



Delft University of Technology

## Bouwstenen voor het verpleeghuis nieuwe stijl

van der Voordt, DJM

### Publication date

1998

### Document Version

Accepted author manuscript

### Published in

Praktijkhandboek bouw en beheer

### Citation (APA)

van der Voordt, DJM. (1998). Bouwstenen voor het verpleeghuis nieuwe stijl. In D. J. M. van der Voordt, R. van Eck, A. Geurtsen, A. Janzen, & J. Visser (Eds.), *Praktijkhandboek bouw en beheer: Wonen met zorg voor ouderen* (pp. 172-179). Bohn Stafleu van Loghum.

### Important note

To cite this publication, please use the final published version (if applicable). Please check the document version above.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download, forward or distribute the text or part of it, without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license such as Creative Commons.

### Takedown policy

Please contact us and provide details if you believe this document breaches copyrights. We will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## Bouwstenen voor het verpleeghuis nieuwe stijl

Theo van der Voordt

### Bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven

Verpleeghuizen moeten, net als elk ander gebouw, voldoen aan het Bouwbesluit. Daarnaast zijn tal van andere wettelijke eisen van toepassing (voor een uitgebreid overzicht zie de bijdrage van Rip in deel B2 van dit handboek). In dit hoofdstuk gaan we specifiek in op de bouwkundig-functionele maatstaven die het College voor ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen hanteert bij het toetsen van bouwaanvragen. Het College heeft onder meer bouwmaatstaven ontwikkeld voor nieuwbouw van een verpleeghuis, de centrale keuken, dagbehandeling, nachtopvang, dependances, extramurale zorg en verpleegunits in verzorgingshuizen. Voor algemene ruimten (sanitair, wachtruimte, garderobe, verkeersruimte) en kantoorruimten zijn afzonderlijke maatstaven ontwikkeld.

De bouwmaatstaven zijn gebaseerd op zorginhoudelijke uitgangspunten. Per functie wordt aangegeven welke ruimten en/of voorzieningen noodzakelijk worden geacht en hoeveel vloeroppervlakte per ruimte nodig is. Afhankelijk van de capaciteit kan dan vrij gemakkelijk het totaal aan nuttige vloeroppervlakte worden berekend. De bruto vloeroppervlakte is de som van nuttige vloeroppervlakte, ontwerpverliezen (ca 4% t.o.v. de nuttige vloeroppervlakte), verkeersruimte (entree, gangen) en installatieruimte (samen ca 40%) en constructieruimte (kolommen, wanden, ca 10%). Voor verpleegafdelingen wordt een factor 1,5 aangehouden voor de verhouding tussen bruto en nuttige vloeroppervlakte. Voor het verpleeghuis als geheel geldt een toeslagfactor van 1,6 x de geprogrammeerde netto vloeroppervlakte.

De maatstaven zijn niet alleen bedoeld als referentiekader voor de toetsing van bouwaanvragen, maar ook als advies aan initiatiefnemers, ontwerpers en adviseurs bij het opstellen van een programma van eisen voor nieuw te bouwen ruimtelijke voorzieningen. De nuttige m<sup>2</sup> per ruimte zijn géén harde normen. Er mag beargumenteerd van worden afgeweken, mits wordt aangetoond dat de gekozen oplossing tot een kwalitatief ten minste gelijkwaardig resultaat leidt. Deze opzet is vergelijkbaar met het Bouwbesluit, dat eveneens uitgaat van prestatie-eisen en een gelijkwaardigheidsbeginsel. In het algemeen zal een overschrijding van de in de bouwmaatstaven aangegeven vloeroppervlakten op één of meer onderdelen op andere onderdelen moeten worden gecompenseerd. In feite is de totale bruto vloeroppervlakte dus wél genormeerd. De toegestane kosten per m<sup>2</sup> staan eveneens vast. De normkosten zijn te vinden in de eveneens door het CvZ gepubliceerde bouwkostennota en worden jaarlijks bijgesteld.

Wanneer bestaande voorzieningen afwijken van de nieuwste bouwmaatstaven, betekent dit niet dat een aanvraag tot aanpassing per definitie wordt goedgekeurd. Goedkeuring hangt onder meer af van de leeftijd van het gebouw en de mate, waarin zorg en verblijf op verantwoorde wijze kunnen plaatsvinden.

*Ongeveer hier invoegen:*

Figuur 1: bouwstenen voor een patiëntenkamer

De bouwmaatstaven zijn gebaseerd op de zogenaamde bouwstenenmethode. Bouwstenen zijn functionele groeperingen van inrichtingselementen en de daarvoor noodzakelijke opstellen manoeuvreerruimte. Uitgangspunt is dat het gebouw en de technische installaties logisch voortvloeien uit de onderlinge beïnvloeding van het gebruiksdoel, de activiteiten, de uitrusting en inrichting, en de ruimtelijk-bouwkundige condities voor een goede taakvervulling.

Bron: CvZ (1997a)

## Verpleeghuizen

Medio 1997 publiceerde het CvZ nieuwe bouwmaatstaven voor verpleeghuizen. Het betreft een actualisatie van de bouwmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een verpleeghuis uit 1983 en de voorlopige bouwmaatstaven voor verpleegafdelingen van een verpleeghuis uit 1990. Belangrijkste aanleiding voor de aanpassing waren het Beleidstoetsingskader ten behoeve van de heroverweging van bouwinitiatieven voor de sector verpleeghuizen en de breed onderschreven roep om meer privacy. Dit laatste is vertaald in de keuzemogelijkheid voor een eenpersoonskamer met kamergebonden sanitair. Ten opzichte van de vorige maatstaven komen de geactualiseerde maatstaven bruto gemiddeld 6 m<sup>2</sup> per bed hoger uit. Deze toename komt geheel ten goede aan de verpleegafdelingen (thans bruto gemiddeld 42 m<sup>2</sup> per bed tegen voorheen 36 m<sup>2</sup>). De extra m<sup>2</sup> moeten binnen een gelijkblijvend budget worden gerealiseerd. Toegezegd is om na een jaar te evalueren in welke mate dit uitgangspunt kan worden verwezenlijkt. Tabel 1 geeft een overzicht van de ruimtebehoefte voor het woonareaal. Voor specifieke patiëntengroepen worden enigszins afwijkende maten gehanteerd. Onderscheiden worden Korsakov-patiënten, chronische beademingspatiënten, jongeren, patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, doof-blinden, AIDS-patiënten, Chorea van Huntington-patiënten en coma-patiënten. Daarentegen wordt geen onderscheid meer gemaakt in somatische en psychogeriatrische patiënten. Voor beide categorieën gelden ten aanzien van het woonareaal dezelfde richtlijnen. De ruimtebehoefte is berekend op basis van afdelingen van 30 bedden en een eigen zit-/slaapkamer voor in beginsel alle patiënten. Om desgewenst te kunnen kiezen voor een tweepersoonskamer, dienen twee aan elkaar grenzende patiëntenkamers gekoppeld te kunnen worden. Omgekeerd dienen tweepersoonskamers te kunnen worden opgesplitst in twee eenpersoonskamers. Per twee patiëntenkamers is voorzien in een sanitaire ruimte met toilet, wastafel en douche, waarbij rekening is gehouden met plaatsing van een douchestretcher.

De andere ruimten in een verpleeghuis waarvoor bouwmaatstaven zijn ontwikkeld betreffen:

- recreatie en welzijn (activiteitenbegeleiding; gemeenschapsruimten; maatschappijvoorzieningen);
- medische en paramedische zorg (onderzoek en behandeling; fysiotherapie; psycho-sociale begeleiding; mortuarium);
- beheer en opleiding (bestuur en directie; administratie; archief; opleiding personeel);
- civiele en technische diensten (centrale keuken; linnenverzorging; huishoudelijke dienst; magazijn; technische diensten);
- personeelsvoorzieningen (restaurant; overige centrale personeelsvoorzieningen);
- overige voorzieningen (dagbehandeling somatiek en psychogeriatric).

Als regel wordt uitgegaan van gecombineerde verpleeghuizen met ten minste 60 bedden per categorie (somatic, psychogeriatric), ofwel een totale capaciteit van ten minste 120 bedden. Voor de intramurale component van een verpleeghuisorganisatie heeft een capaciteit van ten minste 150 bedden de voorkeur, aldus het College. De totale nuttige oppervlakte varieert van 42,5 m<sup>2</sup> per bed voor een verpleeghuis van 90 bedden tot 39,5 m<sup>2</sup> per bed voor een verpleeghuis van 210 bedden. Inclusief ontwerpverliezen, verkeersoppervlakte, installatie-oppervlakte en constructie-oppervlakte komt de bruto vloeroppervlakte op maximaal 68 m<sup>2</sup> per bed voor een verpleeghuis van 90 bedden en 63 m<sup>2</sup> per bed voor een verpleeghuis van 210 bedden.

Tabel 1: Bouwmaatstaven voor een woonareaal voor 30 verpleeghuispatiënten

<i>Ruimte</i>	<i>Nuttige oppervlakte</i>	<i>Opmerkingen</i>
patiëntenkamers dagverblijfruimten (huiskamers, zitjes)	samen 20 m2 per bed	minimum oppervlakte eenpersoonskamer 13 m2, exclusief bergruimte voor seizoen- kleding, schoonlinnen; minimum oppervlakte dagverblijfruimte 4 m2 per bed; marge 3 m2; 2 á 3 huiskamers per 30 bedden
multifunctionele ruimte	15 m2	
rolstoeltoilet/douche/wastafel	ca 8 m2	per 2 patiëntenkamers
rolstoeltoilet/wastafel	ca 5 m2	per huiskamer
dienstruimten	33 m2	b.v. kamer hoofd, koffieruimte
dienkeuken	12 m2	incl. serviesberging
personeelsgarderobe	p.m.	gescheiden naar dames en heren
personeelstoiletten dames/heren	2 x 2 m2	
spoelruimte/berging vuil linnen	12 m2	
bergruimte (seizoenkleding, schoon linnen, rijdend materiaal)	15 m2	in beginsel kan 1 rolstoel in de eigen ka- mer worden geplaatst
bergruimte huishoudmateriaal	6 m2	
verplegingsbenodigdheden	4 m2	
werkkast	1,5 m2	
Totaal woonareaal voor 30 patiënten	840 m2	28 m2 per bed nuttig 42 m2 per bed bruto

Bron: CvZ (1997a)

*Bouwmaatstaven in historisch perspectief*

De ontwikkeling van bouwmaatstaven voor verpleeghuizen gaat terug tot begin jaren zeventig. Op basis van praktijkervaring en adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid publiceert het College in 1974 een *Programma van eisen voor een verpleeghuis van 210 bedden*. Hierin wordt een opsomming gegeven van benodigde ruimten en m2. Er wordt een voorkeur uitgesproken voor gecombineerde huizen; wanneer zich psychogeriatrische stoornissen voordoen, kan een patiënt intern verhuizen en is overplaatsing naar een andere instelling niet nodig. De afdelingen moeten identiek worden ingericht om ervoor te zorgen, dat verschuivingen in de vraag naar psychogeriatrische of somatische plaatsen gemakkelijk kunnen worden opgevangen (flexibiliteit). Voor de afdelingen wordt uitgegaan van dertig bedden. De beddenkamers moeten zo worden gerangschikt, dat twee of drie leefgemeenschappen kunnen worden gevormd, elk met een eigen huiskamer. Op de gangen, bij voorkeur uitgevoerd als onderdeel van een wandelgebied met verrassingselementen, moeten aanvullende verblijfsplekken worden gerealiseerd. Elke afdeling moet beschikken over sanitair, spoelruimte, bergingen en een ruimte voor het personeel. Het programma uit 1974 bevat verder een groot aantal ruimten voor medische en paramedische behandeling (spreek- en onderzoekkamers, laboratorium, apotheek), revalidatie (fysiotherapie), bezigheidstherapie, maatschappijvoorzieningen (recreatiezaal, winkeltje, kapper, bank, pedicure), dagbehandeling, directie-, administratie- en vergaderruimte, ruimten voor ondersteunende diensten (keuken, centraal magazijn), de technische dienst en de opleiding tot ziekenverzorgende. Onder het thema 'comfort en veiligheid' wordt ook ingegaan op de sfeer in huis. Volgens de opstellers wordt de sfeer bepaald door organisatorische maatregelen en de indeling en inrichting van het gebouw. Voor zover dit met de behandeling van patiënten overeenkomt, moet worden gestreefd naar een huiselijke en géén institutionele sfeer. Bijvoorbeeld door toepassing van vaste vloerbedekking, gordijnen, kleuren, volières, plantenbakken, aquaria, kunstuitingen.

Tenslotte gaat het voorbeeld programma in op technisch-fysische aspecten (temperatuur, relatieve vochtigheid, daglicht, geluid), installaties, algemene aan de ruimten te stellen eisen (wand- en vloer-afwerking, verdiepingshoogte) en aanbevelingen voor huishoudelijk onderhoud.

Na een ontwerpstudie op basis van dit programma, uitgevoerd door de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG), en de werkzaamheden van enkele commissies, verschijnt in 1983 de officiële versie van de *Bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een verpleeghuis*. Vergelijken we de huidige maatstaven met het voorbeeld programma uit 1974, dan blijkt dat de hoofdopzet in de loop der jaren niet veel gewijzigd is. Op onderdelen zijn er echter forse verschillen. In 1974 werd bijvoorbeeld nog uitgegaan van 4 gewone en 3 rolstoeltoiletten per afdeling, 3 sanitaire ruimten met elk 3 wastafels en een douche, en 1 rolstoeldouche; per 120 patiënten werden twee badkamers voldoende geacht. De bruto oppervlakte van een woonareaal voor 30 patiënten is tussen 1974 en 1997 toegenomen van 28,5 m<sup>2</sup> tot 42 m<sup>2</sup>. De oorspronkelijke idee van gelijke maatstaven voor somatiek en psychogeriatric is in 1990 verlaten (woonareaal voor somatiek bruto 39 m<sup>2</sup>, psychogeriatric bruto 33 m<sup>2</sup>) maar weer opnieuw ingevoerd. De idee dat een verpleeghuis niet hetzelfde is als een klein ziekenhuis en dus veel aandacht nodig is voor het leefklimaat, is min of meer een constante factor. Meest opvallend verschil is niettemin de toename in aantal eenpersoonskamers. Al in 1981 vroeg de toenmalige minister voor Volksgezondheid aan het College om nog eens kritisch te kijken naar de verhouding tussen één- en meerbedskamers. In die tijd werd vaak uitgegaan van slechts 4 eenpersoonskamers per afdeling, 3 tweepersoonskamers en 5 vierpersoonskamers, ofwel gemiddeld 2,5 patiënt per kamer. De bouwmaatstaven uit 1983 laten t.o.v. 1974 nauwelijks verbetering zien. Op grond van het 'Advies inzake privacy' uit 1987 en de voortgaande roep om meer privacy in de jaren negentig is het thans in principe mogelijk om louter eenpersoonskamers te realiseren (tabel 2).

Tabel 2: Verhouding tussen één- en meerbedskamers in de verschillende bouwmaatstaven

	1974		1983		1990 PG		1990 Som.		1997	
	aantal	m <sup>2</sup> /k	aantal	m <sup>2</sup> /k	aantal	m <sup>2</sup> /k	aantal	m <sup>2</sup> /k	aantal	m <sup>2</sup> /k
1 bed	4	14	4-6	13	6	13	10	16	30	13-16
2 beds	3	18	3-4	19	6	19	4	22	-	
4 beds	5	32	5-4	34	3	38	3	44	-	
totaal	12		12-14		15		17		30	

### Dagbehandeling

De bouwmaatstaven voor een afdeling dagbehandeling in verpleeghuizen dateren van 1983. Een herziening is in voorbereiding. Er wordt naar gestreefd dat binnen afzienbare tijd elk verpleeghuis beschikt over de mogelijkheid tot dagbehandeling. Uitgangspunt is, dat een afdeling dagbehandeling een geïntegreerd onderdeel uitmaakt van het huis. Dagbehandelingspatiënten dienen zoveel mogelijk gebruik te maken van de in het verpleeghuis aanwezige ruimten en mee te functioneren in de bestaande organisatie. Pas bij minimaal 15 dagbehandelingsplaatsen zijn bouwkundige voorzieningen nodig, aldus het College. Bij minder patiënten kan niettemin enige extra verblijfsruimte gewenst zijn voor dagverblijf, rustruimte en (voor PG) activiteitenbegeleiding, maximaal 6 m<sup>2</sup> netto (9 m<sup>2</sup> bruto) per plaats. In geval van dagbehandeling voor zowel somatiek als psychogeriatric is het gewenst dat geen vermenging van patiëntencategorieën plaatsvindt. Dit kan worden bereikt door afwisselend gebruik te maken van de dagbehandelingsafdeling, dan wel ervoor te zorgen dat door de bouwkundige opzet geen vermenging kan optreden. Andere randvoorwaarden voor een goed functionerende dagbehandeling zijn adequaat vervoer en voldoende basiszorg in het milieu waar de patiënt buiten de dagbehandelingsuren verblijft.

## Dependances

Een dependance wordt door het College gedefinieerd als onderdeel van een op meer locaties gehuisvest verpleeghuis, organisatorisch en functioneel ondersteund vanuit de hoofdvestiging. Het betreft een voorziening die bestemd is voor de volledige doelgroep van het verpleeghuis, die beschikt over een volledig zorgpakket. Voor een dependance welke gekoppeld is aan een verzorgingshuis wordt een minimum capaciteit van 30 bedden aangehouden. Een afwijking naar beneden wordt alleen toegestaan als de kwaliteit van zorg is gewaarborgd en een gezonde exploitatie is gegarandeerd. Voor dependances die bouwkundig gezien zelfstandig opereren, geldt een minimum van 60 bedden. In 1988 is voor dependances een voorlopig referentiekader ontwikkeld. Deze bouwmaatstaven zijn deels achterhaald doordat in 1997 de herziene bouwmaatstaven voor verpleeghuizen ook van toepassing zijn verklaard op overeenkomstige ruimten in dependances. Een algehele herziening is in voorbereiding. Het College gaat er overigens van uit, dat in principe geen nieuwbouw van dependances meer zal plaatsvinden. In het verleden werden dependances met name gebouwd om de verpleeghuiscapaciteit beter te spreiden. Met de komst van verpleegunits in verzorgingshuizen acht het College voldoende alternatieven voor dependancevorming aanwezig. Blijkens het Beleidstoetsingskader sector verpleeghuizen is het ministerie van VWS dezelfde mening toegedaan. Alleen in regio's waar realisering van extramurale zorg en/of verpleegunits niet mogelijk is en spreiding en bereikbaarheid tot een decentrale voorziening noodzakelijk is, kan worden ingestemd met de oprichting van een dependance.

## Verpleegunits in verzorgingshuizen

Medio 1995 worden in een rapport van het College voor ziekenhuisvoorzieningen de eerste contouren geschetst van een bouwkundig referentiekader voor verpleegunits in verzorgingshuizen. Uitgangspunt is, dat met name de volgende groepen verpleeghuisgeïndiceerden in aanmerking komen voor deze vorm van substitutie verpleeghuiszorg:

- chronisch somatische patiënten met een redelijk stabiel functieniveau en geen ernstige psychogeriatrische problematiek;
- begeleidingsbehoevende en verzorgingsbehoevende psychogeriatrische patiënten zonder ernstige gedragsstoornissen en/of zware, complexe, specialistische zorgvragen.

Ouderen die volledig bedlegerig zijn, totaal gedesoriënteerd zijn naar plaats en persoon, en/of onzelfstandig zijn in alle ADL-functies, vallen buiten de doelgroep. Voor een kwalitatief verantwoord en doelmatig zorgaanbod gaat het College uit van een ondergrens van 30 plaatsen voor psychogeriatrische patiënten en 15 plaatsen voor somatische patiënten. Een lagere capaciteit is denkbaar, mits aangetoond wordt dat de zorgverlening in kwalitatief en financieel opzicht verantwoord gerealiseerd kan worden. Bouwkundig-functionele eisen hebben vooral betrekking op de toegankelijkheid en bruikbaarheid van voor bewoners bestemde ruimten en de aanwezigheid van faciliteiten voor bijvoorbeeld dagactiviteiten, fysio- en ergotherapie en/of medische zorg. Aandachtspunten zijn:

- voldoende ruimte voor bed- en brancardvervoer bij met name de toegangen tot het verzorgingshuis, (een deel van) de patiëntenkamers en de lift,
- vertredingsruimte, ruimtelijk gerelateerd aan het woonareaal en voor psychogeriatrische patiënten afsluitbaar zonder de bewegingsvrijheid van andere bewoners te hinderen,
- de mogelijkheid open laten om ook tweepersoonskamers te realiseren,
- enige extra ruimte voor recreatie en activiteitenbegeleiding in verband met relatief veel rolstoelgebruik,
- enige ruimtelijke geleiding voor somatische patiënten en verzorgingshuisbewoners enerzijds en psychogeriatrische bewoners anderzijds.

Op andere punten worden voor verpleeghuiszorg in het verzorgingshuis geen ingrijpende bouwkundige ingrepen nodig geacht. In verzorgingshuizen zijn de wooneenheden immers aanzienlijk ruimer dan in verpleeghuizen. Ten aanzien van de voor de bewoner beschikbare eigen ruimte zijn volgens het College dan ook geen problemen te verwachten. Gezien de doelgroep zullen geen extra ruimten voor medisch onderzoek en behandeling noodzakelijk zijn. De stijging in personeelsomvang is naar verwachting bescheiden, zodat ook hiervoor niet of nauwelijks extra voorzieningen nodig zijn. Een punt van aandacht is de ventilatie. In vergelijking met verzorgingshuizen wordt in verpleeghuizen meer mechanische ventilatie toegepast, voor psychogeriatrische patiënten vaak in combinatie met bevochtiging van de ventilatielucht. Vooralsnog acht het College een kostbare aanpassing van het ventilatiesysteem echter niet nodig.

In een rapport van het NZI in datzelfde jaar wordt eveneens de vraag gesteld naar aanvullende kwaliteitseisen om verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen structureel mogelijk te maken. In samenhang met te onderscheiden doelgroepen worden onder meer de volgende aandachtspunten genoemd:

- terminale zorg: een huiselijk, flexibel leefklimaat, een eigen kamer of appartement (deels zelf in te richten), faciliteiten voor verblijf van naasten (logeerkamer, logeerbed);
- patiënten met lichte en middelzware psychogeriatrische problemen: een aangepaste omgeving, herkenbaar, hanteerbaar, voldoende prikkelend, veilige vertredingsruimte, huiskamers voor kleine groepen (maximaal 15, voorkeur 7-8), ruimte voor groepsgymnastiek, rolstoeltoegankelijke appartementen en sanitaire ruimten, oproepsysteem, buitenruimte;
- chronisch somatische patiënten: gespreide huisvesting, eigen kamer, goede (rolstoel- en bed)toegankelijkheid van gebouw en kamers, (multifunctionele) oefenruimte, oproepsysteem.

In zijn *Beleidsvoeringskader sector verpleeghuizen* uit 1996 conformeert het ministerie van VWS zich in grote lijnen aan het bouwkundig-functioneel referentiekader van het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Uitgangspunt is dat een verpleegunit wordt gerealiseerd in vrijkomende verzorgingshuiscapaciteit. In tegenstelling tot het College noemt VWS voor somatisch zieken geen minimum capaciteit; voor psychogeriatrische patiënten wordt een ondergrens van 8 patiënten aangehouden. Voor met name de laatstgenoemde categorie pleit VWS nadrukkelijk voor een geconcentreerde opvang van verpleeghuisgeïndiceerde patiënten in verzorgingshuizen. Aan deze stellingname liggen doelmatigheids-, zorginhoudelijke- en wetstechnische overwegingen ten grondslag. Kort na het uitkomen van het beleidsvoeringskader (april 1997) publiceert het College een nadere uitwerking van haar voorlopige referentiekader verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen. Tevens wordt aangekondigd na twee jaar een evaluatie-onderzoek uit te (laten) voeren naar de doelmatigheid en kwaliteit van de dan functionerende verpleegunits. Om een idee te geven van de benodigde ruimte is in tabel 3 een checklist opgenomen van de door het College minimaal noodzakelijk geachte oppervlakten voor een verpleegunit. Inmiddels is ook door het veld de nodige actie ondernomen. Recent is door de Westlandse verzorgings- en verpleeghuizen een programma van eisen opgesteld (Wegman, 1998). In de regio Mid-den-Holland zijn draaiboeken ontwikkeld voor de implementatie van verpleegunits (De Wit, 1998). Voorts beginnen de eerste evaluaties beschikbaar te komen (Pepels en De Bruyn, 1996).

Tabel 3: Benodigde ruimte voor een somatische verpleegunit in een verzorgingshuis

---

zit/slaapkamer	16 m2/p	slaapkamer PG 13 m2; mogelijkheid tot tweepersoonskamers
douche/toilet/wastafel	5 m2/p	rolstoeltoegankelijk; mogelijkheid assistentie 2 hulpverleners; minimaal 2,05 x 2,05;
dagverblijf	3 m2/p	tevens activiteitenruimte dan 1 m2/pp extra
voorzieningen per afdeling van 15		
- badkamer cliënten	8 m2	met badstretcher toegankelijk (min. 1 per bouwlaag)
- teampost/medicijnenberging	18 m2	
- spoelruimte	12 m2	bij splitsing per groep tenminste 6 m2 per ruimte
- bergruimte rijdend materieel etc.	15 m2	rolstoel in principe in eigen kamer
algemene voorzieningen		
- activiteitenbegeleiding	2 m2/p	
- recreatiezaal	1,2 m2/p	afhankelijk van rolstoelgebruik kan 2 m2/p nodig zijn
- multifunctionele ruimte	15 m2	
- oefenruimte fysiotherapie	16 m2	
- opstelruimte rolstoelen	5 m2	
per afdeling van 30	14 m2	
- kamer afdelingshoofd		

---

Bron: CvZ (1996b)

### Tot besluit

Naast de verschillende bouwmaatstaven brengt het College voor ziekenhuisvoorzieningen regelmatig andere publicaties uit die relevant zijn voor nieuwbouw of verbouw van een verpleeghuis. Bijvoorbeeld over ontwikkelingen in de vraag naar verpleeghuisplaatsen, planningsnormen, adviezen over regionale verpleeghuisplannen, adviezen over prioriteitsstelling in bouwinitiatieven, bouwkosten etcetera. Veel van deze stukken zijn aan snelle veranderingen onderhevig. Op dit moment wordt bijvoorbeeld onderzocht, of de bestaande 75+ norm voor verpleeghuizen (aantal plaatsen = 0,08% van de totale bevolking in de regio plus 5% van het aantal 75 plussers, waarvan tenminste 2,9% bestemd voor psychogeriatrische patiënten) omgewerkt kan worden tot een integrale planningsnorm voor de gehele intramurale sector, inclusief de verzorgingshuizen. Het is dus verstandig in een vroeg stadium van een (ver)bouwinitiatief een inventarisatie te maken van actuele CvZ-publicaties. Een publicatielijst is op aanvraag beschikbaar. Daarnaast is veel andere literatuur beschikbaar, welke kan helpen bij het ontwikkelen van de hoofdopzet en de uitwerking van de layout en inrichting van gebouwdelen. Te denken valt aan de studie van Van der Voordt en Terpstra (1995), waarin een typologie van woonvormen voor verpleeghuisgeïndiceerde ouderen is ontwikkeld en overwegingen worden gegeven bij de te maken keuzen. Van de Amerikaanse literatuur valt het boek  *Holding on to home* (Cohen en Weisman, 1991) aan te bevelen. Hierin worden tal van aanbevelingen gegeven om in een verpleeghuis voor dementerende ouderen een aantrekkelijk verblijfsklimaat annex woonsfeer te creëren.



## Literatuur

Cohen, U. en G.D. Weisman (1991), *Holding on to home. Designing environments for people with dementia*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

CvZ (1974), *Programma van eisen voor een verpleeghuis van 210 bedden*. Utrecht.

CvZ (1983a), *Bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een verpleeghuis*. Utrecht.

CvZ (1983b), *Bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een afdeling voor dagbehandeling in verpleeghuizen*. Utrecht.

CvZ (1985), *Handleiding functionele planbeoordeling*. Utrecht.

CvZ (1987), *Advies inzake privacy in verpleeghuizen*. Utrecht

CvZ (1988), *Voorlopig bouwkundig-functioneel referentiekader voor nieuwbouw van dependances van verpleeghuizen*. Utrecht.

CvZ (1990a), *Bouwkundig-functionele beoordelingsmaatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor een verpleeghuis. Verpleegafdelingen*. Utrecht.

CvZ (1990b), *Advies inzake dependances van verpleeghuizen*. Utrecht.

CvZ (1995), *Advies inzake verbreding verpleeghuiszorg: verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen*. Utrecht.

CvZ (1996a), *Advies inzake beleidstoetsingskader verpleeghuizen*. Utrecht.

CvZ (1996b), *Advies inzake nadere uitwerking referentiekader verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen*. Utrecht.

CvZ (1997a), *Uitvoeringstoets inzake aanpassing bouwmaatstaven verpleeghuizen*. Utrecht. (inclusief algemene ruimten en kantoorruimten).

CvZ (1997b), *Uitvoeringstoets inzake aanpassing bouwmaatstaven verpleeghuizen. Aanvulling*. Utrecht. (nachtopvang en extramurale verpleeghuiszorg).

Ministerie van VWS (1996), *Beleidstoetsingskader sector verpleeghuizen*. Rijswijk.

Pepels, C.G.M., en A. de Bruyn (1996), *Wonen en zorg op de Maretak; evaluatie van een experiment met een verpleegunit in het verzorgingshuis*. Zorg Consult Nederland.

Voordt, D.J.M. van der, en D. Terpstra (1995), *Verpleeghuizen: varianten en alternatieven*. Publikatieburo Faculteit der Bouwkunde, Technische Universiteit Delft.

Wegman, E. (1998), *Verpleegunits. Tussen korset en uitgelubberd T-shirt*. *Zorg en Ondernemen* (9) nr. 1, 12-14.

Wit, J. de (1998), *Uitgangspunten voor het opzetten van verpleegunits*. *Zorg en Ondernemen* (9) nr. 1, 16-19.