



College bouw
ziekenhuisvoorzieningen

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

Bouwmaatstaven voor nieuwbouw

Vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen op 17 november 2003

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op
15 januari 2004

Rapportnummer 0.114

ISBN 90-8517-005-0

Inhoudsopgave

Samenvatting	I
Deel I	
1 Inleiding	1
2 Algemene uitgangspunten	3
2.1 Uitgangspunten	3
2.2 Randvoorwaarden	4
2.3 Aanvullende kaders	4
3. Zorginhoudelijke uitgangspunten	5
3.1 Context en achtergronden modernisering AWBZ	5
3.2 Onderscheid in categorieën en verblijfsconcepten	6
3.3 Doelgroepen zorgvragers en zorgvragen	9
3.4 Zorginhoudelijke uitgangspunten voor de bouwkundige opzet (harmonisatie)	20
4 Basiskwaliteitseisen	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Algemene basiskwaliteitseisen	25
4.3 Basiskwaliteitseisen voor verblijf	30
4.4 Basiskwaliteitseisen voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten	35
4.5 Conditie	37
5 Financiële aspecten	38
5.1 Inleiding	38
5.2 Oppervlaktebepaling	38
5.3 Normatieve kosten	44
Bijlagen	
1 Besluit zorgaanspraken AWBZ	45
2 Artikel 22 Besluit zorgaanspraken AWBZ	49
3 Beleidsregels ex artikel 3 WZV	51
4 Vloeroppervlakten volgens NEN 2580	54
5 Relevante bouwmaatstaven en referentiekaders	55
6 Literatuur	56
7 Samenvattend overzicht ruimtebehoefte	58
8 Verantwoording voorbeeldprojecten en illustraties	60



Deel II: Bouwkundige modules	61
1 Inleiding	62
2 Algemene aspecten	64
3 De functie verblijf	70
4 Niet-verblijfsfuncties	76
5 Kwaliteit van de verblijfsomgeving	81
Bijlage: Verantwoording voorbeeldprojecten en illustraties	83
Regeling bouwmaatstaven intramurale AWBZ-voorzieningen	85

Samenvatting

Op 17 november 2003 heeft het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (het Bouwcollege) de bouwmaatstaven voor AWBZ-voorzieningen vastgesteld. Deze maatstaven komen in de plaats van de tot nu toe gehanteerde maatstaven voor verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicapten en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

De nieuwe bouwmaatstaven zijn ontwikkeld in de context van de modernisering van de Algemene Wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).

In de gemoderniseerde AWBZ is de aanbodgestuurde instellingsgebonden benadering vervangen door een functiegerichte vraaggestuurde benadering. In het gewijzigde Besluit Zorgaanspraken worden zeven functionele aanspraken onderscheiden: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Onder verblijf wordt daarbij een tijdelijk (gedurende meer dan 24 uur) dan wel permanent verblijf in een instelling verstaan.

In de bouwmaatstaven zijn de ruimten voor verblijf niet beperkt tot het woonareaal, maar omvatten ook de ruimten voor verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling alsmede ondersteunende diensten.

Er worden zeven doelgroepen voor verblijf onderscheiden: mensen met een somatische aandoening, psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, lichamelijke handicap, zintuiglijke handicap, psychiatrische aandoening of een psychosociaal probleem.

Voor alle doelgroepen worden in de maatstaven uit zorginhoudelijk perspectief eisen gesteld met betrekking tot rolstoeltoegankelijkheid, Arbo-eisen (men denke aan tilapparatuur), leef-/ woonwensenonderzoek, privacy, deconcentratie en vermaatschappelijking, scheiding van verblijf, begeleiding en behandeling, en scheiding van doelgroepen en van kinderen en volwassenen.

De maatstaven maken een onderverdeling naar drie verblijfsconcepten:

- individueel verblijf (één of twee cliënten met een eigen huishouding);
- kleinschalig groepsverblijf (3 tot 6 cliënten, die een gezamenlijke huishouding voeren);
- afdelingsverblijf (7 tot 10 cliënten).

De doelgroepen zijn in beginsel in drie categorieën ondergebracht: licht, zwaar en beveiligd. In de volgende tabel zijn deze drie categorieën nader omschreven.

Doelgroepen en categorieën

categorie	doelgroepen
licht	alle doelgroepen, die vooral een beroep doen op <i>verblijf met verzorging en ondersteunende begeleiding</i> , met het accent op woonkwaliteit
zwaar	alle doelgroepen, die naast de functie <i>verblijf</i> zijn aangewezen op <i>intensieve verzorging, verpleging, activerende begeleiding en behandeling</i>
beveiligd	doelgroepen: mensen met een verstandelijke handicap of een psychiatrische aandoening, die worden geplaatst in een voorziening voor <i>verblijf in een beveiligde setting</i> vanwege ernstige gedragsstoornissen of forensische problematiek (veelal op grond van een juridische maatregel)

De bouwmaatstaven omvatten, behalve de hierboven samengevatte zorginhoudelijke uitgangspunten, tevens zogeheten basiskwaliteitseisen, 'good practice'-voorbeelden en financiële uitgangspunten.

Een onderscheid is te maken naar algemene basiskwaliteitseisen en specifieke basiskwaliteitseisen. De algemene eisen, die op alle care-voorzieningen van toepassing zijn, zijn geformuleerd als 'open normen', dat wil zeggen dat ze (nog) niet meetbaar zijn. Bij de toepassing van de maatstaven in de adviespraktijk zal hieraan een nadere invulling worden gegeven. Deze algemene eisen hebben betrekking op het woonwensenonderzoek, privacy, bereikbaarheid, (ten dele) toegankelijkheid, de scheiding van functies dan wel doelgroepen, flexibiliteit en belevingsaspecten.

De specifieke basiskwaliteitseisen daarentegen zijn wél meetbaar. Ze zijn afzonderlijk beschreven voor enerzijds de functie verblijf en anderzijds de functies begeleiding en behandeling en de ondersteunende diensten. Ook voor de condities (technische voorzieningen) zijn specifieke eisen geformuleerd.

Specifieke basiskwaliteitseisen zijn met name gesteld in de vorm van minimumoppervlakten die voor bepaalde ruimten gelden, in het bijzonder ruimten waar cliënten toegang toe hebben.

Zo worden minimeisen gesteld aan de vrije breedte van verkeersruimten en aan de oppervlakte van sanitaire voorzieningen, cliëntenkamers en gemeenschappelijke ruimten.

De basiskwaliteitseisen voor beide laatste typen ruimten zijn in de volgende tabel opgenomen.

Basiskwaliteitseisen ruimtebehoefte

omschrijving van de ruimte	min. nuttige opp. in m ²	opmerkingen
verblijfsvoorzieningen		
appartement voor individueel verblijf (categorie licht)	45	
zit-/ slaapkamer (kleinschalig groepsverblijf, categorie licht)	12	excl. sanitair
idem, in geval van verminderde mobiliteit		
zit-/ slaapkamer (kleinschalig groepsverblijf, categorie zwaar)	} 15	idem
zit-/ slaapkamer (afdelingsverblijf)		
gemeenschappelijke ruimten (huiskamer, rookruimte, hobby of multifunctionele ruimte, keuken/pantry)	} 7-11	per cliënt, afhankelijk van categorie en verblijfsconcept (schaalgrootte)

In het hoofdstuk financiële aspecten is indicatief een ruimtebehoefte aangegeven, die op grond van de adviespraktijk als gebruikelijk kan worden aangemerkt. Daarmee kan, in combinatie met de in de maatstaven geformuleerde financiële uitgangspunten, een bovengrens voor het investeringskostenkader worden bepaald.

Voor bijzondere doelgroepen is in dit hoofdstuk een mogelijke additionele ruimtebehoefte - en daarmee een aanvullend kostenkader - bepaald in de vorm van toeslagen op de diverse oppervlakten.

De financiële uitgangspunten, uitgedrukt in een maximaal kostenkader per plaats, houden rekening met eerdergenoemde verblijfsconcepten en met het onderscheid tussen de categorieën licht, zwaar en beveiligd. Ook hier zijn, waar nodig, toeslagen vermeld.

In deel II van de maatstaven, bouwkundige modules, worden 'good practice'-voorbeelden getoond van verschillende, voor AWBZ-voorzieningen belangrijke aspecten. Aan de orde komen onder meer flexibiliteit en uitwisselbaarheid, belevingswaarde en installatietechnische voorzieningen.

Het ligt in de bedoeling deze 'good practice'-voorbeelden regelmatig door recent materiaal te vervangen.

1 Inleiding

Deze bouwmaatstaven, waarvan de basiskwaliteitseisen deel uitmaken, hebben betrekking op de ruimtelijke en technische opzet van AWBZ-verblijfsvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.

Het is niet de bedoeling met deze maatstaven een specifiek model voor de organisatie van AWBZ-functies of -instellingen voor te schrijven. Wel geven ze de zorginhoudelijke voorwaarden met hun ruimtelijke consequenties aan die bij het ontwikkelen van AWBZ-verblijfsvoorzieningen aandacht behoeven.

De bouwmaatstaven zijn vastgesteld door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (het Bouwcollege) bij besluit van 17 november 2003, gelet op artikel 15a van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), en goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 15 januari 2004.

De maatstaven maken als bijlage 2.01 onderdeel uit van de Regeling bouwmaatstaven WZV. Verwezen wordt naar het algemene deel van de toelichting bij de Regeling College bouw ziekenhuisvoorzieningen "Bouwmaatstaven AWBZ-verblijfsvoorzieningen".

In de brochure "Bouwmaatstaven zorgsector" zijn het gebruik en de totstandkoming van de maatstaven beschreven. Deze brochure is bij het Bouwcollege te bestellen. Ook is downloaden mogelijk via de website van het Bouwcollege: <http://www.bouwcollege.nl>.

De bouwmaatstaven zijn opgezet in twee delen. Deel I is onderverdeeld in vijf hoofdstukken, waaronder de inleiding, en bevat tevens enkele bijlagen.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de algemene uitgangspunten bij het opstellen en hanteren van de bouwmaatstaven.

In hoofdstuk 3 worden de zorginhoudelijke aspecten weergegeven die, mede op basis van evaluatie van praktijkervaringen en ontwikkelingen, aan de maatstaven ten grondslag liggen.

In hoofdstuk 4 zijn de eisen beschreven waaraan AWBZ-voorzieningen minimaal moeten voldoen om de kwaliteit van zorg te kunnen garanderen: de basiskwaliteitseisen.

In hoofdstuk 5 wordt aandacht besteed aan de financiële aspecten van de maatstaven.

In deel II van de maatstaven zijn 'good practice' voorbeelden opgenomen. Deze voorbeelden geven aan wat mogelijk is, niet wat moet.

2 Algemene uitgangspunten en randvoorwaarden

2.1 Uitgangspunten

Bouwmaatstaven

De bouwmaatstaven zijn een hulpmiddel bij het voorbereiden van bouwinitiatieven in de zorgsector. Daarnaast vormen ze het toetsingskader voor de bouwkundig-functionele beoordeling van bouwaanvragen van instellingen.

Bouwmaatstaven geven niet alleen een beschrijving van de ruimtebehoefte en de functionele eisen waaraan nieuwe zorgvoorzieningen minimaal moeten voldoen. Ze vormen tevens de weerslag van de ontwikkelingen in de zorg gedurende de afgelopen jaren en geven, voor zover mogelijk, een beeld van de ontwikkelingen in de nabije toekomst.

Bouwmaatstaven bestaan uit drie onderdelen: basiskwaliteitseisen, bouwkundige modules en kosten-normen.

Basiskwaliteitseisen

De basiskwaliteitseisen beschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau waaraan bepaalde voorzieningen of ruimten moeten voldoen in termen van functionaliteit, veiligheid en hygiëne, waarbij een onderscheid gemaakt kan worden in 'gesloten' en 'open' normen.

Onder 'gesloten' normen worden normen verstaan die duidelijk kwantificeerbaar zijn. Voor AWBZ-voorzieningen kan daarbij bijvoorbeeld worden gedacht aan minimale afmetingen van cliëntenkamers of onderzoek- en behandelafaciliteiten. 'Open' normen bevatten hoofdzakelijk algemeen onderschreven richtinggevende uitgangspunten die moeilijk kwantificeerbaar zijn, zoals die voor flexibiliteit en belevingswaarde.

Bouwkundige modules

Ontwikkelingen als vraaggerichtheid, spreiding van voorzieningen gepaard gaande met kleinschalige eenheden en een zekere concentratie en specialisatie van specifieke zorg, leiden tot een dusdanige diversiteit aan zorgfuncties en accommodaties, dat van de

bouw van een totale instelling in de traditionele zin steeds minder sprake is.

De bouwmaatstaven voor AWBZ-voorzieningen zijn daarom opgezet aan de hand van een indeling van de (mogelijke) functies van een zorgaanbieder in de functies verblijf, verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten.

De denkbare functies en ruimten zijn geclusterd in zogenaamde bouwkundige modules. Dat zijn concrete voorzieningen en accommodaties zoals ze in de adviespraktijk het meest ter beoordeling worden voorgelegd. Functies en ruimten zijn beschreven als onderdeel van de bouwkundige module die daarvoor logischerwijs op basis van de praktijkervaring en gesignaleerde ontwikkelingen het meest in aanmerking komt. Uitdrukkelijk wordt opgemerkt dat daarmee de meest voor de hand liggende, maar niet de enig mogelijke oplossing wordt gepresenteerd.

Omwille van de flexibiliteit is bewust voor deze modulaire opbouw gekozen. Daarmee wordt het mogelijk (nagenoeg alle) functies en ruimten ook te koppelen aan andere modules of in andere combinaties te clusteren tot concrete voorzieningen en accommodaties. Een consequentie van deze opzet is dat diverse oppervlakte- en kostenelementen van de maatstaven per functie niet langer per definitie een uitsplitsing van, of een optelsom tot een oppervlakte- of kostennorm voor een instellingsplaats zijn.

Voor de beoordeling van bouwplannen betekent dit dat de behoefte aan bouwkundige voorzieningen voor de AWBZ-sectoren niet langer zonder meer een directe afgeleide van de in het kader van de WZV toegelaten verblijfs capaciteit van een instelling is. De maatstaven 'geven geen recht op', maar 'bieden de mogelijkheid tot, mits de behoefte is aangetoond'.

Een en ander heeft tot gevolg dat bouwinitiatieven, concreter en feitelijker dan voorheen, door de aanvrager moeten worden onderbouwd met

(cijfer)materiaal waaruit de behoefte blijkt, en met goede argumenten waarom voor de voorgestelde bouwkundige oplossing is gekozen.

Voorts moeten bouwkundige oplossingen in principe opgenomen zijn in een langetermijnhuisvestingsplan (LTHP). Ze moeten passen in of aansluiten bij de door de aanvrager in een LTHP geschetste zorgvisie en ontwikkelingen ten aanzien van de huisvesting.

Kostennormen

De maatstaven zijn flexibel opgezet, zodat, gegeven de basiskwaliteitseisen, binnen bepaalde kaders diverse oplossingen mogelijk zijn. Voor de bouw van WZV-voorzieningen worden deze kaders voornamelijk bepaald door maximaal toegestane kosten. Deze kostennormen zijn bepaald op basis van datgene wat aan ruimtelijke voorzieningen voor bepaalde bouwkundige concepten nodig wordt geacht.

2.2 Randvoorwaarden

Bij de opzet van de maatstaven is rekening gehouden met bepalingen die gelden voor de bouw in het algemeen. Genoemd kunnen worden het Bouwbesluit (voor bijvoorbeeld verdiepinghoogte, daglichttoetreding en ventilatievoorschriften), het Handboek voor Toegankelijkheid (rolstoeltoeganke-

lijkheid), de Arbowet (voor bijvoorbeeld het gebruik van tilliftsystemen) en de Tabakswet (die aangeeft dat cliënten en medewerkers moeten kunnen functioneren zonder overlast van gebruik van tabaksproducten).

2.3 Aanvullende kaders

De maatstaven beperken zich tot de voorzieningen voor functies die een zorgaanbieder in de AWBZ-sector moet of kan leveren. Bij de realisatie van dergelijke voorzieningen kan aandacht nodig zijn voor andere aspecten die samenhangen met, of een gevolg zijn van de bouw. Daarbij kan gedacht worden aan grondverwerving, terreingrootte, parkeervoorzieningen, interimvoorzieningen of installatietechnische voorzieningen. Aan deze aspecten wordt in andere publicaties van het Bouwcollege aandacht besteed. Waar dergelijke publicaties relevant kunnen zijn, is daarnaar in de tekst verwezen.

Voor een overzicht van deze publicaties van het Bouwcollege wordt verwezen naar bijlage 3.

Indien niet-noodzakelijke bestanddelen c.q. niet-WZV-functies deel uitmaken van een bouwinitiatief, moeten deze afzonderlijk worden aangegeven en toegelicht. Dit geldt tevens voor oppervlakteanalyses en investeringsramingen.

3 Zorginhoudelijke uitgangspunten

3.1 Context en achtergronden modernisering AWBZ

Per 1 april 2003 zijn de aanspraken ex AWBZ voor verzekerden geflexibiliseerd en gewijzigd in functionele aanspraken (Besluit Zorgaanspraken AWBZ). Met de flexibilisering van de aanspraken is door het departement een eerste stap gezet op weg naar de modernisering van de AWBZ. De beoogde doelen van de modernisering van de AWBZ zijn: het realiseren van meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap voor de verzekerde, deregulering, beperking van de administratieve lasten en het versterken van de rechten en plichten van de verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars in de AWBZ. Om deze doelen te bereiken acht het ministerie het essentieel dat het aanbodgerichte systeem van de AWBZ wordt omgezet in een vraaggericht systeem.

Een zorgaanvrager wordt in het vervolg door het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) geïndiceerd voor één of meer AWBZ-zorgaanspraken¹. Met deze indicatie kan een zorgvrager vervolgens kiezen voor een persoonsgebonden budget (niet bestemd voor verblijf en behandeling) of voor zorg in natura. Om de indicatie te verzilveren kan een zorgvrager zich naar keuze wenden tot één of meer zorgaanbieders. Het onderscheid in verschillende AWBZ-sectoren (verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) verdwijnt, zodat zorgvragers en aanbieders AWBZ-breed zorg kunnen inkopen dan wel leveren. Ter vergroting van de omvang van het aanbod worden ruimhartig nieuwe aanbieders toegelaten en kunnen

bestaande aanbieders er voor kiezen hun aanbod te verbreden door nieuwe functies uit te oefenen en andere zorgvragers tot hun klantenkring te rekenen.

Zorgaanspraken in zeven functies

Een zorgvrager kan worden geïndiceerd voor één of meer van de zeven functies met de daarbij behorende klassen. De volgende functies/ zorgaanspraken worden onderscheiden².

1. *Huishoudelijke verzorging*. Ondersteunen of overnemen van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), zoals schoonmaken, opruimen en bedden opmaken.
2. *Persoonlijke verzorging*. Ondersteunen of overnemen van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals wassen, aankleden, scheren, hulp bij toiletgang, hulp bij eten en drinken.
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 behoort 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

¹ Voor psychische problematiek wordt -in afwijking van andere AWBZ-zorgvragers- een indicatietraject voor kortdurende en/of enkelvoudige hulpvragen (GGZ-cure) gehanteerd en een traject voor langdurige en meervoudige complexe hulpvragen (GGZ-care). Voor de GGZ-cure wordt de indicatiestelling georganiseerd conform de werkwijze die in de gehele curatieve zorg wordt gevolgd (via de huisarts of de eerstelijns- of tweedelijns-gezondheidszorg). Voor de GGZ-care is het RIO verantwoordelijk voor de functie-gerichte indicatiestelling voor AWBZ-zorg. Voor sommige terreinen zijn specifieke protocollen ontwikkeld, met name voor de verslavingszorg, landelijk werkende voorzieningen en AWBZ-gefinancierde forensische psychiatrie. De positie van de indicatiestelling voor deze deelgebieden is op dit moment overigens nog onduidelijk.

² Zie ook bijlage 1.

- ‘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 achtereenvolgend) in een instelling. De verzekerde 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.

De Staatssecretaris van VWS heeft besloten dat per 1 april 2003 onder verblijf zowel het woonareaal als ruimten voor het zorgteam en ondersteunende diensten wordt verstaan. Daarbij wordt de benodigde ruimte voor het bieden van de voor het verblijf noodzakelijke functies (ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling) aan de eigen verblijvende cliënten gerekend. Dit heeft tot gevolg dat enkele functies/ ruimten per 1 april 2003 buiten het bereik van de WZV zijn gevallen. Dit betreft onder meer dagbehandeling, dagverzorging, dagbesteding en dagactiviteiten voor niet in de eigen instelling 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 verblijfsvoorziening.

De functie verblijf wordt aangeboden door zorginstellingen die een toelating hebben gekregen voor het bieden van verblijf aan één of meer specifieke doelgroepen (zie volgende paragraaf). Zorgaanbieders die verblijf aanbieden aan mensen met een somatische

en/of psychogeriatrische aandoening (vooral voormalige verpleeghuizen) kunnen nu ook een toelating aanvragen voor het bieden van verblijf (of andere functies) aan bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke handicap. Hierdoor worden de AWBZ-sectoren ontschot. Ook nieuwe of voorheen niet door de WZV aangewezen instellingen kunnen een toelating voor verblijf aanvragen. De Staatssecretaris heeft bijvoorbeeld de Tweede Kamer³ laten weten dat hospices, tot 1 april 2003 fungerend in een zogenaamde ‘verlengde arm’-constructie van de thuiszorg, een zelfstandige toelating kunnen aanvragen en ook kunnen opteren voor het onder de AWBZ brengen van de functie verblijf. Indien hospices voor dit laatste kiezen, dienen zij de WZV-procedure te doorlopen.

3.2 Onderscheid in categorieën en verblijfsconcepten

Het Bouwcollege heeft in zijn uitvoeringstoets over de modernisering AWBZ⁴ gesteld dat de bouw in de gezondheidszorg gerelateerd is aan de zorgbehoefte van zorgvragers. In de AWBZ kan grosso modo onderscheid gemaakt worden tussen a) zorgvragers bij wie de kwaliteit van het verblijf voorop staat, aangevuld met zorg, b) zorgvragers die vooral verpleging, activerende begeleiding of behandeling behoeven of c) zorgvragers die verblijf in een beveiligde setting nodig hebben.

Het Bouwcollege heeft voorgesteld om binnen de functie verblijf drie categorieën te onderscheiden:

- ‘licht’ (verblijf met verzorging/ begeleiding/ verpleging);
- ‘zwaar’ (verblijf voor doelgroepen die zijn aangewezen intensieve verzorging/ verpleging/ begeleiding/ activerende begeleiding en behandeling);
- ‘beveiligd’ verblijf.

De cliënten uit de voormalige AWBZ-sectoren (verpleging, verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg) kunnen grotendeels in deze drie categorieën worden ondergebracht, waardoor harmonisatie van de tot voor kort gehanteerde (bouwkundig-

³ Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief aan de Tweede Kamer, 10 februari 2003.

⁴ College bouw ziekenhuisvoorzieningen, *Modernisering AWBZ, tweede fase*, 8 juli 2002.

functionele en financiële) uitgangspunten AWBZ-breed kan plaatsvinden. Voor doelgroepen met een specifieke zorgbehoefte kan meer ruimte, meer budget of een hoger voorzieningen- of afwerkingsniveau worden toegekend.

Het Bouwcollege stelt zich voor de zeven doelgroepen cliënten voor verblijf zoals vermeld in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (zie paragraaf 3.3) de volgende indeling in categorieën voor:

Tabel 1 Doelgroepen en categorieën

categorie	doelgroepen
licht	alle doelgroepen, die vooral een beroep doen op <i>verblijf met begeleiding, verzorging en/of verpleging</i>
zwaar	alle doelgroepen, die vooral een beroep doen op <i>verblijf met intensieve verpleging, behandeling en/of activerende begeleiding</i>
beveiligd	doelgroepen: mensen met een verstandelijke handicap of met een psychiatrische aandoening, die geplaatst worden in een voorziening voor <i>verblijf in een beveiligde setting</i> vanwege ernstige gedragsstoornissen en/of forensische problematiek (veelal op grond van een juridische maatregel (zie ook 3.3.6))

Het ministerie van VWS heeft in zijn reactie⁵ op de uitvoeringstoets bovenstaande aanbeveling van het Bouwcollege overgenomen. Het ministerie stelt dat voor de functie verblijf kan worden uitgegaan van het gemaakte onderscheid in de drie categorieën licht, zwaar en beveiligd. De onderverdeling in deze drie categorieën is mede bepalend voor de zorginfrastructuur die voor die categorieën zorgvragers moet worden gerealiseerd. In zekere zin kan de zorginfrastructuur in deze drie categorieën worden ondergebracht.

Per categorie (licht, zwaar en beveiligd) is, waar relevant, een onderscheid gemaakt in drie verblijfsconcepten: individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf

en afdelingsverblijf. Hieronder worden achtereenvolgens de verschillende categorieën en de verschillende verblijfsconcepten nader omschreven.

Categorie licht – verblijf met verzorging, begeleiding, verpleging

Deze categorie betreft de bouw voor mensen die in redelijke mate zelfstandig kunnen en willen wonen en eventueel 24 uur per dag een beroep op zorg of begeleiding moeten kunnen doen. De bouw in deze categorie kan voor 80% geharmoniseerd worden. De cliënten in deze categorie hebben een handicap, een chronische of gestabiliseerde ziekte, of voelen zich te kwetsbaar om geheel zelfstandig te kunnen functioneren. De nadruk in de bouw voor deze categorie ligt vooral op het 'wonen' met daarbij mogelijkheden voor welzijn, dienstverlening en zorg. Er kan sprake zijn van individueel of kleinschalig groepsverblijf. De zorgverlening en begeleiding bevinden zich niet direct in de verblijfsruimte van de cliënten, maar zijn op afroep of per oproep snel beschikbaar. Het op termijn overgaan tot scheiden van wonen en zorg kan voor het merendeel van de cliënten binnen deze categorie voor de hand liggen. De vormgeving van de bouw in deze categorie is er dan ook op gericht dat de verblijfsvoorzieningen gemakkelijk naar de reguliere woningmarkt kunnen worden afgestoten.

Categorie zwaar – verblijf met intensieve verpleging, behandeling, activerende begeleiding

Deze categorie betreft de bouw voor mensen die intensieve zorg behoeven, in die zin dat 24-uurs aanwezigheid en beschikbaarheid van zorg gewaarborgd is. Medewerkers zijn bijvoorbeeld door middel van 'uitluisteren' gedurende de nachtdienst, dan wel continu bij cliënten aanwezig om te begeleiden, toezicht te houden, te verplegen enz. In geval van een continu benodigde beschikbaarheid van de voorzieningen voor begeleiding, toezicht, verpleging enz., moeten de hiervoor benodigde ruimten in de directe nabijheid van het verblijfsareaal van de cliënten gesitueerd zijn. Behalve aan huishoudelijke en persoonlijke verzorging en verpleging kunnen deze cliënten ook behoefte hebben aan begeleiding, behandeling, medische, paramedische zorg enz. Er wordt naar gestreefd deze (niet-verblijfs)functies zoveel mogelijk apart van het verblijf

⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Reactie uitvoeringstoets modernisering AWBZ (2e fase), 17 december 2002.

aan te bieden, maar dit is niet voor alle doelgroepen zorgvragers geschikt, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een besloten of gesloten setting. In dat geval is er sprake van een integratie van verblijf met de functies begeleiding en behandeling. De bouw in deze categorie zal toegesneden moeten zijn op de eisen van de zorgvragers en moet voldoen aan de Arbo-eisen om zorgverlening mogelijk te maken.

Enkele voorbeelden van doelgroepen in de categorie zwaar: mensen die bedlegerig zijn en intensief verpleegd moeten worden, mensen met ernstige combinatieproblematiek, mensen met gedragsstoornissen, mensen die revalideren na een CVA of orthopedische operatie, mensen die in een beschermende omgeving (tijdelijk) intensieve begeleiding en/of behandeling moeten ondergaan.

Categorie beveiligd

Mensen die door een combinatie van aandoening en (ernstige) gedragsproblematiek (met gevaar voor zichzelf of voor anderen) tijdelijk of langer opgevangen dan wel behandeld moeten worden in een beschermde of beveiligde setting, komen in aanmerking voor beveiligd verblijf. De categorie beveiligd verblijf omvat alleen de volgende drie cliëntgroepen. Ten eerste, mensen met een verstandelijke handicap gecombineerd met ernstige gedrags- en/of forensische problematiek (ook wel aangeduid als forensisch verstandelijk gehandicapten (FVG) of sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten plus (SGLVG+⁶)). Ten tweede, mensen met een (zeer ernstige) psychiatrische aandoening in combinatie met ernstige gedragsstoornissen en agressief gedrag die opgevangen worden in een kliniek voor intensieve behandeling (SGA/KIB). Ten derde, mensen met forensische problematiek die worden opgevangen in een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) of een forensisch psychiatrische kliniek (FPK), dan wel een forensische verslavingskliniek (FVK). Veel cliënten in de categorie beveiligd hebben te maken met een juridische status voor opname vanwege het zogenaamde gevaarscriterium. De ruimten voor deze doelgroepen kennen veelal een hoger afwerkingniveau, zijn eventueel voorzien van specifieke veiligheidsbevorderende maatregelen en worden gekenmerkt door het gekoppeld aanbieden van functies zoals

verblijf met behandeling en begeleiding. De ruimte voor de zorgverleners is eveneens gekoppeld aan het verblijfsareaal.

In de praktijk komen ook voorzieningen voor waar mensen uit de categorieën licht en zwaar gezamenlijk zijn gehuisvest. Enige overlapping tussen de categorieën is niet uitgesloten, te meer daar veranderingen in de zorgbehoefte niet altijd behoeven te leiden tot een verhuizing naar een voorziening in een andere categorie.

Drie concepten voor verblijf worden onderscheiden:

Individueel verblijf

Individueel verblijf betreft een eigen verblijfseenheid, in principe bedoeld voor één persoon en eventueel voor twee personen. In de verblijfseenheid kunnen in principe alle ADL-verrichtingen plaatsvinden. Een individuele verblijfseenheid bestaat daartoe uit ten minste een woonkamer, een slaapkamer (of een gecombineerde zit-/slaapkamer) en een sanitaire ruimte met douche, wastafel en toilet. Ook een kitchenette is mogelijk. Meerdere verblijfseenheden kunnen gekoppeld worden tot een afdeling, of onderdeel vormen van een instelling, kunnen op de rand van een instellingsterrein worden gesitueerd, maar ook (geclusterd) 'in de wijk'.

Kleinschalig groepsverblijf

Dit betreft een kleine groep (3-6) cliënten die gezamenlijk een huishouden voert. Binnen de verblijfsruimte vinden in principe alle ADL-verrichtingen plaats. Cliënten beschikken over een eigen zit-/slaapkamer, sanitair kan individueel zijn of worden gedeeld. De verblijfsvoorziening heeft doorgaans een gemeenschappelijke ruimte c.q. huiskamer met een eigen keuken(blok) en een rookruimte. De locatie is vooral in de wijk of aan de rand van het instellingsterrein. Ook komt het voor dat de verblijfsvoorziening gesitueerd is in een grootschaliger verband. Afhankelijk van de doelgroep zijn één of meer rolstoeltoegankelijke sanitaire eenheden en kamers beschikbaar. Afhankelijk van de doelgroep is in minimaal één van deze ruimten het gebruik van een douchebrancard mogelijk.

⁶ Verstandelijk gehandicapten met gedragsproblematiek die zijn geïndiceerd voor behandeling of verblijf (ook wel aangeduid als SGLVG-behandeling respectievelijk SGLVG-verblijf) worden tot de categorie zwaar gerekend.

Afdelingsverblijf

Bij afdelingsverblijf omvat een groep ten hoogste 10 cliënten. Eén of meer groepen vormen samen een afdeling. Ook hier geldt dat in principe alle ADL-verrichtingen in de verblijfseenheid kunnen plaatsvinden. Per groep zijn minimaal een gemeenschappelijke ruimte c.q. huiskamer, een rookruimte en een multifunctionele ruimte aanwezig. De sanitaire ruimte, in principe bedoeld voor één en eventueel (maximaal) twee bewoners, grenst aan de individuele zit-/slaapkamer en is van hieruit toegankelijk. Afhankelijk van de doelgroep is sanitair voor gebruik van een douchebrancard mogelijk. De brancardtoegankelijke ruimte hoeft niet aan de zit-/slaapkamers te grenzen. Privacy moet hierbij gewaarborgd zijn.

Beleidsregels ex art. 3 WZV

Vanwege de modernisering AWBZ zijn de beleidsregels ex art. 3 WZV gewijzigd. Deze beleidsregels hebben onder meer betrekking op behoeftecriteria en op de samenhang zowel tussen ziekenhuisvoorzieningen onderling, als tussen ziekenhuisvoorzieningen en andere voorzieningen. Zij dienen volgens de wet als handvat voor het ontwerpen van plannen door de provincie. Aangezien in de meeste sectoren al jaren geen provinciale plannen meer worden vastgesteld, worden de beleidsregels tegenwoordig rechtstreeks gehanteerd als toetsingskader bij aanvragen voor een WZV-verklaring. In de bijlagen zijn de beleidsregels kort weergegeven. Voor de bouwmaatstaven betekenen de beleidsregels het volgende: een positief standpunt van het zorgkantoor is verplicht, de groepsgrootte voor mensen met een handicap is maximaal 6, het leef-/woonwensenonderzoek is verplicht gesteld en verblijfsvoorzieningen voor mensen met een handicap, somatische aandoening en psychogeriatrische aandoening kennen een maximale verblijfs capaciteit op één locatie.

lijke handicap, verstandelijke handicap, zintuiglijke handicap, een psychiatrische aandoening c.q. psychische stoornis of (ernstige) psychosociale problematiek. De laatste twee doelgroepen zijn hier samengevoegd. Soms is sprake van comorbiditeit.

In dit onderdeel zijn de doelgroepen zorgvragers kort omschreven. Vervolgens is op zorginhoudelijke gronden bezien aan welke functies en ruimten de doelgroep in de verschillende categorieën behoefte kan hebben. Deze ruimten en functies *kunnen* in het bouwplan voor de doelgroep worden opgenomen. In de investeringskosten wordt met de realisatie van deze ruimten en functies rekening gehouden. In geval van comorbiditeit of raakvlakproblematiek 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 psychiatrische problematiek gecombineerd met een somatische aandoening. Tevens is, in geval er sprake is van bijzondere eisen of zorgvragen, gedefinieerd in welke gevallen PM-posten kunnen worden toegevoegd. De PM-posten dienen als extra ruimtetoeslag, budget of hoger voorzieningen- of afwerkingsniveau. Om bij bouwplannen in aanmerking te komen voor de PM-posten is een nadere motivering vereist.

Nadere toelichting: de omschrijving 'zorgteam nabij, op afroep beschikbaar' houdt in dat het zorgteam in de buurt van de zorgvragers aanwezig is. Dit kan zijn verderop in het gebouw, in een apart gebouw elders op het terrein of elders in de wijk. 'Zorgteam continu aanwezig bij cliënten' betekent dat het zorgteam zich in de verblijfsvoorziening bevindt (is vooral actief om zorg te verlenen en toezicht te houden) of beschikbaar is voor de cliënten in de verblijfsvoorziening. Het zorgteam kan in dit laatste geval worden opgeroepen. Het begrip veiligheidsvoorzieningen is een containerbegrip. Hieronder wordt zowel elektronische apparatuur verstaan die de veiligheid kan verhogen, als een verhoogd afwerkingsniveau.

3.3 Doelgroepen zorgvragers en zorgvragen

De doelgroepen in deze bouwmaatstaven zijn afgeleid van de grondslagen voor toegang tot AWBZ-zorg zoals opgenomen in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA). Hierin worden de volgende zeven doelgroepen onderscheiden: AWBZ-verzekerden met een somatische aandoening, psychogeriatrische aandoening, lichame-

3.3.1 Mensen met een somatische aandoening of beperking

Er is sprake van een grote variatie in de doelgroepen mensen met somatische aandoeningen of beper-

kingen die een beroep doen op de AWBZ. De aandoeningen of beperkingen variëren van een verminderde mobiliteit, een chronische ziekte, gevolgen van een hersenbloeding, een heupfractuur tot comateus of terminaal zijn. De behoefte aan zorg varieert van huishoudelijke hulp tot gespecialiseerde verpleging of reactivering.

De volgende doelgroepen kunnen worden onderscheiden in de groep mensen met een somatische aandoening of beperking:

- mensen met vooral behoefte aan (beschermd) vaak langdurig verblijf;
- mensen met behoefte aan reactivering (bijvoorbeeld na een CVA of een orthopedische

Tabel 2 Doelgroep Mensen met een somatische aandoening of beperking

algemene eisen	<ul style="list-style-type: none"> • ruimten geschikt voor rolstoelgebruikers • ruimten geschikt voor zorgverleners (Arbo)⁷ • opstelruimte voor rolstoelen, tilliften, rollators enz. • oplaadruimte elektrische rolstoelen • woonwensen • maximale verblijfs capaciteit op één locatie 150 plaatsen 		
categorie	functie	ruimte	PM-posten
licht	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • huiskamer
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (nabij, op afroep beschikbaar) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • recreatie • activiteitenbegeleiding • ontmoetingscentrum • (evt.) geestelijke verzorging 	
zwaar	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf • afdelingsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • topkoeling • extra vloeropp. voor Chorea van Huntington • extra vloeropp. voor palliatieve zorg • extra vloeropp. voor AIDS • extra vloeropp. (sluis) voor infectieziekten (o.a. MRSA)
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij / beschikbaar voor cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • recreatie • ontmoeting • activiteitenbegeleiding • (evt.) geestelijke verzorging 	<ul style="list-style-type: none"> • extra vloeropp. voor dagbesteding jongeren
	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg • fysiotherapie • logopedie • ergotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • extra vloeropp. voor reactivering • extra ruimte voor klinisch psycholoog i.v.m. AIDS
beveiligd	n.v.t.		

⁷ Hiermee wordt de ruimte bedoeld die zorgverleners nodig hebben naast het bed, in het sanitair en in de huiskamer om de cliënt te verplegen of te verzorgen.

ingreep). Dit betreft vooral kortdurend verblijf;

- 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 en mensen met Chorea van Huntington). Deze mensen hebben vaak behoefte aan langdurig verblijf;
- ouderen met psychiatrische aandoeningen, of ouderen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (vaak langdurig verblijf).

3.3.2 Mensen met een psychogeriatrische aandoening of beperking

Mensen met een psychogeriatrische aandoening zijn mensen met een combinatie of aaneenschakeling van samenhangende symptomen. Er is bij dementie sprake van geheugenstoornissen en cognitieve stoornissen⁸ die duidelijk een negatieve invloed hebben op het dagelijks functioneren, werk, sociale activiteiten en relaties. Dementie bij ouderen is vooral toe te schrijven aan de ziekte van Alzheimer en aan veranderingen in de bloedvaten van de hersenen, de zogeheten vasculaire dementie. Ook de combinatie van beide komt veel voor. Daarnaast kan dementie worden veroorzaakt door de ziekte van Parkinson, de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, AIDS en hersentumoren. Dementie kan door therapieën soms wat worden verlicht. Bepaalde verschijnselen kunnen 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 (geheugen-

verlies 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.

3.3.3 Mensen met een verstandelijke handicap

Bij mensen met een verstandelijke handicap kan het verstandelijk niveau variëren van een lichte verstandelijke handicap tot diepe beperkingen. Mensen met een verstandelijke handicap kunnen tevens zintuiglijk en lichamelijk gehandicapt zijn. Combinatieproblematiek komt veelvuldig voor en indien hiervan sprake is wordt verwezen naar de tabellen en beschrijvingen van de desbetreffende problematiek.

Verstandelijk gehandicapten zijn er van alle leeftijden. De laatste decennia blijken verstandelijk gehandicapten ouder te worden dan vroeger. Er treedt een drievoudige vergrijzing op: 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. Hierdoor krijgen verstandelijk gehandicapten (vaak op jongere leeftijd dan niet verstandelijk gehandicapten) te maken met verouderingsaandoeningen, zoals een verminderde mobiliteit en dementie. Dit heeft gevolgen voor de woonomgeving en de samenstelling van de groepen. Ook de wensen van de gehandicapte ten aanzien van dagbesteding veranderen door de veroudering.

Onder mensen met een verstandelijke handicap worden diverse doelgroepen onderscheiden:

- verstandelijk gehandicapten die zelfredzaam zijn of dit kunnen aanleren;
- verstandelijk gehandicapten die continu begeleiding, verzorging en verpleging behoeven;
- licht verstandelijk gehandicapte jongeren (LVG) (jongeren die in hun ontwikkeling zijn belemmerd

⁸ Geheugenstoornissen: verminderd vermogen nieuwe informatie te leren (inprentingsstoornis) of zich eerder geleerde informatie te herinneren (stoornis in de reproductie). Cognitieve stoornissen: afasie (verminderd taalbegrip en problemen met taalexpressie), apraxie (verminderd vermogen motorische handelingen uit te voeren ondanks intacte motorische functies), agnosie (onvermogen objecten te herkennen ondanks intacte sensorische functies), verminderd vermogen plannen te maken, te organiseren, logische conclusies te trekken en te abstraheren.

Tabel 3 Doelgroep Mensen met een psychogeriatrische aandoening of beperking

algemene eisen	<ul style="list-style-type: none"> • ruimten geschikt voor rolstoelgebruikers • ruimten geschikt voor zorgverleners (Arbo)⁹ • opstelruimte rolstoelen, tilliften, rollators enz. • afsluitbaarheid • herkenbaarheid/ zichtlijnen/ duidelijke herkenningspunten • woonwensen • maximale verblijfs capaciteit op één locatie 150 plaatsen 		
categorie	functie	ruimte	PM-posten
licht	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • recreatie • activiteitenbegeleiding • (evt.) geestelijke verzorging 	
zwaar	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf • afdelingsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • topkoeling • afzonderingsruimte
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij / beschikbaar voor cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • recreatie • activiteitenbegeleiding • (evt.) geestelijke verzorging 	<ul style="list-style-type: none"> • snoezelruimte
	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg 	
beveiligd	indien van toepassing (ernstige gedragsstoornissen) opname in verblijf (categorie zwaar) voor mensen met een psychiatrische aandoening		

- of dreigen vast te lopen) (raakvlak met kinder- en jeugdpsychiatrie);
- meervoudig complex gehandicapten (MCG);
- verstandelijk gehandicapten met psychiatrische aandoeningen;
- sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG);
- sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten met forensische achtergrond (SGLVG+);
- sterk gedragsgestoorde ernstig verstandelijk gehandicapten (SGEVG).

⁹ Hiermee wordt de ruimte bedoeld die zorgverleners nodig hebben naast het bed, in het sanitair of de huiskamer om de cliënt te verplegen of te verzorgen.

Tabel 4 Doelgroep Mensen met een verstandelijke handicap

algemene eisen	<ul style="list-style-type: none"> • groepsmaat maximaal 6 personen • volwaardige dagbesteding • leef-/woonwonderzoek • maximale verblijfs capaciteit: bestaande locaties 200 en nieuwe locaties 50 plaatsen 		
categorie	functie	ruimte	PM-posten
licht	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • rolstoelgebruik
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (op afroep beschikbaar) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • werk of dagbesteding 	<ul style="list-style-type: none"> • inloopcentrum
zwaar	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • extra vloeroppervlakte gedragsproblemen en gesloten setting • afzonderings-/ separeer-voorzieningen • topkoeling • tilliften • bedboxen • aangepast of extra sanitair • snoezelruimte • ruimte voor zorgverleners (Arbo)¹⁰ • veiligheidsvoorzieningen
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij/beschikbaar voor cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • werk of dagbesteding • activiteitenbegeleiding 	<ul style="list-style-type: none"> • rolstoelgebruik • snoezelruimte • tilliften • aangepast of extra sanitair • bedboxen • rustruimten • veiligheidsvoorzieningen
	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • tandarts • fysiotherapie • motoriekruimte • therapiebad
beveiligd	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • afzonderings-/ separeer-voorzieningen • topkoeling • veiligheidsvoorzieningen
	verpleging, verzorging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • werk of dagbesteding • activiteitenbegeleiding 	
	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg 	

¹⁰ Hiermee wordt de ruimte bedoeld die zorgverleners nodig hebben naast het bed, in het sanitair of de huiskamer om de cliënt te verplegen of te verzorgen.

3.3.4 Mensen met een lichamelijke handicap

De groep lichamenlijk gehandicapten in deze bouwmaatstaven betreft “mensen van alle leeftijden met een ernstige, blijvende dan wel langdurige, al dan niet aangeboren lichamelijke of meervoudige (primair lichamelijke) handicap, welke niet primair het gevolg is van verouderingsprocessen”¹¹.

In de uitvoeringstoets “Voorzieningen voor lichamenlijk gehandicapten”¹² is geconstateerd dat bij lichamenlijk gehandicapten de aan- of afwezigheid van een eigen regie of sociale zelfredzaamheid sterk bepalend is voor de zorgvraag. Het kunnen voeren van een eigen regie is voor een belangrijk deel bepalend voor de keuze

tussen zelfstandig wonen, of wonen in een gezamenlijk gedeelde woning 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. Lichamenlijk gehandicapten die geen eigen regie (meer) hebben, kampen meestal met combinatieproblematiek of degeneratieve ziekten. Lichamenlijk gehandicapte kinderen krijgen steeds vaker zorg in een ambulante setting. Vanuit de thuissituatie 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 lichamenlijk gehandicapten hun krachten (bijvoorbeeld in hun armen) en daarmee hun zelfstandigheid verliezen. Ook

Tabel 5 Doelgroep Mensen met een lichamelijke handicap

algemene eisen	<ul style="list-style-type: none"> • ruimten geschikt voor gebruikers van elektrische rolstoelen • ruimten geschikt voor zorgverlening (Arbo)¹³ • opstelruimte voor rolstoelen, tilliften enz. • oplaadruimte voor elektrische rolstoelen • woonwensen • maximale verblijfs capaciteit: bestaande locaties 200 en nieuwe locaties 50 plaatsen 		
categorie	functie	ruimte	PM-posten
licht	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • centrale badkamer
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (nabij, op afroep beschikbaar) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • werk of dagbesteding 	
zwaar	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • centrale badkamer • topkoeling
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij beschikbaar voor cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • werk of dagbesteding • activiteitenbegeleiding 	
	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg 	
beveiligd	n.v.t.		

¹¹ College voor zorgverzekeringen, [Eindrapportage in het kader van de flexibilisering van de aanspraken binnen de zorg voor lichamenlijk gehandicapten](#), 25 mei 2000.

¹² College bouw ziekenhuisvoorzieningen, [Voorzieningen voor lichamenlijk gehandicapten](#), 8 april 2002.

¹³ Hiermee wordt de ruimte bedoeld die zorgverleners nodig hebben naast het bed, in het sanitair of de huiskamer om de cliënt te verplegen of te verzorgen.

heeft veroudering gevolgen voor de lichamelijke gehandicapten die in gezamenlijk gedeelde woningen of gezinsvervangende tehuizen wonen.

3.3.5 Mensen met een zintuiglijke handicap

In de uitvoeringstoets "Voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten" van het Bouwcollege worden zintuiglijk gehandicapten omschreven als "Mensen met een zintuiglijke beperking of handicap zijn mensen van alle leeftijden 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) onder-

vinden".¹⁴ Zintuiglijke stoornissen zijn doofheid, slechthorendheid, spraak-/ taalmoelijkheden, blindheid of slechtziendheid. Voor cliënten die zijn aangewezen op verblijf gaan zintuiglijke stoornissen soms 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-/ gezinssituatie, onderwijs of arbeid, maatschappelijk verkeer, vrijetijdsbesteding).

Tabel 6 Doelgroep Mensen met een zintuiglijke handicap

algemene eisen	<ul style="list-style-type: none"> • gelijkmatige basisverlichting met zo min mogelijk schaduwvorming • goede akoestiek/goed ontwerp/geluidsisolatie • tactiele waarneming mogelijk • eenvoudige lay-out van de ruimte • logische looproutes • bredere gangen • compartimentering (aparte ruimten voor functies) • woonwensen • maximale verblijfs capaciteit: bestaande locaties 200 en nieuwe locaties 50 plaatsen 		
categorie	functie	ruimte	PM-posten
licht	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • rolstoelgebruik
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (op afroep beschikbaar) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • werk of dagbesteding 	
zwaar	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • topkoeling
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij / beschikbaar voor cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • activiteitenbegeleiding • werk of dagbesteding 	
	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg 	
beveiligd	n.v.t.		

¹⁴ College bouw ziekenhuisvoorzieningen, Voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten, 18 november 2002.

Net als bij lichamelijk gehandicapten worden zintuiglijk gehandicapte kinderen meestal ambulantly behandeld of kortdurend opgenomen. Bij het ouder worden van zintuiglijk gehandicapten kan de gehandicapte te maken krijgen met verschillende andere beperkingen, hetgeen zijn/haar zelfstandigheid (extra) kan beperken.

3.3.6 Mensen met een psychiatrische aandoening of een (ernstig) psychosociaal probleem

De psychische stoornissen waar het om gaat, omvatten in principe alle stoornissen die voorkomen in de bekende diagnostische classificatiesystemen (DSM-IV, e.d.).

Psychosociale problemen worden weliswaar niet als algemene psychiatrische stoornissen geclassificeerd, maar kunnen het dagelijks functioneren wel dusdanig beïnvloeden dat (kortdurende) behandeling en/of verblijf is geïndiceerd¹⁵.

Psychische stoornissen beïnvloeden het leven van de persoon zelf en zijn/haar directe omgeving in hoge mate. De gevolgen kunnen zich uitstrekken over uiteenlopende (elkaar beïnvloedende) levensterreinen (waaronder de lichamelijke gezondheid en het sociaal en maatschappelijk functioneren), vaak gedurende een lange periode en soms zelfs permanent.

Het zorgaanbod, gericht op personen met psychiatrische en psychosociale problematiek, wordt in toenemende mate georganiseerd in verschillende circuits en (zorg)programma's. Uiteenlopende functies van verschillende disciplines worden als het ware geconcentreerd rond subgroepen met vergelijkbare problematiek en hulpvragen. Hierdoor wordt expertise gebundeld en ontstaat een zich niet aan schotten storend zorgaanbod van geestelijke en andere noodzakelijke zorg. Het uitgangspunt hier is integratie van ambulante, semimurale en intramurale zorgfuncties¹⁶. De

verschillende zorgcircuits zijn: kinder- en jeugdzorg, volwassenenzorg, ouderenzorg, verslavingszorg en forensische zorg.

Kinderen en jeugdigen met psychische problematiek

Er is weinig bekend over de prevalentie van psychische stoornissen onder kinderen en jeugdigen tot 18 jaar. Er kan onder meer sprake zijn van gedragsstoornissen, problemen met alcohol of drugs of problematiek op het raakvlak met licht verstandelijk gehandicapten. Psychische stoornissen bij jongeren zijn vaak hardnekkig en kunnen jaren standhouden, tot op volwassen leeftijd¹⁷. Circa 40% van de (klinische) populatie behoort tot de leeftijdsgroep 10-14 jaar, waarbij veruit de meerderheid afkomstig is uit het thuismilieu.

Het beleid is gericht op intensieve samenwerking tussen verschillende (deel)sectoren binnen de jeugdzorg (GGZ-jeugd, jeugdbescherming, jeugdhulpverlening, zorg voor verstandelijk gehandicapten e.d.). Belangrijk daarbij is één centrale toegang via de Bureaus Jeugdzorg.

Kenmerkend voor de zorg aan kinderen en jeugdigen is de nadrukkelijke betrokkenheid van ouders/ verzorgers en de gezinssituatie. Er is aanzienlijk meer personeel werkzaam en ook de aard van de doelgroep vergt een specifieke expertise, andersoortige aanpak en voorzieningenniveau (activiteiten-, speelruimte e.d.). Onderwijs bijvoorbeeld vormt veelal een integraal onderdeel van de behandeling.

Volwassenen en ouderen met psychiatrische problematiek

Uit onderzoek¹⁸ naar het voorkomen van psychische problematiek onder de zelfstandig wonende (niet in een instituut verblijvende) Nederlandse bevolking, blijkt dat 41% van de volwassenen (18 tot 65 jaar) ooit in het leven last heeft gehad van een psychische stoornis. Eén op de vier volwassenen (ruim 23%) had in het jaar voor de peiling ('onlangs') last van een psychische stoornis. Het meest voorkomend zijn angst-

¹⁵ VWS heeft het voornemen om bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel kortdurende psychiatrische zorg over te hevelen naar de cure-sector (eerste compartiment). Mogelijk zullen in de cure-context de maatstaven voor de kortdurende psychiatrische zorg alsdan worden gewijzigd.

¹⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brancherapport GGZ-MZ '98 - '01. Den Haag (2002).

¹⁷ Ministerie van VWS. Brancherapport GGZ-MZ. 1998-2001.

¹⁸ Nemesis-onderzoek. Utrecht: Trimbo (1997).

stoornissen (ruim 12% in het afgelopen jaar), stoornissen verbandhoudend met middelengebruik (alcohol, drugs of medicijnen, bijna 9%) en stemmingsstoornissen (bijna 8%).

Ouderen (vanaf 65 jaar)¹⁹ lijken niet of nauwelijks te verschillen van volwassenen als het gaat om de totale prevalentie van psychische stoornissen²⁰. Ook valt niet uit te sluiten dat ouderen in principe dezelfde psychische stoornissen kunnen ontwikkelen als volwassenen²¹. Kenmerkend voor ouderen is echter de verhoogde kans op somatische comorbiditeit, functionele achteruitgang (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 verzorging of verpleging (care)²². Combinaties met andere doelgroepen liggen voor de hand.

Psychische stoornissen staan vaak niet op zichzelf. Ruim één op de drie volwassenen met een psychische stoornis heeft twee of meer stoornissen tegelijk en ook de combinatie met middelengebruik en verslavingsproblematiek komt in toenemende mate voor. Verder blijken psychische stoornissen vaak samen te gaan met lichamelijke klachten. Mensen met chronische lichamelijke problemen hebben bijvoorbeeld een tweemaal zo grote kans op een angst- of stemmingsstoornis als mensen zonder die klachten.

De zorgbehoefte is zeer heterogeen en varieert van zeer intensieve begeleiding, behandeling en bescherming (permanent of met tussenpozen) tot minder intensieve ondersteuning en begeleiding, gericht op handhaving van de (rest)vermogens en kwaliteit van leven.

Deze op care gerichte, langdurige (soms zeer intensieve) zorg wordt uitgevoerd door de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. In algemene zin wordt het essentieel geacht dat er een flexibel, gedifferen-

tieerd aanbod van verblijfs- en behandelvoorzieningen voor deze groep wordt ontwikkeld.

Mensen met verslavingsproblematiek

Verslaving wordt veelal opgevat als een stoornis die vergelijkbaar is met een chronische (psychiatrische) aandoening²³. Er is sprake van verslaving, als het gebruik van middelen leidt tot systematisch misbruik en (extreme) afhankelijkheid van 'het middel', wat ernstige beperkingen in het functioneren en/of lijdensdruk tot gevolg heeft. In algemene zin geldt dat naarmate het misbruik en de afhankelijkheid van middelen toenemen, de problematiek op andere levensterreinen eveneens toeneemt.

In het kader van het overlastbeleid, de opkomst van de sociale verslavingszorg en verzwaren van de problematiek (polygebruik en comorbiditeit) is er steeds meer aandacht voor specifieke doelgroepen waarvoor abstinentie niet meer het eerste (behandel)doel is en waarvoor specifiek aanbod is/wordt ontwikkeld. Het gaat om verslaafden met ernstige psychiatrische problematiek (dubbele diagnose), verslaafden met een justitiële problematiek (o.a. intramurale motivatiecentra), langdurige (overlast veroorzakende) verslaafden met chronische en complexe problematiek, 'zorgwekkende zorgmijders' en ouder wordende verslaafden met een somatische zorgbehoefte.

In de zorg voor verslaafden wordt niet of nauwelijks meer onderscheid gemaakt naar middelgebruik (alcohol, drugs e.d.), maar steeds meer naar ernst van de problematiek en het behandelperspectief (care versus care).

Mensen met een juridische maatregel en/of forensische problematiek

Het betreft mensen die –veelal– op grond van een juridische maatregel geïndiceerd zijn voor zeer intensieve,

¹⁹ De ouderenspsychiatrie heeft zich ontwikkeld tot een belangrijk aandachtsgebied binnen de algemene psychiatrie. Deze belangstelling hangt voor een deel samen met demografische ontwikkelingen, de vergrijzing. Belangrijk daarnaast is ook het groeiende besef dat gevolgen van veroudering van invloed zijn op het ontstaan, de aard en uitingsvorm en de behandeling van psychiatrische stoornissen bij ouderen.

²⁰ Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): Ouderenpsychiatrie. Advies over de zorg voor ouderen met psychische stoornissen. NRV, Zoetermeer (1995).

²¹ Sociaal Cultureel Planbureau (SCP): Rapportage ouderen 1998. Hoofdstuk 7 (hulp) bij psychische stoornissen.

²² Heeren, T.J., Kat, M.G., Stek, M.L. (red.): Handboek ouderenspsychiatrie. De Tijdstroom, Leusden (2001).

²³ Bouwman verslavingszorg. B.J.M. van de Wetering & Czyzewski: Visiedocument. Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg. Rotterdam, 2001.

structureerende behandeling, begeleiding en verblijf in een beveiligde setting. Vaak gaat het om delictgevaarlijke, zeer ernstig gedragsgestoorde of agressieve mensen. Voor sommigen van hen ontbreekt vrijwel ieder behandelperspectief en bestaat er blijvend gevaar voor zichzelf en/of anderen, waarvoor zeer langdurig verblijf en behandeling is geïndiceerd (longstay).

De AWBZ-gefinancierde (forensische) zorg²⁴ voor volwassenen omvat ambulante, semi- en intramurale hulp, aangeboden vanuit verschillende voorzieningen: forensisch-psychiatrische afdelingen (FPA), forensisch-psychiatrische klinieken (FPK), forensische verslavingskliniek (FVK), klinieken voor intensieve behandeling (KIB), afdelingen voor 'longstay' en de aan de TBS gelieerde poliklinieken en deeltijdbehandeling. Het forensische aanbod voor jeugdigen is nog volop in ontwikkeling en voltrekt zich in nauwe samenhang met justitiële jeugdinrichtingen. Vooralsnog beperkt het aanbod zich tot ambulante zorg en wordt alleen op experimentele basis klinisch aanbod ontwikkeld.

Overzicht doelgroepen

In deze bouwmaatstaven worden de volgende doelgroepen onderscheiden binnen de doelgroep 'mensen met een psychiatrische aandoening of (ernstige) psychosociale problematiek':

- kinderen en jeugdigen (< 18 jaar);
- volwassenen en/of ouderen zonder (ernstige) bijkomende problematiek, met een zorgbehoefte gericht op herstel;
- 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;
- mensen met verslavingsproblematiek;
- mensen met forensische problematiek.

Voor elk van deze groepen geldt dat de problematiek sterk varieert. Er kan sprake zijn van relatief 'lichte', enkelvoudige problematiek waarvoor doorgaans kortdurende interventies (op ambulante, poliklinische basis, kortdurend verblijf) afdoende zijn (cure). Of er kan juist sprake zijn van (zeer) ernstige, meervoudige problematiek waarvoor langdurig (en soms blijvend) verschillende vormen van zorg zijn geïndiceerd (care)²⁵.

Voor alle doelgroepen kan er sprake zijn van een 'gevaarscriterium' c.q. een juridische maatregel (RM, IBS, BOPZ, TBS e.d.), met als gevolg dat gedwongen verblijf en/of behandeling en intensieve zorg (met eventueel beveiliging) noodzakelijk wordt geacht.

²⁴ Buiten de reikwijdte van de WZV vallen de volgende voorzieningen: TBS-klinieken, psychische zorg binnen penitentiaire inrichtingen (individuele begeleidingsafdeling (IBA) en forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA).

²⁵ Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg (IOG): Modelprocedure 'Indicatieprocedure in de GGZ'. Utrecht (1997).

Tabel 7 Doelgroep Mensen met een psychiatrische aandoening of (ernstige) psychosociale problematiek

algemene eisen	<ul style="list-style-type: none"> • zo mogelijk gedeconcentreerd/ 'genormaliseerd' • maximale scheiding van verblijf en behandeling • ('fysieke') scheiding van doelgroepen met een contrasterend behandelperspectief (cure - care) • 'fysieke' scheiding van kinderen en andere doelgroepen 		
categorie	functie	ruimte	PM-posten
licht	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • rolstoelgebruik
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (nabij, op afroep beschikbaar) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • recreatie/ dagbesteding/ arbeidsvoorziening • ontmoetingscentrum/ inloop 	
zwaar	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf • afdelingsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • afzonderingsruimte/ separeervoorziening • extra vloeroppervlakte en afwerkingsniveau (KJP, WWA, gesloten setting) • topkoeling (gesloten setting en ouderen) • rolstoelgebruik
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • recreatie/ dagbesteding/ arbeidsvoorziening 	
beveiligd	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg 	
	verblijf	<ul style="list-style-type: none"> • individueel verblijf • kleinschalig groepsverblijf • afdelingsverblijf 	<ul style="list-style-type: none"> • rolstoelgebruik • afzonderingsruimte/ separeervoorziening • veiligheidsvoorzieningen • extra vloeroppervlakte (KJP) • topkoeling
	verzorging, verpleging en begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • zorgteam (continu aanwezig bij cliënten) 	
	begeleiding	<ul style="list-style-type: none"> • recreatie/ dagbesteding (op de afdeling) 	
	behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • medische en paramedische zorg 	

3.4 Zorginhoudelijke uitgangspunten voor de bouwkundige opzet (harmonisatie)

Uit de voorgaande doelgroepenbeschrijvingen zijn (gemeenschappelijke) factoren te destilleren die de aard en inhoud van de zorgvraag bepalen. Dit zijn onder meer:

- *de aard en/of ernst van de problematiek*: relatief 'lichte' enkelvoudige problematiek (zonder bijkomende problematiek op andere levensterreinen) versus 'zware', meervoudig complexe problematiek (zich uitstrekkend over verschillende levensterreinen);
- *comorbiditeit* (raakvlakproblematiek): te denken valt aan ouderen met ernstige psychosociale problemen, psychische stoornissen gecombineerd met verslavingsproblematiek, psychogeriatric en somatische problematiek e.d.;
- *de duur van de zorgbehoefte*: kortdurend, intermitterend of langdurend (eventueel permanent);
- *eigen regie/ zelfredzaamheid*; lichamelijk, geestelijk, maatschappelijk (ouderen - dementie; zelfstandig wonen - beperkingen);
- *behandelperspectief (care, cure)*: gericht op verbetering of herstel (cure), gericht op leren omgaan met de gevolgen van een aandoening en de 'restverschijnselen' (revalidatie, rehabilitatie), dan wel gericht op stabilisatie, beperken van de nadelige gevolgen, kwaliteit van leven (care);
- *'gevaars criterium' c.q. juridische maatregelen*: met als gevolg dat er sprake is van gedwongen verblijf en/of behandeling (BOPZ, TBS e.d.), waarvoor intensieve zorg (inclusief beveiliging) noodzakelijk wordt geacht.

3.4.1 Zorginhoudelijke uitgangspunten voor de bouwkundige opzet van (verblijfs)voorzieningen

De benodigde (verblijfs)voorzieningen kunnen aan de hand van twee gezichtspunten worden gestructureerd:

1. naar de aard van de *zorgvraag/-behoefte(n) en wensen van de cliënt* (cliëntperspectief) en het daarvan afgeleide *behandeldoel c.q. begeleidingsdoel*. Bij de ene cliënt kan bijvoorbeeld de nadruk

liggen op het 'wonen', terwijl bij de andere cliënt de nadruk meer kan liggen op behandeling, verpleging, begeleiding en/of verzorging en bescherming. De zorg is gericht op verbetering (cure) dan wel op stabilisatie van de problematiek en kwaliteit van leven (care);

2. naar *zorgintensiteit*, oftewel naar de mate van verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en bescherming (ambulant, 'outreaching', poliklinisch, deeltijdbehandeling en/of klinische zorg in een open, besloten of gesloten setting, kortdurend dan wel langdurend).

Rekening houdend met deze twee gezichtspunten zijn voor de voorzieningen drie categorieën te onderscheiden, te weten: de categorieën licht, zwaar en beveiligd. Daarnaast zijn er verschillende vormen van verblijf mogelijk, namelijk individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en/of afdelingsverblijf. In onderstaande beschrijvingen wordt aangegeven hoe de huisvesting in de onderscheiden categorieën er uit kan zien. Voor de basiskwaliteitseisen wordt verwezen naar het volgende hoofdstuk.

Categorie licht

(voor alle doelgroepen, die vooral een beroep doen op begeleiding, verzorging en/of verpleging)

Voor de categorie licht wordt uitgegaan van:

- een open setting (eventueel afsluitbaar voor mensen met een psychogeriatric aandoening);
- verblijfsvormen:
 - A. individueel verblijf (1 of eventueel 2 personen): wooneenheden/ appartementen,
 - B. kleinschalig groepsverblijf (3 - 6 personen): individuele zit-/slaapkamer met individueel/ gezamenlijk sanitair;
- het zorgteam is niet permanent aanwezig bij de cliënten, maar is wel op afroep beschikbaar;
- mogelijkheden voor ondersteunende, activerende begeleiding en behandeling zijn afhankelijk van de doelgroep (gescheiden van het verblijf) beschikbaar (recreatie, ontmoeting/ inloop - eventueel in de vorm van een gezamenlijke huiskamer-, dagbesteding- of arbeidsvoorziening);
- afstootbaar (zoveel mogelijk aansluitend op reguliere woningbouw of door huur).

PM-posten:

- voor mensen met een lichamelijke handicap, respectievelijk ernstige lichamelijke beperkingen kan een centraal gelegen (gezamenlijke) badkamer worden gerealiseerd.

Categorie zwaar

(voor alle doelgroepen, die vooral beroep doen op intensieve verpleging, behandeling en/of activerende begeleiding)

Voor de categorie zwaar wordt uitgegaan van:

- een open, besloten en/of gesloten setting;
- verblijfsvormen:
 - A. individueel verblijf (1, of eventueel 2 cliënten), wooneenheden/ appartementen
 - B. kleinschalig groepsverblijf (3 - 6 cliënten), individuele zit-/slaapkamer met individueel/gezamenlijk sanitair;
 - C. afdelingsverblijf (maximaal 10 cliënten), individuele zit-/slaapkamer met individueel sanitair.
- het zorgteam is continu in de buurt van de cliënten aanwezig, dan wel beschikbaar voor cliënten;
- mogelijkheden voor ondersteunende, activerende begeleiding en behandeling zijn (gescheiden van het verblijf) aanwezig (recreatie, ontmoeting/ inloop - eventueel in de vorm van een gezamenlijke huiskamer-, dagbesteding- of arbeidsvoorziening). Indien sprake is van een besloten/ gesloten setting of van doelgroepen met zeer ernstige somatische problematiek of meervoudig (verstandelijk) gehandicapten, omvat het verblijfsareaal doorgaans tevens ruimten voor ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling;

PM-posten:

- voor mensen met een lichamelijke handicap of met ernstige lichamelijke beperkingen kan een centraal gelegen (gezamenlijke) badkamer worden gerealiseerd;
- snoezelruimte voor mensen met een verstandelijke handicap of mensen met een psychogeriatrische aandoening;
- afzonderings-/ separeerruimten in geval van een besloten/ gesloten setting;
- extra vloeroppervlakte voor specifieke doelgroepen, waaronder specifieke somatische aandoeningen.

Categorie beveiligd

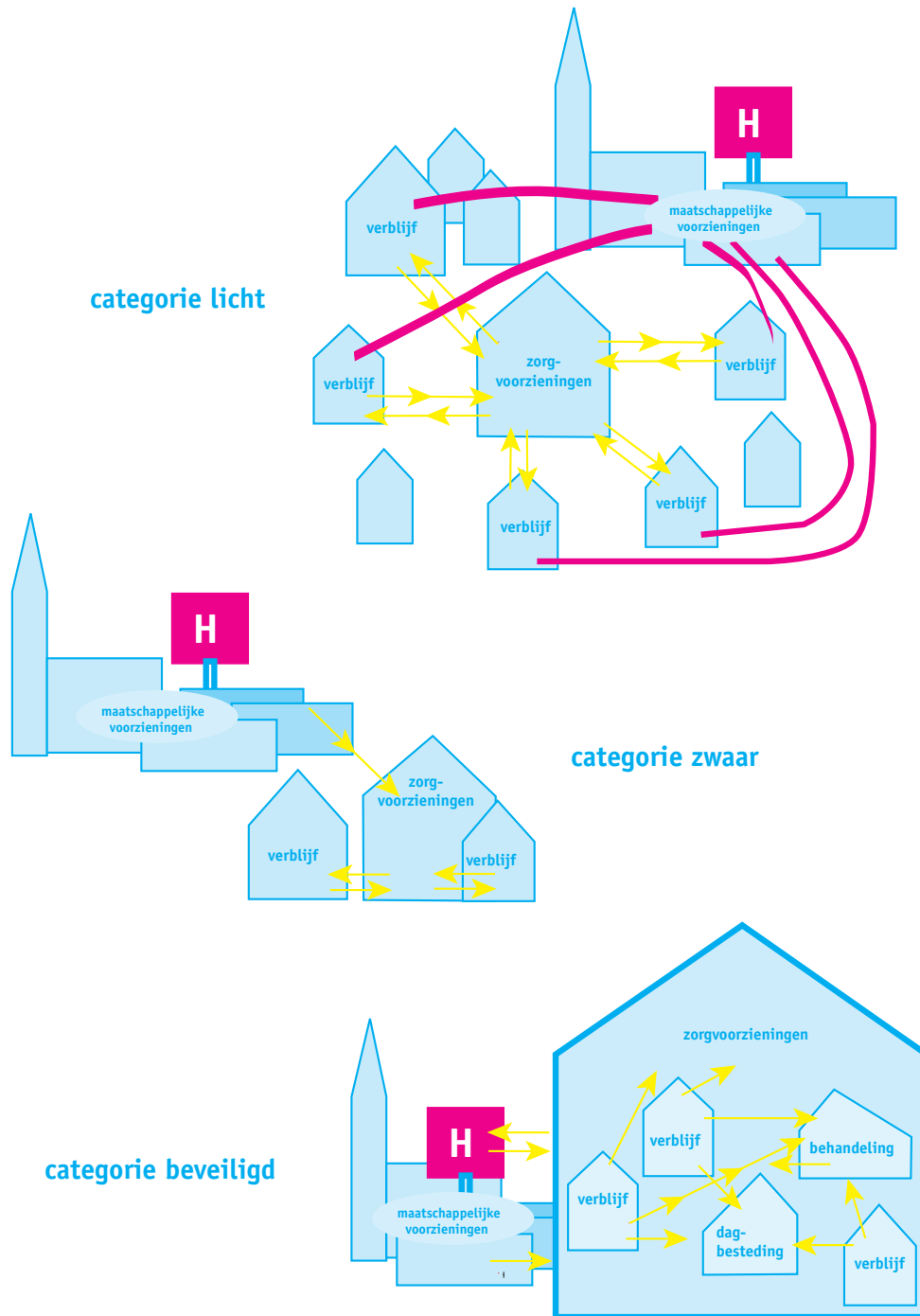
(voor mensen met een verstandelijke handicap of psychiatrische aandoening, beveiliging vanwege ernstige gedragsstoornissen of forensische problematiek)

Voor de categorie beveiligd wordt uitgegaan van:

- een besloten en/of gesloten setting;
- verblijfsvormen:
 - A. individueel verblijf (1 of 2 cliënten),
 - B. kleinschalig groepsverblijf (3 - 6 cliënten),
 - C. afdelingsverblijf (maximaal 10 cliënten);

PM-posten:

- voor mensen met een lichamelijke handicap of met ernstige lichamelijke beperkingen kan een centraal gelegen (gezamenlijke) badkamer worden gerealiseerd;
- afzonderings-/ separeerruimten;
- extra vloeroppervlakte voor specifieke doelgroepen;
- specifieke veiligheidsmaatregelen (o.a. justitie).



Afb. A Onderlinge positionering gebouwmodules voor drie categorieën verblijf

De gebouwmodules voor de verblijfsfunctie en de functies ondersteunende en activerende begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten zijn per AWBZ-verblijfscategorie op verschillende wijzen ten opzichte van elkaar gepositioneerd:

- schema voor de categorie licht met scheiding van verblijf en niet-verblijfsfuncties;
- schema voor de categorie zwaar met verblijf en niet-verblijfsfuncties in afzonderlijke gebouwmodules op één locatie;
- schema voor categorie beveiligd met verblijf en niet-verblijfsfuncties binnen een beveiligd gebied gelegen op één locatie.

Tabel 8 Samenvattend overzicht van de aandachtspunten voor doelgroepen, functies en categorieën

functie	doelgroep	categorie		
		licht <i>(alle doelgroepen) vooral begeleiding, verpleging of verzorging</i>	zwaar <i>(alle doelgroepen) vooral verpleging, behandeling en activerende begeleiding</i>	beveiligd <i>(verstandelijke handicap/ psychiatrische aandoening)</i>
alle functies	alle doelgroepen	(elektrische) rolstoeltoegankelijk opstel- en oplaadruimten ruimten voldoen aan Arbo-eisen gebruik en opstelruimte tilliften leef-/woonwonderzoek privacy deconcentratie en 'genormaliseerd'		
	psychogeriatrische aandoening	afsluitbaarheid herkenbaarheid/ zichtlijnen		
	verstandelijke handicap	volwaardig werk of dagbesteding		
	zintuiglijke handicap	lay-out, akoestiek, verlichting aangepast tactiele waarneming		
verblijf	alle doelgroepen	<ul style="list-style-type: none"> • individueel (1 of 2) • groepsverblijf (3-6) 	<ul style="list-style-type: none"> • individueel (1 of 2) • groepsverblijf (3-6) • afdelingsverblijf (max. 10) 	<ul style="list-style-type: none"> • individueel (1 of 2) • groepsverblijf (3-6) • afdelingsverblijf (max. 10)
	somatische aandoening		extra vloeropp. i.v.m. specifieke aandoening	
	psychogeriatrische aandoening			
	verstandelijke handicap		extra vloeropp. i.v.m. specifieke handicaps	beveiliging
	lichamelijke handicap	centrale badkamer		
	psychiatrische aandoening		beveiliging extra vloeropp. specifieke doelgroep of gesloten setting	extra vloeropp. jeugd
verzorging, verpleging, begeleiding	alle doelgroepen	zorgteam (nabij/ op afroep beschikbaar)	zorgteam (continu aanwezig bij / beschikbaar voor cliënten)	zorgteam (continu aanwezig bij cliënten)

functie	doelgroep	categorie		
		licht <i>(alle doelgroepen) vooral begeleiding, verpleging of verzorging</i>	zwaar <i>(alle doelgroepen) vooral verpleging, behandeling en activerende begeleiding</i>	beveiligd <i>(verstandelijke handicap/ psychiatrische aandoening)</i>
begeleiding	alle doelgroepen	recreatie, ontmoetingsruimte, inloopcentrum activiteitenbegeleiding, werk of dagbesteding	recreatie, ontmoetingsruimte, inloopcentrum activiteitenbegeleiding, werk of dagbesteding	activiteitenbegeleiding/ werk of dagbesteding
	somatische aandoening		extra vloeropp. dagbesteding jongeren	
	psychogeriatrische aandoening		snoezelruimte	
	verstandelijke handicap		snoezelruimte	
	psychiatrische aandoening		recreatie/ dagbesteding op afdeling (besloten/ gesloten setting)	recreatie/ dagbesteding op afdeling (besloten/ gesloten setting)
behandeling	alle doelgroepen		medische en paramedische zorg	medische en paramedische zorg
	somatische aandoening		extra vloeropp. voor reactivering extra vloeropp. voor klinisch psycholoog i.v.m. AIDS	
	psychiatrische aandoening		psychosociale zorg op afdeling (besloten/ gesloten setting)	psychosociale zorg op afdeling (besloten/ gesloten setting)

4 Basiskwaliteitseisen

4.1 Inleiding

De basiskwaliteitseisen hebben betrekking op de essentiële, meest kwaliteitsbepalende functies van een voorziening. Een voorziening voor verblijf moet worden ontworpen op basis van de zorginhoudelijke uitgangspunten die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven. In dit hoofdstuk zijn de basiskwaliteitseisen vastgelegd. Zij geven aan waar een voorziening minimaal aan moet voldoen.

Analoog aan de indeling in het Bouwbesluit worden de basiskwaliteitseisen beschreven op verschillende niveaus, te weten de locatie, de huisvesting, de condities (waaronder de belevingsaspecten van de verblijfsomgeving) en de veiligheid.

De basiskwaliteitseisen in deze maatstaven hebben op het niveau van de verblijfsvoorziening, de afdeling, de kamer en de voorzieningen voor ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling voornamelijk het karakter van 'gesloten' normen. Gesloten normen zijn meetbaar en worden bij voorbeeld geformuleerd in termen van afmetingen en technische specificaties van bouwdelen.

De basiskwaliteitseisen die het karakter hebben van gesloten normen, worden gehanteerd als harde eisen. Over die eisen kan niet worden onderhandeld. Een bouwplan moet aan deze eisen voldoen, wil er een vergunning voor kunnen worden afgegeven.

De basiskwaliteitseisen ten aanzien van de locatie, de condities en de beleving van de verblijfsomgeving zijn voornamelijk als 'open' normen geformuleerd. Dit houdt in dat deze algemene basiskwaliteitseisen niet geformuleerd zijn in meetbare termen. Voor aan de locatie van zorgvoorzieningen te stellen algemene eisen wordt verwezen naar de bouwmaatstaven terreingrootte. Voor de hygiënische omstandigheden en de klimatologische condities wordt verwezen naar de bouwmaatstaven binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector.

De basiskwaliteitseisen voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen zijn in aparte bouwmaatstaven opgenomen.

Voor veiligheid en arbeidsomstandigheden wordt (mede) verwezen naar regelgeving van derden, zoals het Bouwbesluit en de Arbowet. Deze basiskwaliteitseisen vormen hierop een aanvulling.

De basiskwaliteitseisen zijn in de volgende paragrafen uitgeschreven. Er is een onderscheid gemaakt in algemene basiskwaliteitseisen (paragraaf 4.2) en specifieke basiskwaliteitseisen. Er zijn specifieke basiskwaliteitseisen geformuleerd voor de functie verblijf (paragraaf 4.3), de functies begeleiding en behandeling en de ondersteunende functies (paragraaf 4.4) en de condities (paragraaf 4.5).

4.2 Algemene basiskwaliteitseisen

De algemene basiskwaliteitseisen, die hieronder worden beschreven, gelden voor alle AWBZ-voorzieningen in deze bouwmaatstaven. Zoals reeds in de inleiding is vermeld, hebben de algemene basiskwaliteitseisen voornamelijk het karakter van open normen. De algemene basiskwaliteitseisen voor toegankelijkheid hebben een gesloten karakter. Afhankelijk van de concrete context, de omstandigheden waarin een AWBZ-voorziening wordt gerealiseerd, moet aan deze algemene basiskwaliteitseisen meer of minder gewicht worden toegekend. In alle gevallen zullen initiatiefnemers in hun toelichting op aanvragen om een verklaring of goedkeuring van het schetsontwerp moeten aangeven in hoeverre het ingediende plan aan deze algemene basiskwaliteitseisen voldoet. Indien niet aan de algemene basiskwaliteitseisen wordt voldaan, moet worden toegelicht waarom dat zo is.

4.2.1 Woonwensenonderzoek en privacy

In de gemoderniseerde AWBZ bepalen cliënten zelf waar zij de zorg in natura willen ontvangen. In AWBZ-voorzieningen is vaak sprake van langdurig verblijf. Mensen die zijn aangewezen op AWBZ-voorzieningen voor langdurig verblijf moeten in de gelegenheid worden gesteld om via een woonwensenonderzoek hun individuele woonwensen kenbaar te maken. Uiteraard moeten hen in zo'n woonwensenonderzoek zorginhoudelijk verantwoorde en realistische, financieel haalbare keuzemogelijkheden worden voorgehouden. Instellingen moeten bij hun aanvraag om een verklaring mede een woonwensenonderzoek overleggen. Het over te leggen woonwensenonderzoek is maximaal drie jaar oud. Er wordt van uitgegaan dat bouwinitiatieven die in procedure worden gebracht de instemming hebben van de cliëntenraad.

Privacy is in alle voorzieningen voor verblijf, en in het bijzonder in de voorzieningen voor langdurig verblijf, een belangrijk aandachtspunt. Daarbij gaat het om de aanwezigheid van eenpersoonskamers, sanitaire voorzieningen en de route daarheen, de bereikbaarheid van de afdeling, enz.

Bij alle soorten van verblijf is sprake van eenpersoonskamers met kamergebonden sanitair. Hierop zijn de volgende uitzonderingen mogelijk:

- afdelingsverblijf in de categorie zwaar: bij cliënten met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening is het mogelijk een beperkt aantal (1 of 2) tweepersoonskamers (opsplitsbaar in volwaardige eenpersoonskamers) per afdeling en sanitair voor één, dan wel maximaal 2 personen te realiseren;
- kleinschalig groepsverblijf in alle categorieën: het is mogelijk minder sanitair per groep te realiseren. Eén sanitaire unit (douche en toilet) per maximaal 4 plaatsen is toegestaan;
- in voorzieningen voor kinderen en jeugdigen met een psychiatrische aandoening kan worden uitgegaan van groepssanitair (eveneens sanitaire units per 4 plaatsen).

4.2.2 Bereikbaarheid

In het kader van de vermaatschappelijking moet worden uitgegaan van deconcentratie van AWBZ-voorzieningen, zodanig, dat deze voorzieningen centraal in het verzorgingsgebied zijn gelegen (dichtbij de doelgroep, in een 'genormaliseerde' omgeving) en met openbaar vervoer goed bereikbaar zijn. Cliënten moeten bij voorkeur gebruik kunnen maken van voorzieningen in de buurt. De locatie en situering van AWBZ-voorzieningen moeten aansluiten bij het verblijfs- en behandeldoel voor de betrokken cliënten. Als bijvoorbeeld wordt gekozen voor het onderbrengen van AWBZ-functies in een woonwerkboerderij, gelden uiteraard andere bereikbaarheidseisen dan voor een grootschaliger voorziening voor verblijf voor mensen met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening in de stad.

Waar in deze algemene basiskwaliteitseis wordt gesproken over een goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer, wordt zulks gemeten naar de vervoersfrequentie en de afstand tot de halte. Aan deze eis van goede bereikbaarheid wordt in de regel voldaan indien een AWBZ-voorziening voor verblijf op een geografisch/ demografisch zwaartepunt in haar verzorgingsgebied is gelegen.

4.2.3 Toegankelijkheid

Het terrein en de entrees van gebouwen waar cliënten verblijven, zijn voor cliënten, bezoekers en medewerkers goed toegankelijk. Taxi's en ambulances moeten tot vlakbij de hoofdingang kunnen komen. De toegang tot een voorziening voor verblijf voldoet aan de eisen uit het Handboek voor Toegankelijkheid c.q. het Bouwbesluit. Bij tourniquets of carrouseldeuren is een extra draai- of schuifdeur aanwezig.

Voor hoofdverkeersruimten, trappen en liften gelden de eisen voor de woonfunctie uit het Bouwbesluit. Dit houdt onder meer in dat hoofdverkeersruimten ten minste 1,20 m breed zijn.

In een AWBZ-voorziening waar krachtens het Bouwbesluit een toegankelijkheidssector aanwezig is²⁶, zijn alle verkeersruimten waar cliënten gebruik van

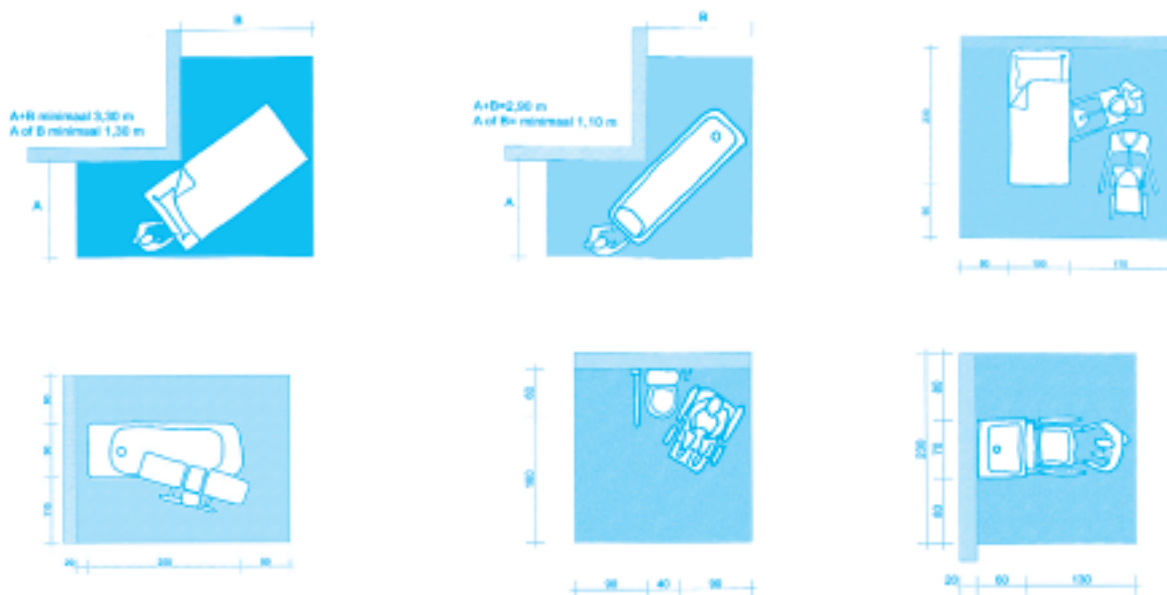
²⁶ Hiervan is sprake bij een gebruiksovervlakte van meer dan 500 m².

Tabel 9 Basiskwaliteitseisen toegankelijkheid

omschrijving van de ruimte	minimumeis
<i>vrije breedte verkeersruimten (tussen de leuning):</i> <ul style="list-style-type: none"> • in geval van frequent rolstoelverkeer • in geval van rolstoel- en (incidenteel) beddenverkeer, mits passagemogelijkheden aanwezig zijn op een onderlinge afstand van ten hoogste 8,00 m • idem, indien dit laatste niet het geval is • naar separeervoorzieningen • in beveiligde voorzieningen 	1,60 m 1,60 m 2,00 m 1,80 m 2,00 m
<i>vrije doorgangsbreedte naar ruimten waar cliënten komen:</i> <ul style="list-style-type: none"> • algemeen, uitgaande van rolstoeltoegankelijkheid • in geval van bedtoegankelijkheid 	0,85 m 1,10 m

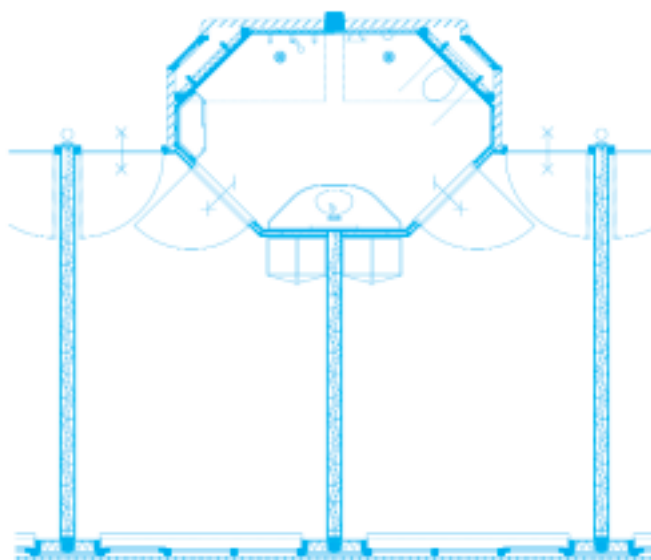
maken rolstoeltoegankelijk. In die ruimten moeten rolstoelgebruikers elkaar kunnen passeren en moeten draaimogelijkheden voor rolstoelen aanwezig zijn (draaicirkel met een diameter van 1,50 m).

In tabel 9 zijn de basiskwaliteitseisen met betrekking tot de toegankelijkheid van AWBZ-voorzieningen samengevat, voorzover deze consequenties heeft voor de breedte van ruimten of van doorgangen naar ruimten. Daarnaast moet in bedtoegankelijke ruimten (zit-/slaapkamers en huiskamers) rekening worden gehouden met de mogelijkheid van indraaien met een bed. De eis van bedtoegankelijkheid geldt voor verblijfsvoorzieningen ten behoeve van cliënten met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke handicap of een meervoudige handicap. In de zit-/slaapkamers, huiskamers en sanitaire ruimten van die voorzieningen is het gebruik van een rolstoel, tilapparatuur en een douchebrancard mogelijk en moet aan cliënten van twee zijden begeleiding of verpleging kunnen worden geboden.



Afb. B Rolstoeltoegankelijkheid, bedtoegankelijkheid

- minimaal benodigde ruimte voor het maken van een bocht met een verpleegbed
- minimaal benodigde ruimte voor het maken van een bocht met een douchebrancard
- minimaal benodigde vrije ruimte rond het bed, ruimte voor het personeel inbegrepen
- minimaal benodigde ruimte rondom een ligbad
- minimaal benodigde ruimte bij rolstoeltoegankelijk sanitair
- minimaal benodigde ruimte bij rolstoeltoegankelijk sanitair



Afb. C Rolstoeltoegankelijk sanitair

In deze douchebrancard-toegankelijke sanitaire ruimte is binnen een trapeziumvormige plattegrond een goede indeling bereikt door een weloverwogen plaatsing van het sanitair. In deze opzet met afgeschuinde wanden is assistentie met twee personen mogelijk.

Voor eisen ten aanzien van het overbruggen van hoogteverschillen wordt verwezen naar het Bouwbesluit. Voor liften ten behoeve van het vervoer van cliënten in de categorieën zwaar en beveiligd bedragen de inwendige afmetingen van de liftkooi ten minste 1,40 bij 2,40 m (beddenlift). Van de liften ten behoeve van vervoer van cliënten in de categorie licht voldoet ten minste één lift eveneens aan deze eisen; van de overige liften bedragen de inwendige afmetingen van de liftkooi ten minste 1,05 bij 2,05 m (brancardlift). Indien meer dan 60 cliënten op (de) verdieping(en) zijn ondergebracht, zijn ten minste twee liften aanwezig.

Bij de opzet van voorzieningen wordt altijd rekening gehouden met de mogelijkheid van gebruik door mindervaliden. Ontwerpen zijn aanpasbaar voor gebruik door mindervaliden wanneer daarin rekening wordt gehouden met manoeuvreer- en opstelruimte voor rolstoelen, niveaueverschillen worden vermeden dan wel ruimte is gereserveerd voor een lift, en bijvoorbeeld ramen en deuren gemakkelijk te bedienen zijn. Rolstoelgebruikers moeten elkaar in de voor cliënten toegankelijke verkeersruimten kunnen passeren. In voorzieningen voor verblijf is, afhankelijk van de doelgroep, stallingsmogelijkheid aanwezig voor oplaadbare rolstoelen en scootmobielen.

4.2.4 Scheiding van functies en doelgroepen

In principe worden voorzieningen voor langdurig verblijf en voorzieningen voor ondersteunende en activerende begeleiding en behandeling van elkaar gescheiden. Voorzover sprake is van een gesloten of besloten setting, van beveiligd verblijf of van voorzieningen voor mensen met een ernstige somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening of een meervoudige handicap, zijn de verblijfsfunctie en de begeleidings- en behandelingsfunctie echter dusdanig verweven, dat scheiding van die functies niet altijd mogelijk en soms vanuit zorginhoudelijk oogpunt ongewenst is. Scheiding van die functies zou voor deze doelgroepen de inzet van vervoermiddelen of extra begeleidingspersoneel noodzakelijk maken.

Scheiding van doelgroepen betreft het niet vermengen van bepaalde cliëntengroepen in één gebouwdeel dan wel in een kleinschalig groepsverblijf of afdelingsverblijf. Bijvoorbeeld doelgroepen met contrasterende verblijfsredenen en/of behandeldoelen ('cure' versus 'care'), kinderen en/of jeugdigen mengen met volwassenen, verslaafden gecombineerd huisvesten met andere doelgroepen en psychogeriatrische cliënten onderbrengen tezamen met andere doelgroepen.

4.2.5 Flexibiliteit

Gelet op de in hoofdstuk 3 geschetste ontwikkelingen binnen de AWBZ is het van groot belang dat in nieuw te realiseren AWBZ-voorzieningen voldoende flexibiliteit wordt ingebouwd om tijdig in te kunnen spelen op ontwikkelingen en wijzigingen in de zorgvraag.

Bij flexibiliteit kan een onderscheid worden gemaakt in externe flexibiliteit en interne flexibiliteit. Daarnaast bestaan ook gebruiksflexibiliteit en afstoftingsflexibiliteit²⁷.

Externe flexibiliteit (aanbouwflexibiliteit) heeft betrekking op de beschikbare mogelijkheden voor uitbreiding van voorzieningen, in het bijzonder voor de functies verblijf en behandeling.

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.

Interne flexibiliteit (indelingsflexibiliteit) houdt in dat rekening wordt gehouden met mogelijkheden om een gebouw ruimtelijk aan te passen en/of ruimten daarin te herbestemmen. Belangrijke aspecten zijn daarbij de stramienmaten waarop de plattegronden van het gebouw zijn ontwikkeld en de maatvoering van kamers (bijvoorbeeld zowel te bestemmen voor zit-/slaapkamer als voor werkplek), de constructiewijze (vrijdragend) en de gevelindeling (plaatsing van de ramen).

Gebruiksflexibiliteit heeft betrekking op de mogelijkheid om het gebruik van een ruimte te wijzigen zonder noodzaak om die ruimte te verbouwen.

²⁷ Nicolai, ir. R., en ing K.H. Dekker: *Flexibiliteit als bouwstrategie voor een veranderende gezondheidszorg*. Utrecht 1991.

Afstotingsflexibiliteit heeft betrekking op de mogelijkheid gebouwdelen te slopen zonder dat de samenhang van de te handhaven gebouwdelen nadelig wordt beïnvloed en met een minimum aan overlast.

Voorzieningen zijn in beginsel geschikt voor gebruik door meer dan één doelgroep dan wel relatief eenvoudig en tegen geringe kosten geschikt te maken voor andere doelgroepen en/of voor andere functies. In het bijzonder voorzieningen voor verblijf zijn, waar mogelijk, geschikt (of geschikt te maken op basis van het principe van omkeerbaar bouwen, zie ook deel II) voor gebruik door verschillende doelgroepen en bovendien gemakkelijk afstootbaar. Zeker bij langdurig verblijf is het van belang dat voorzieningen voor verblijf levensloopbestendig zijn, omdat, als gevolg van het ouder worden van cliënten, rekening moet worden gehouden met een verzwaring van de zorgvraag.

Dat betekent dat in alle gevallen (indien bouw in eigendom plaatsvindt) sprake moet zijn van flexibel, aanpasbaar bouwen. Bij het indienen van een bouw-aanvraag wordt de instelling dan ook verzocht op basis van een variantenstudie aan te geven in welke mate van flexibiliteit sprake is.

4.2.6 Belevingsaspecten ('healing environment')

De belevingskwaliteit van gebouwen en de omgeving en buitenruimte hebben effect op de gezondheid, het welbevinden en het gedrag van cliënten (en van medewerkers, zorgverleners en therapeuten). Dit is aangetoond in vele onderzoeken die de afgelopen jaren in binnen- en buitenland op dit terrein zijn verricht. De resultaten van deze onderzoeken hebben ook in de zorgsector geleid tot een toegenomen aandacht voor omgevingspsychologische aspecten van gebouwen. Daar komt bij dat wensen van cliënten steeds belangrijker worden.

Het welzijn van cliënten en bezoekers wordt volgens bedoelde studies 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 wensen van cliënten en familieleden;
- een relatie heeft met de buitenwereld (zo mogelijk is ook een buitenruimte beschikbaar);
- 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 voorziening voor verblijf 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, daglichttoetreding, uitzicht, verlichting, akoestische aspecten en het binnenklimaat.

4.3 Basiskwaliteitseisen voor verblijf

Bij de functie verblijf is een onderscheid te maken in drie concepten: individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf (zie hoofdstuk 3). Eerst worden in deze paragraaf voor de onderscheiden categorieën zorgvragers (licht, zwaar en beveiligd) de basiskwaliteitseisen voor de functie verblijf beschreven. Aansluitend worden basiskwaliteitseisen geformuleerd voor de functies begeleiding en behandeling en ondersteunende diensten (paragraaf 4.4) en voorts voor de condities (paragraaf 4.5).

4.3.1. Algemene basiskwaliteitseisen voor de categorieën licht, zwaar en beveiligd

In deze subparagraaf worden de (algemene) basiskwaliteitseisen geformuleerd voor alle voorzieningen voor verblijf in de onderscheiden categorieën licht zwaar en beveiligd.

Categorie licht

- in de categorie licht hebben voorzieningen voor verblijf een open karakter (een open setting), met dien verstande dat voorzieningen voor verblijf voor

mensen met een psychogeriatrische aandoening afsluitbaar moeten zijn;

- in kleinschalige groepsverblijven is een mindervalidenkamer met aangepast sanitair aanwezig of moet zo'n kamer eenvoudig, zonder noemenswaardige kosten gerealiseerd kunnen worden;
- in kleinschalige groepsverblijven is een rookruimte aanwezig.

Categorie zwaar

- in de categorie zwaar hebben voorzieningen voor verblijf een open, besloten of gesloten karakter (een open, besloten of gesloten setting). Voorzieningen voor verblijf voor mensen met een psychogeriatrische aandoening moeten in alle gevallen afsluitbaar zijn;
- kleinschalige groepsverblijven en afdelingsverblijven beschikken over een rookruimte;
- afdelingsverblijven (in zowel open, besloten als gesloten setting) beschikken daarnaast over een multifunctionele ruimte;
- als sprake is van een gesloten setting hebben afdelingsverblijven een buitenruimte.

Categorie beveiligd

- in de categorie beveiligd hebben voorzieningen voor verblijf een gesloten of besloten karakter;
- voorts is met het oog op continu toezicht in deze voorzieningen per afdeling een ruimte voor het zorgteam aanwezig;

- in afdelingsverblijven zijn ruimten voor recreatie (ontmoeting/inloop), dagbesteding (al of niet arbeidsmatig) en behandeling aanwezig;
- afdelingsverblijven beschikken daarnaast over een multifunctionele ruimte;
- kleinschalige groepsverblijven en afdelingsverblijven beschikken voorts over een rookruimte;
- gesloten afdelingen voor kinderen en jeugdigen beschikken over voldoende speelruimte;
- als sprake is van een gesloten setting hebben afdelingsverblijven een buitenruimte.

4.3.2 Basiskwaliteitseisen voor verblijf ten behoeve van de categorie licht

In tabel 10 zijn de basiskwaliteitseisen voor de functie verblijf ten behoeve van de categorie licht samengevat. In voorzieningen voor de categorie licht is geen sprake van afdelingsverblijf.

De harmonisatiecriteria voor de categorie licht zijn zodanig gekozen, dat de voorgeschreven minimale oppervlakte per plaats geschikt/ toereikend is voor 80% van de mensen die op voorzieningen voor verblijf in deze categorie zijn aangewezen. Er is voor een 80%-harmonisatiecriterium gekozen, omdat ook in het Bouwbesluit een geldigheidspercentage van 80% wordt aangehouden.

Tabel 10 Ruimtelijke basiskwaliteitseisen functie verblijf (categorie licht)

omschrijving van de ruimte	min. nuttige opp. in m ²	opmerkingen
individueel verblijf eenpersoonsappartement ¹ (inclusief sanitair ²)	45 ¹	Bruto vloeroppervlakte appartement 'sec' circa 55 m ² . ³
kleinschalig groepsverblijf eenpersoonskamer idem, voor cliënt met verminderde mobiliteit ⁵ gemeenschappelijke ruimten, per cliënt	12 ⁴ 15 ⁵ 8	breedte minimaal 2,70 m Betreft huiskamer, rookruimte, hobby-ruimte.
sanitaire ruimte	PM ⁶	

- 1) In de berekening van de maximaal toegestane investeringskosten per plaats (zie hoofdstuk 5) is ervan uitgegaan, dat doorgaans enkele tweepersoonsappartementen aanwezig zijn (de nuttige oppervlakte van het appartement is dan 15 m² groter in verband met het realiseren van een tweede slaapkamer). In de praktijk worden hiervoor in de plaats ook wel twee eenpersoonskamers samengevoegd.
- 2) In voorzieningen voor verblijf voor cliënten met een verminderde mobiliteit moet deze sanitaire ruimte geschikt zijn voor gebruik van rolstoel en douchebrancard, waar assistentie door twee personen mogelijk is.
- 3) Hier is de oppervlakte bedoeld zonder gemeenschappelijke verkeersruimten e.d. binnen het verblijfsareaal. Voor een appartement voor verblijf voor mensen met een lichte somatische en/of psychogeriatrische aandoening wordt uitgegaan van een bruto vloeroppervlakte van 66 m² per plaats. Deze oppervlakte geniet de voorkeur uit een oogpunt van levensloopbestendigheid. Voor een appartement voor verblijf voor mensen met een lichamelijke handicap wordt uitgegaan van 76 m² bruto per plaats (inclusief inloopcentrum c.q. steunpunt).
- 4) Voor eenpersoonskamers geldt een basiskwaliteitseis van 10 m² in geval van 'genormaliseerd wonen in de wijk', bijvoorbeeld bij gebruik van bestaande woningen (met name voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren en mensen met een psychiatrische aandoening) en in geval van logeervoorzieningen.
- 5) Deze eenpersoonskamer heeft een vrije oppervlakte van ten minste 3,20 x 3,50 m. De resterende ruimte telt slechts mee voorzover deze ten minste 2,00 m breed is. Eventuele tweepersoonskamers (die splitsbaar moeten zijn) zijn te realiseren door samenvoeging van twee eenpersoonskamers.
- 6) In voorzieningen voor verblijf voor cliënten met een verminderde mobiliteit wordt deze ruimte uitgevoerd als een rolstoeldouche/-toilet waar assistentie door twee personen mogelijk is. Voor deze doelgroepen moet voorts per groep een sanitaire ruimte aanwezig zijn die met een douchebrancard toegankelijk is, die zelfstandig door cliënten te gebruiken is en waar assistentie door twee personen mogelijk is.

4.3.3 Basiskwaliteitseisen voor de functie verblijf ten behoeve van de categorie zwaar

In de volgende tabel zijn de basiskwaliteitseisen voor de functie verblijf ten behoeve van de categorie zwaar samengevat. Voorzieningen voor individueel en kleinschalig groepsverblijf voor de categorie zwaar maken doorgaans deel uit van een groter geheel. Dat is altijd

het geval als sprake is van een besloten/ gesloten setting.

In de categorie zwaar is de differentiatie in doelgroepen groter dan in de categorie licht. Voor verschillende doelgroepen binnen deze categorie zijn op zorginhoudelijke gronden zeer uiteenlopende huisvestingseisen te stellen. Daarom is het niet realistisch voor deze categorie eenzelfde harmonisatiecriterium (het 80%-criterium) aan te houden als voor de categorie licht.

Tabel 11 Ruimtelijke basiskwaliteitseisen functie verblijf (categorie zwaar)

omschrijving van de ruimte	min. nuttige opp. in m ²	opmerkingen
individueel verblijf zit-/slaapkamer sanitaire ruimte	22 ² PM ³	Exclusief sanitair.
kleinschalig groepsverblijf eenpersoonskamer ¹ gemeenschappelijke ruimten, per cliënt: sanitaire ruimte	15 ² 9 ⁴ PM ³	Exclusief sanitair. (Ook voor cliënt met verminderde mobiliteit.) Betreft huiskamer (min. 6 m ² per plaats), keuken, rookruimte.
afdelingsverblijf eenpersoonskamer ¹ gemeenschappelijke ruimten, per cliënt: sanitaire ruimte (kamergebonden)	15 ² 7 ⁴ PM ³	Exclusief sanitair. (Ook voor cliënt met verminderde mobiliteit.) Betreft huiskamer (min. 4 m ² per plaats), rookruimte, multifunctionele ruimte.

- 1) Eventuele tweepersoonskamers (die splitsbaar moeten zijn) zijn te realiseren door samenvoeging van twee eenpersoonskamers.
- 2) Eenpersoonskamers hebben een vrije oppervlakte van ten minste 3,20 x 3,50 m; de resterende ruimte telt slechts mee, voorzover deze ten minste 2,00 m breed is.
- 3) Uitgegaan wordt van kamergebonden sanitair. In voorzieningen voor verblijf voor cliënten met een verminderde mobiliteit moet deze sanitaire ruimte geschikt zijn voor rolstoelgebruik en tweezijdige assistentie. Per groep moet voorts een sanitaire ruimte aanwezig zijn die met een douchebrancard toegankelijk is en waar eveneens assistentie door twee personen mogelijk is. Voor cliënten met een somatische of psychogeriatrische aandoening in kleinschalige groepsverblijven en afdelingsverblijven wordt uitgegaan van één kamergrenzende, douchebrancard-toegankelijke sanitaire ruimte per twee cliënten. Hiervan kan beargumenteed worden afgeweken. Overigens zijn er uitzonderingen: in kleinschalige groepsverblijven bijvoorbeeld is één sanitaire unit per maximaal 4 plaatsen toegestaan (zie paragraaf 4.2.1).
Indien het om zorginhoudelijke redenen wenselijk is om tweepersoonskamers te realiseren, is dit toegestaan, mits deze splitsbaar zijn in twee volwaardige eenpersoonskamers.
- 4) Als sprake is van een gesloten setting en voor specifieke doelgroepen (o.a. mensen met ernstige gedragsproblematiek, autisten in een woon-/werkvoorziening), wordt uitgegaan van 10 m² per cliënt.

In voorzieningen voor verblijf voor doelgroepen die tot de categorie zwaar behoren, wordt het woonareaal (met name de in tabel 11 genoemde gemeenschappelijke ruimten) vaak verweven met ruimte voor de functies activerende en ondersteunende begeleiding en behandeling. Een dergelijke verwevenheid geldt als

basiskwaliteitseis voor voorzieningen voor verblijf in een gesloten of besloten setting, maar komt ook vaak voor in voorzieningen voor verblijf voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. In tabel 11A zijn voor bijzondere doelgroepen geldende, aanvullende basiskwaliteitseisen vermeld.

Tabel 11a Toeslagen voor specifieke doelgroepen (categorie zwaar)

doelgroep	min. nuttige opp. in m ²	opmerkingen
palliatieve zorg Chorea van Huntington meervoudig complex gehandicapten (MCG)	} 5	per cliënt , indien sprake is van een daarvoor specifiek bestemde voorziening
beademingspatiënten	2	idem

Tabel 12 Ruimtelijke basiskwaliteitseisen functie verblijf (categorie beveiligd)

omschrijving van de ruimte	min. nuttige opp. in m ²	opmerkingen
individueel verblijf	PM	Zie PM-posten, onderaan.
kleinschalig groepsverblijf		
eenpersoonskamer ¹	15 ²	exclusief sanitair (Ook voor cliënt met verminderde mobiliteit.)
gemeenschappelijke ruimte, per cliënt:	11	Betreft huiskamer, pantry, rookruimte, multifunctionele ruimte.
sanitaire ruimte	PM ³	
afdelingsverblijf		
eenpersoonskamer ¹	15 ²	exclusief sanitair (Ook voor cliënt met verminderde mobiliteit.)
gemeenschappelijke ruimten, per cliënt:	9	Betreft huiskamer, pantry, rookruimte, multifunctionele ruimte.
sanitaire ruimte	PM ³	kamergebonden

- 1) Eventuele tweepersoonskamers (die splitsbaar moeten zijn) te realiseren door samenvoeging van twee eenpersoonskamers.
- 2) Eenpersoonskamers hebben een vrije oppervlakte van ten minste 3,20 x 3,50 m. De resterende ruimte telt slechts mee voorzover deze ten minste 2,00 m breed is.
- 3) In voorzieningen voor verblijf voor cliënten met een verminderde mobiliteit wordt deze sanitaire ruimte uitgevoerd als een rolstoeldouche/-toilet waar assistentie door twee personen mogelijk is. Per groep moet voorts een sanitaire ruimte aanwezig zijn die met een douchebrancard toegankelijk is, die zelfstandig door cliënten te gebruiken is en waar assistentie door twee personen mogelijk is.

Tabel 12a Toeslagen voor specifieke doelgroepen (categorie beveiligd)

doelgroep	min. nuttige opp. in m ²	opmerkingen
forensische problematiek:		
appartement	45	betreft individueel wonen (training).
idem	55	idem, gezinsbewoning.
gemeenschappelijke badkamer	PM ¹	centraal gelegen, douchebrancard-toegankelijk

1) Per groep moet voorts een sanitaire ruimte aanwezig zijn die met een douchebrancard toegankelijk is, die zelfstandig door cliënten te gebruiken is en waar assistentie door twee personen mogelijk is.

4.3.4 Basiskwaliteitseisen voor verblijf ten behoeve van de categorie beveiligd

In tabel 12 zijn de basiskwaliteitseisen voor de functie verblijf voor de categorie beveiligd vermeld. In deze categorie gaat het om voorzieningen voor mensen met zeer ernstige gedragsproblematiek (met gevaar voor zichzelf of voor anderen), samenhangend met een ernstige psychiatrische aandoening of een verstandelijke handicap (zie paragraaf 3.2). Een groot aantal voorzieningen maakt deel uit van het forensische circuit.

Ook voor de voorzieningen in de categorie beveiligd is het niet reëel hetzelfde harmonisatiecriterium te hanteren als voor de categorie licht.

In tabel 12A zijn voor bijzondere doelgroepen geldende, aanvullende basiskwaliteitseisen vermeld.

4.4 Basiskwaliteitseisen voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten

Instellingen voor verblijf beschikken naast verblijfsarealen voor cliënten (waarin ruimte voor huishoudelijke verzorging en verpleging is begrepen) over ruimten voor begeleiding en behandeling en ruimten voor de ondersteunende diensten (directie, beheer en civiele en technische diensten).

Hieronder worden de basiskwaliteitseisen voor de functies begeleiding en behandeling en voor de ondersteunende diensten aangegeven.

4.4.1 De functies begeleiding

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

Voor de functies begeleiding kunnen de volgende ruimten aanwezig zijn: een recreatiezaal, een inloopcentrum, ruimte voor dagactiviteiten (soms werkplaatsen en bedrijfsruimten), een stiltecentrum of meditatie- en gebedsruimte, kantoorruimte en voor sommige doelgroepen een snoezelruimte.

Voorts zijn voor deze functies toiletvoorzieningen en berg ruimten aanwezig.

Basiskwaliteitseisen voor de functie ondersteunende begeleiding

Voor mensen die zijn geïndiceerd voor de functie verblijf zijn al dan niet op de locatie van de verblijfsvoorziening de volgende ruimten voor ondersteunende begeleiding aanwezig: ruimten voor dagbesteding (recreatie- en inloopruimten e.d.), sociaal-culturele activiteiten en geestelijke verzorging ('maatschappijvoorzieningen'). In kleinere voorzieningen is op zijn

minst een ruimte aanwezig die multifunctioneel kan worden gebruikt.

In voorzieningen voor volwassenen en ouderen wordt in ruimten voor recreatie en dagactiviteiten een ruimte voor rokers afgezonderd.

In gesloten afdelingen in voorzieningen voor de categorie zwaar en in voorzieningen voor mensen die zijn aangewezen op beveiligde voorzieningen zijn woonarealen en ruimte voor recreatie en dagbesteding met elkaar verweven. Deze voorzieningen worden niet gebruikt door cliënten van open groepen of open afdelingen.

Waar mogelijk bevinden ruimten voor dagbesteding voor mensen met een verstandelijke handicap zich op andere locaties dan de voorzieningen voor verblijf.

In AWBZ-instellingen is voor recreatie, ontmoeting en maatschappijvoorzieningen een nuttige oppervlakte van in totaal ten minste 3 m² per plaats aanwezig bij een capaciteit van 24 tot 100 plaatsen. Bij een capaciteit van meer dan 100 plaatsen bedraagt deze oppervlakte ten minste 2,5 m² per plaats.

Instellingen voor verblijf van mensen met een verstandelijke handicap en/of van mensen met een psychogeriatrische aandoening kunnen, afhankelijk van de behoefte, daarnaast beschikken over een snoezelruimte en/of een zorgbadkamer. De behoefte aan dergelijke voorzieningen moet worden aangetoond.

Basiskwaliteitseisen voor de functie activerende begeleiding

AWBZ-instellingen beschikken over ruimten voor het geven van activerende begeleiding, voorzover zij voor die functie zijn toegelaten. Als het gaat om ruimten voor activerende begeleiding, kan onderscheid worden gemaakt in ruimten voor activiteiten in groepsverband en individuele ruimten (met name spreek-/werkkamers).

Bij het indienen van een bouw aanvraag moet de behoefte aan ruimten voor activerende begeleiding worden aangetoond.

4.4.2 De functie behandeling

Voor de functie behandeling kunnen de volgende ruimten aanwezig zijn: spreek-/werkkamers voor medici en paramedici, onderzoek-/behandelkamers, ruimten voor fysiotherapie, ruimten voor psycho-moto-

rische therapie, afzonderings- en/of separeerruimten en in uitzonderingsgevallen een laboratoriumvoorziening.

Het aantal te realiseren spreek-/werkkamers is afhankelijk van het aantal te huisvesten fte's.

Er moet rekening worden gehouden met groei. Met het oog daarop moet bij het indienen van een bouw aanvraag een toelichting worden gegeven op het aantal fte's.

Basiskwaliteitseisen voor de functie behandeling

Instellingen voor verblijf in de categorie zwaar, respectievelijk gesloten afdelingen in instellingen voor (beveiligd) verblijf, beschikken over een multifunctionele ruimte, die ook als spreek-/onderzoekkamer kan dienen.

Indien de noodzaak daarvoor kan worden aangetoond, beschikken instellingen voor verblijf voor mensen met een verstandelijke handicap daarnaast op de hoofdlocatie over een tandartsenkamer. Bij de dimensionering van een tandartsenkamer moet rekening worden gehouden met de aanwezigheid van drie hulpverleners.

In instellingen voor verblijf van mensen met een somatische aandoening is het nodig ruimten voor fysiotherapie te realiseren. Bij een capaciteit vanaf 30 plaatsen hebben deze ruimten een nuttige oppervlakte van ten minste 50 m² (kleine oefenzaal en werkruimte). Als sprake is van reactivering, is een oefenzaal nodig met een nuttige oppervlakte van ten minste 60 m². In voorzieningen voor reactivering met een capaciteit vanaf 15 plaatsen zijn bovendien aanvullend ruimten nodig voor fysiotherapie en ergotherapie met een nuttige oppervlakte van ten minste 140 m².

De noodzaak van voorzieningen voor fysiotherapie, ergotherapie en logopedie voor andere doelgroepen moet bij het indienen van een bouw aanvraag worden aangetoond.

Instellingen voor verblijf voor mensen met een psychiatrische aandoening en/of een psychosociaal probleem beschikken over ruimten voor individuele en groepstherapie. De nuttige oppervlakte van deze behandelvoorzieningen bedraagt ten minste 6 m² per plaats.

Als sprake is van gesloten en/of beveiligd verblijf, wordt een deel van de behandelvoorzieningen ondergebracht in de gesloten woonarealen.

Instellingen met een BOPZ-toewijzing moeten beschikken over afzonderingsruimten (instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap, instellingen voor mensen met een psychogeriatrische aandoening), dan wel separeervoorzieningen (gesloten afdelingen voor mensen met een psychiatrische aandoening).

Instellingen voor verblijf voor mensen met een verstandelijke handicap in de categorie beveiligd en voor mensen met een psychiatrische aandoening en/of een psychosociaal probleem in de categorieën zwaar en beveiligd beschikken over ten minste één separeerunit, doorgaans bestaande uit ten minste twee separeerkamers. Verwezen wordt naar de bouwmaatstaven voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen.

4.4.3 De ondersteunende diensten

Voor de ondersteunende diensten kunnen de volgende ruimten aanwezig zijn: ruimten voor beheer en administratie, (centrale) ruimten voor personeel en ruimten voor civiele dienst (inclusief een keukenvoorziening) en technische dienst.

Een groot deel van de ruimten voor de ondersteunende diensten betreft kantoorruimten. Bij aanvragen om een verklaring en/of om goedkeuring van het schetsontwerp moet een toelichting worden gegeven op het aantal fte's voor beheer en administratie. Waar nodig, moet rekening worden gehouden met groei van de personeelsformatie.

Voor aan (centrale) keukenvoorzieningen te stellen eisen wordt verwezen naar de bouwmaatstaven voor keukenvoorzieningen in de zorgsector. Voor aan voorzieningen voor de technische dienst te stellen eisen wordt verwezen naar de bouwmaatstaven werkplaatsen technische dienst in de zorgsector.

Voor de ondersteunende diensten gelden geen basiskwaliteitseisen.

4.5 Conditie

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

In aanvulling daarop gelden de volgende specifieke eisen.

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

- voorzieningen voor mensen met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening, respectievelijk ouderen in de categorie zwaar;
- gesloten voorzieningen in de categorie zwaar;
- voorzieningen in de categorie beveiligd;
- separeervoorzieningen.

Aan deze eis kan worden voldaan door de toepassing van zogenaamde topkoeling of van betonkernactivering en aanvullende ventilatie.

Bij de bouwkundig-functionele opzet van een afdeling zijn mogelijkheden voor privacy, ruim uitgevoerde algemene ruimten en een goed overzicht van groot belang. De toe te passen materialen en afwerkingen behoren letselvoorkomend, molestbestendig en onderhoudsvriendelijk te zijn. Ze mogen geen agressie uitlokken. Technische hulpmiddelen als persoonsbeveiligingsystemen en camera's kunnen de veiligheid en het toezicht voor medewerkers bevorderen. Voor gesloten voorzieningen in de categorieën zwaar en beveiligd geldt het toepassen van een persoonsbeveiligingssysteem als een basiskwaliteitseis. In die voorzieningen moeten begeleiders en verpleegkundigen en receptie- en transportmedewerkers worden voorzien van een semafoon (ook wel bodyguard of pieper genoemd) met zone-indicatie.

5 Financiële aspecten

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe de maximale investeringskosten 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.

Voor AWBZ-voorzieningen worden geen inventaris-kosten in het kader van de WZV beoordeeld.

De maximale investeringskosten exclusief grond- en startkosten kunnen worden berekend aan de hand van de bruto vloeroppervlakte en de genormeerde m²-prijzen. Binnen dit maximale kostenkader is een vrije invulling mogelijk, mits aan de in hoofdstuk 4 omschreven basiskwaliteitseisen wordt voldaan. Het normatieve kostenkader wordt naar rato verlaagd, als minder oppervlakte wordt gerealiseerd.

De bruto vloeroppervlakte is bepaald op basis van de oppervlakte die gebruikelijk is voor het onderbrengen van de onderscheiden functies, en is op zich uitdrukkelijk niet normatief bedoeld.

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.

In de berekeningen van de bruto vloeroppervlakte is de oppervlakte van een centrale keuken (productie-keuken, satellietkeuken) niet opgenomen. De oppervlakte en kosten van een centrale keuken worden bepaald aan de hand van de bouwmaatstaven keuken-voorzieningen in de zorgsector.

Ook separeer- en afzonderingsvoorzieningen zijn in de oppervlakteberekeningen niet opgenomen. De oppervlakte van separeer- en afzonderingsvoorzieningen worden bepaald aan de hand van de bouwmaatstaven separeer- en afzonderingsvoorzieningen.

5.2 Oppervlaktebepaling

In deze paragraaf wordt in tabelvorm inzicht gegeven in de ruimtebehoefte voor de drie onderscheiden categorieën. Op basis van de nuttige en de daarvan afgeleide bruto vloeroppervlakten kunnen de toegestane investeringskosten worden berekend.

Bij de nuttige oppervlakte worden drie componenten onderscheiden. Ten eerste de cliëntgerelateerde oppervlakte (oppervlakte per plaats); deze verschilt voor elk van de bouwkundige concepten (individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf). Daarnaast is sprake van een vaste component, die afhankelijk is van de capaciteit van de te realiseren voorziening. Voorts zijn er toeslagen mogelijk voor speciale doelgroepen en functies. Door optelling van de diverse componenten kan de totale nuttige oppervlakte worden bepaald.

De berekening van de in de tabellen vermelde bruto vloeroppervlakte is gebaseerd op de totale nuttige oppervlakte, vermeerderd met de tarra vloeroppervlakte. Dit is een toeslag op de nuttige oppervlakte, waarin rekening is gehouden met constructieoppervlakte (wanden, kolommen), verkeersoppervlakte (gangen, hallen, trappen en liften) en installatieoppervlakte (ketelhuis, andere techniekruimten). In de tabellen wordt uitgegaan van een bruto/nuttig-verhouding die varieert van 1,4 tot 2,0. Afhankelijk van het ontwerp kan in de uitvoering binnen dezelfde bruto vloeroppervlakte meer nuttige oppervlakte worden gerealiseerd. Afhankelijk van het ontwerp kan in de uitvoering binnen hetzelfde investeringskader ook meer bruto vloeroppervlakte worden gerealiseerd.

Tabel 13 Ruimtebehoefte AWBZ-voorzieningen, categorie licht

basis / toeslagen:				
functies:	basisopp. per locatie, capaciteit 24 tot 48 pl. ⁴	basisopp. per locatie, 48 pl. of meer	individueel verblijf (1-2 pl.) per ruimte	kleinschalig groepsverblijf (3-6 pl.), per plaats
verblijf (bruto/nuttig): ¹ verblijfsvoorzieningen, incl. huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging	— —	— —	1,4 45 ³	1,4 30
ondersteunende begeleiding (bruto/nuttig): ² ondersteunende begeleiding	1,5 50	1,5 80	1,5	2,2
ondersteunende diensten (bruto/nuttig): ² directie en beheer civiele en technische diensten personeelsvoorzieningen	1,5 } 80	1,5 } 160	1,5 }	1,5
nuttige oppervlakte	130	240	48,7	33,7
bruto vloeroppervlakte	195	360	69	48

- 1 De hier vermelde bruto/nuttig-verhouding is inclusief gemeenschappelijke verkeersruimten e.d. binnen het verblijfsareaal.
- 2 De bruto/nuttig-verhouding bedraagt, in afwijking hiervan, voor niet-verblijfsfuncties **1,7**, indien sprake is van een gebouw met hoofdverkeersruimten (verkeersruimten die functies met elkaar verbinden) en centrale techniekruimten (bijvoorbeeld een ketel-huis). Dit is in het bijzonder het geval wanneer de verblijfsfunctie en de overige functies in één gebouw zijn ondergebracht.
- 3 Plus max. 2 m² voor centrale badkamer, teampost, centrale bergruimten e.d., indien noodzaak aangetoond.
Een tweepersonsappartement is ten minste 15 m² groter in verband met het realiseren van een tweede slaapkamer.
- 4 Uiteraard kunnen ook kleinere eenheden dan 24 plaatsen worden gerealiseerd. In die gevallen is sprake van toerekening van een evenredige basisoppervlakte.

Tabel 13a Toeslagen categorie licht

functies en doelgroepen	nuttige oppervlakte, toeslag	b/n
ondersteunende begeleiding <ul style="list-style-type: none"> • verstandelijke of zintuiglijke handicap • psychiatrische aandoening: langdurende begeleiding 	} 10 m ² per plaats ²	1,5 ¹
<ul style="list-style-type: none"> • lichamelijke handicap 	15 m ² per plaats ²	1,5 ¹

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 (zie voetnoot 2 bij tabel 13).

2 Zie voetnoot 2 bij tabel 14A.

Tabel 14 Ruimtebehoefte AWBZ-voorzieningen, categorie zwaar

functies:	basis / toeslagen:				
	basisoppervlakte per locatie, capaciteit 24 tot 48 pl. ⁵	basisoppervlakte per locatie, capaciteit 48 of meer pl.	individueel verblijf (1-2 pl.)	kleinschalig groepsverblijf (3-6 pl.), per plaats	afdelingsverblijf (max. 10 pl.), per plaats
verblijf (b/n): verblijfsvoorzieningen, incl. huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging	—	—	1,5	33	
ondersteunende begeleiding (b/n): ¹ ondersteunende begeleiding	1,5 50	1,5 80	1,5	2,2	
behandeling, resp. activerende begeleiding (b/n): ¹ medische, paramedische, psychosociale begeleiding therapie/ activerende begeleiding ³	1,5 20 ² 60 ³	1,5 40 ² 120 ³	1,5	0,5 ² 5,0 ³	
ondersteunende diensten (b/n): ¹ directie en beheer civiele en technische diensten personeelsvoorzieningen	1,5 } 80	1,5 } 160	1,5 }	2,3	
nuttige oppervlakte ⁴	130	240		37,5	
bruto vloeroppervlakte ⁴	195	360		56	

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 (zie voetnoot 2 bij tabel 13).

2 Behoeftte moet worden aangetoond voor mensen met een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke handicap.

3 Betreft voorzieningen voor mensen met een psychiatrische aandoening dan wel mensen met een verstandelijke, zintuiglijke of lichamelijke handicap.

4 Exclusief de onder 2 en 3 genoemde oppervlakten.

5 Uiteraard kunnen ook kleinere eenheden dan 24 plaatsen worden gerealiseerd. In die gevallen is sprake van toerekening van een evenredige basisoppervlakte.

Tabel 14a Toeslagen categorie zwaar

functies en doelgroepen	nuttige oppervlakte, toeslag	b/n
verblijf <ul style="list-style-type: none"> somatische aandoening: Chorea van Huntington, palliatieve zorg gehandicaptenzorg: MCG somatische aandoening: beademing psychiatrische aandoening: autisten psychiatrische aandoening: langdurende intensieve behandeling verstandelijke handicap: SGLVG 	<ul style="list-style-type: none"> } 5 m² per plaats } 2 m² per plaats } 3 m² per plaats 	1,5
ondersteunende begeleiding <ul style="list-style-type: none"> somatische, resp. psychogeriatrische aandoening verstandelijke of zintuiglijke handicap psychiatrische aandoening: langdurende intensieve behandeling lichamelijke handicap 	<ul style="list-style-type: none"> 1 m² per plaats } 10 m² per plaats ² 15 m² per plaats 	1,5 ¹
behandeling resp. activerende begeleiding (excl. separeer- en afzonderingsvoorzieningen) <ul style="list-style-type: none"> somatische aandoening: reactivering (fysiotherapie) somatische aandoening: overig (fysiotherapie) verstandelijke of lichamelijke handicap (fysiotherapie) psychiatrische aandoening: kinderen en jeugd psychiatrische aandoening: volwassenen 	<ul style="list-style-type: none"> 8 m² per plaats + 80 m² (t/m 14 pl., daarboven max. 200 m²) } 1 m² per plaats + 30 m² (in totaal max. 50 m²), bij min. 12 pl. 6 m² per plaats 2,5 m² per plaats 	1,5 ¹
ondersteunende diensten <ul style="list-style-type: none"> somatische, resp. psychogeriatrische aandoening psychiatrische aandoening: kortdurende zorg en verslaafden psychiatrische aandoening: kinderen en jeugd 	<ul style="list-style-type: none"> } 1 m² per plaats 2,5 m² per plaats 	1,5 ¹

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 (zie voetnoot 2 bij tabel 13).

2 Betreft in geval van verstandelijke of zintuiglijke handicap de maximumtoeslag per gelijktijdig aanwezige deelnemer, waarbij grotere algemene ruimten, zoals een kantine o.d., zijn inbegrepen. Bij kleinere projecten kan gewoonlijk met een toeslag van circa 7 m² per deelnemer worden volstaan. In geval van combinatieproblematiek (MCG) 100 m² extra per locatie (bij minimaal 10 deelnemers).

Betreft in geval van psychiatrische aandoening, langdurende intensieve behandeling, de maximumtoeslag voor dagactiviteiten, bestaande uit inloop, educatieve, recreatieve en arbeidsmatige functies.

Binnen de aan deze oppervlakte gelieerde investeringskosten kan, afhankelijk van de aard van het gebouw, meer of minder oppervlakte worden bekostigd.

Tabel 15 Ruimtebehoefte AWBZ-voorzieningen, categorie beveiligd

functies:	basis / toeslagen:				
	basisoppervlakte per locatie, capaciteit 24 tot 48 pl. ³	basisoppervlakte per locatie, capaciteit 48 of meer pl.	individueel verblijf (1-2 pl.) per ruimte	kleinschalig groepsverblijf (3-6 pl.), per plaats	afdelingsverblijf (max. 10 pl.), per plaats
verblijf (b/n): verblijfsvoorzieningen, incl. huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging	— —	— —	1,4 45 ²	1,5 33	1,5 33
ondersteunende begeleiding (b/n): ¹ ondersteunende begeleiding	1,8 50	1,8 80	1,8	2,2	
behandeling, resp. activerende begeleiding (b/n): ¹ medische, paramedische, psychosociale begeleiding therapie/ activerende begeleiding ³	1,8 80 60	1,8 80 120	1,8	1,5 6,0	
ondersteunende diensten (b/n): ¹ directie en beheer civiele en technische diensten personeelsvoorzieningen	1,8 } 80	1,8 } 160	1,8 } 3,3		
nuttige oppervlakte	270	440	58	46	46
bruto vloeroppervlakte	485	795	87	74	74

1 De bruto/nuttig-verhouding bedraagt, in afwijking hiervan, voor niet-verblijfsfuncties 2,0, indien sprake is van een zelfstandige kliniek met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten (zie voetnoot 2 bij tabel 13).

In geval van realisering van een voorziening voor beveiligd verblijf bij een instelling, moet de noodzaak van het voorzien in oppervlakte voor niet-verblijfsfuncties worden aangetoond.

2 In geval van een tweepersoonsappartement 15 m² extra.

3 Wanneer sprake is van realisatie van eenheden met minder dan 24 plaatsen, kan een evenredige basisoppervlakte worden toegerekend.

Tabel 15a Toeslagen categorie beveiligd

functies en doelgroepen	nuttige oppervlakte, toeslag	b/n
verblijf		1,5
<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrische aandoening, forensisch • idem, intensieve behandeling ³ 	2 m ² per plaats 6 m ² per plaats	
ondersteunende begeleiding		1,8 ¹
<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrische aandoening, forensisch, intensieve behandeling ³ • psychiatrische aandoening, forensisch, langdurig verblijf 	1,5 m ² per plaats 10 m ² per plaats ²	
behandeling resp. activerende begeleiding (excl. separeer- en afzonderingsvoorzieningen)		1,8 ¹
<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrische aandoening, forensisch, intensieve behandeling ³ 	2 m ² per plaats	

- 1 De bruto/nuttig-verhouding bedraagt, in afwijking hiervan, voor niet-verblijfsfuncties 2,0, indien sprake is van een zelfstandige kliniek met hoofdverkeersruimten en centrale techniekruimten (zie voetnoot 2 bij tabel 13).
- 2 Zie voetnoot 2 bij tabel 14A.
- 3 Hier wordt bedoeld op een forensisch-psychiatrische kliniek (FPK).

Algemeen

Indien door een instelling voorzieningen ten behoeve van verschillende doelgroepen worden gerealiseerd, geldt als uitgangspunt voor de in de tabellen vermelde basisoppervlakte de gerealiseerde capaciteit van deze doelgroepen te zamen, en wel de basisoppervlakte van zwaarste, van toepassing zijnde categorie.

Voor gebruikers van een oplaadbare rolstoel en/of een scootmobiel wordt uitgegaan van ten hoogste 3 m² nuttige oppervlakte per plaats extra ten behoeve van opstel-/oplaadruimte. Deze additionele ruimtebehoefte moet worden aangetoond.

gepubliceerde kostennormen voor de toen onderscheiden sectoren als uitgangspunt, is een nieuw kostenkader gecreëerd voor de AWBZ-voorzieningen. Daarbij is aangesloten op het gemaakte onderscheid in de categorieën licht, zwaar en beveiligd en de daarbinnen onderscheiden functies.

De kostennormen worden periodiek geactualiseerd en gepubliceerd in het kader van de Regeling bouwmaatstaven WZV. Wijzigingen van de kostennormen, maar ook andere 'kostentechnische uitgangspunten', worden tevens vastgesteld en behandeld in de jaarlijkse verschijnende *Bouwkostennota*.

Naast de vermelding van de hoogte van de norm voor de bouwkosten per m² bruto vloeroppervlakte, worden in de *Bouwkostennota* toeslagen benoemd die ten behoeve van het treffen van bijzondere voorzieningen aan diverse doelgroepen kunnen worden toegekend. In de *Bouwkostennota* zijn verder de uitgangspunten bepaald voor onder meer de bouwtijd, de maximale grond- en directiekosten en de startkosten.

5.3 Normatieve kosten

In het verleden werden voor de bouw van de AWBZ-voorzieningen in de toen onderscheiden sectoren verschillende kostennormen per m² bruto vloeroppervlakte gehanteerd. In het kader van de harmonisatie van de bouwmaatstaven voor de AWBZ-voorzieningen is besloten ook de kostennormen te harmoniseren. Met de eerder in de *Bouwkostennota's* onderbouwde en

Bijlage 1 Besluit zorgaanspraken AWBZ

Besluit van houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee (Besluit zorgaanspraken AWBZ)

Artikel 3

Huishoudelijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort, te verlenen door een instelling.

Artikel 4

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.

Artikel 5

Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.

Artikel 6

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.

Artikel 7

Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
- b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Artikel 8

1. Behandeling omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts.
2. Indien de behandeling psychotherapeutische behandeling door een psychiater of zenuwarts betreft, bestaat aanspraak op ten hoogste negentig zittingen van vijfenveertig minuten per zitting bij individuele psychotherapie, van negentig minuten per zitting bij partnerrelatie psychotherapie en van honderdtwintig minuten per zitting bij gezins- en groepspsychotherapie.
3. Op de behandeling, bedoeld in het tweede lid, bestaat geen aanspraak indien na beëindiging van een voorafgaande psychotherapeutische behandeling in verband met het bereiken van de negentig zittingen, nog geen jaar is verstreken.

Artikel 9

Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 of 8, noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 3

Bij de huishoudelijke verzorging gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL). Bij deze zorg kan gedacht worden aan opruimen, schoonmaken, het verzorgen van planten en huisdieren, het bed of de bedden opmaken in situaties waarbij de verzekerde niet bedlegerig is en de maaltijd klaarmaken.

Bij huishoudelijke verzorging gaat het om de verzorging van het huishouden van de verzekerde en dit speelt dus niet indien de verzekerde in een instelling verblijft. De huishoudelijke verzorging maakt dan onderdeel uit van de functie verblijf.

Artikel 4

Bij de persoonlijke verzorging gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Daaronder is tevens zorg begrepen die in directe relatie staat tot de persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld het opmaken van het bed tijdens het wassen van een bedlegerige cliënt. Bij deze zorg kan gedacht worden aan het wassen en het kleden van de verzekerde al dan niet op bed, het douchen of baden van de verzekerde, de verzekerde opmaken, scheren, tandenpoetsen, het verzorgen van de huid, inclusief decubituspreventie en het aanbrengen van protheses, hulp bij de toiletgang, hulp bij eten en drinken en hulp bij beweging en houding (wisselgigging, oefenen van ledematen, tillen, ondersteunen bij verplaatsen of houdingcorrectie, vervoeren in rolstoel). Ook het stimuleren van de zelfredzaamheid en het zo mogelijk aanleren van ADL-activiteiten behoort tot deze functie.

Artikel 5

Bij verpleging gaat het om het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van

de daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen. Bij verpleging valt te denken aan het toedienen van medicijnen, zuurstof, het aanbrengen van een infuus of katheter, wondverzorging, lichamelijke controles en het geven van injecties. Ook gaat het om het oefenen met de verzekerde om zelf injecties te geven en om te gaan met zuurstof.

Verder omvat verpleging onderzoek naar de gezondheid alsmede het geven van advies, instructie en voorlichting over hoe om te gaan met ziekte, preventie en hulpmiddelen en dergelijke. De term 'voorkoming van verergering' houdt ook in dat het kan gaan om palliatieve zorg.

Aangezien verpleging niet aangewezen is in verband met een zintuiglijke of verstandelijke handicap staan deze handicaps niet in de omschrijving genoemd.

Artikel 6

Ondersteunende begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt daarop verder. De begeleiding gaat dus uit van de (rest)mogelijkheden van de verzekerde. Bij ondersteunende begeleiding gaat het om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Daarbij kan gedacht worden aan het structureren van de dag, het geven van praktische hulp, het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven en, met name als er sprake is van een verstandelijke handicap, het bieden van een gezinsstructuur. De ondersteunende begeleiding vindt onder andere plaats door middel van ondersteunende of structurende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van dagelijkse vaardigheden en het stimuleren van gedrag dat al bij de verzekerde aanwezig is.

Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel individueel als in groepsverband geboden worden. Bij deze zorg gaat het derhalve ook om dag- of nachtopvang in een instelling.

Artikel 7

Activerende begeleiding onderscheidt zich van ondersteunende begeleiding doordat activerende begeleiding de aandoening, beperking of handicap niet voor gegeven aanneemt, maar juist daarop ingrijpt. Met

activerende begeleiding wordt de verzekerde geleerd om te gaan met de (gevolgen van de) aandoening, beperking of handicap. Bij deze zorg valt te denken aan het interveniëren in het gedrag van de verzekerde (gedragscorrectie), het houden van inzichtgevend gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van sociale vaardigheden, onderzoek naar de aanwezigheid van problematiek alsmede advies, instructie of voorlichting over de aanpak van de problematiek. Tevens valt te denken aan het casemanagement op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij gaat het onder meer om de begeleiding die sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen geven aan verzekerden met een psychiatrische stoornis die thuis wonen. Deze begeleiding houdt in dat gedrags- en psychische problemen die voortkomen uit de psychiatrische stoornis zo mogelijk worden voorkomen of tijdig worden onderkend zodat een daarop afgestemde interventie kan plaatsvinden. Het gaat hier om begeleiding gericht op herstel of voorkomen van verergering van gedrags- en psychische problematiek. Voor de formulering van artikel 7 is het niet relevant dat het bij casemanagement gaat om een psychiatrische stoornis. Deze psychiatrische stoornis is dan ook niet in artikel 7 genoemd. Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel geboden worden aan het individu of in groepsverband. Activerende begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling valt eveneens onder deze functie.

Artikel 8

In het eerste lid is de behandeling waarop aanspraak bestaat omschreven. Gezocht is naar een formulering van de AWBZ-behandeling die dusdanig afgebakend omschreven is dat er geen afwenteling plaatsvindt op de AWBZ van een ziekenfonds- of gelijke behandeling die voor rekening van een particuliere ziektekostenverzekering dan wel publiekrechtelijke ziektekostenregeling kan komen. Overwogen is om op te nemen dat behandeling datgene omvat, wat niet reeds uit hoofde van de ziekenfondsverzekering als verstrekking geldt. Het CVZ heeft dat voorgesteld. Het is echter de vraag is of een dergelijke regeling zich wel verhoudt met artikel 8, eerste lid, aanhef, van de Ziekenfondswet. Daarin is immers bepaald dat geen aanspraak bestaat op bij of krachtens de Ziekenfondswet omschreven zorg, indien daarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat. Met

andere woorden de AWBZ-aanspraak gaat voor op de ziekenfonds-aanspraak. Hoewel het voorstel van het CVZ zich op de inhoud van de zorg richt en in die zin juridisch wellicht wel zou kunnen, is toch besloten dit voorstel niet over te nemen.

Daarentegen is de afbakening bewerkstelligd door aan te geven dat het gaat om behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard, door de in de bepaling opgenomen aandoeningen en handicaps en de doelstelling van de zorg.

Voor verzekerden die in bepaalde instellingen verblijven, gold onder het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering dat, met uitzondering van paramedische zorg, ook behandelingen van algemeen medische aard, die onder de ziekenfondsverzekering vallen of waarvan de kosten ten laste van particuliere ziektekostenverzekeringen dan wel publiekrechtelijke ziektekostenregelingen komen, ten laste van de AWBZ komen. Dit is met dit besluit gehandhaafd en geregeld in artikel 15, eerste lid, onderdeel a.

Behandeling onderscheidt zich van activerende begeleiding in die zin dat bij activerende begeleiding de diagnose is gesteld en het bijbehorende onderzoek is verricht. De begeleiding richt zich op het leren omgaan met de (gevolgen) van de aandoening of handicap. Voor behandeling is kenmerkend dat de diagnose nog niet is gesteld en het onderzoek ten behoeve daarvan nog moet worden verricht. De behandeling is vervolgens gericht op het herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap, niet op het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening of handicap. Dit laatste vormt onderdeel van de functie activerende begeleiding. In de praktijk zullen behandeling en activerende begeleiding vaak hand in hand gaan. Toch is het zaak behandeling en activerende begeleiding goed uit elkaar te houden. Het feit dat activerende begeleiding, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, vaak wordt gegeven door personen die in hun beroepsgroep bekend staan als behandelaar, maakt van de te verrichten activiteit nog geen behandeling in de zin van de functie behandeling. Net zo min als uit de naam sociaal psychiatrische verpleegkundige kan worden afgeleid dat wat deze persoon doet, het bieden van de functie verpleging is.

Onder behandeling in dit artikel valt ook behandeling van een verzekerde met verslavingsproblematiek. Zoals het CVZ opmerkt, vormt audiotechnische ondersteu-

ning onderdeel van behandeling aan doven en slechthorenden. Verder stelt het CVZ de mogelijkheid van verpleging in gezinnen aan de orde. Deze zorg houdt in dat vanuit de instelling gezinsverpleging wordt georganiseerd geheel onder verantwoordelijkheid, waaronder de financiële verantwoordelijkheid, van de instelling. Het verblijf in een pleeggezin heeft vooral sociaal-therapeutisch en opvoedkundig betekenis en dient ter ondersteuning bij de behandeling. De keuze voor de huidige regeling van de aanspraken brengt met zich dat deze verpleging in gezinnen niet meer expliciet geregeld is. Dat wil niet zeggen dat een dergelijke organisatie van zorg niet meer mogelijk is. Desgewenst kunnen instellingen met zorgkantoren hierover afspraken maken.

In de AWBZ gold tot nu toe, en dat is gehandhaafd, dat de zorg alleen in instellingsverband mag worden geleverd. Een uitzondering daarop heeft tot nu toe bestaan voor de zenuwarts en de psychiater. Ook deze uitzondering is gehandhaafd. Onder het oude besluit verleenden de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg de psychotherapie niet altijd zelf, maar schakelden daarvoor ook vrijgevestigde psychotherapeuten voor in. Om duidelijk te maken dat dit mogelijk was, stonden in de bepaling de woorden: door of vanwege. De toevoeging van de woorden 'of vanwege' is overbodig. Met het onderhavige besluit blijft de mogelijkheid dus bestaan om door of 'vanwege' een instelling zorg te laten verlenen door vrijgevestigd psychotherapeuten.

Het tweede en het derde lid strekken ertoe de bestaande beperkingen in de aanspraak op psychotherapie te handhaven.

Artikel 9

Bij verblijf wordt de verzekerde een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn.

Gaat het om tijdelijk verblijf dan staan herstel en het draaglijk maken van de gevolgen van hun aandoening of handicap centraal, dan wel het ontlasten van de mantelzorg.

Bij mensen die langdurig op verblijf in een instelling zijn aangewezen en die op grond van hun aandoening of handicap ook behoefte hebben aan toezicht, staat het garanderen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven centraal.

De in het eerste lid opgenomen voorwaarden 'indien een therapeutische of een beschermende leefomgeving dan wel permanent toezicht is aangewezen' brengen met zich dat de verzekerde geen indicatiebesluit voor verblijf kan krijgen, als hij ook niet voor een of meer van de andere functies geïndiceerd wordt. Het is immers niet de bedoeling dat de verzekerde de functie verblijf los van een of meer andere zorgonderdelen kan krijgen. De omschrijving houdt ook in dat het altijd om een instelling moet gaan die voor meer functies dan alleen verblijf is toegelaten. Immers, anders kan een instelling het leveren van een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht niet waarmaken.

Onder dit verblijf valt niet de dagzorg of de dag- en nachtopvang. Die zorg valt onder de twee begeleidingsfuncties die, in het kader van de indicatiestelling en bekostiging, naast de indeling gebaseerd op uren ook nog een indeling gebaseerd op dagdelen kent. 'Logeren' in de zin dat de verzekerde gedurende de dag en nacht een plaats in de instelling bezet, valt onder artikel 9. Indien het gaat om 'logeren' louter als nachtopvang dan valt deze onder begeleiding. Huishoudelijke verzorging maakt onderdeel uit van het verblijf. De verzekerde hoeft en dient dus geen indicatiebesluit voor huishoudelijke verzorging te krijgen indien hij in een instelling verblijft. De instelling dient dus, als onderdeel van de functie verblijf, bijvoorbeeld de kamer van de verzekerde gewoon schoon te maken.

Bijlage 2 Artikel 22 besluit zorgaanspraken AWBZ

Artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onderdeel B, komt te luiden:
- B. Instellingen die zorg verlenen als omschreven in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, in combinatie met een of meer vormen van zorg als omschreven in de artikelen 4 tot en met 8 van dat besluit, in verband met:
 1. een somatische aandoening of beperking,
 2. een psychogeriatrische aandoening of beperking,
 3. een psychiatrische aandoening,
 4. een verstandelijke handicap,
 5. een lichamelijke handicap,
 6. een zintuiglijke handicap, of
 7. een psychosociaal probleem.
2. De onderdelen C tot en met E vervallen.
3. Onder vernummering van het tweede lid tot het derde lid wordt een nieuw tweede lid ingevoegd, luidende:
 2. Tot instellingen als bedoeld in het eerste lid, onderdeel B, behoren niet:
 - a. instellingen die onder de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening vallen;
 - b. bij ministeriële regeling omschreven kleinschalige woonvoorzieningen.

Toelichting

Met ingang van 1 april 2003 staan de in de oude onderdelen B tot en met E van artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen genoemde instellingen niet meer vermeld in de nieuwe op grond van artikel 6, eerste lid, van de AWBZ vastgestelde algemene maatregel van bestuur, te weten het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Onderdeel B betrof verpleeghuizen. De aanspraak op het verblijf met zorg in een verpleeghuis was omschreven in artikel 14 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Onderdeel C betrof psychiatrische ziekenhuizen. De aanspraak op het verblijf in deze instellingen was omschreven in artikel 20 van het Besluit zorgaan-

spraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Onderdeel D betrof zwakzinnigeninrichtingen. De aanspraak op verblijf in een dergelijke inrichting (instelling voor verstandelijk gehandicapten) was geregeld in artikel 23 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Onderdeel E betrof inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten en Het Dorp. De aanspraak op verblijf met zorg in deze instellingen was geregeld in de artikelen 11, 21 onderscheidenlijk 22 van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Op grond van het tweede lid, aanhef en onder b, van artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen waren verzorgingshuizen als categorie van inrichtingen, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder c, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, aangewezen (Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2000, DVVO-U-2121245, houdende aanwijzing verzorgingshuizen als instelling voor gezondheidszorg en wijziging beleidsregels ex artikel 3 WZV (Stcrt. 245)).

Het nieuwe onderdeel B strekt ertoe om instellingen die dergelijke zorg met verblijf verlenen onder de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te houden. Bij de omschrijving is aangesloten bij de omschrijvingen in de artikelen 4 tot en met 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De opsomming van de doelgroepen is nodig om aan te sluiten bij het Besluit bouwmaatstaven Wet ziekenhuisvoorzieningen. Instellingen die alleen verblijf met huishoudelijke zorg verlenen zijn niet onder de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gebracht om zo 'hotels' buiten de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te houden.

Het nieuwe tweede lid van artikel 1 van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen strekt er toe om net als nu de instellingen die onder de Tijdelijke Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening vallen alsmede de kleinschalige woonvoorzieningen, waaronder ook de regionale instellingen

voor beschermd wonen, buiten de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te houden. Het is immers niet de bedoeling van de modernisering van de AWBZ (het functiegericht omschrijven van zorg waarop op grond van de AWBZ bestaat) de reikwijdte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te verbreden.

Bij ministeriële regeling op grond van artikel 1, tweede lid, aanhef en onder a, van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen kan het begrip 'kleinschalige woonvoorziening' nader worden omschreven.

Bijlage 3 Beleidsregels ex artikel 3 WZV²⁸

Onderstaand overzicht is een samenvatting van de beleidsregels. Voor meer informatie wordt verwezen naar de betreffende beleidsregels ex art 3. WZV.

Algemene criteria

Tijdige beschikbaarheid van capaciteit

1. Bij een verzoek om een verklaring of toelating dient vast te staan dat er sprake is van vraag naar de zorg waarvoor toestemming wordt gevraagd. Hiervoor dienen de wachtlijsten in de regio waar de aanbieder zorg wil gaan leveren of dat er sprake is van een geprognosticeerde vraag.
2. Het verzoek om een (wijziging) verklaring of toelating dient vergezeld te gaan van een standpunt van het zorgkantoor.
3. Bij instandhoudingsbouw dient het financiële kader toereikend te zijn.

Exploitatieregime 'boter bij de vis'

Wijzigingen in de productiecapaciteit van instellingen behoeft geen toestemming, indien daarmee geen bouw in de zin van de WZV is gemeoid.

Mensen met psychiatrische aandoeningen en mensen met psychosociale problematiek

1. Kortdurende zorg wordt in kleinschalige gedecentraliseerde regionale GGZ centra aangeboden. Realisering van vervangende nieuwbouw of uitbreiding van capaciteit in het algemeen ziekenhuis (met of zonder PAAZ) heeft prioriteit.
2. Regionaal worden afspraken gemaakt over het aantal crisisbedden. De drie Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK) hebben een aantal crisisplaatsen beschikbaar voor cliënten met een grote beveiligingsbehoefte.
3. Vooralsnog zijn drie klinieken voor intensieve behandeling (KIB) beschikbaar. Een KIB dient van zodanige omvang te zijn dat deze als zelfstandige voorziening binnen een instelling kan functioneren.
4. Elke regio heeft een aanbod van zorg voor mensen

die zich in de maatschappij niet staande kunnen houden. Verder is deze zorg noodzakelijk om de maatschappij te beschermen tegen personen met gevaarlijk en agressief gedrag als gevolg van de psychiatrische aandoening of verslaving. Een beschermende omgeving in een open/gesloten en/of besloten setting is hiervoor nodig.

5. Er dienen landelijk voldoende plaatsen beschikbaar te zijn in woon/werkvoorzieningen voor autisten. Uitbreiding van het aantal voorzieningen dient van zodanige omvang te zijn dat deze als zelfstandige voorziening binnen een instelling kan functioneren.
6. Het huidige aanbod voor mensen met een auditieve handicap is momenteel afdoende. Zorgkantoren en zorgaanbieders dienen periodiek te overleggen over uitbreiding of verkleining van het aanbod.
7. Voor zorg aan verslaafden met ernstige psychiatrische problemen dient aansluiting te worden gezocht bij een grotere instelling voor mensen met psychiatrische aandoeningen en psychosociale problematiek. Een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst tussen de twee verschillende aanbieders is een vereiste.
8. De forensisch psychiatrische afdeling (FPA) bevindt zich op het terrein van een aanbieder met een langdurige verblijfsafdeling. Forensisch psychiatrische poliklinieken en deeltijdbehandeling bevinden zich bij voorkeur alleen bij een FPK en een Tbs-inrichting. De drie FPK's voldoen vooralsnog in de landelijke behoefte. Uitbreiding geschiedt in overleg met het ministerie van Justitie. Naast de bestaande Forensische Verslavingskliniek in Apeldoorn en Beneden Leeuwen kunnen er in de vijf hofressorten forensische verslavingsafdelingen komen.
9. De aanbieder van zorg aan langdurig zorgafhankelijken met intensieve zorg- en beveiligingsbehoefte heeft aantoonbare ervaring met hulp aan cliënten met een strafrechtelijke titel en beschikt over een FPA of FPK. Vooralsnog zijn er twee voorzieningen

²⁸ Voor meer informatie wordt verwezen naar de Circulaire aanpassingen WZV na modernisering AWBZ, Staatscourant 74, 2003.

aanwezig. Uitbreiding van het aantal voorzieningen dient van zodanige omvang te zijn dat deze als zelfstandige voorziening binnen een instelling kan functioneren.

Mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap

1. De groepsgrootte voor nieuwe initiatieven is kleiner of gelijk aan 6 en gebaseerd op een leefwensenonderzoek. Bestaande groepen zijn bij voorkeur kleiner dan of gelijk aan 6, eveneens gebaseerd op een leefwensenonderzoek.
2. Projecten voor vervangende huisvesting dienen altijd in afnemende schaalgrootte te resulteren.
3. In elke fase van de WZV dient een tijdgebonden planning aanwezig te zijn over de ontwikkelingen in het zorgaanbod in kleinschalige woonvoorzieningen vs. grootschalige woonvoorzieningen.
4. Voorzieningen met slechte functionele kwaliteit worden prioritair aangepakt.
5. De maximaal aanwezige grootschalige capaciteit woonvoorzieningen verstandelijk gehandicapten is 1,8 promille van de bevolking in 2010. De maximale capaciteit per bestaande locatie is 200. Voor nieuwe locaties is de maximale capaciteit 50 plaatsen.
6. De verhouding woonvoorzieningen kleinschalig / grootschalig dient bij iedere aanbieder van gehandicaptenzorg vergroot te worden.
7. WZV bouw ten behoeve van kinderen wordt alleen gehonoreerd als ondersteund thuis wonen en een vervangende gezinsstructuur niet mogelijk is.
8. Projecten voor dagbesteding dienen altijd in toenemende maatschappelijke integratie te resulteren. In elke fase van de WZV dient een tijdgebonden planning aanwezig te zijn over de ontwikkelingen.
9. De dagbesteding wordt maatschappelijk geïntegreerd vormgegeven.
10. WZV bouw ten behoeve van dagbesteding aan kinderen met een handicap wordt alleen gehonoreerd als ondersteund naar een gewone school gaan niet mogelijk is.
11. De groepsgrootte van maximaal 8 voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG) wordt tot nader order gehandhaafd. Achtervang van licht verstandelijk gehandicapte jongeren is alleen mogelijk bij LVG-instellingen.
12. Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Het aantal klinische SGLVG behandelplaatsen wordt gehandhaafd. Vanuit de bestaande SGLVG behandelcentra wordt het aantal SGLVG-plus behandelplaatsen voor forensische verstandelijk gehandicapten uitgebreid tot maximaal 120. De bouwnorm voor SGLVG verblijfplaatsen geldt alleen voor cliënten die nu en in de toekomst uitstromen uit een SGLVG behandelcentrum en aanspraak moeten maken op een SGLVG verblijfplaats. Schriftelijke onderbouwing vanuit één van de 5 SGLVG behandelcentra is hiervoor noodzakelijk.
13. Het streven is dat 264 plaatsen (11 voorzieningen met 24 plaatsen) voor kinderen met een verstandelijke handicap én psychiatrische aandoening worden gerealiseerd.
14. Voorkeur wordt gegeven aan logeerszorg boven voltijdsverblijfszorg. Er geldt geen behoeftenorm.
15. Per WZV-regio dient een minimum van 1 plaats crisisopvang per 75 toegelaten plaatsen aanwezig te zijn. De maximumbehoefte wordt bepaald door het zorgkantoor.

Mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of met een psychosociaal probleem

1. Initiatieven voor kortdurende zorg in crisissituaties dan wel ter ondersteuning van de mantelzorg hebben voorrang boven meer reguliere aanvragen.
2. Initiatieven die betrekking hebben op het realiseren van zorgaanbod waar dat voordien nog niet het geval was en waaraan behoefte bestaat worden geprefereerd boven initiatieven in dezelfde regio die uitgaan van meer capaciteit op dezelfde plek.
3. Bij verklaringsaanvragen voor verblijf mogen niet meer dan 150 plaatsen op één locatie gerealiseerd worden. Een hoger aantal kan alleen als dit goed wordt gemotiveerd.
4. Bij verklaringsaanvragen voor verblijf dient een redengeving voor de gekozen opzet voor huisvesting gevoegd te worden. Kleinschalig en passend in de wijk heeft de voorkeur.
5. De initiatiefnemer vergewist zich van het standpunt van de bewoners of toekomstige cliënten.
6. In de bij de verklaringsaanvraag behorende zorgvisie dient de initiatiefnemer aandacht te besteden aan het cliëntperspectief.

7. Verdergaande uitbreiding van de zorg thuis heeft de voorkeur. Indien echter kan worden aangetoond dat er vraag bestaat naar het realiseren van zorg mét verblijf dan dient die zorg zo breed mogelijk te kunnen worden verleend, zo kleinschalig mogelijk te worden vormgegeven, zowel bouwkundig als inhoudelijk en dient de verblijfsfunctie te voldoen aan de daaraan nader te stellen eisen.

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 bouwmaatstaven en referentiekaders

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft de volgende bouwmaatstaven en referentiekaders uitgebracht, die in aanvulling op de bouwmaatstaven AWBZ-voorzieningen van belang kunnen zijn, hetzij in informatieve zin, danwel uit een oogpunt van regelgeving.

- *Bouwkostennota* 2003.
- Bouwmaatstaven binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector (rapportnummer 0.109).
- Bouwmaatstaven separeer- en afzonderingsvoorzieningen (rapportnummer 0.111).
- Bouwmaatstaven terreingrootte in de zorgsector (rapportnummer 0.98).
- Bouwkundige infrastructuur bij scheiden van wonen en zorg (rapportnummer 0.91).
- Intern referentiekader verpleeghuiszorg in ziekenhuizen (rapportnummer 0.89).
- Bouwmaatstaven parkeervoorzieningen in de zorgsector (rapportnummer 0.88).
- Bouwmaatstaven werkplaatsen technische dienst (rapportnummer 0.87).
- Referentiekader uitbesteding van diensten (rapportnummer 0.84).
- Bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwwplannen voor algemene en kantoorruimten (rapportnummer 0.81).
- Bouwmaatstaven keukenvoorzieningen in de zorgsector (rapportnummer 0.79).
- Ombouw van verzorgingshuizen (rapportnummer 550).
- Budgettair bouwen / Aanbesteding (rapportnummer 547).
- Duurzaam bouwen, fase 1 (rapportnummer 508).
- Duurzaam bouwen, fase 2 (rapportnummer 538).
- Bouwleges (rapportnummer 531).
- ICT en de bouwkundige infrastructuur (rapportnummer 523).
- Interimvoorzieningen (rapportnummer 522).
- Grondverwerving (rapportnummer 516).
- Energie-efficiency (rapportnummer 491).

Bijlage 6 Literatuur

- Bouwman verslavingszorg. B.J.M. van de Wetering & Czyzewski: *Visiedocument. Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam 2001.
- Canter, David, en Terence Lee: *Psychology and the built environment*. The Architectural Press Ltd., Londen 1974.
- Canter, David: *Environmental interaction*. Survey University Press 1975.
- Canter, David: *The psychology of place*. The Architectural Press Ltd., Londen 1977.
- Carpman, Janet: *Design that cares, planning health facilities for patients and visitors*. American Hospital Publishing 1993.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen: *Voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten*. Utrecht 8 april 2002.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen: *Voorzieningen voor zintuiglijk gehandicapten*. Utrecht 18 november 2002.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen: *Modernisering AWBZ, tweede fase*. Utrecht, 8 juli 2002.
- College voor zorgverzekeringen: *Eindrapportage in het kader van de flexibilisering van de aanspraken binnen de zorg voor lichamelijk gehandicapten*. Amstelveen 25 mei 2000.
- Datta, M.S.: *High Touch, High Tech, High Flexibility*. in Dilani, A. (ed.): *Design and Health – the Therapeutic Benefits of Design*. Stockholm, 2001, 225-238.
- Heeren, T.J., Kat, M.G., Stek, M.L. (red.): *Handboek ouderenpsychiatrie*. De Tijdstroom, Leusden 2001.
- Hein, Hudson, Swain, Townsend: *Future Developments of Healthcare Institutions*. Journal for Healthcare Design (1998) X, 89 – 93.
- Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg (IOG): *Modelprocedure 'Indicatieprocedure in de GGZ'*. Utrecht 1997.
- King, Anthony D.: *Buildings and society*. Londen 1980.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *Reactie uitvoeringstoets modernisering AWBZ (2e fase)*. Den Haag 17 december 2002.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV): *Ouderenpsychiatrie: Advies over de zorg voor ouderen met psychische stoornissen*. Zoetermeer 1995.
- Nederlands Normalisatie-instituut: *NEN 1010/ 3134. Elektrische veiligheid in medisch gebruikte ruimten*. Delft.

- Nederlands Normalisatie-Instituut: *NEN 2580. Oppervlakten en inhouden van gebouwen. Termen, definities en bepalingmethoden.* Delft 1991.
- Nederlands Normalisatie-Instituut: *NEN 3087. Visuele ergonomie in relatie tot verlichting; principes en toepassingen.* Delft 1991.
- Nicolai, ir. R., en ing K.H. Dekker: *Flexibiliteit als bouwstrategie voor een veranderende gezondheidszorg.* Utrecht 1991.
- Proshansky, Harold M, William H. Ittelson and Leanne G. Rivlin: *Environmental Psychology. Man and his physical setting.* New York 1970.
- Sociaal Cultureel Planbureau (SCP): *Rapportage ouderen 1998. Hoofdstuk 7 (hulp) bij psychische stoornissen.*
- Stouffer, J.: *Integrating Human Centered Design Principals in Progressive Health Care Facilities.* in Dilani, A. (ed.): *Design and Health – the Therapeutic Benefits of Design.* Stockholm, 2001, 285 – 292.
- Ulrich, R.S.: *Effects of Health Facility Interior Design on Wellness: Theory and Scientific Research.* Journal of Healthcare Design (1991) III, 97-109.
- Ulrich, R.S.: *How Design Impacts Wellness.* Healthcare Forum Journal (1992) 20, 20-25.
- Ulrich, R.S.: *Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes.* in Dilani, A. (ed.): *Design and Health – the Therapeutic Benefits of Design.* Stockholm, 2001, 49-59.
- Wagenberg, A.F. van, Dellaert, B.G.C. en Waalwijk, W.R.G.: *Het gebruik van omgevingstechnologische patronen bij het ontwikkelen van programma's van eisen voor verpleegafdelingen van verpleeghuizen.* Nationaal Ziekenhuisinstituut. Utrecht 1990.
- Wijk, M., J. Drenth, E. Nolte, M. van Ditmarsch: *Handboek voor Toegankelijkheid.* Derde druk, Doetinchem 1998. ISBN 90-5439-059-X.
- Zeisel, John: *Inquiry by design.* Cambridge University Press 1984-'86.

Bijlage 7 Samenvattend overzicht ruimtebehoefte

Overzicht 1 Basiskwaliteitseisen verblijf

soort verblijf	omschrijving	min. nuttige oppervlakte in m ² categorie:			opmerkingen
		licht	zwaar	beveiligd	
individueel verblijf	eenpersoonsappartement, in geval van zelfstandig wonen	45	n.v.t.	PM	Bruto vloeroppervlakte circa 55 m ² , voor doelgroep lichamelijk gehandicapten echter circa 76 m ² inclusief inloopcentrum c.q. steunpunt.
	zit-/slaapkamer sanitaire ruimte	n.v.t.	22 PM	n.v.t.	exclusief sanitair
kleinschalig groepsverblijf	eenpersoons- zit-/slaapkamer	12	15	15	idem
	idem, voor cliënt met verminderde mobiliteit	15	15	15	idem
	gemeenschappelijke ruimten, per cliënt	8	9	11	Betreft huiskamer, rookruimte, eventueel hobbyruimte, multifunctionele ruimte, keuken/ pantry.
	sanitaire ruimte (kamergebonden)	PM	PM	PM	Categorie licht: per groep rekening houden met ten minste één cliënt met verminderde mobiliteit.
afdelings-verblijf	eenpersoonskamer	n.v.t.	15	15	exclusief sanitair.
	gemeenschappelijke ruimten, per cliënt:	n.v.t.	7	9	Betreft huiskamer, rookruimte, multifunctionele ruimte en eventueel pantry.
	sanitaire ruimte (kamergebonden)	n.v.t.	PM	PM	
extra ruimten voor doelgroep	centrale badkamer voor cliënten met een forensische aandoening	n.v.t.	n.v.t.	PM	centraal gelegen, douchebrancard-toegankelijk
	palliatieve zorg Chorea van Huntington; meervoudig complex gehandicapten (MCG)	n.v.t.	5	n.v.t.	Per cliënt, indien sprake is van een daarvoor specifiek bestemde voorziening.
	beademingspatiënten autisten	n.v.t.	2	n.v.t.	idem

Overzicht 2 Basiskwaliteitseisen begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten

omschrijving van de ruimte	min. nuttige oppervlakte in m ² categorie:			opmerkingen
	licht	zwaar	beveiligd	
ondersteunende begeleiding algemeen: recreatie-/ontmoetingsruimten, stilte-/meditatie-/gebedsruimte, maatschappijvoorzieningen specifiek: snoezelruimte zorgbadkamer	}	3 m ² / plaats		bij ten minste 24 plaatsen
		PM		
		PM		
behandeling resp. activerende begeleiding fysiotherapie: somatische aandoening: reactivering: therapie/ activerende begeleiding		50 60 140 6 m ² /plaats		bij ten minste 30 plaatsen. betreft oefenzaal. extra t.o.v. 60 m ² , bij minimaal 15 plaatsen bij psychiatrische aandoening of psychosociaal probleem
separeer- of afzonderingsvoorzieningen		PM	PM	

Bijlage 8 Verantwoording voorbeeldprojecten en illustraties

Afbeelding	Blz.	Titel locatie, bouwjaar, architect, fotograaf
A – hfdst. 3	22	Onderlinge positionering gebouwmodules voor drie categorieën verblijf schema's Cbz
B – hfdst. 4	28	Rolstoeltoegankelijkheid, bedtoegankelijkheid bouwstenen Cbz
C – hfdst. 4	28	Rolstoeltoegankelijk sanitair Emmen – Verpleeghuis De Bleerinck, Grunstra Architecten Groep BNA Bolsward



**College bouw
ziekenhuisvoorzieningen**

Postbus 3056

3502 GB Utrecht

T (030) 298 31 00

F (030) 298 32 99

E cbz@bouwcollege.nl

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

Deel II

Bouwkundige modules



1 Inleiding

In de bouwmaatstaven wordt een bouwkundige voorziening van een instelling als een combinatie van modules opgevat. Zo bestaat een bouwkundige voorziening voor AWBZ-zorg uit modules voor de functies verblijf, begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten. De modules zijn opgebouwd uit ruimten.

Voor de functie verblijf worden drie concepten onderscheiden: individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf (zie deel I, paragraaf 3.2).

In de AWBZ-voorzieningen kunnen de volgende varianten voorkomen:

- A. voorzieningen (vooral in de categorie licht), waarin uitsluitend de functie verblijf is ondergebracht;
- B. voorzieningen waarin, naast de functie verblijf, de functies begeleiding en behandeling, en ondersteunende diensten zijn ondergebracht;
- C. voorzieningen waarin de functie verblijf en de functies begeleiding en behandeling (en eventueel ook ondersteunende diensten) geheel of gedeeltelijk zijn geïntegreerd (gesloten afdelingen en voorzieningen voor beveiligd verblijf).

Door een combinatie van modules, door variatie in capaciteit op één locatie en door combinatie van voorzieningen voor verschillende doelgroepen kan op basis van de voorliggende maatstaven een grotere variatie aan bouwkundige voorzieningen ontstaan dan tot nu toe is gerealiseerd.

Binnen het bestek van deze maatstaven wordt geen model voorgeschreven. Er zijn verschillende mogelijkheden. Instellingen kunnen hun eigen keuzen maken. Een en ander wordt in dit deel van de maatstaven met voorbeelden uit de praktijk geïllustreerd. Het betreft voorbeelden van gerealiseerde gebouwen of ontwerpen voor gebouwen voor cliënten met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een psychiatrische aandoening of psychosociaal probleem en/of voor cliënten met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

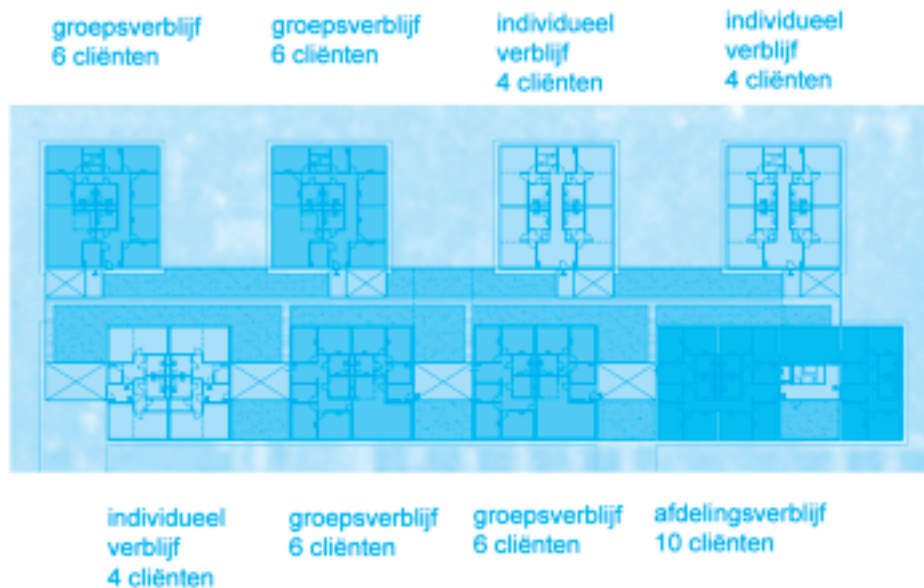
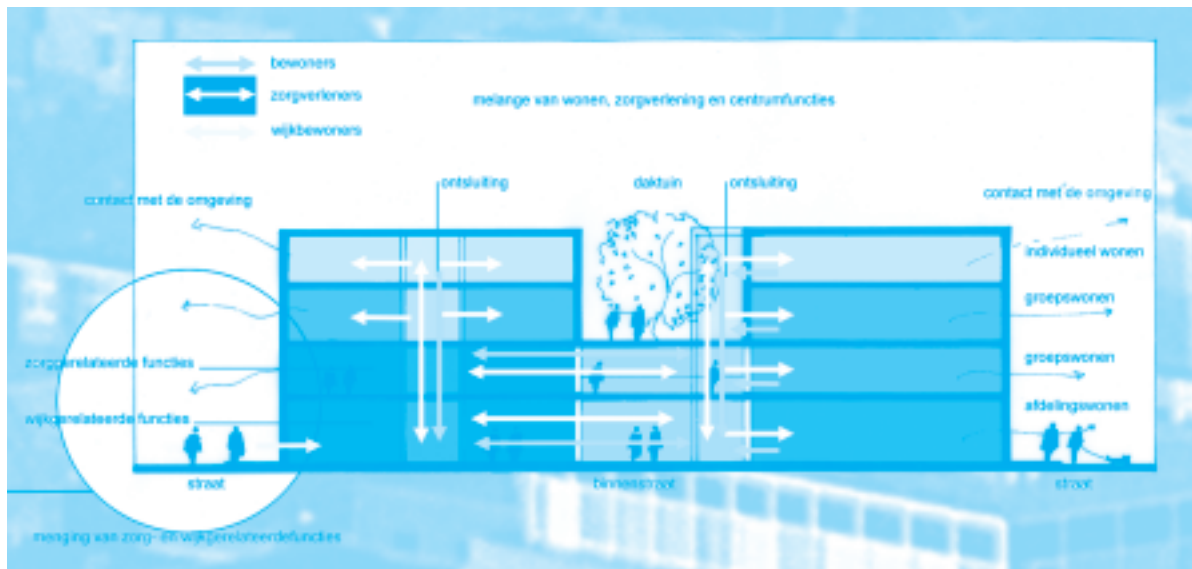
Voordat in dit deel II als uitwerking van en in aanvulling op de in deel I van de bouwmaatstaven geformuleerde basiskwaliteitseisen de functies worden omschreven, wordt ingegaan op enkele algemene aspecten die bij nieuwbouw van AWBZ-voorzieningen voor verblijf van belang kunnen zijn.

In dit deel worden vervolgens mogelijkheden geschetst voor de wijze waarop de in hoofdstuk 4 van deel I omschreven basiskwaliteitseisen kunnen worden toegepast. Die mogelijkheden worden geïllustreerd met goede praktijkvoorbeelden voor (deel)aspecten van een bouwplan.

In de beschrijving van de modules zijn geen vloeroppervlakten voor de functies en/of voorzieningen vermeld. Deze zijn opgenomen in de tabellen van hoofdstuk 5 in deel I.

In die tabellen zijn nuttige oppervlakten vermeld als indicatie van de ruimtebehoefte per functie. De in de tabellen gemaakte onderverdeling kan bij het opstellen van een programma van eisen voor nieuwbouw als leidraad dienen.

De in de tabellen eveneens vermelde bruto vloeroppervlakten worden gehanteerd voor de berekening van de maximaal toegestane investeringskosten per plaats.



Afb. 1 Verschillende doelgroepen in één project

Door de prijsvraag Ouderenzorg 2003 van het Bouwcollege zijn voorbeelden van nieuwe ontwikkelingen uitgewerkt. De tweede prijswinnaar (Van Aken Architectuur) geeft met het motto Melange een beeld van de mogelijkheden om binnen één project te komen tot vervlechting en uitwisselbaarheid van verblijfsruimten voor diverse zorggroepen.

Voorbeelden ('good practice') van de wijze waarop is omgegaan met de algemene basiskwaliteitseisen en voorbeelden van (onderlinge) positionering en ontsluiting van de gebouwmodules worden gegeven en toegelicht in paragraaf 2 van dit deel II.

Voorbeelden voor de functie verblijf zijn naar verblijfsvorm en vervolgens per categorie gebruikers opgenomen en toegelicht in paragraaf 3.

Voorbeelden voor de functies ondersteunende begelei-

ding, activerende begeleiding en behandeling, alsmede voor de ondersteunende diensten zijn opgenomen en toegelicht in paragraaf 4.

Aspecten met betrekking tot de kwaliteit van de verblijfsomgeving, de fysieke condities (gerelateerd aan installaties) en aspecten van 'healing environment' zijn aan de hand van praktijkvoorbeelden toegelicht in paragraaf 5.

2. Algemene aspecten

In hoofdstuk 4 van deel I zijn de basiskwaliteitseisen voor de functie verblijf (inclusief huishoudelijke en persoonlijke verzorging en verpleging), de functies begeleiding en behandeling en de ondersteunende diensten opgenomen.

De mogelijkheden voor clustering in gebouwmodules en de onderlinge verbinding van de gebouwmodules worden in dit deel II geïllustreerd met praktijkvoorbeelden.

wordt gehouden. Het gaat dan mede om de clustering van ruimten en om de situering van functies ten opzichte van elkaar, de ligging van de entree en de opzet van de hoofdverkeersstructuur.

Ook in het ontwerp van de installaties is het wenselijk dat rekening wordt gehouden met een mogelijke herbestemming van ruimten. Het betreft dan onder meer het opnemen van loze leidingen en wandgoten, enige overdimensionering van de capaciteit van installaties en mogelijkheden voor extra aansluitpunten.

2.1 Flexibiliteit

In aanvulling op de in hoofdstuk 4 van deel I gegeven definities en basiskwaliteitseisen, wordt hieronder nader op aspecten van flexibiliteit ingegaan.

Aan te bevelen is om op enkele plaatsen koppelbare zit-/slaapkamers of individuele verblijfsappartementen te plannen. In het geval dat een huiskamer of andere ruimten gewenst zijn, kan dan met een eenvoudige doorbraak worden volstaan.

De koppelbaarheid van ruimten is vooral van belang op de begane grond, waar over het algemeen het grootste deel van de algemene voorzieningen wordt gesitueerd.

Afhankelijk van de locatie kan ook worden gekozen voor een ontwerp waarin in een uitbreidingsmogelijkheid is voorzien. Door in de ontwerpfase met uitbreidingsmogelijkheden rekening te houden, kan de aanbouw doelmatig geschieden.

Uit een oogpunt van flexibiliteit verdient het aanbeveling verschillen in de opzet van voorzieningen voor verblijf zoveel mogelijk te beperken. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de appartementen of zit-/slaapkamers in een voorziening in beginsel voor alle cliënten even groot zijn. Specifieke ruimten kunnen met een minimum aan middelen voor een andere doelgroep worden aangepast.

Het is wenselijk dat in de lay-out van het gebouw met een eventuele herbestemming van ruimten rekening

Omkeerbaar bouwen

De categorieën licht en zwaar raken steeds meer verweven. Daarnaast is het scheiden van wonen en zorg sterk in ontwikkeling. Flexibele gebruiksmogelijkheden van gebouwen worden bevorderd door het omkeerbaar en afzonderbaar bouwen.

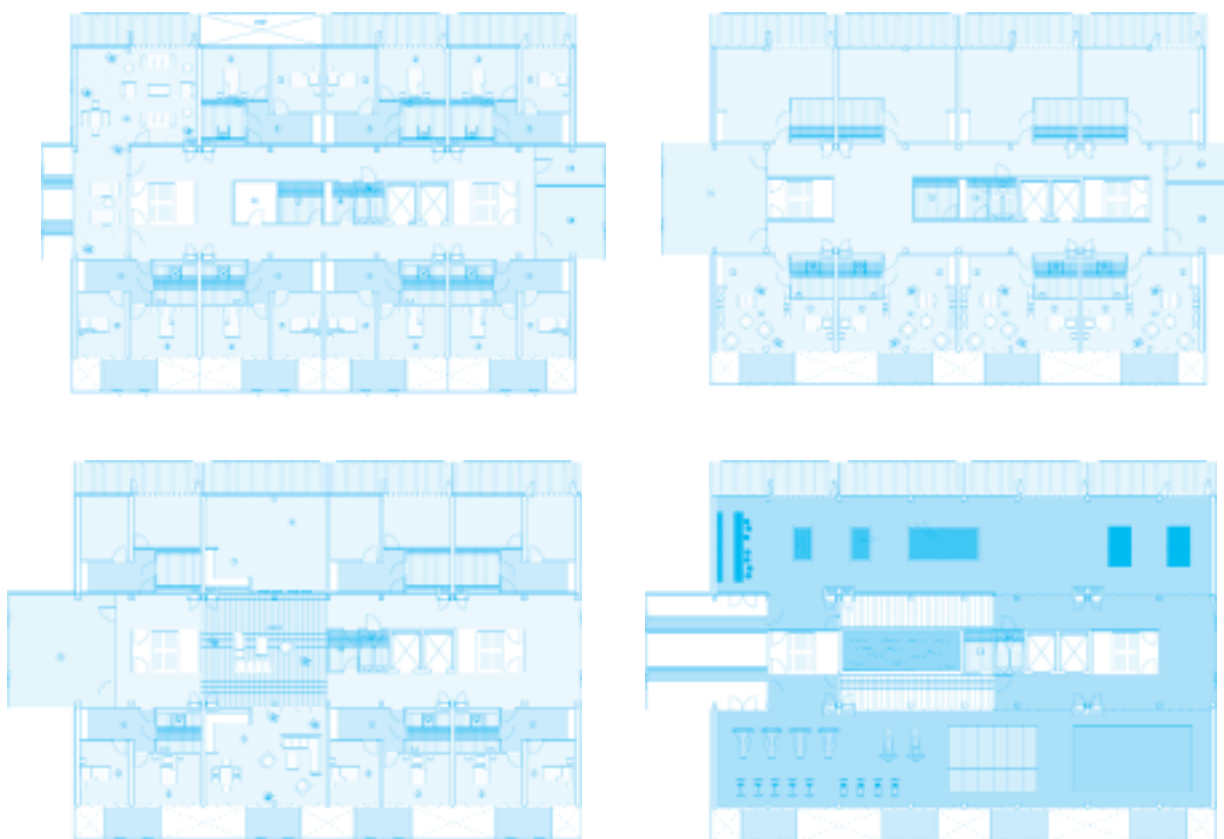
Omkeerbaar bouwen heeft twee aspecten:

- het kunnen ombouwen van verblijfseenheden;
- het aanpassen van de algemene voorzieningen en het realiseren van huiskamers.

Omkeerbaar bouwen houdt in dat een appartement in de categorie licht met relatief beperkte investeringskosten in twee kwalitatief goede kamers in de categorie zwaar kan worden omgezet, en omgekeerd.

Optimale omkeerbaarheid is te bereiken als:

1. een appartement voor individueel verblijf in de categorie licht kan worden omgezet in twee zit-/slaapkamers voor verblijf van cliënten in de categorie zwaar, met behoud van sanitair, en omgekeerd;
2. twee (eenpersoons) zit-/slaapkamers te koppelen zijn tot een kamer voor twee cliënten;
3. twee appartementen voor individueel verblijf te koppelen zijn tot een appartement voor de reguliere woningmarkt;
4. de capaciteit van een voorziening in de categorie zwaar circa 15% groter is dan de capaciteit van een voorziening met gelijke vloeroppervlakte in de categorie licht;



Afb. 2 Herbestemming van ruimten

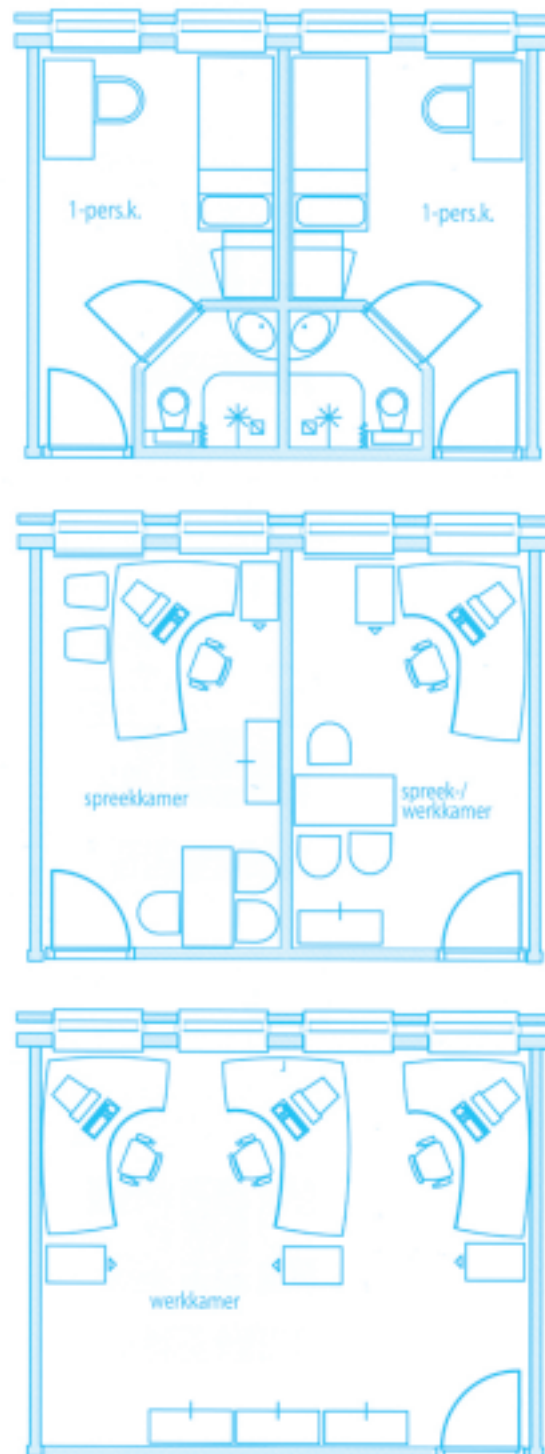
Bij een kolommenstructuur op een alternerend stramien van 3,60 – 4,80 – 4,80 – 3,60 m, met centraal gelegen stijpunten en installatietechniek, zijn verschillende invullingen mogelijk: lichte of zware zorg, kantoor- of recreatieopstellingen.

5. de gemeenschapsruimten (recreatiezaal enz.) in een voorziening voor de categorie licht beperkt overgedimensioneerd zijn (5-10%) of als men genoeg neemt met een beperkte onderdimensionering na omzetting in een voorziening voor de categorie zwaar;
6. maatregelen zijn getroffen die aanpassing van de installaties mogelijk maken.

of om 100% bezetting te kunnen realiseren. Het gaat hierbij om een klein percentage van de verblijfs capaciteit.

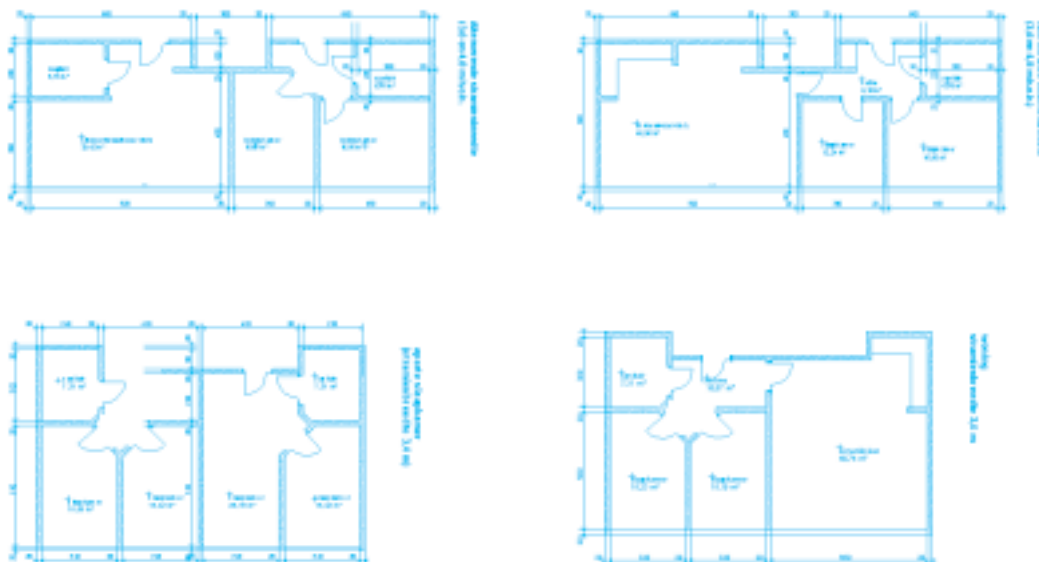
2.2 Extra capaciteit

Instellingen voor verblijf beschikken veelal over een of enkele 'overbedden'. Deze extra capaciteit is met name van belang voor specifieke functies (crisisbedden, BOPZ-bedden, tijdelijke opvangplaatsen (TOP) e.d.) die betrekking hebben op een niet-planbare piekcapaciteit,



Afb. 3 Uitwisselbaarheid van de verblijfsfunctie met niet-verblijfsfuncties.

Bij het Regionaal GGZ Centrum (RGC) in Arnhem is onderzoek gedaan naar een stramenmaat waarbij van een zit-/slaapkamer een spreek- of werkkamer binnen de functie behandeling kan worden gemaakt. Het sanitair kan overigens niet zonder meer voor andere doelgroepen worden gebruikt.



Afb. 4 Omkeerbare en uitwisselbare verblijfsruimten

Een appartement voor individueel verblijf in de categorie licht kan in dit voorbeeld worden omgebouwd tot twee zit-/slaapkamers afdelingsverblijf in de categorie zwaar.

Door de verkeersruimte van 1,60 m breedte plaatselijk te verbreden, kunnen bedden daar passeren.



Afb. 5 Rolstoeltoegankelijkheid in kleinschalige verblijfsaccommodaties

In deze kleinschalige verblijfsvoorzieningen voor vier verstandelijk gehandicapten is één kamer op de begane grond gesitueerd en qua maatvoering geschikt voor een rolstoelgebonden, verpleegbehoefte cliënt, voor wie ten behoeve van de verpleging ook tilliftapparatuur wordt gebruikt. Eveneens op de begane grond is een rolstoeltoegankelijke badkamer aanwezig.

Het ligt in de rede bij de bepaling van de verblijfs capaciteit van een voorziening rekening te houden met het realiseren van enkele overbedden (indicatief één overbed per 30 plaatsen), die kunnen worden gereali seerd als volwaardige plaatsen. Wel zal de initiatief nemer deze overcapaciteit bij de indiening van een initiatief moeten onderbouwen.

Voor een 'overbed' wordt voor de functie verblijf uitgegaan van dezelfde ruimtebehoefte als voor een reguliere plaats. Voor overige functies wordt gebruik gemaakt van de in de instellingen voor verblijf reeds aanwezige faciliteiten.

Ontsluiting gebouwmodules

Voorzieningen voor verblijf zijn, net als reguliere woningen, toegankelijk voor rolstoelen.

Appartementen voor individueel verblijf, voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf en voorzieningen voor afdelingsverblijf worden in de zin van het Bouwbesluit beschouwd als afzonderlijke woonfuncties. De te reali sieren toegankelijkheid heeft consequenties voor de maatvoering van de (hoofd)verkeersruimten en daar mee voor de bruto/nuttig-verhouding van vloeroppervlakten (zie hoofdstuk 5 van deel I).

Toegankelijkheid

Voorzieningen voor (geclusterd) individueel verblijf of voor kleinschalig groepsverblijf worden (met name in de categorie licht) veelal in gewone woonwijken gere aliseerd. Deze voorzieningen zullen in de regel de grenswaarde van 500 m² niet overschrijden, waarboven volgens het Bouwbesluit bijzondere toegankelijkheids eisen gelden. Het Bouwbesluit gaat er voor voorzie ningen voor verblijf met een bruto vloeroppervlakte van meer dan 500 m² van uit dat de verdiepingen toegankelijk zijn voor rolstoelgebruikers.

Aanbevolen wordt in voorzieningen voor verblijf met een bruto vloeroppervlakte van minder dan 500 m² ten minste één van de appartementen of één van de zit-/slaapkamers en een bijbehorende sanitaire ruimte op de begane grond te situeren en volledig rolstoel-toegankelijk te maken, dan wel daarvoor eenvoudig aanpasbaar te maken.

Diverse doelgroepen binnen de AWBZ bestaan voor een groot gedeelte uit cliënten die zijn aangewezen op een rolstoel of bedlegerig zijn. Dit geldt onder meer voor ouderen. Voor deze doelgroepen wordt uitgegaan van intensief rolstoelverkeer in de verkeersruimten met de daarbij behorende ruimtelijke gebruikseis van gemakkelijke passeerbaarheid.

In hoofdstuk 5 van deel I wordt aandacht besteed aan de mogelijkheid van het realiseren van opstelruimte voor oplaadbare rolstoelen en scootmobielen. Wellicht verdient het aanbeveling om daarnaast rekening te houden met een stallingsmogelijkheid voor overige rolstoelen, rollators en mobiele tilliften. Als alternatief voor het gebruik van mobiele tilliften kan worden gekozen voor een aan het plafond gemonteerde tillift-voorziening.

2.3 Gebouwmodules

Categorie licht

Voorzieningen voor verblijf in de categorie licht zijn veelal op een andere locatie gesitueerd dan voorzie ningen voor begeleiding en ondersteunende diensten. Voor bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke handicap worden voorzieningen voor verblijf en voor zieningen voor ondersteunende begeleiding (dagactivi teiten) bijna altijd op verschillende locaties gesitueerd.

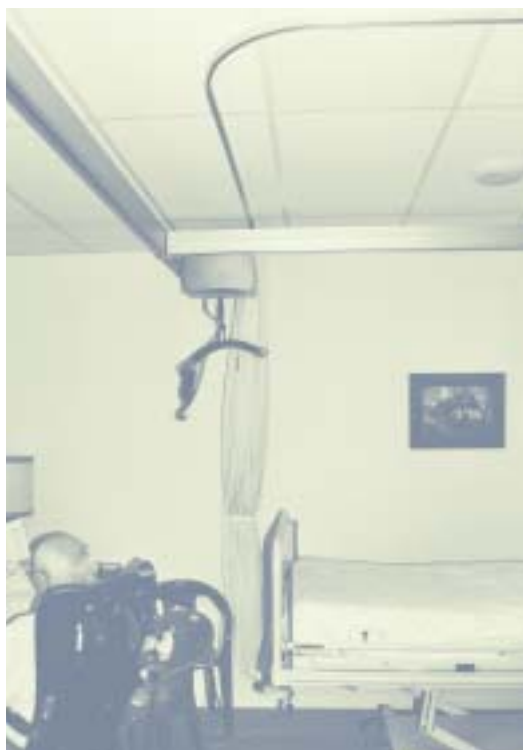
Categorie zwaar

In de categorie zwaar zijn de voorzieningen voor verblijf en de voorzieningen voor begeleiding, behan deling en ondersteunende diensten veelal op één locatie gesitueerd. De gebouwmodules voor begelei ding, behandeling en ondersteunende diensten zijn voor cliënten met somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen bij voorkeur vanuit de verblijfsmodule binnendoor bereikbaar.

Voor cliënten die in een gesloten setting verblijven, zijn de voorzieningen voor verblijf en de voorzie ningen voor begeleiding en behandeling ten minste voor een deel geïntegreerd.

Categorie beveiligd

In voorzieningen voor beveiligd verblijf zijn de modules voor begeleiding en behandeling, voor zover het om cliënttoegankelijke ruimten gaat, ten dele met de verblijfsmodule geïntegreerd. Met het oog op een over zichtelijk en compact beveiligd gebied zijn de modules voor de overige ruimten voor begeleiding en behande ling en voor de ondersteunende diensten doorgaans in een afzonderlijke gebouwmodule ondergebracht, die binnendoor vanuit de verblijfsmodule bereikbaar is.



Afb. 6 Voorbeeld van een cliëntenkamer met opstelruimte

Door gebruik te maken van aan het plafond bevestigde tilliftconstructies kan de vrije ruimte voor het opstellen van een bed kleiner zijn, is in dit geval plaatsing van het bed tegen de wand geen probleem en is opstelruimte voor het bed van minimaal 1,70 m niet nodig. Dagverpleging

De afbeelding toont de situering van de voorzieningen voor dagverpleging in de nabijheid – met een snelle, directe verbinding – van het operatiecomplex en de verkoeverruimte.

Tevens wordt geïllustreerd hoe met de keuze voor een opzet gelijk aan die voor klinische standard care gebruiksflexibiliteit wordt gecreëerd.



Afb. 7 Huisvesting voor de categorieën licht en zwaar in één gebouw

Kleinschalig groepsverblijf met op de begane grond twee eenheden voor elk 3 cliënten met meervoudig complexe handicaps in de categorie zwaar. Op de eerste verdieping zijn appartementen voor individueel verblijf in de categorie licht gesitueerd.

3. De functie verblijf

3.1 Inleiding

Een voorziening voor verblijf kan zijn opgebouwd uit eenheden voor individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en/of afdelingsverblijf. De verhouding tussen de verschillende verblijfsvormen kan per doelgroep en per verblijfs categorie (licht, zwaar en beveiligd) verschillen.

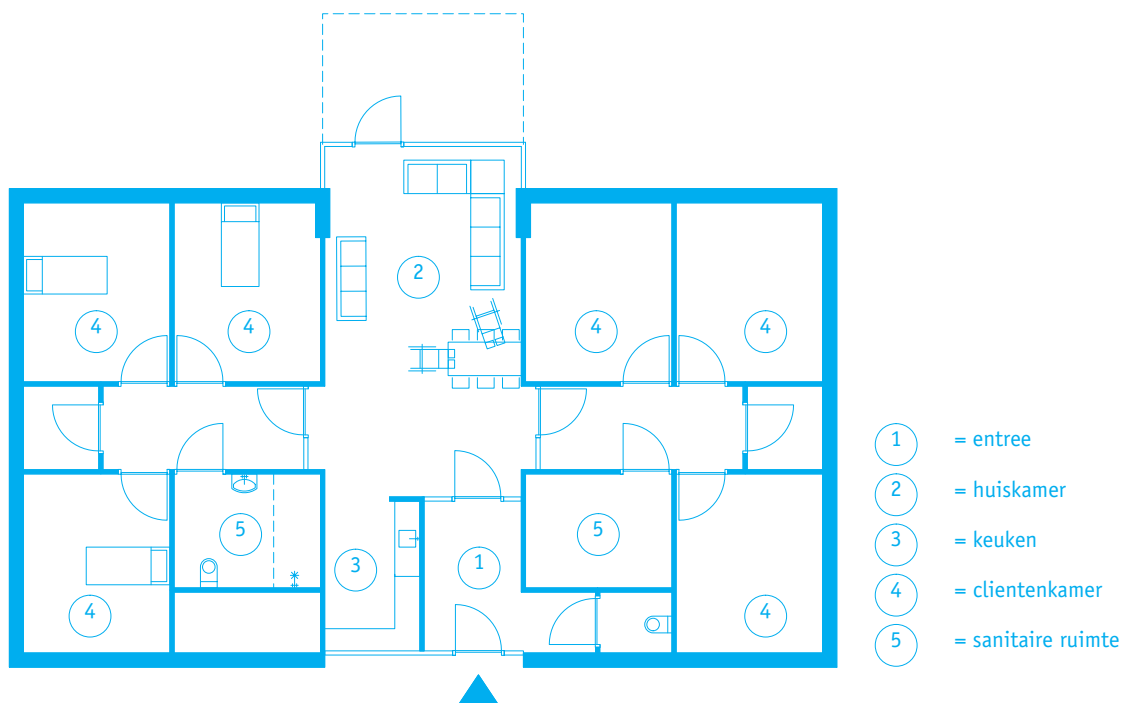
In deze paragraaf worden voorbeelden ('good practice') gegeven voor individueel verblijf, kleinschalig groepsverblijf en afdelingsverblijf. Het gaat om voorbeelden uit de categorieën licht, zwaar en beveiligd. In de praktijk worden soms al verschillende categorieën in één gebouw ondergebracht.

Een tweede strategie betreft de omgekeerde integratie, waarbij op een voormalige hoofdlocatie een woonwijk wordt opgezet met bijvoorbeeld circa 25% "AWBZ-woningen", die tussen reguliere woningen zijn opgenomen.

Om het nadeel (hoge investeringskosten) van de kleine schaal (slechts 3 of 4 woningen) te vermijden en met het oog op de gelijkvormigheid met (naastliggende) woningen in de buurt, verdient het aanbeveling om voor de realisatie van AWBZ-voorzieningen voor individueel en kleinschalig groepsverblijf in de categorie licht aansluiting te zoeken bij grotere woningbouwprojecten. Als dat op enig moment aan de orde zou zijn, vormt het afstoten van woningen in zo'n opzet meestal geen probleem.

3.2 Uitwisselbaarheid

Het verdient aanbeveling uitwisselbaarheid van voorzieningen voor de functie verblijf in de categorie licht met reguliere woningbouw na te streven. Door de verblijfsvoorzieningen in de categorie licht in hun functionele opzet te laten aansluiten bij projecten in de reguliere woningbouw, wordt substitutie van het wonen in instellingsverband naar het wonen in de wijk, respectievelijk naar het scheiden van wonen en zorg ondersteund. Het aantal cliënten dat op één locatie in de wijk woont, is vanuit zorginhoudelijke overwegingen veelal beperkt (in voorzieningen voor verblijf voor mensen met een verstandelijke handicap bijvoorbeeld tot hooguit 12).



Afb. 8 Door de instelling zelf gerealiseerde uitwisselbare woningen in de wijk

Kleinschalig groepsverblijf in de vorm van twee eenheden voor elk 3 cliënten. Alle kamers zijn rolstoeltoegankelijk. De woning heeft twee verblijfsvleugels met elk 3 zitslaapkamers en één rolstoeltoegankelijke badkamer. Op de eerste verdieping zijn reguliere woningen gesitueerd.

Afb. 9 Een ander voorbeeld van uitwisselbare woningen: koopwoningen

Het betreft twee naast elkaar gelegen woningen voor gehandicapten in de categorie licht in een groter project. De woningen onderscheiden zich niet van de andere woningen binnen het bouwplan. Binnen zijn wel enkele aanpassingen gerealiseerd.

Op deze locatie vormen de beide woningen achter het transformatorhuisje in de voortuin samen een verblijfsvoorziening voor verstandelijk gehandicapten. Vanuit het belevingsaspect is de situering niet optimaal.



3.3 Individueel verblijf

Bij individueel verblijf in de categorie licht is sprake van eenpersoons- of tweepersoonsappartementen met bij voorkeur gescheiden woon- en slaapruidten. De activiteiten in een eenheid voor individueel verblijf komen goeddeels overeen met de activiteiten die in de thuissituatie plaatsvinden. Ook moet een cliënt er verzorgd of verpleegd kunnen worden.

In tweepersoonsappartementen is, indien sprake is van verblijf van bedlegerige cliënten, tussen de woonkamer en de slaapkamer bij voorkeur een directe verbinding aanwezig, met het oog op sociale contacten.

Voorzieningen voor individueel verblijf in de categorie zwaar bestaan veelal uit (geclusterde) eenpersoons zit-/slaapkamers met een eigen sanitaire ruimte.

Indien gewenst, kan een gezamenlijke huiskamer worden gerealiseerd.

In geval van clustering van voorzieningen voor individueel verblijf kan sprake zijn van het realiseren van ruimten voor begeleidende, verzorgende of verplegende medewerkers. Te denken valt aan een teampost, een kamer voor het afdelingshoofd, een spoelruimte, algemene berg ruimten (onder meer voor de opslag van schoon- en vuilninen en rijdend materieel), een centrale badkamer en/of een multifunctionele ruimte.



Afb. 10 Eenpersoonsappartement individueel verblijf in de categorie licht

Voorbeeld van een multifunctioneel gebouw, waarbij alleen het middengedeelte binnen de AWBZ is gerealiseerd voor de categorie licht. Een appartement bestaat uit woonkamer met kitchenette, eenpersoonsslaapkamer en rolstoeltoegankelijke badkamer.



Afb. 11 Eenpersoonsappartement individueel verblijf in de categorie zwaar

Het betreft een appartement voor cliënten met een psychogeriatrische en/of somatische aandoening. Een appartement bestaat steeds uit een zit-/slaapkamer, die geschikt is voor verpleging, en een aangrenzende, badstretchertogankelijke badkamer.

3.4 Kleinschalig groepsverblijf

Voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf worden in alle drie categorieën gerealiseerd. Deze voorzieningen hebben bij voorkeur een entree vanaf de straat. Wanneer sprake is van geclusterde voorzieningen (bijvoorbeeld voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening), worden ze soms ook intern ontsloten. Dit heeft als voordeel dat medewerkers 's nachts niet over straat hoeven en dat ruimten voor dagbesteding en zorgverlening binnendoor bereikbaar zijn.

Wanneer de voorzieningen aan een afsluitbaar semi-openbaar gebied (een binnenstraat, of een gang rond een patio of binnentuin) gesitueerd zijn, hebben cliënten meer bewegingsvrijheid. De deur van de voorziening voor kleinschalig groepsverblijf hoeft dan niet op slot.

Een kleinschalig groepsverblijf omvat in het algemeen 3 tot maximaal 6 eenpersoons zit-/slaapkamers, een huiskamer, een keuken en sanitaire ruimten.

Afhankelijk van de categorie zijn soms ruimten voor begeleiding, verzorging en verpleging aanwezig. Wanneer sprake is van geschakelde groepsverblijven, worden ruimten voor ondersteunende diensten soms in het vertredingsgebied bij de voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf opgenomen.

Het verdient aanbeveling in de afzonderlijke voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf voldoende bergruimte op te nemen.

In voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf wordt meestal een complete keuken gerealiseerd. De nuttige oppervlakte daarvan is daardoor in vergelijking met de nuttige oppervlakte van keukens in de andere verblijfsconcepten vrij groot (circa 12 m²). In voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf kan het wenselijk zijn dat medewerkers vanuit de keuken toezicht kunnen houden op de groep.

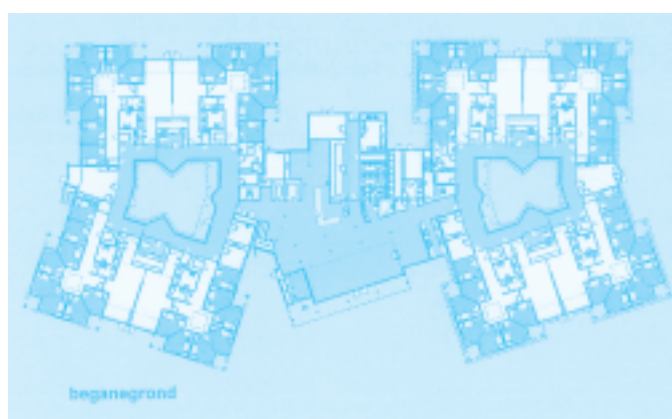
Voor het wassen en drogen van wasgoed wordt soms in een afzonderlijke ruimte voorzien.

Als gevolg van de kleine schaal van de voorziening zal de nuttige oppervlakte aan bergruimte per plaats vaak groter uitvallen dan in andere verblijfsconcepten.

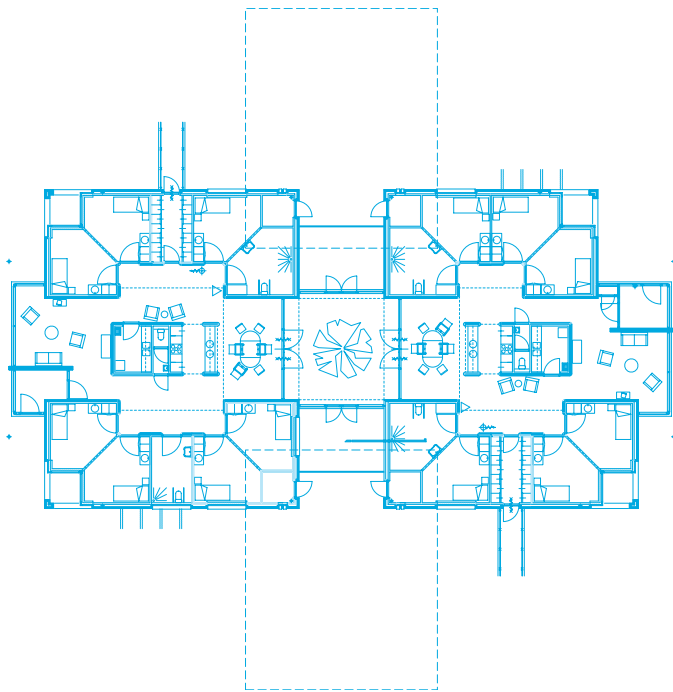
Bij voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf kan,

indien nodig, een overdekte stalling voor scootmobielen worden gerealiseerd.

Indien er in voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf van wordt afgezien een afzonderlijke teamruimte te realiseren, is in de huiskamer dikwijls een (afsluitbare) kast voor dossiers en medicijnen aanwezig. Voor overleg wordt dikwijls gebruik gemaakt van bijvoorbeeld een multifunctionele ruimte in of nabij de voorziening voor kleinschalig groepsverblijf.

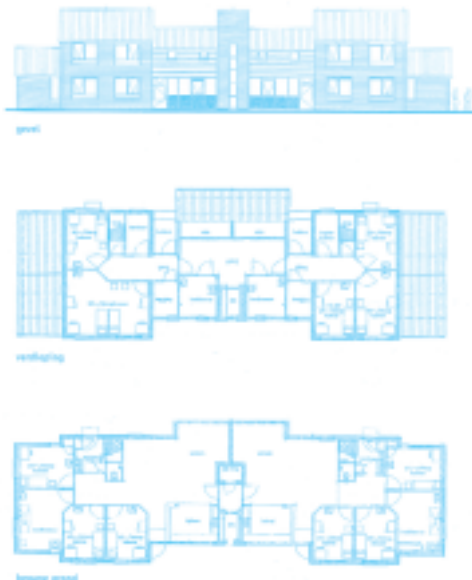


Afb. 12 Kleinschalige groepsverblijven rond een binnenhof
De voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf voor mensen met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening zijn gelegen aan een gang die een binnenhof omsluit.



Afb. 13 Een ander voorbeeld van kleinschalig groepsverblijf (categorie licht)

Het betreft hier zelfstandige woningen met een eigen entree. De groepswoningen zijn gegroepeerd rond een overdekte binnentuin. De woningen zijn thans in gebruik door mensen met een psychogeriatrische aandoening. Tussen de woningen bevindt zich een wintertuin. Dit ontwerp scoort hoog op het punt van belevingswaarde.



Afb. 14 Kleinschalig groepsverblijf in de categorie zwaar
Een voorbeeld van twee gekoppelde woningen voor per woning zes verstandelijk gehandicapten. De woningen zijn geheel rolstoeltoegankelijk, en beschikken over een lift. Ze zijn gebouwd op een hoofdlocatie, waar omgekeerde integratie plaatsvindt.

3.5 Afdelingsverblijf

Alleen voor de categorieën zwaar en beveiligd worden voorzieningen voor afdelingsverblijf gerealiseerd. Afdelingsverblijven bestaan uit variërende aantallen eenpersoons zit-/slaapkamers. In deze voorzieningen worden soms enkele eenpersoonskamers samengevoegd tot tweepersoonskamers.

Enkele afdelingen samen vormen, al dan niet gecombineerd met voorzieningen voor individueel verblijf en/of kleinschalig groepsverblijf, een voorziening.

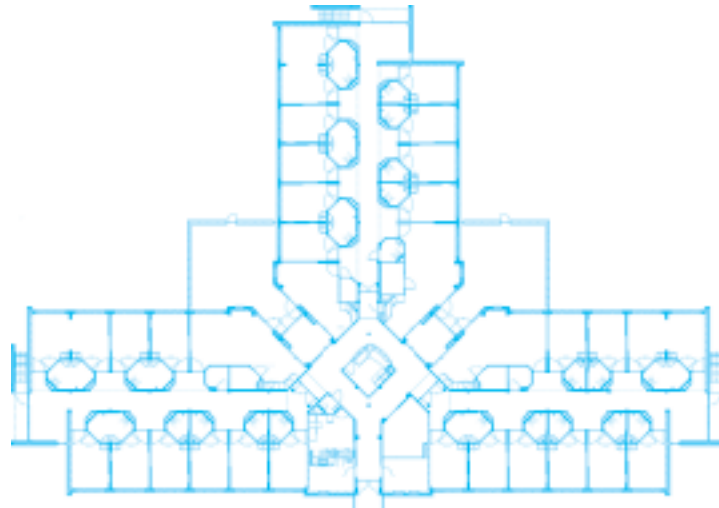
Voorzieningen voor afdelingsverblijf kunnen een kleinschalige opzet krijgen als verschillende afdelingen ruimtelijk van elkaar worden gescheiden. Lange gangen met kamers worden als ongewenst ervaren, evenals doorgaande routes door afdelingen.

Het verblijfsareal binnen een afdelingsverblijf bestaat uit zit-/slaapkamers, huiskamers, sanitaire ruimten en ruimten voor medewerkers en diensten. Bij die laatste

valt te denken aan een teampost, een kamer voor het afdelingshoofd, een spoelruimte, algemene berg-ruimten (voor de opslag van schoon- en vuillinnen en rijdend materieel), een centrale badkamer en een multifunctionele ruimte.

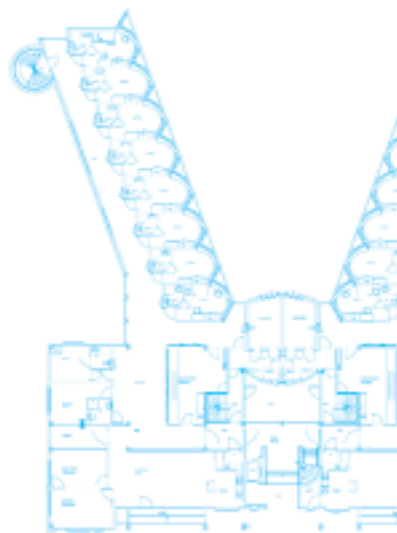
Bij voorkeur liggen de huiskamers nabij de entree van de afdeling, zodat bezoekers geen privéruimten behoeven te passeren.

Ruimten voor begeleiding, medewerkers en diensten kunnen, afhankelijk van de voorkeur van de instelling, per groep, per twee groepen of per afdeling worden gerealiseerd.



Afb. 15 Afdelingsverblijf in de categorie zwaar

Een voorbeeld van afdelingsverblijf voor cliënten met een somatische of psychogeriatrische aandoening, met drie groepen van 10 cliënten per verdieping (hoogbouw). Op alle verdiepingen liggen huiskamers en ondersteunende functies centraal rond een ontmoetingsplein.



Afb. 16 Afdelingsverblijf en de plaats van de teampost in de categorie beveiligd

In de lay-out van de gesloten afdeling van de FPK De Meren (een beveiligde verblijfsvoorziening voor mensen met een psychiatrische aandoening) is veel aandacht besteed aan veiligheid. Vanuit de centraal gelegen teampost is toezicht mogelijk op de huiskamer, alle verkeersruimten en de entree. Elke cliënt heeft de beschikking over een eigen zit-/ slaapkamer en een eigen sanitaire ruimte.

4. Niet-verblijfsfuncties

4.1 Inleiding

In deze paragraaf worden voorbeelduitwerkingen voor de niet-verblijfsfuncties behandeld naar functie (ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling, ondersteunende diensten) en vervolgens, waar nodig, per doelgroep.

dienst doen als steunpunt voor zorg aan cliënten die nog in hun eigen woning in de wijk wonen.

4.4 Functies ondersteunende en activerende begeleiding

Voorzieningen voor ondersteunende en activerende begeleiding omvatten bijvoorbeeld ruimten voor dagbesteding, een recreatiezaal, een restaurant, een centraal ontmoetingsplein, een grand-café, een internetcafé of een bibliotheek. Soms worden mede voorzieningen als een stilte-/ meditatie-/ gebedsruimte gerealiseerd. In grotere voorzieningen kunnen ook maatschappijvoorzieningen, zoals een kapsalon, een pedicure en een winkel, aanwezig zijn. Door voorzieningen (uit de wijk of buurt) in een instelling te integreren, kan het aanbod aan functies worden vergroot. Voorbeelden van functies die worden 'binnengehaald', zijn een kinderdagverblijf, een consultatiebureau, een eerstelijns gezondheidszorgvoorziening, een apotheek of een postagentschap.

4.2 Flexibiliteit

Slechts weinig ruimten voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten zijn technisch specifiek van ruimteafmetingen en gebouwuitrusting. Daarbij gaat het met name om ruimten voor motoriek en sport, fysiotherapie en arbeidstherapie e.d., en om separeervoorzieningen.

De overige ruimten zijn technisch aspecifiek en hebben een meer algemeen karakter.

Het verdient aanbeveling om voor eventuele uitbreidingsmogelijkheden voor de niet-verblijfsvoorzieningen een aansluiting op de hoofdverkeersstructuur en een plaatsingsmogelijkheid in het terreininrichtingsplan te reserveren.

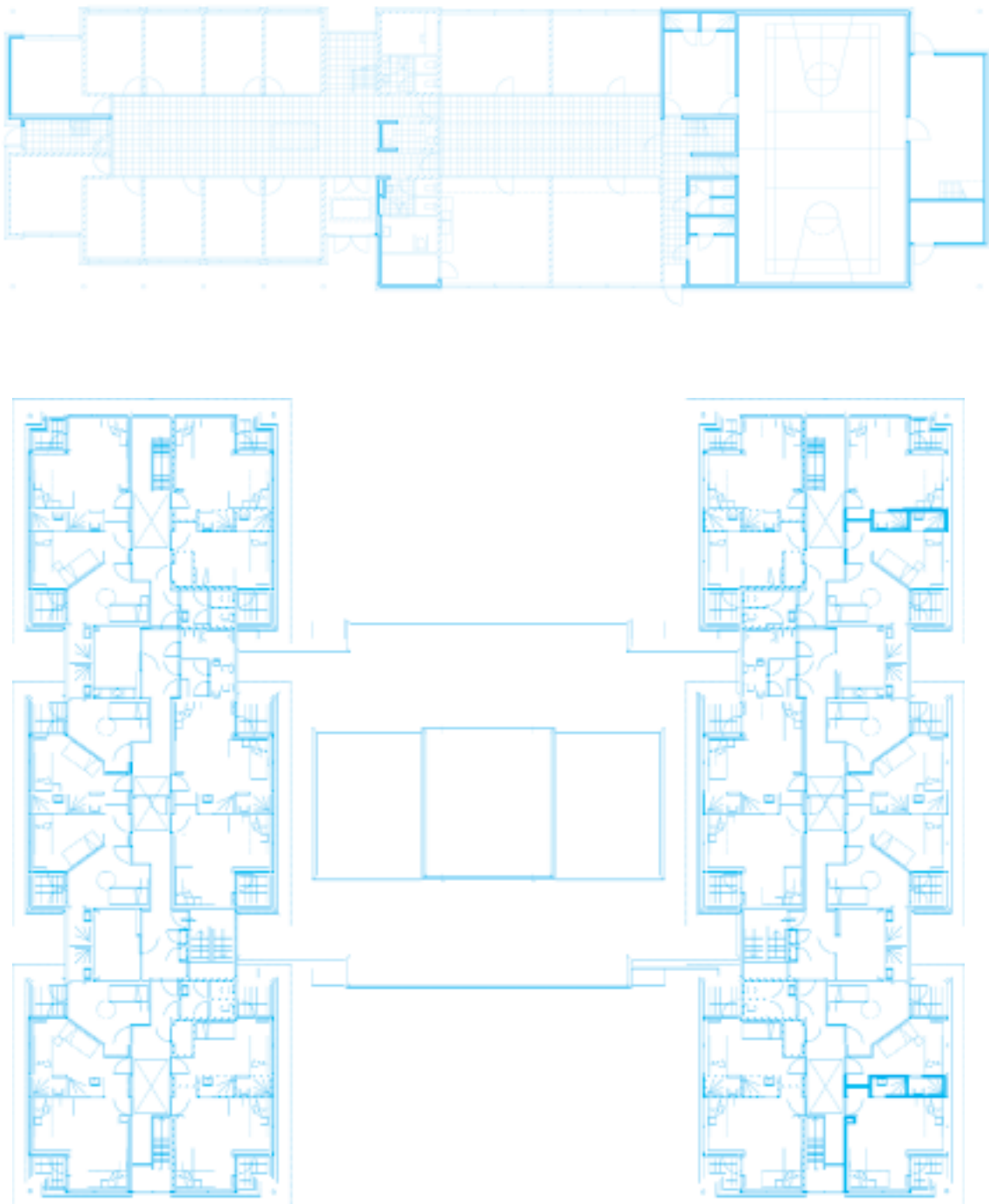
4.3 Bereikbaarheid van zorgverlening

Voorzieningen voor begeleiding en ondersteunende diensten zijn voor de categorie licht meestal niet op dezelfde locatie gesitueerd als de voorzieningen voor verblijf. Indien mogelijk, kan voor de niet-verblijfsfuncties gebruik worden gemaakt van voorzieningen in de buurt.

De niet-verblijfsvoorzieningen (voor begeleiding, behandeling en ondersteunende diensten) voor de categorie zwaar kunnen, gezien de in de verblijfsvoorziening aanwezige medewerkers, mede als wijkvoorziening functioneren. Deze wijkvoorziening kan tevens

4.5 Functiegroep behandeling

Bij deze functie gaat het vooral om de medische en paramedische voorzieningen. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt naar ruimten voor medisch onderzoek en behandeling, fysio- en ergotherapie en psychosociale begeleiding. Deze ruimten worden alleen gerealiseerd voor de categorieën zwaar en beveiligd.



Afb. 17 Scheiding van verblijf en de overige behandel functies

In deze verslavingskliniek zijn de ruimten voor verblijf en voor behandeling en ondersteuning op hetzelfde terrein ondergebracht in van elkaar gescheiden, vrijstaande gebouwen, zonder interne verbinding. Voor therapie, dagbesteding en behandeling moeten de cliënten het verblijfsgebouw verlaten.



Afb. 18 Ruimtereservering voor een mogelijke, toekomstige uitbreiding

Een voorziening voor afdelingsverblijf voor cliënten met een psychiatrische aandoening. Omdat deze voorziening bestemd is voor gesloten of besloten verblijf, is zij voorzien van een separeerunit, die voorzien is van een afzonderlijke ambulance-ingang.

Er had ook sprake kunnen zijn van een verblijfsvoorziening met een opzet die geschikt is om er in een later stadium een voorziening voor gesloten of besloten verblijf van te maken. In dat geval zou de separeerunit pas later worden toegevoegd, waar in de plattegrond mee rekening is gehouden.

Voor onderzoek en behandeling kunnen met name spreek-/ werkkamers voor medische consultatie, logopedie en psychosociale begeleiding aanwezig zijn, alsmede enkele onderzoek-/ behandelruimten, een geneesmiddelenvoorziening, ruimten voor medische administratie en wachtruimte met toiletten. Op kleinere locaties ligt het gebruik van multifunctionele ruimten veelal in de rede.

Ten behoeve van reactivering kunnen uitgebreide fysiotherapievoorzieningen aanwezig zijn. Deze omvatten in de regel een grote oefenruimte met berging voor oefenmateriaal, individuele behandelruimten en ruimten voor ADL-training. Een therapiebad (vlinderbad of deltabad) wordt alleen gerealiseerd als sprake is van medegebruik door andere instellingen in de regio en een hoge bezettingsgraad.

Voor de overige niet- reactiveringscliënten vindt fysiotherapeutische behandeling meestal op de zit-/ slaapkamer van de cliënt plaats.

De ruimtebehoefte voor de functie behandeling is, voorzover het spreek-/werkkamers betreft, afhankelijk van het aantal fte's dat wordt ingezet. In het algemeen realiseren instellingen een gevarieerd aanbod aan therapie- en behandelvoorzieningen. Het is wenselijk dat een instelling bij het indienen van een bouwaanvraag een gespecificeerde opgave van het aantal fte's behandeling doet.

Soms maken instellingen voor behandel functies gebruik van voorzieningen in andere instellingen of in openbare voorzieningen. Dit geldt met name voor zwembaden, sporthallen en gymnastiekzalen.

Voorzieningen voor behandeling voor cliënten in de categorie zwaar bevinden zich in de meeste gevallen op dezelfde locatie als de voorziening voor verblijf. Voorzieningen voor behandeling voor cliënten in de categorie beveiligd zijn bouwkundig meestal verbonden met de voorziening voor verblijf. Deze voorzieningen maken deel uit van het beveiligde gebied. Menging en contacten met cliënten uit andere doelgroepen met de cliënten uit de beveiligde groep worden vermeden.

Voorzieningen voor beheer omvatten meestal ruimten voor bestuur en directie, hoofden van dienst, administratie en archief, automatisering en opleiding personeel. In en bij kleinschalige voorzieningen worden meestal geen afzonderlijke ruimten voor beheer gerealiseerd. Grotere organisaties realiseren steeds vaker, op een goed bereikbare locatie in de stad, een centraal bureau.

Tot de civiele en technische diensten worden de centrale keuken (satellietkeuken of productiekeuken), de linnenverzorging, de huishoudelijke dienst, het magazijn en de technische dienst gerekend. Indien deze taken worden uitbesteed, is de daarvoor noodzakelijke ruimte bij de instellingen zelf beperkt. AWBZ-instellingen besteden de maaltijdbereiding in veel gevallen uit. Maaltijden worden dan betrokken van keukens van andere instellingen of van keukens van commerciële bedrijven. Bij uitbesteding van

4.6 Ondersteunende diensten

Tot de ondersteunende diensten behoren ruimten voor beheer, civiele en technische diensten en centrale personeelsvoorzieningen. Deze voorzieningen worden doorgaans op een hoofdlocatie ondergebracht.



Afb. 19 AWBZ-voorziening als steunpunt voor extramurale zorg

De Loericker Stee te Houten is een centrum waarin diverse functies zijn samengebracht. Het centrum omvat voorzieningen voor verblijf voor mensen met een somatische en/of een psychogeriatrische aandoening in de categorie licht, een huisartsenpraktijk, een apotheek, een 'zotel', een grand-café annex restaurant, een cultureel centrum, een kinderdagverblijf, een reisbureau, een steunpunt voor de participerende zorgverzekeraar en kantoren voor een thuiszorginstelling. Het restaurant van het verzorgingshuis doet tevens dienst als grand-café en is van buitenaf separaat bereikbaar.

maaltijden wordt in de voorzieningen voor verblijf rekening gehouden met ruimte voor regenereerapparatuur. In sommige gevallen wordt een satellietkeuken gerealiseerd.

Als in voorzieningen voor afdelingsverblijf, kleinschalig groepsverblijf en individueel verblijf zelf wordt gekookt, is geen centrale keuken nodig. In de praktijk kan echter niet in alle voorzieningen voor verblijf dagelijks worden gekookt. Voor het al dan niet realiseren van een keukenvoorziening in kleinschalige groepsverblijven is de zelfredzaamheid van de cliënten van de doelgroepen een belangrijk criterium. Voor het onderhoud van gebouwen en installaties wordt dikwijls gewerkt met onderhoudscontracten. De ruimtebehoefte voor de technische dienst kan dan tot een minimum worden beperkt.

In veel AWBZ-verblijfsvoorzieningen wordt de eigen kleding door de cliënten zelf gewassen. De overige was (beddengoed, handdoeken e.d.) wordt meestal uitbesteed. Een centrale linnenafdeling heeft in dergelijke gevallen slechts te bestaan uit een schoon- en vuillinnenberging.

Tot de personeelsvoorzieningen worden een personeelsrestaurant, personeelsrecreatieruimte(n) en (centrale) personeelsgarderobe(s) met toiletten en douches gerekend.

5. Kwaliteit van de verblijfsomgeving

5.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan kwaliteit van de verblijfsomgeving, in het bijzonder aan technische aspecten daarvan.

In hoofdstuk 4 van deel I wordt aandacht besteed aan de belevingsaspecten.

5.2 Technische installaties

Electrotechnische voorzieningen kunnen, in zowel de dag- als de nachtsituatie, een hulpmiddel vormen voor het toezicht op cliënten die in voorzieningen voor kleinschalig verblijf wonen. Ook voor de communicatie tussen medewerkers in nabij elkaar gelegen voorzieningen voor kleinschalig groepsverblijf kan dit een handig hulpmiddel zijn.

Flexibiliteit en installaties

Om aan de voor de installaties in hoofdstuk 4 van deel I beschreven basiskwaliteitseisen te kunnen voldoen, kan het aanbeveling verdienen maatregelen te treffen voor de 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.

5.3 Domoticoepassingen in de verblijfsvoorzieningen

In de zelfstandige ouderenhuisvesting, de intramurale ouderenzorginstellingen en de gehandicaptenzorg is domotica een naam waarmee een verzameling van nieuwe en bestaande technologieën wordt aangeduid, waarmee de zelfstandigheid kan worden bevorderd en de veiligheid en het comfort kunnen worden verhoogd.



Afb. 20

Een voorziening voor dagbesteding

In Emmen is een voorziening voor dagbesteding gerealiseerd waarin verschillende soorten dagactiviteiten worden aangeboden. Centraal tussen de twee gebouwvleugels ligt een ontmoetingsruimte. In een vleugel zijn de ruimten voor recreatieve en educatieve activiteiten ondergebracht. In deze voorziening zijn tevens kantoorruimten voor staf en beheer opgenomen.



Afb. 21

Keuken in een kleinschalige verblijfsvoorziening
Per twee groepen is voorzien in een goed geoutilleerde, normale keuken. Wel is tevens regeneratie-apparatuur aanwezig. De cliënten bereiden hier zowel voor- als nagerechten, en de warme hoofdmaaltijd wordt hier geregenereerd. In beginsel is het ook mogelijk hier zelfstandig maaltijden te bereiden.

Domoticatoepassingen kunnen voor diverse doeleinden worden ingezet:

- a. algemeen; ter verhoging van het verblijfscomfort (CAI, PTT);
- b. algemeen; duaal signaal ter compensatie van beperkende handicaps (electrische zonwering);
- c. algemeen; voor het oproepen en communicatie met verzorging (bijvoorbeeld uitluistersysteem; specifiek in categorie beveiligd: persoonsbeveiligingssysteem).



Afb. 22 Zithoekje aan een gang

In deze verblijfsvoorziening voor mensen met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening is ook bijzondere aandacht aan verkeersruimten geschonken. Hier is van de gelegenheid gebruik gemaakt om een zithoekje te creëren, waarvandaan men in de entreehal beneden kan kijken.

5.4 Individuele condities en geluidisolatie

Iedere cliënt zal in beginsel in zijn eigen appartement of zit-/ slaapkamer gebruik willen maken van audiovisuele middelen. Daarvoor kunnen installatietechnische voorzieningen (bijvoorbeeld via de kabel) aanwezig zijn.

Ter vermijding van onderlinge overlast verdient het aanbeveling zorg te dragen voor voldoende geluidisolatie tussen twee appartementen respectievelijk zit-/slaapkamers. Waar mogelijk, wordt deze isolatie woningscheidend uitgevoerd.

Om overspraak tussen de kamers voor de categorieën zwaar en beveiligd te kunnen vermijden, is te overwegen van zwaardere isolatie-eisen uit te gaan dan het Bouwbesluit aangeeft.

5.5 Bouwtechnisch afwerkingsniveau

Oplappend met de verblijfs categorie kunnen drie niveaus van gebouwfwerking worden onderscheiden:

- a. licht: aansluitend bij reguliere woningbouw projectkwaliteit: prijs, kwaliteit, naleverbaarheid;
- b. zwaar: aansluitend bij zware projectkwaliteit: intensief decontimaneerbaar, intensief gebruik;
- c. beveiligd: met maatwerkspecificaties letselvoorkomend, molestbestendig, onderhoudsvriendelijk.

Bijvoorbeeld aan de hand van het verschil in keuze van een deur en het bijbehorende hang- en sluitwerk worden deze verschillen in afwerkingsniveau tastbaar.

Bijlage: Verantwoording voorbeeldprojecten en illustraties

Afbeelding	Blz.	Titel locatie, bouwjaar, architect, fotograaf
1	66	Verschillende doelgroepen in één project Prijsvraag Ouderenzorg Cbz 2003, Van Aken Architectuur
2	68	Herbestemming van ruimten Prijsvraag Ouderenzorg Cbz 2003, H. Overdiep
3	68	Uitwisselbaarheid van de verblijfsfunctie met niet-verblijfsfuncties Arnhem – RGC, Wiegerinck Architecten Arnhem
4	65	Omkeerbare en uitwisselbare verblijfsruimten plattegronden Cbz
5	69	Rolstoeltoegankelijkheid in kleinschalige verblijfsaccommodaties Gennep - GHZ Vizier: Smitsstraat Malden, foto Cbz
6	71	Voorbeeld van een cliëntenkamer met opstelruimte Almelo - Verpleeghuis Het Meulenbelt, foto Cbz
7	71	Huisvesting voor de categorieën licht en zwaar in één gebouw Gennep - GHZ Vizier: Grote Loef Malden, foto Cbz
8	73	Door de instelling zelf gerealiseerde uitwisselbare woningen in de wijk Eindhoven - Verpleeghuis De Weerde (De Vitalis Zorg Groep), IAA Architecten Enschede
9	73	Een ander voorbeeld van uitwisselbare woningen: koopwoningen Gennep - GHZ Vizier: Beerenklauw Cuijk, foto Cbz
10	74	Eenpersoonsappartement individueel verblijf in de categorie licht Wassenaar – Johannahuis (Wilhelmina Alida Stichting), EGM architecten bv Dordrecht
11	74	Eenpersoonsappartement individueel verblijf in de categorie zwaar Almelo - Verpleeghuis Het Meulenbelt, foto Cbz
12	75	Kleinschalige groepsverblijven rond een binnenhof Houten - Verpleeghuis Het Houtens Erf, Oomen Havermans Waltjen bv architecten- en ingenieursbureau Breda
13	76	Een ander voorbeeld van kleinschalig (categorie licht) Terneuzen - Verpleeghuis ter Schorre, Oomen Havermans Waltjen bv architecten- en ingenieursbureau Breda
14	76	Kleinschalig groepsverblijf in de categorie zwaar Nootdorp – Craeijenburch (Stichting Ipse), Kruisheer Elffers Architecten/ Adviseurs Rotterdam
15	77	Afdelingsverblijf in de categorie zwaar Wolvega - Verpleeghuis LindeStede, Grunstra Architectengroep BNA Bolsward
16	77	Afdelingsverblijf en de plaats van de teampost in de categorie beveiligd Amsterdam - FPK De Meren, Architecten aan de Maas Maastricht, foto Martin Thomas

Afbeelding	Blz.	Titel locatie, bouwjaar, architect, fotograaf
17	79	Scheiding van verblijf en de overige behandel functies Breda - Kentron Verslavingzorg West- en Midden-Brabant, Oomen Havermans Waltjen bv architecten- en ingenieursbureau Breda, foto René de Wit
18	80	Ruimtereservering voor een mogelijke, toekomstige uitbreiding Tiel - RGC Rivierenland, Duintjer BV Architectengroep Amsterdam
19	81	AWBZ-voorziening als steunpunt voor extramurale zorg Houten - Verzorgingshuis Loericker Stee, TOPOS Architecten Waddinxveen, foto Cbz
20	83	Een voorziening voor dagbesteding Emmen – Regionaal Dagactiviteitencentrum (RDAC) GGz Drenthe, Gerritsma Vesseur Architecten Assen
21	83	Keuken in een kleinschalige verblijfsvoorziening Houten - Verpleeghuis Het Houtens Erf, Oomen Havermans Waltjen bv architecten- en ingenieursbureau Breda, foto Cbz
22	84	Zithoekje aan een gang Houten - Verpleeghuis Het Houtens Erf, Oomen Havermans Waltjen bv architecten- en ingenieursbureau Breda, foto Cbz



Regeling bouwmaatstaven voor intramurale AWBZ-voorzieningen

Regeling College bouw ziekenhuisvoorzieningen tot vaststelling van bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor intramurale AWBZ-voorzieningen, goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen,
gelet op artikel 15a van de Wet ziekenhuisvoorzieningen,
besluit:

Artikel 1

Ten behoeve van nieuwbouwplannen voor intramurale AWBZ-voorzieningen worden bouwmaatstaven vastgesteld, welke een nadere omschrijving inhouden van de in artikel 15, tweede lid, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen genoemde criteria. Deze bouwmaatstaven, nader omschreven in het bij deze regeling gevoegde rapport, worden als bijlage 2.01 toegevoegd aan de Regeling bouwmaatstaven Wet ziekenhuisvoorzieningen en vervangen de huidige bijlagen:

- 2.01: Bouwmaatstaven voor verpleging en verzorging, Regeling van 8 juli 2002, Stcrt 2002,196;
- 3.03: Bouwmaatstaven voor verslavingszorg, Regeling van 8 juli 2002, Stcrt 2002,196;
- 3.04: Bouwmaatstaven voor een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Regeling van 19 februari 2001, Stcrt 2001,47;
- 3.05: Bouwmaatstaven voor een regionaal GGZ-centrum (RGC), Regeling van 9 juli 2001, Stcrt 2001,206;
- 3.07: Bouwmaatstaven voor bepaalde tijd voor logeervoorzieningen in de GGZ-sector, Regeling van 8 oktober 2002, Stcrt 2002,14;
- Bouwmaatstaven voor langdurige zorg GGZ, Regeling van 14 januari 2002, stcrt 2002,45;
- Bouwmaatstaven voor voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, Regeling van 14 januari 2002, stcrt 2002,85.

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 bouwmaatstaven bij het College bouw ziekenhuisvoorzieningen wordt gedaan.

Artikel 3

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling bouwmaatstaven voor intramurale AWBZ-voorzieningen.

Aldus vastgesteld in de vergadering van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen d.d. 17 november 2003. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 15 januari 2004 de bouwmaatstaven voor intramurale AWBZ-voorzieningen goedgekeurd, gelet op zijn bevoegdheid in artikel 15a, tweede lid, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

Toelichting

Algemeen

De bevoegdheid van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (het Bouwcollege) tot vaststelling van bouwmaatstaven is geregeld in artikel 15a van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De bouwmaatstaven behoeven, alvorens van kracht te worden, goedkeuring van de Minister.

De bouwmaatstaven zijn een nadere uitwerking van de wettelijke criteria van bouwkundig-functionele doelmatigheid, noodzakelijkheid van de bestanddelen en verantwoorde tariefsgevolgen.

In het kader van de overgangsbepalingen van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid zijn de in het Besluit bouwmaatstaven WZV door de Minister vastgestelde bouwmaatstaven op grond van artikel 15, vierde lid oud, WZV, gelijkgesteld met door de Minister goedgekeurde maatstaven op grond van artikel 15a WZV. Nadien zijn deze bouwmaatstaven opgenomen in de door het Bouwcollege vastgestelde 'Regeling bouwmaatstaven Wet ziekenhuisvoorzieningen' (Stcrt. 2001, nr. 21).

Het criterium van de bouwkundig-functionele doelmatigheid is uitgewerkt in specifieke bouwmaatstaven voor categorieën van voorzieningen of onderdelen daarvan (maatstavenrapporten), welke zijn opgenomen in bijlagen bij de regeling. De specifieke maatstaven zijn in beginsel geformuleerd overeenkomstig de methodiek van het Bouwbesluit behorende bij de Woningwet, namelijk in de vorm van eisen waar ruimten of gebouwdelen aan moeten voldoen. Van deze eisen kan worden afgeweken, mits wordt aangetoond dat de gekozen oplossing tot een kwalitatief ten minste gelijkwaardig resultaat leidt.

Een bouwinitiatief moet binnen de kostennormen worden gerealiseerd. Deze kostennormen zijn opgenomen in het algemeen deel van de Regeling bouwmaatstaven WZV en worden geactualiseerd in de jaarlijks door het Bouwcollege gepubliceerde Bouwkostennota.

Bouwmaatstaven voor intramurale AWBZ-voorzieningen (2.01))

In het kader van zijn taak bouwmaatstaven te ontwikkelen heeft het Bouwcollege maatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor intramurale AWBZ-voorzieningen vastgesteld. Deze maatstaven, waarvan de

basiskwaliteitseisen deel uitmaken, hebben betrekking op alle intramurale instellingen voor mensen met somatische, psychogeriatrische en psychiatrische aandoeningen of beperkingen, of voor mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap of psychosociaal probleem.

Deze bouwmaatstaven vervangen de bouwmaatstaven, die zijn genoemd in Artikel 1 van deze Regeling.

Het is niet de bedoeling met deze maatstaven een specifiek model voor intramurale AWBZ-voorzieningen voor te schrijven. Wel geven ze de zorginhoudelijke voorwaarden met hun ruimtelijke consequenties aan die bij het ontwikkelen van deze voorzieningen aandacht behoeven.

In de maatstaven zijn algemene basiskwaliteitseisen voor de privacy, locatie, bereikbaarheid, toegankelijkheid, scheiding van functies en doelgroepen, flexibiliteit en belevingswaarde opgenomen. Daarnaast zijn specifieke basiskwaliteitseisen opgenomen voor de functies verblijf, begeleiding, behandeling, de ondersteunende diensten en de condities. De basiskwaliteitseisen beschrijven het minimaal noodzakelijke kwaliteitsniveau. De maatstaven zijn flexibel opgezet, zodat gegeven de basiskwaliteitseisen, verschillende oplossingen mogelijk zijn. De maximale kostennormen bepalen de maximale kaders.

De bouwmaatstaven voor intramurale AWBZ-voorzieningen liggen ter openbare inzage bij het Bouwcollege te Utrecht. De bouwmaatstaven zijn verkrijgbaar bij het Bouwcollege en te raadplegen op www.bouwcollege.nl.

de voorzitter
College bouw ziekenhuisvoorzieningen
H.A. de Boer

de algemeen secretaris
College bouw ziekenhuisvoorzieningen
mr. T. Vroon



College bouw
ziekenhuisvoorzieningen

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 17 november 2003

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
2 Basiskwaliteitseisen voor bestaande bouw	3

1. Inleiding

Dit referentiekader heeft betrekking op bestaande AWBZ-voorzieningen.

De referentiekaders voor bestaande gezondheidszorggebouwen zijn bedoeld als hulpmiddel bij het beheren van het tot een zorginstelling behorend gebouwenbestand, dan wel het evalueren en beoordelen van de kwaliteit daarvan.

Dit referentiekader beschrijft het noodzakelijke kwaliteitsniveau van de bestaande gezondheidszorggebouwen in de care-sector in de vorm van minimum-eisen, de basiskwaliteitseisen.

Het referentiekader heeft vooral betrekking op zorginhoudelijke en functionele aspecten en kan worden gezien als een aanvulling op het Bouwbesluit (Woningwet), dat een meer technisch karakter heeft. De referentiekaders voor bestaande bouw kunnen ook een zogenaamde 'kernbron' vormen voor invulling van het begrip 'verantwoorde zorg', waaronder begrepen een verantwoorde accommodatie, uit de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi)

Het referentiekader is op 17 november 2003 als beleidsregel in de zin van artikel 4:81 van de Algemene wet bestuursrecht door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (het Bouwcollege) vastgesteld.

Referentiekaders geven informatie over en een verantwoording van de criteria voor het bepalen van de gebouwkwaliteit. Van referentiekaders voor bestaande gezondheidszorggebouwen wordt gebruik gemaakt bij het beoordelen van de noodzaak of behoefte aan vergunningplichtige bouw, de toetsing van langetermijn huisvestingsplannen, de monitoring van de gebouwkwaliteit van zorginstellingen en de raming van de (macro-)bouwbehoefte. De criteria voor bestaande bouw geven een kwaliteitsniveau weer waaronder de zorginstelling bouwkundige ingrepen zou moeten treffen om de staat van de gebouwen op een verantwoord peil te brengen. Voor toepassing op een individuele instelling geeft het referentiekader de renovatiemogelijkheden weer. De referentiekaders omkaderen de mogelijkheid tot indiening van vergunningsaanvragen door de bouwtoestand van de individuele instelling te confronteren met de criteria van de referentiekaders. Met het oog op de redelijke toepassing kan van beleidsregels worden afgeweken. Overigens kunnen geen rechten worden ontleend aan de basiskwaliteitseisen, die in het referentiekader zijn opgenomen.

2. Basiskwaliteitseisen bestaande bouw

2.1 Inleiding

De basiskwaliteitseisen hebben betrekking op de essentiële, meest kwaliteitsbepalende functies van een voorziening waarin sprake is van een verblijf van 24 uur of langer. Op basis van de zorginhoudelijke uitgangspunten die in de Bouwmaatstaven AWBZ-voorzieningen zijn geformuleerd, wordt in dit hoofdstuk beschreven welke functies als zodanig worden aangemerkt. Ook is aangegeven waar de functies minimaal aan moeten voldoen.

De basiskwaliteitseisen worden op verschillende niveaus beschreven, te weten de locatie, de huisvesting, de condities (hoofdzakelijk hygiënische aspecten en bijzondere klimatologische eisen), en veiligheid en beveiliging.

Aan de *locatie* worden in dit referentiekader geen specifieke minimeisen gesteld.

De basiskwaliteitseisen voor de *huisvesting* worden hierna per functie omschreven.

Voor de *condities* wordt verwezen naar de Bouwmaatstaven binnenmilieu en installatietechniek in de zorgsector. Daarin komen ook specifieke aandachtspunten met betrekking tot AWBZ-voorzieningen aan de orde.

Voor *veiligheid en beveiliging* wordt verwezen naar regelgeving van derden, zoals het Bouwbesluit en de Arboret. Eventuele aanvullende of afwijkende basiskwaliteitseisen worden hierna omschreven.

De eisen gelden voor alle doelgroepen.

2.2 Algemene basiskwaliteitseisen

De hieronder beschreven algemene basiskwaliteitseisen gelden voor alle intramurale AWBZ-voorzieningen.

- Toegankelijkheid

Het terrein en de entrees van gebouwen waar cliënten verblijven, zijn voor cliënten, bezoekers en medewerkers goed toegankelijk. De toegang tot een voorziening voor verblijf moet voldoen aan de eisen uit het Handboek voor Toegankelijkheid.

Voor verkeersruimten, trappen en liften gelden de eisen voor de woonfunctie uit het Bouwbesluit. Dit houdt onder meer in dat alle verkeersruimten ten minste 1,10 m breed zijn.

De vrije doorgang naar ruimten waar cliënten komen, bedraagt ten minste 0,85 m.

In een AWBZ-voorziening waar krachtens het Bouwbesluit een toegankelijkheidssector aanwezig is¹, zijn alle verkeersruimten waar cliënten gebruik van maken rolstoeltoegankelijk. In die ruimten moeten rolstoelgebruikers elkaar kunnen passeren en moeten draaimogelijkheden voor rolstoelen aanwezig zijn (draaicirkel met een diameter van 1,50 m). In geval van intensief rolstoelverkeer bedraagt de vrije breedte van de verkeersruimten ten minste 1,40 m.

Categorie licht

Voor eisen ten aanzien van het overbruggen van hoogteverschillen wordt verwezen naar het Bouwbesluit. Voor liften ten behoeve van (incidenteel) vervoer van cliënten bedragen de inwendige afmetingen van de liftkooi ten minste 1,05 bij 2,05 m (brancardlift). Indien meer dan 60 cliënten op een met een lift ontsloten bouwlaag zijn ondergebracht, zijn ten minste twee brancardliften aanwezig.

¹ Hiervan is sprake bij een gebruiksoppervlakte van meer dan 500 m².

Categorie zwaar

Voor voorzieningen voor verblijf ten behoeve van mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke handicap of een meervoudige handicap geldt de eis van bedtoegankelijkheid. In de zit-/slaapkamers, huiskamers en sanitaire ruimten van die voorzieningen moet het gebruik van een rolstoel, tilapparatuur en een douchebrancard mogelijk zijn en moet aan cliënten van twee zijden begeleiding of verpleging kunnen worden geboden. In de AWBZ-voorzieningen die aan de eis van bedtoegankelijkheid moeten voldoen, bedraagt de vrije breedte van de verkeersruimten ten minste 1,60 m mits passagemogelijkheden aanwezig zijn op een onderlinge afstand van ten hoogste 8,00 m. Is dit laatste niet het geval, dan bedraagt de vrije breedte van de verkeersruimten ten minste 2,00 m. De vrije doorgang naar ruimten waar cliënten komen, bedraagt ten minste 1,10 m. In bedtoegankelijke ruimten (zit-/slaapkamers en huiskamers) moet reuking worden gehouden met de mogelijkheid van indraaien met een bed. Voor eisen ten aanzien van het overbruggen van hoogteverschillen wordt verwezen naar het Bouwbesluit. Voor liften ten behoeve van het vervoer van cliënten bedragen de inwendige afmetingen van de liftkooi ten minste 1,40 bij 2,40 m (beddenlift). Indien meer dan 60 cliënten op een met een lift ontsloten bouwlaag zijn ondergebracht, zijn ten minste twee beddenliften aanwezig.

Categorie beveiligd

Voor voorzieningen voor verblijf voor mensen die zijn aangewezen op een beveiligd verblijf zijn de verkeersruimten zodanig breed, dat een cliënt adequaat door twee zorgverleners kan worden begeleid. Hieraan wordt geacht te zijn voldaan met een vrije breedte van ten minste 1,60 m. Voor eisen ten aanzien van het overbruggen van hoogteverschillen wordt verwezen naar de categorie zwaar.

- Daglicht en uitzicht

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

2.3 Basiskwaliteitseisen voor verblijf

Categorie licht

In geval van individueel verblijf bedraagt de nuttige oppervlakte van een eenpersoonsappartement ten minste 24 m². Indien sprake is van verblijf van een cliënt met een verminderde mobiliteit, is per appartement een rolstoeltoegankelijke sanitaire ruimte met wastafel, douche en toilet aanwezig.

In geval van kleinschalig groepsverblijf bedraagt de nuttige oppervlakte van een eenpersoonskamer ten minste 10 m², doch voor cliënten met een verminderde mobiliteit ten minste 12 m².

De sanitaire ruimten moeten voldoen aan de eisen van het Bouwbesluit. In voorzieningen voor verblijf is per ten hoogste 4 cliënten een douche/toilet aanwezig. Waar mindervalide cliënten of cliënten met een somatische aandoening zijn gehuisvest, is in de nabijheid van de cliëntenkamer een rolstoeldouche/-toilet aanwezig dat met ten hoogste drie andere cliënten wordt gedeeld. De nuttige oppervlakte daarvan bedraagt ten minste 2,20 x 2,20 m.

De nuttige oppervlakte van de gemeenschappelijke verblijfsruimten, zoals huiskamers, rookruimten en multifunctionele ruimten, bedraagt ten minste 3 m² per cliënt, vermeerderd met 2 m² per rolstoelgebruiker. Per groep is bovendien een keuken of pantry aanwezig.

Categorie zwaar

De nuttige oppervlakte van een cliëntenkamer bedraagt ten minste 8 m² per cliënt in geval van enkel gebruik als slaapkamer, respectievelijk 10 m² per cliënt in geval van gebruik als zit-/slaapkamer. Voor cliënten met een verminderde mobiliteit geldt in afwijking hiervan echter in beide gevallen een nuttige oppervlakte ten minste 12 m² per cliënt.

Het aantal cliënten per (zit-/)slaapkamer bedraagt ten hoogste twee.

Per ten hoogste 4 cliënten is één toilet en één douche aanwezig. Indien sprake is van cliënten met een verminderde mobiliteit, moet ten minste één van de toiletten als rolstoeltoilet/-douche zijn uitgevoerd, waar assistentie van ten minste één zijde mogelijk is.

De nuttige oppervlakte van de gemeenschappelijke verblijfsruimten, zoals huiskamers, rookruimten en multifunctionele ruimten, bedraagt ten minste 3 m² per cliënt, vermeerderd met 2 m² per rolstoelgebruiker, doch als sprake is van een gesloten setting en voor specifieke doelgroepen (kinderen/ jeugdigen met een psychiatrische aandoening, cliënten met ernstige gedragsproblematiek, autisten) ten minste 6 m² per cliënt.

In geval van kleinschalig groepsverblijf is bovendien per groep een keuken aanwezig. In geval van afdelingsverblijf is ten minste één keuken/pantry en tevens ten minste één multifunctionele ruimte binnen of nabij de afdeling aanwezig.

Voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening is het verblijfsgebied in verband met de BOPZ afsluitbaar.

Categorie beveiligd

De nuttige oppervlakte van een eenpersoonskamer bedraagt ten minste 12 m². Er is sprake van kamergebonden sanitair. De sanitaire ruimten moeten voldoen ten minste aan de eisen van het Bouwbesluit.

De nuttige oppervlakte van de gemeenschappelijke verblijfsruimten, zoals huiskamers, rookruimten en multifunctionele ruimten, bedraagt ten minste 6 m² per cliënt. Per groep is bovendien een keuken of pantry aanwezig.

2.4 Basiskwaliteitseisen voor begeleiding en behandeling

Voor cliënten die zijn geïndiceerd voor de functie verblijf zijn al dan niet op de locatie van de verblijfsvoorziening ruimten voor ondersteunende begeleiding (dagbesteding, sociaal-culturele activiteiten en geestelijke verzorging) aanwezig. Binnen kleinere voorzieningen is op zijn minst een ruimte aanwezig die multifunctioneel kan worden gebruikt. Voor cliënten met een somatische aandoening of beperking is per locatie met een omvang van 10 tot 15 plaatsen een ruimte voor fysiotherapie aanwezig met een nuttige oppervlakte van ten minste 30 m². Bij een capaciteit van 15 plaatsen of meer is voor reactivering op die locatie een ruimte voor fysiothe-

rapie aanwezig met een nuttige oppervlakte van ten minste 170 m². Hierbij zijn ruimten voor ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) inbegrepen.

Instellingen voor verblijf voor cliënten met een psychiatrische aandoening en/of een psychosociaal probleem beschikken buiten de verblijfsvoorzieningen over ruimten voor individuele en groepstherapie met een nuttige oppervlakte van ten minste 9 m² per plaats.

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. Deze unit is gelegen annex of nabij de verblijfsvoorzieningen voor deze doelgroep, op dezelfde bouwlaag. Verwezen wordt naar de bouwmaatstaven voor separeer- en afzonderingsvoorzieningen.

2.5 Basiskwaliteitseisen voor ondersteunende diensten

Voor ondersteunende diensten gelden geen basiskwaliteitseisen.