschaligheid en het voorkomen van institutionele bouw. De meeste voorbeelden zijn te vinden in de ouderenzorg. Meer en meer worden in deze zorgcentra ook enkele groepswoningen voor oudere verstandelijk gehandicapten of ouderen met psychiatrische problematiek gerealiseerd. Omdat de cliënten minder mobiel zijn, worden in de praktijk vaak alle functies in één gebouw ondergebracht. Bij het ontwerp spelen belangen van cliënten, bezoekers en personeel.

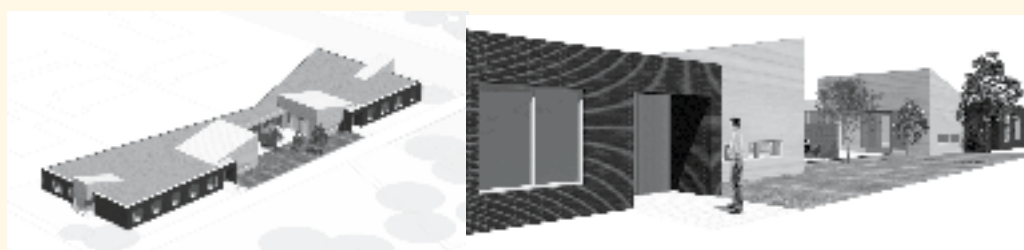
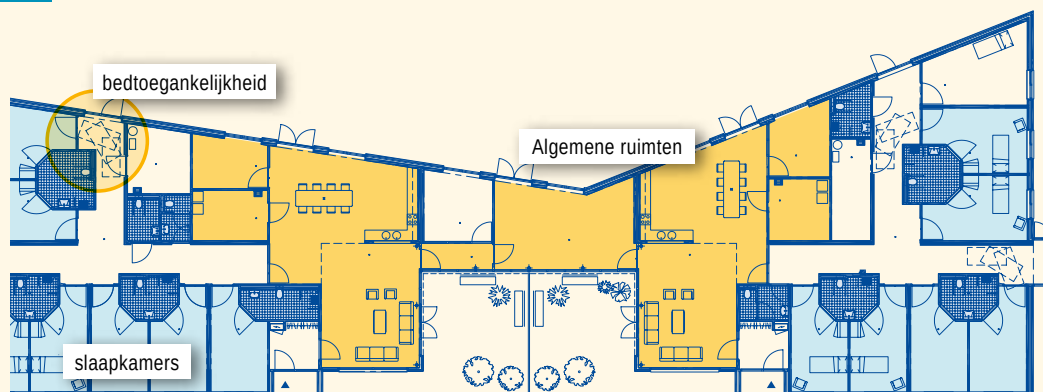
De cliënten ervaren de kleinschaligheid vooral in de woning zelf. Uiteraard spelen daarbij de architectonische vormgeving, de materiaalkeuze, de inrichting en het afwerkingsniveau een belangrijke rol. Voor de beleving zijn ook het uitzicht vanuit de woning en het beschikken over een eigen buitenruimte belangrijk. Wanneer bij dementerenden of in een gesloten setting de groepswoningen aan een afsluitbaar semi-openbaar gebied (een binnenstraat, of een gang rond een patio of binnentuin) gesitueerd zijn, hebben cliënten meer bewegingsvrijheid.

Voor bezoek is vooral de plaats van de toegang tot de woning bepalend voor het schaafeffect: waar wordt geparkeerd en hoe is de routing naar de

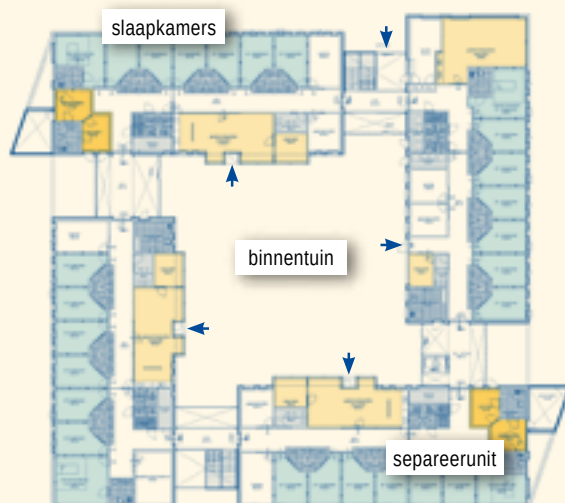
Afb. 31 Kleinschalig groepsverblijf



Kleinschalig groepsverblijf en individueel verblijf in de wijk. Links: Op de begane grond zijn twee eenheden met drie cliënten met een meervoudig complexe handicap gehuisvest (zwaar verblijf). Op de verdieping zijn appartementen voor verstandelijk gehandicapten gesitueerd (licht verblijf). Rechts: Twee woningen voor gehandicapten (licht verblijf). De woningen onderscheiden zich niet van de andere woningen in de omgeving.

Afb. 32 Kleinschalig groepsverblijf


Kleinschalig groepsverblijf zwaar voor dementerende ouderen, geclusterd in een woonwijk. Twee (geschakelde) woningen met per woning o.a. 6 zit-slaapkamers, per 2 personen gedeeld sanitair, een multifunctionele ruimte, een huiskamer met keuken, een bijkeuken, een centrale badkamer, berging en er is sprake van bedtoegankelijkheid. Tussen de woningen liggen een activiteitenruimte en een kantoor. De vormgeving, uitstraling, schaalgrootte en opzet maken dat de voorziening oogt als reguliere woningbouw.

Afb. 33 Kleinschalig groepsverblijf (beveiligd)


Op een instellingsterrein wordt een complex voor 24 sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte cliënten (SGLVG+) gerealiseerd. Het complex is gesitueerd rond een binnentuin en alleen toegankelijk via een hoofdentree. Via de binnentuin zijn de entrees van de groepswoningen bereikbaar. De separeervoorzieningen zijn op een onopvallende plek ondergebracht; in de hoeken van het complex en steeds bereikbaar vanuit twee groepen. Door de cliënten wordt het complex nauwelijks beleefd als een gesloten setting. Het lijkt op woningbouw rond een hof. De gemeenschappelijke binnentuin geeft de cliënten een grote mate van vrijheidsbeleving.

Afb. 34 Kleinschalig groepsverblijf (zwaar), gekoppeld aan een zorgcentrum



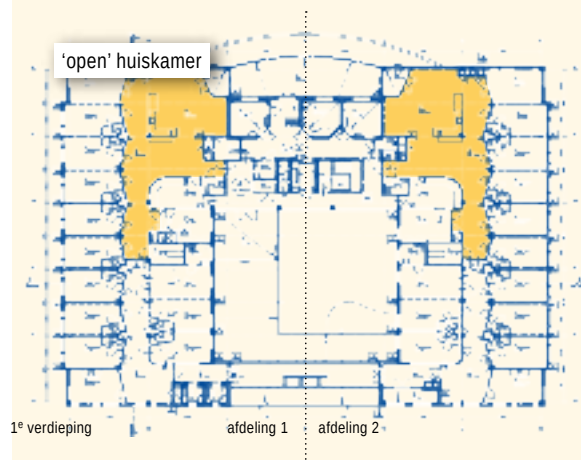
De groepswoningen beschikken over een eigen voordeur vanaf de straat en er is een interne verbinding met het zorgcentrum. De entree voor bezoekers ligt bij de huiskamer en de verbinding met het zorgcentrum is onopvallend.

woning. Centraal parkeren en een centrale hoofd-entree geven gauw een indruk van een instituut. Door een eigen entree vanaf de openbare weg, de galerij of de lifthal wordt de groepswoning door bezoek eerder als een gewone woning ervaren. Uiteraard heeft een groepswoning een eigen brievenbus en bel, en bij voorkeur ook een eigen adres. In een grootschalige setting is dit laatste moeilijk haalbaar. Voor personeel wordt – met het oog op de intensieve zorg en de veiligheid in de nachtsituatie – er juist vaak voor gekozen om groepswoningen van binnenuit bereikbaar te maken. Hier is dus voor de toegang van de woningen sprake van een dilemma. In de praktijk wordt in concrete projecten steeds gezocht naar een gunstige schakeling van woningen.

3.3 Afdelingsverblijf

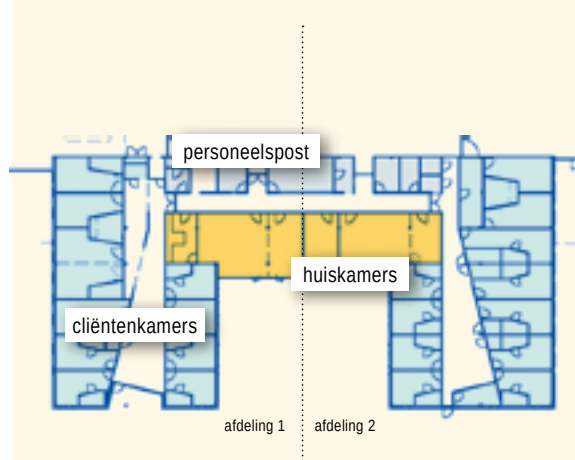
Afdelingsverblijf is de meest klassieke vorm van verblijf. Dit verblijfsconcept is alleen mogelijk bij zwaar en beveiligd verblijf. Een afdeling bestaat uit één of meer groepen met elk maximaal 10 cliënten. Er is sprake van individueel kamergebonden en/of gedeeld sanitair, gemeenschappelijke ruimten en ruimten voor zorg en begeleiding. Om veiligheidsredenen, bijvoorbeeld in een gesloten setting en bij beperkte bebouwingsmogelijkheden, wordt vaak gekozen voor een lineaire opzet met een uniforme structuur en een logische ordening van functies. Nadeel is de klinische uitstraling die van deze opzet kan uitgaan. Zie afbeeldingen 35-36.

Afb. 35 Afdelingsverblijf



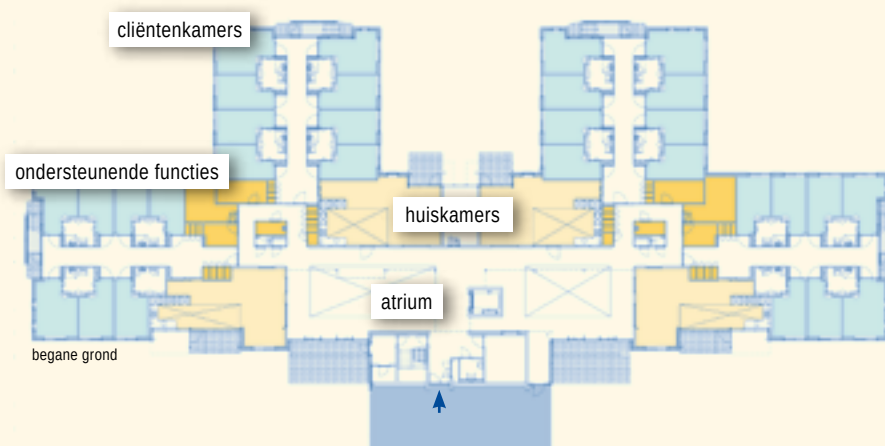
Deze afdeling heeft een lineaire opzet, zonder rechte lange gangen waardoor de ruimtelijke kwaliteit toeneemt. Dit effect wordt versterkt doordat de huiskamer in open verbinding staat met het verkeersgebied naar de cliëntenkamers.

Afb. 36 Afdelingsverblijf



De personeelspost wordt met twee afdelingen gedeeld en ligt centraal tegenover de entree tot de afdelingen. De cliëntenkamers liggen haaks op de gang naar de entree. De overzichtelijkheid van de afdeling is wellicht minder. Daar tegenover staat dat de opzet veel privacy biedt bij de cliëntenkamers en een minder grootschalige beleving van de afdeling geeft.

Afb. 37 Geschakelde groepen



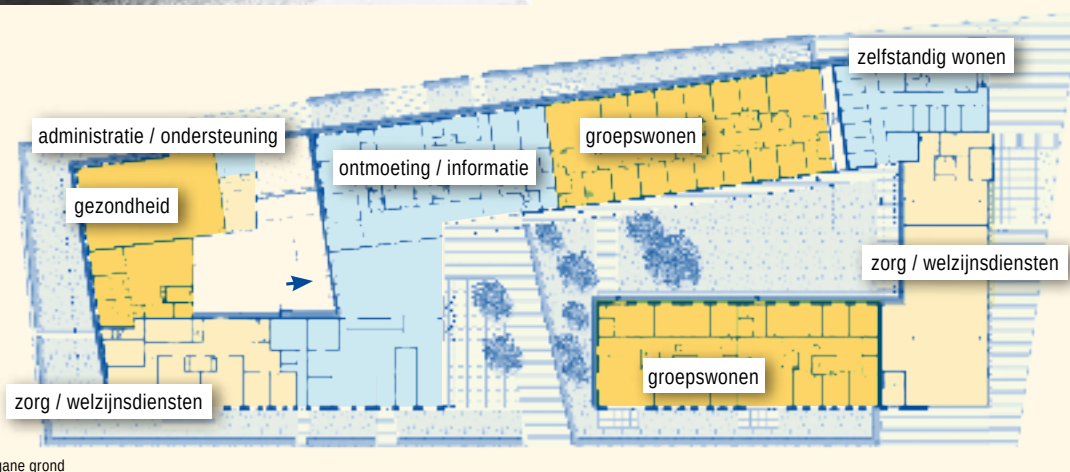
Vier geschakelde groepen met elk 7-8 cliënten, waarbij de huiskamers aan een atrium liggen. Per twee groepen worden ondersteunende functies als bergingen en speelruimte gerealiseerd. Om het woonkarakter zo veel mogelijk te benadrukken, is bewust geen personeelsruimte opgenomen.

3.4 Combinatieprojecten

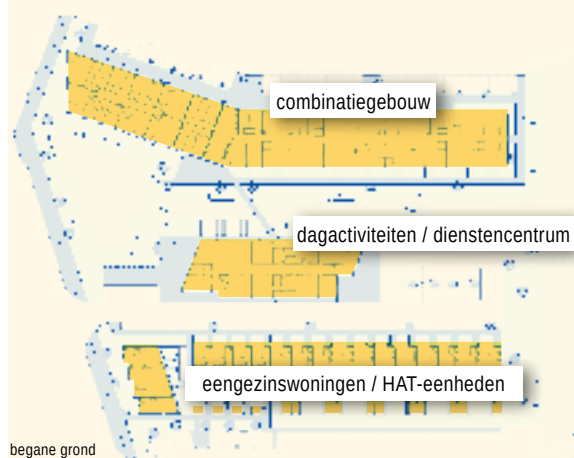
In de praktijk wordt vaak gekozen voor een combinatie van verblijfsconcepten en verblijfscategorieën binnen één project en/of integratie van het aanbod met bijvoorbeeld algemeen maatschappelijke voorzieningen, eerstelijnszorg en woningbouw. Hierdoor ontstaan flexibiliteit in het aanbod, keuzemogelijkheid voor cliënten, integratie van intramuraal wonen in de samenleving (vermaatschappelijking), ketenzorg en 'community care'.

Afb. 38

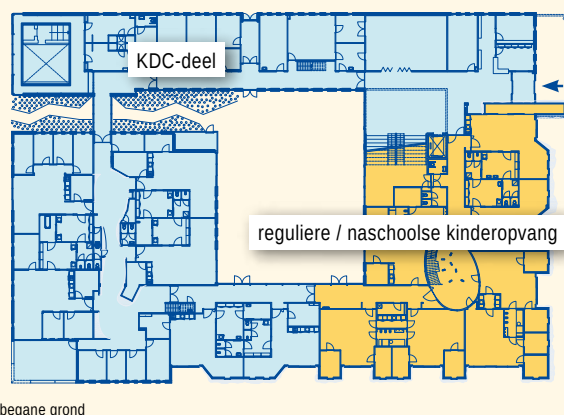
Intersectorale samenwerking



Een woon-, welzijns- en zorgcentrum bestaande uit zelfstandig wonen c.q. extramurale zorg (95 plaatsen), intramuraal verblijf voor mensen met dementie en somatische problematiek (36 plaatsen zwaar verblijf en 19 plaatsen licht verblijf). In het dienstencentrum zijn algemene voorzieningen ondergebracht voor intramurale en extramurale zorg, welzijn, gehandicaptenzorg en een gezondheidscentrum met eerstelijnszorg. Dit concept wordt ook wel aangeduid als 'community care'.

Afb. 39 Combinatie van concepten en functies


Het project is gesitueerd in een woon(zorg)wijk. Er wordt een breed scala aan woonvormen gerealiseerd: HAT-eenheden, eengezinswoningen en een combinatiegebouw met individueel verblijf licht, individueel verblijf zwaar, afdelingsverblijf. Er komen ook een dagactiviteitencentrum, een dienstencentrum en behandel-voorzieningen. De woonvormen zijn bestemd voor psychiatrische cliënten en de reguliere woningmarkt. De locatie in een woonwijk, de gekozen architectuur, de opzet van de woonvormen biedt cliënten een genormaliseerde woonomgeving, met mogelijkheden tot maatschappelijke integratie.

Afb. 40 Vermaatschappelijking


KDC's zoeken, mede vanuit het oogpunt van integratie en vermaatschappelijking, meer en meer samenwerking met reguliere voorzieningen. Dit kan betekenen dat een KDC fysiek onderdeel uitmaakt van of aangehaakt is bij, bijvoorbeeld een peuterspeelzaal, naschoolse opvang, een reguliere school (brede school). Hierdoor ontstaat een organisatorische eenheid met inhoudelijke samenwerking en gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen. In dit KDC is reguliere kinderopvang en naschoolse opvang ondergebracht.

Bijlage 1 Prestatie-eisen curatieve GGZ

Per 1 januari 2008 wordt de curatieve GGZ overgeheveld uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De overheveling omvat de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg: *extramurale GGZ* en *intramurale GGZ tot één jaar*. Alle niet-geneeskundige GGZ blijft dus in de AWBZ.

De overheveling heeft tot gevolg dat *behandeling, verpleging en activerende begeleiding en verblijf tot één jaar* die in het kader van de medische zorg noodzakelijk zijn (voorheen AWBZ-functies) onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg vallen. Forensische zorg, opgelegd door een strafrechter, wordt *niet* overgeheveld naar de Zvw.

Bouwplanbeoordeling curatieve GGZ

Vooruitlopend op de overheveling is de curatieve GGZ niet meer opgenomen in de prestatie-eisen AWBZ. Voor dit deel van de GGZ worden aparte prestatie-eisen ontwikkeld. Bouwplannen in de curatieve GGZ zullen tot het moment van definitieve overheveling (1 januari 2008) worden beoordeeld analoog aan de prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen. Met andere woorden, zolang er nog geen prestatie-eisen voor de curatieve GGZ zijn vastgesteld, zijn voor dit deel van de GGZ de prestatie-eisen AWBZ van toepassing. In onderstaande tabellen zijn enkele uitzonderingen en aanvullingen voor de curatieve GGZ opgenomen.

Tabel 1 Uitzonderingen voor mobiele doelgroepen (minimale oppervlakte per plaats, uitgedrukt in nuttige m²)

	Individueel verblijf	Kleinschalig groepsverblijf	Afdelings- verblijf	Opmerkingen
<i>Licht verblijf</i> (a-specifieke bouw): kinder- en jeugdpsychiatrie met 'wonen in de wijk' (logeervoorzieningen): eenpersoons zit-slaapkamer		10		Breedte ten minste 2,7 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 1,75 m.
<i>Zwaar verblijf</i> (specifieke bouw): kinder- en jeugdpsychiatrie: eenpersoons zit-slaapkamer		12	12	Breedte ten minste 3,0 m. Bij de oppervlaktebepaling telt de oppervlakte bij de entree van de kamer slechts mee voor zover breder dan 1,8 m.

Tabel 2 **Ruimtelijke toeslagen (lichte en zware zorgvraag)**

Doelgroepen	Nuttige oppervlakte	b/n ¹
Behandeling/activerende begeleiding		
volwassenen	2,5 m ²	1,5
kinder- en jeugdpsychiatrie	6 m ²	1,5

¹ De bruto/nuttig-verhouding bedraagt, in afwijking hiervan, voor niet-verblijfsfuncties 1,7, indien sprake is van van een gebouw met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten.

Bijlage 2 Lijst van gebruikte afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen
BZ	Besluit Zorgaanspraken
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
Ctg	College tarieven gezondheidszorg, per 1 oktober 2006 in de NZa opgegaan
Ctz	College toezicht zorgverzekeringen, per 1 oktober 2006 in de NZa opgegaan
DBC	Diagnose Behandeling Combinaties
FPA	Forensisch psychiatrische afdeling
FPK	Forensisch psychiatrische kliniek
FVG	Forensische kliniek voor verslavingszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
KDC	Kinderdagcentrum (voor verstandelijk gehandicapte kinderen)
LVG	Licht verstandelijk gehandicapten
MCG	Meervoudig complex gehandicapten
MFC	Multifunctioneel centrum voor verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek
NAH	Niet aangeboren hersenaandoening
NHC	Normatieve huisvestingscomponent
NZa	Nederlandse zorgautoriteit (komt voort uit het Ctg en het Ctz)
PGB	Persoonsgebonden budget
RIBW	Regionale Instelling voor Begeleid wonen
SGEVG	Sterk gedragsgestoorde, ernstig verstandelijk gehandicapten
SGLVG	Sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijk gehandicapten
TOP	Tijdelijke opvang plaats
TVWMD	Tijdelijke verstrekkingwet Maatschappelijke Dienstverlening
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WMO	Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WVG	Wet voorzieningen Gehandicapten
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 3 Trefwoordenregister

A.

activerende begeleiding 4, 23, 35, 38, 44
 activiteitenbegeleiding/dagbesteding 4, 22, 35, 38, 43
 afdelingsverblijf 10, 21, 29, 69
 afwerkingsniveau 8, 9, 62
 afzonderingsruimte 42, 43, 44
 akoestiek 27, 57
 autisten 42, 62
 AWBZ 3-5

B.

behandeling 4, 23, 35, 38, 43
 beleidsregels (extramurale zorg, zorginfrastructuur) 7
 belevingsaspecten ('healing environment') 27, 57
 bereikbaarheid 26
 bestaande bouw 97
 beveiligd (verblijfs categorie) 8, 17
 BOPZ 13, 32
 bouw, bouwregime (WTZi) 6-7
 brandveiligheid 63
 buitenruimte 27, 32, 36

C.

centraal bureau 23
 centrale personeelsvoorzieningen 23
 Chorea van Huntington 12, 42
 civiele en technische dienst 24
 cliëntenkamer 29
 combinatieprojecten 17, 71
 comorbiditeit 12
 condities 28, 59
 curatieve GGZ 4, 15, 73

D.

dagbesteding/activiteitenbegeleiding 4, 22, 35, 38, 43
 daglichttoetreding 27, 28, 57
 deurbreedte 26, 30, 55
 directie en beheer 23
 doelgroepen (grondslagen AWBZ) 11
 domotica 61

douchebrancard 11, 26, 30, 32, 53, 55
 draaicirkel rolstoel 27, 53

E.

elektrische rolstoel 41, 43, 53
 extra capaciteit (o.a. TOP) 52
 extramurale zorg 7

F.

flexibiliteit 7, 25, 47-51
 forensische zorg (FPK, FPA, FVK, SGLVG+) 10, 13, 15
 fysiotherapie 23, 35, 44

G.

gedragsproblematiek 42, 46, 62
 geluidisolatie 57, 62
 groepsgrootte 32
 good practice (praktijkvoorbeelden) 47

H.

huishoudelijke verzorging 3, 5
 huiskamer 32, 33-35

I./J.

individueel verblijf 9, 18, 65-66
 inloopsteunpunt 18, 41-42
 inrichten instellingsterrein 46
 integratie 26
 investeringskosten (maximaal nacalculeerbaar) 37, 87
 jongeren, 42, 43

K.

keuken, pantry 24, 35
 kinderdagcentrum (KDC) 13, 24 36, 39
 kinder- en jeugdpsychiatrie 15, 73
 kleinschalig groepsverblijf 19, 67-69
 kleinschalige woonvoorzieningen 19, 67-69
 klimaatbeheersing 28, 59-61

L.

lichamelijke handicap 9, 14, 32, 42
 licht (verblijfs categorie) 8, 9, 17

liften 26,27
 locatie 26
 logeervoorziening/kortdurend verblijf 33, 34, 36
 luchtkwaliteit 28, 59
 Licht verstandelijk gehandicapten (LVG) 13

M.

Meervoudig complex gehandicapten (MCG) 13
 Multifunctioneel centrum (MFC) 13, 42
 mobiele doelgroep 11, 21, 38
 motoriekruimte 44
 multifunctionele ruimte 32, 36

N.

niet-mobiele doelgroep 11, 21, 32, 52
 Niet aangeboren hersenletsel (NAH) 12, 42
 normatieve huisvestingscomponent (NHC) 7

O.

ondersteunende begeleiding 4, 22, 35, 38, 43
 ondersteunende diensten 23, 35
 oppervlaktebepaling 37, 87
 orthopsychiatrie 42

P.

palliatieve zorg 12, 42
 personeelsvoorzieningen 24
 persoonsgebonden hulpmiddelen 11, 41, 43
 persoonlijke verzorging 3
 plafondtillift 46, 53
 prestatie-eisen 25
 privacy 27, 29
 psychiatrische aandoening, chronische psychiatrie 15
 psychogeriatrische aandoening, dementie 12, 19, 32
 psychosociaal probleem 32

R.

rekenoppervlakte 37, 38
 reactivering 12, 44
 roken 28
 rolstoelgebruik 27, 30-31, 53
 ruimtelijke prestatie-eisen KDC 36
 ruimtelijke prestatie-eisen verblijf 33 ev.

S.

sanitair 29, 30, 31, 32
 scootmobiel 41, 43
 separeerruimte, -voorzieningen 35, 44

Sterk gedragsgestoorde ernstig of licht verstandelijk
 gehandicapten (SGEVG, SGLVG) 13, 42, 46, 62, 66
 snoezelruimte 42, 43
 somatische aandoening 12, 32
 steunpunt 18, 41, 42
 strategisch vastgoedbeleid 7

T.

technische installaties 61
 therapiebad 28, 44
 tilliftsystemen 46, 53
 toegankelijkheid 26, 27, 30-31, 52
 toeslagen 11, 40 ev.
 toelating 4
 top-plaatsen 52
 topkoeling 28, 46, 60
 tweepersoonskamer 29

V.

veiligheidsbevorderende maatregelen 62
 verblijf 4, 9, 17, 28
 verblijfscategorieën, verblijfsconcepten 9, 10, 18, 32
 verlichting 28, 56, 57
 vermaatschappelijking 26, 72
 verpleging 4
 verstandelijke handicap 13
 verzorging 3, 38
 verzorgingsruimte 36
 verzwaarde uitvoering 46, 62

W.

Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) 5
 Wet toelating zorginstellingen (WTZi) 6

Z.

zelfstandig rolstoelgebruik 32, 53
 zintuiglijke handicap 14, 27, 46, 55
 zorgbadkamer 41
 zorginfrastructuur scheiden wonen zorg 7
 zorgzwaartepakket, zorgzwaartebekostiging 3, 7, 39
 zwaar (verblijfscategorie) 8, 9, 17

Bijlage 4 Vloeroppervlakten volgens NEN 2580

In het schema hieronder is de relatie tussen de diverse vloeroppervlakten overeenkomstig NEN 2580 weergegeven.

Schema vloeroppervlakten volgens NEN 2580

bruto vloeroppervlakte	netto vloeroppervlakte	nuttige oppervlakte, volgens bouwplan	nuttige oppervlakte, geprogrammeerd
			ontwerpverliezen
			verkeersoppervlakte
			installatieoppervlakte
	tarra vloeroppervlakte		constructieoppervlakte
			ruimten lager dan 1,5 m

De bruto vloeroppervlakte van AWBZ-voorzieningen (voorzover geen andere bruto/nuttig-verhouding dan 1,5 is aangegeven) wordt als volgt berekend:

*totale nuttige oppervlakte, geprogrammeerd		100%	
*ontwerpverliezen	ca.	4%	
Totale nuttige oppervlakte volgens bouwplan		104%	
*verkeersoppervlakte	} hierover:	ca. 30%	t.o.v. nuttige opp. volgens bouwplan
*installatie-oppervlakte			
Totale netto vloeroppervlakte	ca.	135%	t.o.v. nuttige opp., geprogrammeerd
*tarra vloeroppervlakte (constructie) hierover:	ca.	10%	t.o.v. netto opp.
Totale bruto vloeroppervlakte, afgerond (betreft uitsluitend aan alle zijden omsloten en overdekte oppervlakte, conform NEN 2580)		150%	t.o.v. nuttige opp., geprogrammeerd

Bijlage 5 Relevante prestatie-eisen en referentiekaders

Het College bouw zorginstellingen heeft de volgende prestatie-eisen³¹ en referentiekaders uitgebracht, die in aanvulling op de prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen van belang kunnen zijn, ter informatie dan wel uit oogpunt van regelgeving.

- Bouwkostennota
- Bouwmaatstaven binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector (rap.nr. 0.0109)
- Bouwmaatstaven separeer- en afzonderingsvoorzieningen (rap.nr. 0.111)
- Bouwmaatstaven terreingrootte in de zorgsector (rap.nr. 0.98)
- Bouwkundige infrastructuur bij scheiden van wonen en zorg (rap.nr. 0.91)
- Intern referentiekader verpleeghuiszorg in ziekenhuizen (rap.nr. 0.89)

- Bouwmaatstaven parkeervoorzieningen in de zorgsector (rap.nr. 0.88)
- Bouwmaatstaven werkplaatsen technische dienst (rap.nr. 0.87)
- Referentiekader uitbesteding van diensten (rap.nr. 0.84)
- Bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwpennen voor algemene en kantoorruimten (rap. 0.81)
- Bouwmaatstaven voor keukenvoorzieningen in de zorgsector (rap.nr. 0.79)
- Ombouw van verzorgingshuizen (rap.nr. 550)
- Interim-voorzieningen (rap.nr. 522)

Via de www.bouwcollege.nl zijn deze publicaties integraal te downloaden. Via de rubriek 'Kennisplein' kan ook gezocht worden naar relevante publicaties.

³¹ Met het van kracht worden van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) per 1 januari 2006 hebben de op dat moment geldende bouwmaatstaven de status en kracht van prestatie-eis in de zin van deze wet gekregen. De genoemde publicaties dateren van voor deze datum.

Bijlage 6 Handleiding en rekenvoorbeelden

Wat zijn prestatie-eisen ?

Prestatie-eisen omschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau van gebouwen. De eisen vormen het formele toetsingskader voor de bouw van voorzieningen die onder het bouwregime ex WTZi vallen. Als dus sprake is van bouw in het kader van het bouwregime ex WTZi, dan moeten de gebouwen voldoen aan de prestatie-eisen zoals die zijn vastgelegd door het Bouwcollege.

Prestatie-eisen zijn nadrukkelijk niet normatief bedoeld en zijn ook niet op te vatten als 'de gouden standaard'. Feitelijk wordt met de eisen alleen de ondergrens vastgelegd, bijvoorbeeld de minimale oppervlakte van een cliëntenkamer/appartement of de minimale breedte van deuren en gangen om bedtoegankelijkheid te kunnen realiseren. Door alleen de ondergrens vast te leggen – in plaats van de bovengrens – ontstaat er vrijheid om naar eigen inzicht meer oppervlakte te maken en prioriteiten te stellen. Deze vrijheid is overigens niet onbeperkt. De totale kosten zijn wel aan een maximum gebonden (zie verder).

Er zijn open en gesloten prestatie-eisen. Gesloten eisen zijn meetbaar en worden bijvoorbeeld geformuleerd in termen van afmetingen, de aanwezigheid van ruimten en technische specificaties. Open eisen hebben betrekking op kwaliteitsaspecten die moeilijker meetbaar zijn zoals bijvoorbeeld belevingswaarde en flexibiliteit.

Als sprake is van bouw in het kader van het bouwregime ex WTZi, dan moeten gebouwen voldoen aan de prestatie-eisen AWBZ. Deze eisen hebben betrekking op:

- flexibiliteit
- locatie en bereikbaarheid
- toegankelijkheid (algemeen)
- toegankelijkheid bij zintuiglijke beperkingen
- belevingsaspecten (o.a. daglichttoetreding)
- roken
- condities
- privacy (o.a. eenpersoonskamers en bij het sanitair)
- groepsgrootte
- aanwezigheid van ruimten (bv. een buitenruimte of een multifunctionele ruimte)
- niet-mobiele doelgroepen
- (ruimtelijke) eisen voor verblijf, behandeling, activerende en ondersteunende begeleiding
- kinderdagcentra (KDC's)

Zie deel I hoofdstuk 4

Voor welke doelgroepen?

De prestatie-eisen AWBZ zijn vooral van toepassing als sprake is van (grootschalige) intramurale huisvesting in de care. Het gaat om diverse doelgroepen met uiteenlopende problematiek en zorgvragen.

Doelgroepen AWBZ, cliënten met:

- somatische aandoeningen (vooral ouderen)
- psychogeriatrische aandoeningen (vooral ouderen)
- psychosociaal probleem
- een verstandelijke handicap
- een lichamelijke handicap
- een zintuiglijke handicap
- een psychiatrische aandoening (chronische psychiatrie)

NB. Vaak is sprake van comorbiditeit en steeds vaker ook van huisvesting voor verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld een verpleeghuis die zorg en huisvesting biedt aan verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten.

Hoe worden de totale oppervlakte en de investeringskosten berekend?

De nacalculeerbare (investerings)kosten van de bouw (of de daarvan afgeleide huur) zijn aan een maximum gebonden. Binnen dit maximale kostenkader is een vrije invulling mogelijk, onder voorwaarde dat ten minste aan de prestatie-eisen is voldaan. Het maximale kostenkader wordt bepaald met behulp van de zogenaamde *rekenoppervlakte* en *genormeerde m²-prijzen*. De rekenoppervlakte (bruto vloeroppervlakte) is gebaseerd op de totale ruimte behoefte (nuttige m² vermenigvuldigd met de bruto/nuttig-verhouding) die in de praktijk gebruikelijk is voor de diverse functies (verblijf, behandeling, etc.) en daarbij horende ruimten. De rekenoppervlakte is hoger dan de som van alle ruimtelijke prestatie-eisen. De marge tussen de rekenoppervlakte en de som van alle ruimtelijke prestatie-eisen is naar eigen inzicht te besteden.

Voor het bepalen van de rekenoppervlakte zijn de volgende stappen relevant.

Stap 1: voor welke categorie wordt gebouwd?

Er worden drie *verblijfscategorieën* onderscheiden: licht, zwaar en beveiligd. De gekozen bouwvorm is bepalend of sprake is van licht (a-specifieke bouw), zwaar (specifieke bouw) dan wel beveiligd verblijf (specialistische bouw). Licht en beveiligd verblijf zijn te beschouwen als de uitersten van een continuüm van bouwvormen, waarbij licht verblijf te vergelijken is met de reguliere woningmarkt en beveiligd verblijf zeer specialistisch bouw is – qua afwerkingsniveau, vormgeving, verschijningsvorm, voorzieningenniveau, materiaalgebruik, veiligheidsniveau, e.d.

De zorgzwaarte van de cliënt is niet per definitie doorslaggevend in de keuze voor licht of zwaar verblijf. Beveiligd verblijf is hiervan uitgezonderd vanwege het zeer specialistische karakter.

Het is mogelijk om combinaties te maken tussen de verschillende verblijfs categorieën.

Stap 2: voor welke functies wordt gebouwd?

Er kan voor de volgende functies, of een combinatie daarvan, gebouwd worden:

- verblijf
- ondersteunende begeleiding (t.b.v. verblijfscliënten)
- behandeling/activerende begeleiding (t.b.v. verblijfscliënten)
- ondersteunende diensten (t.b.v. verblijfscliënten)

Voor de functie verblijf kan in principe gekozen worden uit drie verblijfsconcepten: individueel verblijf (1-2 personen), kleinschalig groepsverblijf (3-6 personen) en afdelingsverblijf (maximaal 10 personen). In de praktijk wordt vaak gekozen voor een combinatie van verblijfsconcepten.

Tabel 1 **Overzicht verblijfsconcepten en verblijfscategorieën**

Verblijfsconcept	Licht verblijf (a-specifieke bouw)	Zwaar verblijf (specifieke bouw)	Beveiligd verblijf ¹ (specialistische bouw)
individueel verblijf (1-2 personen)	X	X	X
kleinschalig groepsverblijf (3-6 personen)	X ²	X	X
afdelingsverblijf (maximaal 10 personen)	n.v.t.	X	X

X (verblijfsconcepten die per verblijfscategorie mogelijk zijn)

¹ alleen bestemd voor de forensische circuits voor gehandicapten en psychiatrische cliënten en SGLVG+

² niet voor mensen met somatische of psychogeriatrische aandoening

Stap 3: wat is per functiegroep de rekenoppervlakte?

De rekenoppervlakte wordt met behulp van de volgende formule bepaald. De rekenoppervlakte wordt per functie (verblijf, behandeling, etc.) berekend.

$$\text{rekenoppervlakte} = (\text{aantal plaatsen} \times \text{m}^2/\text{plaats} \times \text{bruto/nuttig factor}) + \text{ruimtelijke toeslag}$$

De rekenoppervlakte wordt bepaald door de volgende componenten:

- het aantal plaatsen
- de oppervlakte per plaats (tabel 7)
- de bruto/nuttig verhouding (tabel 7, 9-12)
- eventuele ruimtelijke toeslagen (tabel 9-12)

Voor het berekenen van de investeringskosten is een rekentool beschikbaar, zie www.bouwcollege.nl (rubriek Rekentool AWBZ). De tool berekent op elk gewenst moment de mogelijke investeringskosten

voor bouwprojecten of voor projectonderdelen en houdt daarbij desgewenst rekening met allerlei verschillende varianten, zoals kleinschalig versus grootschalig, spreiding over meerdere locaties, diverse doelgroepen en het al dan niet toerekenen van toeslagen. De rekentool is te gebruiken vanaf de beginfase – het allereerste denken over een bouwplan – tot op het moment dat een vergunning wordt aangevraagd

Rekenvoorbeeld 1 (verblijf)

Casus: 45 plaatsen verblijf voor mensen met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening of beperking en/of psychosociaal probleem. Het gaat om individueel verblijf in de categorie licht en om een niet-mobiele doelgroep. Er worden verder geen andere functies gerealiseerd.

Rekenoppervlakte verblijf = aantal plaatsen x m²/plaats x bruto/nuttig factor
 = 45 x 45 x 1,4 = 2.835 m²

In geval van 2 tweepersoonsappartementen en 41 eenpersoonsappartementen:

$(41 \times 45 \times 1,4) + (2 \times 60 \times 1,4) = 2.751 \text{ m}^2$

Mogelijke toeslag voor verblijf: 2 m² nuttig/plaats voor ondersteunende ruimten (centrale badkamer, teampost, bergruimte e.d.) maximaal 2 m² per plaats. De oppervlakte moet aanwijsbaar zijn op de tekening.

Ook is een toeslag mogelijk voor persoonsgebonden hulpmiddelen (scootmobiel, elektrische rolstoel e.d.) van maximaal 3 m² per opstelplaats. Ook deze moet op tekening aanwijsbaar zijn.

Totale rekenoppervlakte, inclusief toeslagen. Bij de toeslagen is uitgegaan van 2 m²/plaats en 3 opstelplaatsen voor persoonlijke hulpmiddelen:

45 eenpersoonsappartementen: $2.835 + (45 \times 2 \times 1,4) + (3 \times 3 \times 1,4) = 2.974 \text{ m}^2$.

2 tweepersoonsappartementen en 41 eenpersoonsappartementen: $2.751 + (45 \times 2 \times 1,4) + (3 \times 3 \times 1,4) = 2.890 \text{ m}^2$.

Rekenvoorbeeld 2 (verblijf)

Casus: 12 plaatsen verblijf voor mensen met een verstandelijke handicap, categorie zwaar, willekeurig verblijfsconcept.

Rekenoppervlakte verblijf = aantal plaatsen x m²/plaats x bruto/nuttig factor

mobiele doelgroep = $12 \times 33 \times 1,5 = 594 \text{ m}^2$

niet-mobiele doelgroep = $12 \times 36 \times 1,5 = 648 \text{ m}^2$

Er is een toeslag voor verblijf van 5 m² nuttig/plaats mogelijk voor ernstige gedragsproblematiek zoals bijv. bij SGLVG, SGEVG, autisten, LVG-achtervang en MFC. De toeslag is bij kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf alleen van toepassing als de hele woning of afdeling voor een van de genoemde specifieke doelgroepen bestemd is.

Totale rekenoppervlakte, incl. toeslag voor gedragsproblematiek:

mobiele doelgroep: $594 + (12 \times 5 \times 1,5) = 684 \text{ m}^2$

niet-mobiele doelgroep: $648 + (12 \times 5 \times 1,5) = 738 \text{ m}^2$

Rekenvoorbeeld 3 (ondersteunende begeleiding)

Casus: dagbesteding voor 50 verblijfscliënten met een psychiatrische aandoening, 25 plaatsen licht en 25 plaatsen zwaar.

Rekenoppervlakte ondersteunende begeleiding = aantal plaatsen x m²/plaats x bruto/nuttig factor
 = (48 x 5,1 x 1,5) + (2 x 3,2 x 1,5) = 377 m²

NB. Voor de eerste 48 plaatsen geldt een hoger aantal m²/plaats dan vanaf 48 plaatsen

Als sprake is van arbeidsmatige dagbesteding dan is een toeslag van 9 m² nuttig per plaats mogelijk

De totale rekenoppervlakte, incl. toeslag:
 = 377 m² + (50 x 9 x 1,5) = 1.052 m²

N.B. Bij de bepaling van de uiteindelijke rekenoppervlakte moet de reeds voor deze cliënten gerealiseerde oppervlakte op andere locaties (bij voorbeeld inloopsteunpunt of recreatieruimte) in mindering worden gebracht.

Stap 4: Wat zijn de maximaal nacalculeerbare kosten?

- financiële toeslagen (zie tabel 13 en de meest actuele Bouwkostennota)

De maximaal nacalculeerbare investeringskosten worden bepaald door:

- de totale rekenoppervlakte (incl. ruimtelijke toeslagen)
- de m²-prijs per functie en per verblijfs categorie (zie de meest actuele Bouwkostennota)

De m²-prijzen verschillen per verblijfs categorie en functie.

De nacalculeerbare investeringskosten worden met behulp van onderstaande formule berekend.

Nacalculeerbare investeringskosten (excl. grond- en startkosten) = totale rekenoppervlakte (incl. ruimtelijke toeslagen) x m²-prijs + mogelijke financiële toeslagen

Bereken per functie de nacalculeerbare investeringskosten (zie voorbeeld).

Rekenvoorbeeld 4 (investeringskosten, excl. grond- en startkosten):

Investeringskosten rekenvoorbeeld 1:

2.974 x € 1.256 = € 3.735.344 (licht verblijf)

Investeringskosten rekenvoorbeeld 2 (niet-mobiel):

738 m² x € 1.566 = € 1.155.708 (zwaar verblijf)

Investeringskosten rekenvoorbeeld 3:

(1.052/2 x € 1.086) + (1.052/2 x € 1.566) = € 1.394.952 (ondersteunende begeleiding licht en zwaar)

Prijspeil 1 januari 2006

Errata

Rapport 0.122, AWBZ-voorzieningen

Bijlage 7, Verantwoording voorbeeldprojecten en illustraties (pp 89 e.v.)

Tot onze spijt is in de verantwoording een aantal toeschrijvingen niet juist vermeld. In de tabel hieronder staan de juiste toeschrijvingen. Onze excuses aan de betrokkenen.

Afb.	Instelling(en), locatie	Architect
Afb. 5	'Omkeerbaar ontwerpen', intern werkdocument (oktober 2006), St. Woon- en Zorgcentra Haaglanden/WZH, Den Haag	Luthi & Niclaes, bureau voor architectuur, onderzoek en procesregie, en Pro Habitat bv., Rotterdam
afb. 6	Tweede prijswinnaar prijsvraag gehandicaptenzorg, motto ONbeperkt, Bouwcollege 2006	Artes Bureau voor architectuur en interieur, Groningen
afb. 21	Zorgcentrum Hoge Veld (St. Woon- en Zorgcentra Haaglanden/WZH, Den Haag)	Luthi & Niclaes, bureau voor architectuur, onderzoek en procesregie, Rotterdam
afb. 22	PameijerKeerkring, Ridderkerk (KDC Metronoom)	Foto Cbz
afb. 23	Zorgcentrum De Strijp (St. Woon- en Zorgcentra Haaglanden/WZH, Den Haag)	Luthi & Niclaes, bureau voor architectuur, onderzoek en procesregie, Rotterdam

Bijlage 7 Verantwoording voorbeeldprojecten en illustraties

Afb.	Instelling(en), locatie	Architect
1a, 34	Psychogeriatrische Centrum Mariënhave (Stichting Beheer Zorgcentrum Mariënstaete), Warmond	Spring architecten, Rotterdam
1b	Regionale Sichtung Zorgcentra de Kempen, Eersel	Architecten aan de Maas, Rotterdam en Maastricht
1c, 2a	Verpleeghuis de Weerde (Vitalis Zorg Groep), Eindhoven	IAA Architecten, Enschede
1d	Pieter Eiffhuis (verpleeghuis Peppelrode/ Brunswijck), Eindhoven	Oomen Havermans Waltjen bv., Breda
2b, 16	Plattegrond	College bouw zorginstellingen (Cbz), Utrecht
3a-h	Bouwstenen	College bouw zorginstellingen (Cbz), Utrecht
4, 12	Rijnzate (Stichting ZorgKompas), Alphen aan de Rijn	De Zwarte Hond, Rotterdam
5	Tweede prijswinnaar prijsvraag gehandicaptenzorg, motto ONbeperkt, Bouwcollege 2006	Artès Bureau voor architectuur en interieur, Groningen
6, 23	'Omkeerbaar ontwerpen'. intern werkdocument (oktober 2006), St. Woon- en Zorgcentra Haaglanden/WZH, Den Haag	Luthi & Niclaes, bureau voor architectuur, onderzoek en procesregie en Pro Habitat bv., Rotterdam
7	Noorderhaven (St. 's Heerenloo Zorggroep), Julianadorp	Artès Bureau voor architectuur en interieur, Groningen
8	GGZ Friesland, Leeuwarden	Architecten aan de Maas, Rotterdam en Maastricht
9	Willem van den Berg (St. 's Heerenloo Zorggroep), Noordwijk	Architectenbureau Marlies Rohmer, Amsterdam
10, 36	De Geestgronden en Kennemer Gasthuis, Haarlem	De Jong Gortemaker Algra, Gouda

Afb.	Instelling(en), locatie	Architect
11	De Gelderse Roos, Arnhem	Wiegerinck architecten, Arnhem
13	Eerste prijswinnaar prijsvraag gehandicaptenzorg, motto SnoezelThuis, Bouwcollege 2006	Wiegerinck architecten, Arnhem
14a	Stichting De Brink, Vries	Foto Cbz
14b	Het Meulenbelt (St. Zorgcentra Twente Noord), Almelo	Foto Cbz
15	De Bleerinck, Emmen	Grunstra Architecten Groep, BNA, Bolsward
17	Op 't Hoogveld (Pantein verpleging en verzorging), Sint Anthonis	Foto Cbz
18a-c, 24	-	Foto's Cbz
19	Derde prijswinnaar prijsvraag ouderenzorg, motto Abacus, Bouwcollege 2003	Grunstra Architecten Groep, BNA, Bolsward
20, 40	De Wendel/Dichterbij, Horst aan de Maas (KDC-De Twinkeling)	De Jong Gortemaker Algra, Gouda
21	PameijerKeerkring, Ridderkerk (KDC Metronoom)	Foto Cbz
25	Het Zonnehuis (St. Protestant Christelijke Zorgcombinatie Zwolle en omgeving), Zwolle	Rau & partners, Amsterdam
26a	Prijsvraag geestelijke gezondheidszorg, motto Gesloten openheid, Bouwcollege 2004	F. van der Wiel, S. de Vries
26b	Prijsvraag geestelijke gezondheidszorg, motto Smart Rooms, Bouwcollege 2004	De Jong Gortemaker Algra, Gouda
27	Leekerweide, Wognum	Trigallez Architecten bv., Hoorn
28	GGZ Noord Holland Noord, Heiloo	Zijlstra Schipper Architectenbureau, Wormer
29, 33	Dichterbij/De Wendel, Oostrum	Van Aken architectuur, Eindhoven
30	Daelhoven Wiekslag II (St. De Opbouw), Soest	Oomen Havermans Waltjen bv., Breda

Afb.	Instelling(en), locatie	Architect
31a-b	Dichterbij/Vizier: Grote Loef, Malden en Beerenklauw, Cuijk	Foto's Cbz
32	Magistraatwijk (St. voor Regionale Zorgverlening Zeeland), Middelburg	Van Aken architectuur, Eindhoven
35	Mentrum, Amsterdam	Van Panhuys & Bais, Den Haag i.s.m. De Jong Gortemaker Algra, Gouda
37	De Westerwiek (Avord Zorg & Wonen), Zundert	Van Aken architectuur, Eindhoven
38	Zorgcentrum Castrovalva (Zorggroep Almere), Almere	Atelier Pro architecten bv., Den Haag
39	GGZ Rijnstreek (St. Rivierduinen), Alphen aan de Rijn	Greiner Van Goor Architecten bv., Amsterdam



College bouw
zorginstellingen

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

I <http://www.bouwcollege.nl>

AWBZ-voorzieningen

Regeling prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen

Vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 18 december 2006



Regeling prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen

Regeling College bouw zorginstellingen tot vaststelling van prestatie-eisen ten behoeve van nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen, goedgekeurd door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het College bouw zorginstellingen, gelet op artikel 10 van de Wet toelating zorginstellingen, besluit:

Artikel 1

Ten behoeve van nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen worden prestatie-eisen vastgesteld, welke bij bouw in acht moeten worden genomen. Indien voorgenomen bouw niet voldoet aan deze prestatie-eisen verleent het Bouwcollege ingevolge artikel 11, tweede lid, onder b van de WTZi geen vergunning. Deze prestatie-eisen, nader omschreven in het als bijlage bij deze regeling gevoegde rapport, treden in de plaats van de tot dusver geldende prestatie-eisen voor nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen (Stcrt.23 januari 2004, Stcrt. 2004, 15) en vervangen bijlage 2.01 van de Regeling prestatie-eisen Wet toelating zorginstellingen.

Artikel 2

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin mededeling van de terinzagelegging van de prestatie-eisen bij het College bouw zorginstellingen wordt gedaan.

Artikel 3

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen.

Aldus vastgesteld in de vergadering van het College bouw zorginstellingen d.d. 18 december 2006. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 26 februari 2007 de prestatie-eisen voor AWBZ-voorzieningen goedgekeurd, gelet op zijn bevoegdheid in artikel 10, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen.

Toelichting

Algemeen

De bevoegdheid van het College bouw zorginstellingen (het Bouwcollege) tot vaststelling van prestatie-eisen is geregeld in artikel 10, eerste lid, van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). De prestatie-eisen behoeven, alvorens van kracht te worden, goedkeuring van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De Minister weigert de goedkeuring indien de prestatie-eisen niet passen binnen een doelmatig, voor iedereen toegankelijk en evenwichtig stelsel van gezondheidszorg.

Ingevolge artikel 11, tweede lid, onder b, van de WTZi, weigert het Bouwcollege de vergunning indien de beoogde bouw niet voldoet aan de prestatie-eisen.

In het kader van de overgang van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) naar de WTZi per 1 januari 2006, is op 9 januari 2006 door het Bouwcollege de Regeling Prestatie-eisen WTZi vastgesteld (Stcrt. 2006, 27). In dit besluit is bepaald dat de in artikel 2, eerste lid, onder 1, van de Regeling Bouwmaatstaven WZV (Stcrt. 2001, 21) zoals deze Regeling luidde ten tijde van het van kracht zijn van de WZV en laatstelijk gewijzigd bij Regeling van 11 oktober 2004 (Stcrt. 2004, 239) genoemde en als bijlage bij de desbetreffende Regeling bijgevoegde bouwmaatstaven als prestatie-eisen in de zin van artikel 10 van de WTZi worden vastgesteld, met uitzondering van bijlage 1.37 (bouwmaatstaven fysiotherapie algemeen ziekenhuis).

De specifieke prestatie-eisen WTZi zijn in beginsel geformuleerd overeenkomstig de methodiek van het Bouwbesluit behorende bij de Woningwet, namelijk in de vorm van prestatie-eisen waar ruimten of gebouwdelen aan moeten voldoen. Van deze prestatie-eisen kan worden afgeweken, mits wordt aangetoond dat de gekozen oplossing tot een kwalitatief tenminste gelijkwaardig resultaat leidt.

Een bouwinitiatief moet binnen de kostennormen worden gerealiseerd. Deze kostennormen zijn opgenomen in het algemeen deel van de Regeling Prestatie-eisen WTZi en worden jaarlijks geactualiseerd in de eveneens jaarlijks gepubliceerde *Bouwkostennota* van het Bouwcollege.

Prestatie-eisen AWBZ-voorzieningen

In het kader van zijn taak prestatie-eisen te ontwikkelen heeft het Bouwcollege maatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen vastgesteld. Het gaat daarbij om voorzieningen voor langdurige zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging en om dagcentra voor verstandelijk gehandicapte kinderen (KDC).

De prestatie-eisen omschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau van ruimten, functies en voorzieningen en vormen het toetsingskader waaraan nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen worden getoetst. Er zijn open en gesloten prestatie-eisen opgenomen. Gesloten eisen zijn meetbaar en worden bijvoorbeeld geformuleerd in termen van minimale afmetingen van verblijfsruimten, minimaal aanwezige ruimten en technische specificaties van bouwdelen. Open normen zijn onder meer de eisen die gesteld worden aan de locatie, flexibiliteit, privacy en beleefwaardigheid.

Het is niet de bedoeling om met de geschetste ontwikkelingen, achtergronden en de prestatie-eisen zelf een specifiek model voor de organisatie van AWBZ-functies of -instellingen voor te schrijven. Wel worden de ruimtelijke consequenties geschetst die bij het ontwikkelen van AWBZ-voorzieningen aandacht behoeven. De prestatie-eisen zijn flexibel opgezet, zodat gegeven de eisen, verschillende oplossingen mogelijk zijn. Het (naberekenbare) investeringsbedrag is gemaximeerd en wordt bepaald door de kostennormen.

De prestatie-eisen ten behoeve van nieuwbouwplannen voor AWBZ-voorzieningen liggen ter openbare inzage bij het Bouwcollege te Utrecht. De prestatie-eisen zijn verkrijgbaar bij het Bouwcollege en te raadplegen op www.bouwcollege.nl

het College bouw zorginstellingen

mr. T. Vroon

drs. R.L.J.M. Scheerder



College bouw
zorginstellingen

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

I <http://www.bouwcollege.nl>

AWBZ-voorzieningen

Referentiekader voor bestaande bouw

Vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 18 december 2006

Inhoudsopgave

1	Inleiding	101
2	Minimumseisen bestaande bouw	103
2.1	Algemene minimumseisen	103
2.2	Minimumeisen voor verblijf	104
2.3	Minimumeisen voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten	105

1 Inleiding

Het referentiekader voor bestaande AWBZ-voorzieningen beschrijft het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau van bestaande AWBZ-voorzieningen in de vorm van minimeisen. Deze minimeisen, die geformuleerd zijn in hoofdstuk 2, hebben vooral betrekking op zorginhoudelijke en functionele aspecten en kunnen worden gezien als aanvulling op het Bouwbesluit (Woningwet). Als een gebouw niet voldoet aan deze minimeisen, zou de instelling bouwkundige ingrepen moeten treffen om de staat van het gebouw op een verantwoord peil te brengen. Bij het beoordelen van de noodzaak of behoefte aan (vergunningplichtige) bouw wordt dit referentiekader gebruikt. Daarnaast vormt dit referentiekader de basis bij de monitoring van de gebouwkwaliteit van AWBZ-instellingen en de raming van de (macro-)bouwbehoefte. In bepaalde situaties kan het referentiekader gebruikt worden bij interim-huisvesting. Hiervoor wordt verwezen naar het meest recente referentiekader interim-huisvesting.

Met de afbouw van het bouwregime ex WTZi zal het belang van een referentiekader voor (bestaande) bouw toenemen. Het referentiekader heeft dan vooral het karakter van een veldnorm en kan gebruikt worden om de kwaliteit van de gebouwen te beoordelen. In de toekomst zal dit referentiekader dus uitgebreid worden.

Referentiekaders worden beschouwd als beleidsregels in de zin van artikel 4:81 van de Algemene wet bestuursrecht. Dit referentiekader is door het Bouwcollege vastgesteld op 18 december 2006 en van de inhoud ervan wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de tweede dag na dagtekening van de Staatscourant waarin hij wordt geplaatst en is van toepassing op initiatieven waarvoor op de datum van inwerkingtreding nog geen vergunning in de zin van de WTZi is verleend.

2 Minimumeisen bestaande bouw

2.1 Algemene minimumeisen

Toegankelijkheid

In aanvulling op het Bouwbesluit gelden de volgende eisen (inclusief tabel 1).

- Het terrein en de entree van gebouwen waar cliënten verblijven, zijn voor cliënten, bezoekers en medewerkers goed toegankelijk. Taxi's en ambulances kunnen tot vlakbij de ingang komen.
- In een AWBZ-voorziening waar krachtens het Bouwbesluit een toegankelijkheidssector aanwezig is (hiervan is sprake bij een gebruiksoppervlakte van meer dan 500 m²), zijn alle verkeersruimten waar cliënten gebruik van maken rolstoeltoegankelijk. In die ruimten kunnen rolstoelgebruikers elkaar passeren en zijn draaimogelijkheden voor rolstoelen aanwezig (draaicirkel met een diameter van 1,50 m).
- In voorzieningen voor niet-mobiele cliënten zijn liften ten behoeve van het vervoer van cliënten ten minste uitgevoerd als brancardliften. Als meer dan 60 niet-mobiele cliënten op (de) verdieping(en) zijn ondergebracht, zijn ten minste twee liften aanwezig.
- Als bij verblijfsvoorzieningen voor niet-mobiele cliënten sprake is van een woning of groep over meer dan één bouwlaag (huiskamer beneden, slaapkamers op de verdieping), is een beddenlift aanwezig.

Tabel 1 Minimumeisen toegankelijkheid

Omschrijving	Minimumeis
Vrije breedte hoofdverkeersruimten (tussen de leuning): – hoofdverkeersruimten – hoofdverkeersruimten in geval van frequent rolstoelverkeer – hoofdverkeersruimten in geval van beddenverkeer: a. mits passagemogelijkheden aanwezig zijn op een onderlinge afstand van ten hoogste 8,00 m b. indien geen passagemogelijkheden aanwezig zijn – hoofdverkeersruimten naar separeervoorzieningen – hoofdverkeersruimten in beveiligde voorzieningen NB. Gangen korter dan 10 m worden niet beschouwd als hoofdverkeersruimte.	1,10 m 1,40 m 1,60 m 2,00 m 1,60 m 1,60 m
Vrije doorgangsbreedte naar ruimten waar cliënten komen: – algemeen, uitgaande van rolstoeltoegankelijkheid – in geval van bedtoegankelijkheid	0,85 m 1,10 m
Inwendige afmetingen van de liftkooi – brancardlift – beddenlift	1,05 x 2,05 m 1,40 x 2,40 m

Belevingsaspecten

Ruimten waar cliënten gedurende langere tijd verblijven, moeten voorzien zijn van daglicht en uitzicht.

2.2 Minimumeisen voor verblijf

Privacy

- In alle verblijfs categorieën beschikken de cliënten in principe over eenpersoonskamers. In de categorie zwaar bedraagt het aantal cliënten per (zit-)slaapkamer ten hoogste twee.
- Het sanitair is individueel en kamergebonden. Het sanitair omvat minimaal een toilet, een wastafel en een douche, te verdelen over één of meer ruimten. Een uitzondering is mogelijk bij kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf, waarbij ten minste één douche en één toilet per maximaal vier cliënten aanwezig is.

Specifieke minimumeisen niet-mobiele cliënten

- Wanneer sprake is van groepen of woningen over meer bouwlagen (huiskamer beneden, slaapkamers op de verdieping), is binnen het verblijfsareaal een beddenlift aanwezig.
- In de zit-slaapkamers, huiskamers en sanitaire ruimten is het gebruik van een rolstoel en tilapparaat mogelijk.
- Aan cliënten kan in de zit-slaapkamer en het sanitair van ten minste één zijde assistentie worden geboden.
- Bij kleinschalig groepsverblijf, afdelingsverblijf en individueel verblijf bij welke de sanitaire ruimte niet rolstoeltoegankelijk is, is per maximaal vier cliënten een sanitaire ruimte aanwezig, waarbij de nuttige vloeroppervlakte ten minste 2,20 x 2,20 m bedraagt.

Ruimtelijke minimumeisen voor verblijf

In tabel 2 zijn de ruimtelijke minimumeisen opgenomen.

Tabel 2 Ruimtelijke minimumeisen (minimale oppervlakte per plaats, uitgedrukt in nuttige m²)

	Licht Individueel verblijf	Licht Groeps- verblijf	Zwaar 1 persoons- kamer	Zwaar 2 persoons- kamer	Beveiligd
Kamer, mobiele doelgroepen	24*	10**	8** (slaapkamer) 10** (zit-slaapkamer)	18**	12**
Kamer, niet-mobiele doelgroepen	24*	12**	12**	18**	12**
Gemeenschappelijke ruimten, open, mobiele doelgroepen	-	3	3	3	3
Gemeenschappelijke ruimten, open, niet-mobiele doelgroepen	-	5	5	5	5
Gemeenschappelijk ruimten, gesloten	-	-	6	6	6

Toelichting tabel 2:

*: Deze oppervlakten zijn inclusief de individuele kamergebonden sanitaire ruimte.

** : Deze oppervlakten zijn exclusief het sanitair.

2.3 Minimumeisen voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten

Ondersteunende begeleiding

- Voor ondersteunende begeleiding gelden geen aanvullende eisen.

Activerende begeleiding en behandeling

- Voor cliënten met een somatische aandoening of beperking is per locatie met een omvang vanaf 10 plaatsen een ruimte voor fysiotherapie aanwezig. Als sprake is van reactivering heeft de oefenzaal een oppervlakte van ten minste 60 m².
- Instellingen voor verblijf voor cliënten met een psychiatrische aandoening en/of een psychosociaal probleem in de categorieën zwaar (gesloten) en beveiligd beschikken over ten minste één separeerunit. Verwezen wordt naar de bouwmaatstaven voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen.

Ondersteunende diensten

- Voor ondersteunende diensten gelden geen aanvullende eisen.

