

**INTERN REFERENTIEKADER**

inzake

**VERPLEEGHUISZORG IN ZIEKENHUIZEN**

**Aangeboden** aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**Vastgesteld** door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 9 april 2001

**Vorbereid** door de Commissie Bouw en de Werkcommissies Verpleging en Verzorging en Ziekenhuizen

## Verpleeghuiszorg in ziekenhuizen

intern referentiekader

Dit referentiekader bevat te hanteren criteria voor de beoordeling van aanvragen inzake kleine verpleeghuisvoorzieningen in algemene ziekenhuizen. Reden voor dit referentiekader is het toenemend aantal initiatieven dat het Bouwcollege ontvangt die betrekking hebben op herbestemming van leegstaande ruimte c.q. te verwachten leegstaande ruimten in algemene ziekenhuizen in het kader van de oplossing van de grote wachtlijstproblematiek in de sector verpleeghuizen.

De criteria hebben betrekking op de planmatige/zorginhoudelijke, de bouwkundig-functionele en de economische aspecten van de initiatieven.

In verband met de grote wachtlijstproblematiek is het Bouwcollege voorstander van een flexibele toepassing van dit referentiekader. In de praktijk zal dit betekenen dat dit referentiekader geldt als een leidraad zodat ieder initiatief op zijn eigen merites zal worden beoordeeld.

Aan de hand van een aantal beoordeelde aanvragen – tot januari 2001 - voor de realisering van een verpleegunit in vrijkomende ruimten van een ziekenhuis, is een aantal uitgangspunten geformuleerd.

### 1. Planmatig/zorginhoudelijk

Het tekort aan verpleeghuisbedden moet in principe worden opgelost binnen de gebruikelijke verpleeghuisvoorzieningen zoals verpleeghuis, dependance, units en extramurale verpleeg(huis)zorg. Gezien het grote tekort aan verpleeghuisbedden en de daarmee samenhangende wachtlijstproblematiek kan hiervan worden afgeweken.

Initiatieven voor het creëren van een kleine verpleeghuiszorgvoorziening in het ziekenhuis worden:

A. als het gaat om **somatische patiënten** in principe positief benaderd.

Bij de s.z. patiënten is globaal onderscheid te maken naar a. *reactiveringspatiënten* en b. *chronisch somatisch zieken*.

- Voor de reactiveringspatiënten geldt dat het reactiveringsprogramma de dagbesteding vormt. Hierbij gaat het veelal om patiënten die na een intensief trainingsprogramma terug kunnen naar eigen huis c.q. verzorgingshuis. Gedacht kan worden aan patiënten van stroke-afdelingen, orthopedie, cva etc.
- Bij chronische s.z. patiënten is er geen redelijk uitzicht meer op terugkeer naar de eigen woonomgeving, maar moet opname in een verpleeghuis volgen. Bij deze groep geldt de beperking dat het hooguit moet gaan om een tijdelijke opname (b.v. maximaal 2 tot 3 maanden). Er dient in regionaal verband afgesproken te worden (o.a. met het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) en het zorgkantoor) dat er een garantie komt voor uitplaatsing van deze - in de verpleegvoorziening van het ziekenhuis verblijvende - patiënten na een tijdelijke opname;

B. als het gaat om **psychogeriatrische patiënten** uitsluitend positief beadviseerd onder een aantal stringente voorwaarden.

Alleen in het uiterste geval – b.v. in het kader van de onorthodoxe maatregelen – zal voor deze patiëntencategorie bij huisvestingsinitiatieven in het ziekenhuis een positief standpunt worden ingenomen.

## Verpleeghuiszorg in ziekenhuizen

intern referentiekader

Als voorwaarden waaraan gelijktijdig moet worden voldaan kan o.a. gedacht worden aan:

- de aantekening dat de opname beperkt moet zijn in de tijd (maximaal 2 tot 3 maanden);
- het gaat om een tijdelijke voorziening (bijv. maximaal 3 jaar) in het kader van het wachtlijstbeperkende maatregelen;
- een garantie tot uitplaatsing van de patiënten binnen de regio;
- ontwikkeling van plannen met het oog op een structurele oplossing.

De eindverantwoordelijkheid voor de zorgregie (afstemming naar de zorginhoud) van de in de kleine verpleeghuisvoorziening in het ziekenhuis opgenomen patiënten ligt bij de verpleeghuisarts.

De zorgcoördinatie van de verschillende zorgfuncties, d.w.z. de afstemming van de zorguitvoering, is in handen van een zorgcoördinator die afkomstig is vanuit het ziekenhuis of het verpleeghuis.

## 2. Bouwkundig-functionele aspecten

### *Locatie beschikbare ruimte*

Voor een kleine voorziening in algemene ziekenhuizen kan, afhankelijk van de doelgroep (bijvoorbeeld reactivering), een directe relatie met de behandelafdelingen van het ziekenhuis van belang zijn. Indien deze relatie niet aanwezig is, zou tegen een situering in een separaat (bestaand) gebouw op het terrein van het ziekenhuis geen bezwaar hoeven te bestaan. Er moet dan wel een goede reden zijn om de voorziening op die locatie op te richten (bijvoorbeeld de beschikbaarheid op korte termijn/onorthodoxe maatregel).

Ten aanzien van de plaats in het ziekenhuis (bijvoorbeeld de bouwlaag) behoeven geen bijzondere eisen gesteld te worden. Ook voor p.g.p. is, gezien de beperkte opnameduur, het stellen van voorwaarden ten aanzien van de situering niet nodig. Bij reactiveringspatiënten ligt evenwel de nabijheid/gemakkelijke bereikbaarheid van de fysiotherapie ruimten in de rede.

### *Nieuwbouw*

Voorzieningen in nieuwbouw komen in het algemeen niet voor goedkeuring in aanmerking. Bij het ontwerp en de keuze van de locatie van een verpleeghuisvoorziening zal de nadruk liggen op het wonen. De situering in een woonwijk is daardoor van belang. Bij een ziekenhuis ligt de nadruk op de behandeling. De ligging zal veelal niet voldoen aan de voor een verpleeghuis te stellen eisen. Het is echter denkbaar dat bij nieuwbouw van een ziekenhuis ook de nieuwbouw van een kleine verpleeghuisvoorziening, speciaal voor reactiveringspatiënten, kan worden goedgekeurd. De voordelen ten opzichte van een meer gebruikelijke verpleeghuissetting moeten dan wel duidelijk blijken. Voor de kosten zijn beperkingen van toepassing (zie 3).

## **Verpleeghuiszorg in ziekenhuizen**

intern referentiekader

### *Functionele eisen*

De functionele eisen voor een kleine voorziening kunnen als basis, zowel voor s.z. als voor eventuele p.g.p., beperkt blijven tot die van een gebruikelijke verpleegafdeling. Voor de overige voorzieningen zoals kleedruimten personeel, werkplaats, magazijn, enz. zal gebruik gemaakt kunnen worden van de ruimten van het ziekenhuis.

Aangezien het meestal zal gaan om de oprichting van een nieuwe voorziening (geen bestaande verpleeghuisvoorziening) dienen de eisen voor nieuwbouw als uitgangspunt gehanteerd te worden. Bij duidelijke, uit de oppervlakte en maatvoering van de beschikbare ruimte voortvloeiende, beperkingen kan met enige concessies worden ingestemd. Zo kan bijvoorbeeld bij een kortdurend verblijf (reactivering) met enige niet-splitsbare tweebedskamers worden ingestemd (maximaal 50% tweebedskamers en dan dus ook 50% eenbedskamers). De minimale oppervlakte van een tweebedskamer dient circa 21 m<sup>2</sup> te omvatten.

Bij gebruik door p.g.p. zal aan de afsluitbaarheid en, gezien de veelal beperkte capaciteit, aan de leefbaarheid van het afgesloten gebied aandacht moeten worden gegeven. Zitjes aan het raam (naast de huiskamer) en uitzicht naar buiten zijn hierbij van belang.

Voor reactiveringspatiënten met een beperkte verblijfsduur zal bovenstaande in de meeste gevallen voldoende zijn. Voor patiënten die geen dagbesteding in het ziekenhuis hebben zal enige oppervlakte voor activiteitenbegeleiding/recreatie aan de basisoppervlakte toegevoegd moeten worden. Voor activiteitenbegeleiding kan dat, zoals bij verpleegunits gebruikelijk, in de vorm van extra oppervlakte in de huiskamers (+ 1 m<sup>2</sup>) of in de vorm van een separate ruimte. Bij langduriger verblijf (meer dan 2 tot 3 maanden) kunnen de bij dependances gebruikelijke uitgangspunten worden gehanteerd. Een oppervlakte voor activiteiten en recreatie van 4 m<sup>2</sup> (120 m<sup>2</sup> bij 30 bedden) tot 3 m<sup>2</sup> (165 m<sup>2</sup> bij 60 bedden) is dan nodig. Deze oppervlakte zal vanuit de voorziening gemakkelijk bereikbaar moeten zijn. Zo mogelijk moet van bestaande ruimten van het ziekenhuis gebruik worden gemaakt.

Voor het sanitair is een opzet met een gecombineerde sanitaire ruimte, met een breedte van minimaal 2,20 m<sup>2</sup> en een oppervlakte van minimaal 7,0 m<sup>2</sup> per twee patiënten nodig. De meer privacy biedende opzet met kleine sanitaire ruimten per kamer (4-5 m<sup>2</sup>), zoals bij verpleegunits gebruikelijk, komt niet wenselijk voor gezien de zware zorgbehoefte/aard van de patiënten (reactivering) en de flexibiliteit in gebruik van de voorziening dan wel is onnodig gezien de beperkte gebruiksduur.

### **3. Economische aspecten**

#### *Investeringskosten*

Voor eventuele nieuwbouw zouden de gebruikelijk kostenkaders voor verpleeghuizen gebruikt kunnen worden.

Voor de verbouw van bestaande voorzieningen zal bij de beoordeling van de kosten uitgegaan worden van de noodzakelijk te realiseren aanpassingen. De maximaal aanvaardbare kosten zijn afhankelijk van de functionaliteit (ten opzichte van nieuwbouw) en de beoogde gebruiksduur. Als bovengrens zal tevens uitgegaan worden van de gebruikelijke 50% van nieuwbouwkosten (als verpleeghuisvoorziening). Hierbij zal uitgegaan worden van de kosten per bed en niet van de kosten per m<sup>2</sup>, aangezien er bij verbouw veelal sprake is van enige overmaat in de oppervlakte (inpassingsverlies).

## **Verpleeghuiszorg in ziekenhuizen**

intern referentiekader

Voor een eenvoudige (revalidatie) kleine verpleeghuisvoorziening met een oppervlakte van 42 m<sup>2</sup> per bed is op grond hiervan, op prijspeil 1 januari 2000, een investering acceptabel van circa f 70.000,-- per bed (50% van de nieuwbouwkosten volgens de Bouwkostennota van f 135.426,-- per bed).

De acceptabele investering is afhankelijk van de functionele kwaliteit, waarbij vooral het eventuele aantal tweebedskamers en de aanwezigheid van kamergebonden sanitair bepalend zijn.

Bij de aanwezigheid van tweebedskamers is de zogenaamde privacy-toeslag van f 3.000,-- per bed niet van toepassing. Bij 50% tweebedskamers is maximaal 50% van f 132.426,-- per bed acceptabel.

### *Boekwaarde*

Voor de berekening van de aan de verpleeghuisvoorziening toe te rekenen kosten zal de bestaande boekwaarde van het te gebruiken deel van het ziekenhuis bij de aanvraag moeten worden aangegeven. Aangezien de ruimte een onderdeel is van een ziekenhuis zal de boekwaarde hiervan, in vergelijking met een verpleeghuis, veelal hoog zijn. Aan de hoogte wordt bij de beoordeling, anders dan bij verpleegunits gebruikelijk, geen limitatieve grens gesteld.

### *Eigendomsverhoudingen*

In de circulaire inzake eigendomsverhoudingen van 4 april 1997 en 1 april 1999 wordt de voorkeur uitgesproken voor bouw in eigen beheer en volledig eigendom van de zorgvoorziening. Hierop is in de circulaire van 1 april 1999 een generieke uitzondering gemaakt voor o.a. de huur van verpleegunits in verzorgingshuizen. Het realiseren van een kleine verpleeghuisvoorziening binnen de bouwmasse van een ziekenhuis vertoont een dusdanige overeenkomst met de realisatie van voornoemde verpleegunits dat ook in dit geval huur als de aangewezen eigendomsverhouding kan worden beschouwd.

Bij huur van een kleine verpleeghuisvoorziening zal normaliter worden uitgegaan van een huurovereenkomst op basis van kapitaallasten, voortvloeiende uit de over te nemen boekwaarde en investeringskosten, en een minimale looptijd van 20 jaar, overeenkomend met de afschrijvingstermijn van investeringen bij renovatie.

Wanneer om planmatige en/of zorginhoudelijke redenen in beginsel sprake is van een tijdelijke voorziening, ligt het in de rede dat in de huurovereenkomst de mogelijkheid van eerdere beëindiging van de huurovereenkomst van de zijde van het verpleeghuis wordt vastgelegd.

Hierbij dient wel aangetekend te worden dat bij een kortere gebruiksperiode een boekwaardeprobleem ontstaat. Wanneer dit probleem zich voordoet, en voor zover hier geen andere oplossingen voor kunnen worden gevonden in de zin van herbestemming van het betreffende bouwdeel, ligt het in de rede het resterende deel van de oorspronkelijke boekwaarde van het bouwdeel voor rekening van het ziekenhuis en het risico van de restboekwaarde van de benodigde investeringen voor rekening van het verpleeghuis te laten komen.

Indien sprake is van situering van de kleine verpleeghuisvoorziening in een separaat (bestaand of nieuw) gebouw op het terrein van het ziekenhuis is, overeenkomstig de aangewezen eigendomsverhouding voor dependances bij verzorgingshuizen, het in eigendom van het verpleeghuis nemen van de voorziening de aangewezen eigendomsverhouding. Indien het voordelen biedt de realisatie van de kleine voorziening in één bouwstroom mee te nemen met een bouwinitiatief van het ziekenhuis kan er voor gekozen worden de voorziening te laten realiseren onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis, en het eigendom na oplevering middels een zogenaamde 'turn-key' koopovereenkomst over te dragen aan het verpleeghuis.

## **Verpleeghuiszorg in ziekenhuizen**

intern referentiekader

Indien het verpleeghuis en het ziekenhuis onder dezelfde rechtspersoon ressorteren kan geen sprake zijn van huur. Er dient dan een onderlinge verrekening van de kapitaallasten en de kosten van het gemeenschappelijk gebruik van voorzieningen plaats te vinden.

Tenslotte is het van belang dat bij de afgifte van de vergunning – voor zover dit relevant is - in de beschikking wordt vermeld dat het gaat om een tijdelijke voorziening.