

# Inspiratiebundel Toegankelijkheid van Woonzorgcentra

Toegankelijkheid en dementiespecifieke  
aanbevelingen



## Voorwoord

Deze '**Inspiratiebundel Toegankelijkheid van woonzorgcentra**' wil architecten en bouwheren inspireren en ondersteunen om de toegankelijkheid van de infrastructuur (gebouw en inrichting) van de voorzieningen te optimaliseren.

De inspiratiebundel is uitgewerkt door Enter, het Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid, in opdracht van VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden). Op deze wijze wil de Vlaamse Overheid niet alleen de bouw van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen subsidiëren, maar ook inzetten op een ruimtelijke kwaliteit die de zorg maximaal ondersteunt. Toegankelijkheid vervult hierbij een sleutelrol.

Dit instrument kwam tot stand in nauw overleg met de VIPA-medewerkers en na ruggespraak met professionelen uit de sector zoals directie, dienstverleners en ontwerpers. We willen dan ook iedereen van harte danken voor de openheid, de ervaring en expertise die zij met ons hebben gedeeld.

Wij hopen dat deze inspiratiebundel niet het eindpunt is, maar een middel om deze dialoog verder te zetten. Zo kunnen we samen werk maken van toegankelijke en kwaliteitsvolle ruimten waar iedereen zich thuis voelt en zorgverleners zich optimaal ondersteund weten.

Het integreren van een goede toegankelijkheid maakt deel uit van een geïntegreerd ontwerpproces. Elk project brengt zijn eigen karakteristieken en een specifiek eisenprogramma met zich mee. Toegankelijkheid is slechts één, weliswaar wezenlijk aspect binnen het geheel, dat samen met alle andere thema's verwerkt moet worden in het gebouw.

Met deze inspiratiebundel en de inspiratiebundels voor de andere sectoren, willen we een kader aanreiken om toegankelijkheid op een doordachte en mooie wijze te integreren. We willen de creativiteit van de ontwerper niet inperken, maar hem juist uitdagen om de toegankelijkheidseisen slim en doordacht te verwerken.

*Enter vzw, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid*

## Hoe de inspiratiebundel gebruiken

Ontwerpers en bouwheren moeten altijd de puzzel maken van aanbevelingen en normen die aansluiten op een specifieke situatie: ruimtelijke context, functioneel programma, uit te voeren handelingen, te verwachten bezoekers of financiële context. Het maken van een goede knelpuntanalyse en het organiseren van voldoende overleg tussen de verschillende partners zal de basis zijn om goede oplossingen te kunnen vinden.

Deze bundel is niet opgevat als een normenbundel die je verplicht moet volgen. Er is bewust gekozen voor de ontwikkeling van een 'inspiratiebundel' waarbij het geven van inzicht in het waarom en hoe van bepaalde aanbevelingen centraal staat. Om deze reden zijn er geen pasklare planoplossingen opgenomen, noch een af te vinken checklist. De inspiratiebundel is vooral bedoeld als werkinstrument om goede ontwerpkeuzes te bevorderen.

### Structuur van de inspiratiebundel

De inspiratiebundel is opgebouwd uit vier grote onderdelen die een antwoord geven op de volgende vragen:

- Deel 1 > Wat is toegankelijkheid en wat betekent dit in woonzorgcentra?
- Deel 2 > Wat zijn de wettelijke voorschriften voor toegankelijkheid, concreet voor woonzorgcentra?
- Deel 3 > Hoe kan je toegankelijkheid optimaal verankeren en integreren in het bouwproces?
- Deel 4 > Hoe toegankelijkheid ruimtelijk vertalen in de (bouw)praktijk; wat zijn aanbevelingen voor het ontwerp en de bouw van de ruimten in woonzorgcentra?

Elk deel van de inspiratiebundel kan je zowel apart als in verhaalvorm lezen. Delen 1 tot 3 geven u meer achtergrondinformatie die nodig is om de ontwerpaanbevelingen uit deel 4 te kaderen.

Deel 4 omvat de concrete ruimtelijke aanbevelingen om toegankelijkheid en de nodige ruimte voor zorg- en dienstverlening te integreren in het gebouw. Het omvat

### Navigeren in de inspiratiebundel

Een veelheid aan informatie op een overzichtelijke wijze aanreiken is niet altijd eenvoudig. We kozen er daarom voor om elk onderwerp als een apart thema op te nemen. De samenhang en het verband tussen de verschillende thema's onderling is echter absoluut van belang voor het verkrijgen van een goed geheel.

Om teveel herhaling te vermijden zijn belangrijke linken tussen de thema's onderling door [onderlijnde tekstdelen >>](#) aangegeven (overlappende informatie doorheen de tekst). Op deze manier kan u door 'te klikken' meer of concretere detailinformatie bekomen.





# Inhoud

<b>1</b>	<b><i>Toegankelijkheid van woonzorgcentra</i></b> .....	<b>8</b>
1.1	Toegankelijkheid?.....	8
1.2	Toegankelijkheid in woonzorgcentra .....	10
<b>2</b>	<b><i>Regelgeving m.b.t. toegankelijkheid van woonzorgcentra</i></b> .....	<b>13</b>
2.1	<b>De Vlaamse stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid</b> .....	<b>13</b>
2.1.1	Toepassingsgebied voor de woonzorgcentra .....	13
2.1.2	Voorbeelden toepassingsgebied voor woonzorgcentra .....	15
2.1.3	Draagwijdte van de verordening voor woonzorgcentra .....	16
2.1.4	Ondersteunende instrumenten voor de praktijk .....	18
2.2	<b>Toegankelijkheidsregelgeving buiten Vlaanderen</b> .....	<b>18</b>
2.3	<b>Toegankelijkheid in het sectorbesluit ‘ouderen en thuiszorg’</b> .....	<b>19</b>
<b>3</b>	<b><i>Toegankelijkheid in het bouwproces</i></b> .....	<b>20</b>
3.1	<b>Ankerpunten voor de vijf bouwfasen</b> .....	<b>20</b>
3.2	<b>Ontwerpstrategie voor woonzorgcentra</b> .....	<b>21</b>
3.2.1	Toegankelijkheid op gebouwniveau .....	22
3.2.2	Toegankelijkheid op afdelingsniveau .....	23
3.2.3	Toegankelijkheid op niveau van de ruimten .....	24
<b>4</b>	<b><i>Veel voorkomende handelingen</i></b> .....	<b>26</b>
4.1	<b>Zorgverlening en het gebruik van verplaatsingshulpmiddelen</b> .....	<b>27</b>
4.1.1	Gebruik van een loophulpmiddel .....	27
4.1.2	Gebruik van een rolstoel .....	28
4.1.3	Tilliften .....	31
4.1.4	Gebruik van een verrijdbare tillift .....	33
4.1.4.1	Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar bed .....	37
4.1.4.2	Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet.....	40
4.1.4.3	Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad .....	43
4.1.5	Gebruik van een plafondlift.....	46
4.1.5.1	Transfer met een plafondlift: van rolstoel naar hoog-laag bad.....	48
4.1.6	Zorg verlenen .....	50
4.1.6.1	Een transfer uitvoeren met manuele ondersteuning .....	53
4.2	<b>Zorgverlening en het gebruik van inrichtingselementen</b> .....	<b>56</b>
4.2.1	Gebruik van tafels en stoelen.....	57
4.2.2	Gebruik van een hoog – laag bed.....	60
4.2.3	Gebruik van een wastafel.....	62
4.2.4	Gebruik van een toilet.....	65
4.2.5	Gebruik van een douche .....	70
4.2.6	Gebruik van een hoog – laag bad.....	75
<b>5</b>	<b><i>Ruimtelijke vertaling van toegankelijkheid</i></b> .....	<b>78</b>
5.1	<b>Toegang tot een ruimte</b> .....	<b>80</b>
5.1.1	Toegang algemeen .....	80

5.1.2	Manueel bedienbare deuren .....	83
5.1.2.1	Deur openen en sluiten door een zelfstandig rolstoelgebruiker .....	87
5.1.3	Toegang tot een kamer .....	91
5.1.3.1	Toegangsdeur met dubbele deurvleugel.....	93
5.1.3.2	Toegangsdeur met gewijzigde draairichting.....	94
5.1.3.3	Automatisatie van de toegangsdeur .....	95
5.1.4	Toegang tot de sanitaire cel .....	97
<b>5.2</b>	<b>Private ruimten .....</b>	<b>101</b>
5.2.1	Kamerorganisatie .....	102
5.2.1.1	Kamerorganisatie voorbeeldtype 1 .....	106
5.2.1.2	Kamerorganisatie voorbeeldtype 2 .....	108
5.2.1.3	Kamerorganisatie voorbeeldtype 3 .....	110
5.2.1.4	Kamerorganisatie voorbeeldtype 4 .....	112
5.2.1.5	Kamerorganisatie voorbeeldtype 5 .....	114
5.2.2	Slaap – en woongedeelte .....	115
5.2.3	Sanitaire cel.....	118
5.2.3.1	Sanitaire cel voorbeeldtype 1 .....	123
5.2.3.2	Sanitaire cel voorbeeldtype 2 .....	124
5.2.3.3	Sanitaire cel voorbeeldtype 3 .....	126
5.2.3.4	Sanitaire cel voorbeeldtype 4 .....	127
5.2.3.5	Sanitaire cel voorbeeldtype 5 .....	128
5.2.3.6	Sanitaire cel voorbeeldtype 6 .....	130
5.2.3.7	Sanitaire cel voorbeeldtype 7 .....	132
5.2.4	Gemeenschappelijke badkamer .....	134
5.2.4.1	Douchekamer voorbeeldtype 1 .....	139
5.2.4.2	Douchekamer voorbeeldtype 2 .....	140
5.2.4.3	Badkamer voorbeeldtype 3 .....	141
5.2.4.4	Badkamer voorbeeldtype 4 .....	142
5.2.4.5	Badkamer voorbeeldtype 5 .....	143
<b>5.3</b>	<b>Semipublieke ruimten.....</b>	<b>144</b>
5.3.1	Structuur van de afdeling .....	145
5.3.2	Circuleren op de afdeling .....	150
5.3.3	Gemeenschappelijk sanitair .....	154
5.3.4	Gemeenschappelijke eet – en leefruimte .....	156
5.3.5	Gemeenschappelijke buitenruimte .....	160
5.3.6	Zintuiglijk comfort .....	163
<b>5.4</b>	<b>Publieke ruimten .....</b>	<b>166</b>
5.4.1	Buitenruimten .....	167
5.4.2	Toegang tot het gebouw .....	169
5.4.3	Onthaal.....	172
5.4.4	Circuleren in het gebouw .....	174
5.4.5	Cafetaria of polyvalente ruimte .....	177
5.4.6	Bezoekerssanitair .....	180
5.4.7	Signalisatie.....	182
<b>Bronnen.....</b>	<b>.....</b>	<b>185</b>

# 1 Toegankelijkheid van woonzorgcentra

## 1.1 Toegankelijkheid?

*Integrale toegankelijkheid is de kwaliteit van een publieke ruimte die het mogelijk maakt dat iedereen deze ruimte op een gelijkwaardige en onafhankelijke manier kan bereiken, betreden, gebruiken en begrijpen.*

Toegankelijkheid is dus veel meer dan het toegankelijk maken van een publiek gebouw voor rolstoelgebruikers of andere mensen met een zichtbare beperking.

Het gaat erom dat van bij de start van het ontwerpproces wordt uitgegaan dat het gebouw voor iedereen makkelijk, comfortabel en gebruiksvriendelijk is. Specifieke voorzieningen voor mensen met een beperking worden, zeker in een nieuwbouw, zoveel mogelijk vermeden. Daardoor creëer je immers twee soorten gebruikers van een gebouw: degenen die op een 'normale' wijze het gebouw kunnen gebruiken en anderen waarvoor bijvoorbeeld een speciale toegang of voorziening moet gemaakt worden. Dit is niet alleen stigmatiserend maar brengt ook extra kosten en vaak ook extra organisatie met zich mee.

In de praktijk blijkt ook dat er een waaier van gebruikers en situaties zijn die ook problemen ervaren om op een veilige en comfortabele wijze gebruik te maken van het gebouw. Denken we maar aan leveranciers, iemand met een tas op wielen, een ouder met een kinderwagen, tijdelijke handicaps, poetsmachines, serveerwagens, noodsituaties (brancards) ... Allen hebben baat bij een drempelvrije toegang en een toegankelijke lift. Het is dus veel efficiënter om van meet af aan bijvoorbeeld een toegang te maken die voor alle gebruikers op een gelijkwaardige manier kan gebruikt worden.

Bij een publiek gebouw wordt er ook vanuit gegaan dat iedereen, onafhankelijk en dus zonder hulp van derden, het gebouw kan betreden en gebruiken. Er van uitgaan dat iemand geassisteerd kan worden, tast de zelfstandigheid van de persoon aan en werkt in de praktijk ook niet. Wat immers als er niemand aanwezig is?

Toegankelijkheid betekent ook goede bereikbaarheid. Het gaat hier ondermeer om de ligging van het gebouw, de nabijheid van openbaar vervoer en diensten, de toegankelijkheid van het publiek domein zoals de oversteekplaatsen, stoepen, parkeerplaatsen, voorrijdmogelijkheid, enz.

Een eerste vereiste is dat een gebouw kan betreden worden, dit betekent dat de toegang duidelijk is en voor iedereen te nemen is. Het best is er een drempelloze, goed verlichte, duidelijk aangegeven en voldoende brede toegang met automatische deuren die comfort bieden voor iedereen. Indien een drempelloze uitvoering niet kan is het combineren van trappen met een helling een oplossing.

Eenmaal in het gebouw betekent toegankelijkheid dat we vlot en veilig gebruik kunnen maken van de functies waarvoor het gebouw bedoeld is. Het gaat hier om meer dan brede deuren en gangen, ook verlichting, kleurgebruik, rustpunten, sanitair, balies, akoestiek, meubilair, deurbeslag, bedieningsknoppen ... zijn van belang.

Tenslotte is ook het begrijpen van het gebouw aan de orde. De leesbaarheid van het ontwerp en de logica van het plan maken dat gebruikers van het gebouw al dan niet op een vanzelfsprekende wijze 'geleid' worden door het gebouw. Duidelijke signalisatie is een extra steun om zijn weg te vinden.

Meer en meer wordt in gebouwen ook gebruik gemaakt van informatietechnologie zoals toegangscontrole, gebruik van elektronische kaarten en klavieren. Het spreekt vanzelf dat

ook deze technologie zo moet ingezet worden dat ook mensen die niet vertrouwd zijn met deze nieuwe toepassingen er gebruik van kunnen maken.

### **Universal Design of Ontwerpen voor iedereen**

Om een toegankelijke ruimte te realiseren wordt uitgegaan van een nieuwe ontwerpmethodode namelijk Universal Design. In de loop van de 20ste eeuw ontstonden verschillende ontwerpmethodieken die de fysieke leefomgeving toegankelijker moesten maken. Concepten zoals barrièrevrij ontwerpen (Barrier Free Design), toegankelijk ontwerpen (Accessible Design) en meer industriële ontwikkelingen op het vlak van hulpmiddelen en technologie (Assistive Technology) ontwikkelden zich hoe langer hoe meer van een categorieke aanpak naar een meer inclusieve benadering van ontwerpen. Dit wordt Universal Design (USA), Design for All (Europa) of Ontwerpen voor iedereen (Vlaanderen) genoemd.

Ook de benadering van het begrip handicap is geëvolueerd. Waar men vroeger uitging van de persoon met een medisch probleem als de oorzaak van het probleem ontoegankelijkheid wordt nu door de Wereldgezondheidsorganisatie de 'handicapsituatie' als uitgangspunt gehanteerd. Dit betekent dat iedereen zich in een situatie kan bevinden waarbij hij/zij niet optimaal gebruik kan maken van de omgeving. Het is dan zaak om een omgeving zo te ontwerpen dat ze evenwaardige mogelijkheden creëert voor alle gebruikers, jong en oud, met of zonder beperking.

In 1997 definieerde een aantal Amerikaanse academici Universal Design als volgt: 'Universal design is the design of products and environments to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design' (arch. Ron Mace).

Van bij de aanvang van elk ontwerpproces staat één vraag centraal namelijk: Hoe kan een product, een grafische boodschap, een website, een gebouw of een publieke ruimte zowel functioneel als esthetisch aantrekkelijk zijn voor een zo groot mogelijke diversiteit van gebruikers?

Het concept Universal Design is opgebouwd rond zeven basisprincipes:

- 1 bruikbaar voor iedereen
- 2 flexibel in gebruik
- 3 eenvoudig en intuïtief gebruik
- 4 begrijpelijke informatie
- 5 marge voor vergissingen;
- 6 beperkte inspanning
- 7 geschikte afmetingen en gebruiksruidten

### **Belang van Toegankelijkheid**

Net als duurzaamheid is toegankelijkheid een kwaliteitsvereiste die niet meer weg te denken is. Door de vergrijzing van de bevolking is het meer dan ooit aan de orde. Het aantal mensen voor wie toegankelijkheid een noodzaak is groeit elke dag. Toegankelijkheid is de fase van goodwill voorbij, het is een basisrecht geworden wat nationaal en internationaal vertaald wordt in regelgeving en voorschriften zoals de antidiscriminatie wetgeving, regelgeving toegankelijkheid van publieke gebouwen, koppelen van toegankelijkheidsvoorschriften aan openbare aanbestedingen en lastenboeken ... De voordelen zijn ook groot: meer mensen kunnen vlotter gebruik maken van de ruimte, zo moet er minder personeel ingezet worden om tekorten in het gebouw op te vangen. Doordat veiligheid en comfort centraal staan, zal de tevredenheid van alle gebruikers toenemen.

*Nu investeren in toegankelijkheid is investeren op langere termijn en is investeren in kwaliteit!*

## 1.2 Toegankelijkheid in woonzorgcentra

Toegankelijkheid in woonzorgcentra heeft een andere draagwijdte dan toegankelijkheid van een publiek gebouw.

Een woonzorgcentrum heeft weliswaar een publieke functie maar toch staan het wonen van ouderen en de hierbij horende zorgverlening centraal.

Toegankelijkheid moet zijn vertaling vinden in het eisenprogramma van het woonzorgcentrum door aan te sluiten bij de specifieke noden van de gebruikers en de visie op de zorg van het woonzorgcentrum te ondersteunen.

Het garanderen van 'toegankelijkheid' kan nooit door het louter stilstaan bij criteria van een detailelement zoals een kraan, een deur... Het is steeds afhankelijk van de manier waarop omgegaan wordt met het thema doorheen het volledige bouwproces (van macro tot micro). Met andere woorden: het ontwerp zal in structuur en detail toegespitst worden op de specifieke gebruikers van het woonzorgcentrum.

De ontwerpstrategie 'Universal Design' of 'Ontwerpen voor iedereen' toont meer en meer aan dat het realiseren van toegankelijkheid een mooi, veilig, comfortabel en functioneel ontwerp niet in de weg staat!

De vraag die men zich dus moet stellen om antwoord te krijgen op de complexiteit van het geven is: Wie is de gebruiker van een woonzorgcentrum?

**Bewoners** moeten zich thuis en geborgen kunnen voelen. Ze hebben nood aan een gezellige woonomgeving waar ze verblijven, waarbij hun zelfstandig functioneren zo lang mogelijk ondersteund wordt, hun veiligheid gegarandeerd wordt en waar zorg optimaal aansluit op hun persoonlijke behoeften.

**Bezoekers en familie** moeten zich welkom voelen, eenvoudig hun weg vinden doorheen het gebouw en op een ongedwongen en ontspannen wijze deel kunnen uitmaken van een bezoekmoment met oog voor privacy.

**Personeel** moet op een ergonomische, efficiënte en respectvolle wijze zorg kunnen verlenen aan de bewoners en zich hierbij ondersteund weten door de technieken en de vormgeving van het gebouw en eventuele hulpmiddelen.

Naargelang wie waar gebruik maakt van het woonzorgcentrum kunnen verschillende zones in het woonzorgcentrum onderscheiden worden met hieraan gekoppeld verschillende gradaties van toegankelijkheid:

- De toegankelijkheid van de publieke zone van het gebouw, afgestemd op een collectief gebruik: zowel bezoekers als bewoners kunnen er vrij toegang hebben tot cafetaria, onthaal, publieke buitenruimte...
- De toegankelijkheid van de semipublieke zone van het gebouw, afgestemd op de alledaagse activiteiten van bewoners en bezoekers. Bewoners kunnen er (eventueel samen met de bezoekers) verblijven in de leefruimten van de afdeling. In deze zone wordt ook zorg verleend zoals helpen bij het eten, bezigheidstherapie, enz. Vele zorgbehoevende ouderen verblijven geruime tijd in deze zone, mede omdat hier toezicht van het personeel beter organiseerbaar is dan in de private ruimte.
- De toegankelijkheid van de private zone van het gebouw, voornamelijk de eigen slaap- en leefruimte met toilet en badkamer voor de bewoner. Het is evenwel ook een plek waar bezoek ontvangen wordt en zorg verleend.

## Grotere nood aan toegankelijkheid

Het is duidelijk dat in een woonzorgcentrum de toegankelijkheidsnoden groter zijn, waaronder:

- Het hoge aantal gebruikers met verschillende beperkingen en diverse zorgprofielen die tegelijkertijd gebruik maken van het gebouw. Vaak zijn meer dan de helft van het aantal bewoners rolstoelgebruiker. Dit betekent bijvoorbeeld dat er wat circulatieruimte betreft ook rekening moet gehouden worden met het kruisen van rolstoelgebruikers. Krappe ruimten leiden tot opstoppingen en beletten het vlot gebruik. Voor mensen die moeilijkheden hebben met stappen zijn rustpunten en leunmogelijkheden van belang. Horen en zien is vaak ook niet meer optimaal waardoor verlichting, contrasten, akoestiek en voorzien van ringleiding noodzakelijk zijn.
- Vele bewoners kampen met dementie, waardoor het begrijpen van de ruimte specifieke aandacht vraagt.
- De zorgverlening speelt zich in quasi heel het gebouw af. Zo kunnen vele zorgbehoevende bewoners met het oog op hun veiligheid niet zonder toezicht op hun kamer verblijven. Dit is een belangrijk gegeven waarmee rekening gehouden kan worden bij het ontwerp van de ruimten, de zichtlijnen, enz. Het veronderstelt dat ook in de semipublieke ruimten de nodige plaats en voorzieningen worden getroffen om hulpmiddelen te kunnen gebruiken zoals bijvoorbeeld verrijdbare tilliften, serveerwagens, poetsmachines ... In functie van de fragiele bewoners moet ook gedacht worden aan het gebruik van brancards en een menswaardige evacuatie van overleden bewoners.
- Liften moeten dus brancards en meerdere rolstoelgebruikers tegelijkertijd kunnen vervoeren. Dit betekent dat de liften ruimer moeten zijn dan wettelijk voorgeschreven voor publiek toegankelijke ruimten.
- De structuur en detaillering van het gebouw moet de zorgorganisatie in de praktijk ondersteunen. De efficiënte inzet van het personeel wordt hier sterk door bepaald. Bijvoorbeeld, indien een recreatieruimte op een verdieping gelegen is, en er maar één lift aanwezig is, heeft dit tot gevolg dat zeer veel tijd moet worden besteed aan het verplaatsen van de bewoners. Het gevolg is dat de activiteit sterk beperkt wordt, of zelfs helemaal niet zal georganiseerd worden. Zo grijpt toegankelijkheid in op het dagelijkse leven van de bewoner.
- Een goede toegankelijkheid stimuleert ook de zelfredzaamheid van de bewoners en steunt hun om zo lang mogelijk zelfstandig te zijn. Het uitgangspunt mag daarom niet zijn dat kan ingeboet worden op toegankelijkheid, omdat elke bewoner toch steeds beroep kan doen op het personeel. Dit is duur en niet efficiënt. Een doordacht ontwerp dat ook rekening houdt met een vlotte zorgorganisatie, zal automatisch ook de levenskwaliteit van de bewoner verhogen.
- Gezien een belangrijk aantal bewoners kampt met dementie, is de manier waarop een gebouw ervaren en begrepen wordt door deze bewoners aan de orde. Eerder dan afmetingen komt dan de structuur, het ontwerp en de inrichting van het gebouw als belangrijk aandachtspunt naar voor. Het intuïtief lezen en begrijpen van een ruimte of omgeving zal het vanzelfsprekend gebruik ondersteunen. Dit verhoogt niet alleen het gebruikscomfort, maar ook het veiligheidsgevoel van de gebruiker.
- Er dient een verscherpte aandacht te zijn voor de veiligheid van de bewoners, en in het bijzonder voor bewoners met dementie. Zo is vallen in woonzorgcentra een groot probleem.

Bij mensen met dementie stelt men vast dat sommigen de neiging hebben om te dwalen of weg te lopen waarna men de ruimte, de afdeling of het woonzorgcentrum niet meer zelfstandig terugvindt. Om dit te vermijden is het onopvallend of zelfs het 'ontoegankelijk' maken van bepaalde zones van belang.

### **Evolutie is een belangrijk gegeven**

'Woonzorg' is in evolutie: dit betekent dat het gebouw ook flexibel en aanpasbaar moet zijn om de tred te kunnen houden met nieuwe trends. Zo is het waarschijnlijk dat de woonzorgcentra van de toekomst nog meer bewoners met een hoge zorggraad zullen opvangen of dat nieuwe concepten plaats maken voor meer vraaggestuurde zorg, waarbij flexibiliteit en individuele keuzes belangrijk zijn. In functie van het voorziene tekort aan zorgverleners is de ondersteuning van de zorgorganisatie meer dan ooit aangewezen. Niet alleen in functie van de rendabiliteit maar ook om goede werkomstandigheden te voorzien en personeel te kunnen behouden en aan te trekken.

Toegankelijkheid wordt vaak louter beschouwd als een 'meerkost' die de totaalkost van het gebouw nodeloos opdrijft. Inderdaad, een woonzorgcentrum zal doordat een grote groep van de bewoners meerdere beperkingen heeft en zorgbehoevend is meer ruimte nodig hebben. Ook zal het uitgerust moeten worden met specifieke voorzieningen die duurder uitvallen dan een ander publiek gebouw. Zo zal er bijvoorbeeld in specifieke ruimten meer oppervlakte nodig zijn en zullen meerdere liftsystemen geïnstalleerd moeten worden.

Doch rekening houdend met de specifieke eisen van een woonzorgcentrum, hoeft een woonzorgcentrum dat toegankelijkheid centraal stelt niet meer te kosten. Op lange termijn zal het zelfs rendabeler zijn. Zo geven cijfers aan dat de afschrijving van de infrastructuur van een woonzorgcentrum (kostprijs gebouw) slechts een zeer klein percentage van de dagprijs (minder dan 10%) uitmaakt. Een enge benadering van toegankelijkheid zal dan misschien op korte termijn minder kosten, maar wel tot gevolg hebben dat het personeel meer moet ingezet worden. Doordat de personeelskost steeds verder oploopt, lijkt het besparen op toegankelijkheid in de bouw van een infrastructuur op lange termijn dus veeleer een onverstandige keuze.



## 2 Regelgeving m.b.t. toegankelijkheid van woonzorgcentra

### 2.1 De Vlaamse stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid

In Vlaanderen is sinds 1 maart 2010 een nieuwe regelgeving met betrekking tot toegankelijkheid van publieke gebouwen van kracht. Deze regelgeving vervangt de sterk verouderde wetgeving van 1975 en het KB van 09 mei 1977 die de toegang van gehandicapten tot gebouwen toegankelijk voor het publiek regelde. De nieuwe regelgeving is gekoppeld aan de algemene wet op de Ruimtelijke Ordening, waardoor de regels slechts van toepassing zijn als men een stedenbouwkundige vergunning aanvraagt.

Ook bij het bouwen of verbouwen van woonzorgcentra moet men rekening houden met de Vlaamse stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid. Deze regelgeving stelt echter alleen eisen aan het publieke deel van een woonzorgcentrum. Bovendien spelen het aantal kamers en verdiepingen een rol. Afhankelijk hiervan kan het zijn dat de stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid wel of niet van toepassing is.

Dit betekent vanzelfsprekend niet dat toegankelijkheid in woonzorgcentra niet of slechts beperkt aan de orde is. Integendeel, de specifieke doelgroep vraagt een doorgedreven toegankelijkheid van het publieke gedeelte én de private ruimten.

Omdat de stedenbouwkundige verordening de toegankelijkheid van alle mogelijke publieke gebouwen regelt, is ze vrij algemeen. De wettelijke criteria zijn minimaal en bevatten alleen op plan afleesbare elementen. Het louter volgen van de regelgeving volstaat daarom niet om een volwaardig toegankelijk woonzorgcentrum te realiseren.

Net daarom werd deze inspiratiebundel ontwikkeld, zodat toegankelijkheidsoplossingen aangeboden kunnen worden die op maat gesneden zijn van de woonzorgcentra.

#### 2.1.1 Toepassingsgebied voor de woonzorgcentra

Het 'Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening betreffende toegankelijkheid' van 5 juni 2009 is in werking getreden vanaf 1 maart 2010 en gewijzigd op 31 maart 2011.

De stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid is van kracht voor:

- een publiek toegankelijk gebouw;
- gelegen in Vlaanderen;
- waar vergunningsplichtige werken aan gebeuren (nieuwbouw, verbouwing, uitbreiding, herbouw...).

Bestaande gebouwen of delen van gebouwen waar geen werken aan gebeuren, vallen dus niet onder deze verordening.

De regelgeving is ook niet van toepassing wanneer het gaat om beschermde monumenten, landschappen...(erfgoed). In deze gevallen zal er een afweging gemaakt worden tussen de erfgoedwaarde en de toegankelijkheid van het betreffende gebouw (art.2 §2 punt 3).

Woonzorgcentra worden aanzien als publiek toegankelijke gebouwen. Om binnen het toepassingsgebied van de stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid te vallen moeten ze aan twee voorwaarden voldoen:

- beschikken over minimum 20 wooneenheden of kamers;

- en bovendien moeten de toegangsdeuren tot deze wooneenheden of kamers zich bevinden over meer dan twee niveaus.

Alleen als aan deze beide voorwaarden voldaan wordt, vallen deze gebouwen binnen het toepassingsgebied en moeten de normbepalingen van de verordening opgevolgd worden.

Indien één van bovenstaande criteria niet aanwezig is, met andere woorden een woonzorgcentrum met minder dan 20 kamers, of met toegangsdeuren tot wooneenheden of kamers over 2 of minder niveaus, dan valt het gebouw buiten het toepassingsgebied en zal de normbepaling niet van kracht zijn.

Maar zelfs al valt het gebouw buiten het toepassingsgebied van de regelgeving, is het nog steeds aangewezen om de toegankelijkheidsrichtlijnen, die opgenomen zijn in deze bundel, te respecteren.

Een schematische verduidelijking van het toepassingsgebied:

<b>Vlaamse Stedenbouwkundige Verordening betreffende Toegankelijkheid</b> Publiek toegankelijk gebouw* in Vlaanderen		
<b>Aftoetsing</b>	Uitvoeren van vergunningsplichtige of meldingsplichtige handelingen (Uitgezonderd handelingen zoals beschreven in art. 2, §2, punt 1, 2 en 3)	
<b>Type gebouw</b>	Art. 5: gezondheidsinstellingen met kamers of wooneenheden, <b>welzijnsinstellingen met kamers of wooneenheden**</b> , internaten die verbonden zijn aan onderwijsinstellingen, internaten die onder de bevoegdheid vallen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap of strafinrichtingen.	
<b>Criteria:</b>	< 20 kamers of toegangsdeuren tot wooneenheden of kamers over ≤ 2 niveaus	<b>≥ 20 kamers + toegangsdeuren tot wooneenheden of kamers over &gt; 2 niveaus</b>
<b>Draagkracht:</b>	<b>Geen</b>	<b>Uitgebreid</b>
	Gebouw valt niet onder de toepassing en moet niet voldoen	Alle gemeenschappelijke delen*** van het gebouw, met inbegrip van de toegangsdeuren tot elke wooneenheid of kamer
<b>Verplicht advies:</b>	Geen	Indien publiek toegankelijke oppervlakte ≥ 7.500m <sup>2</sup> (art. 34 §1)
		Indien gebouwen opgericht voor het gebruik of de uitbating door de overheid of in opdracht van de overheid, waarbij afgeweken wordt van de verplichtingen (art. 34 §2)

*\* Publiek toegankelijk (art. 1, punt 15 van het besluit): ‘...een ruimte die openstaat voor het publiek of bedoeld is voor gemeenschappelijk gebruik, ook al is de toegang beperkt tot een of meer welbepaalde categorieën van personen, met uitzondering van de ruimtes die alleen toegankelijk zijn voor werknemers alsook van de technische ruimtes en opslagruimtes die niet dienen als archiefruimte en van de toegangen en deuropeningen, gangen en overlopen en niveauverschillen die uitsluitend naar die ruimtes leiden...’*

*\*\* Welzijnsinstelling (art. 1, punt 28 van het besluit): ‘...een organisatie die erkend is door de Vlaamse Gemeenschap en die activiteiten uitoefent op het gebied van het gezin, het maatschappelijk welzijn, het onthaal en de integratie van immigranten, de mindervaliden, de bejaarden, de jeugdbescherming en de sociale hulpverlening aan gedetineerden, met het oog op hun sociale re-integratie, als vermeld in artikel 5, §1, II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen...’*

*\*\*\* Gemeenschappelijke delen (verslag aan de Vlaamse regering bij het Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening inzake toegankelijkheid van 5 juni 2009 art. 5): ‘ ... Met “gemeenschappelijke delen” wordt o.a. bedoeld: het toegangspad, de gemeenschappelijke inkompartij, de gemeenschappelijke verticale en horizontale circulatiezone, fietsenstallingen, vuilniscontainerruimtes, bewonersparking, maar niet de ruimtes die enkel voor privaat gebruik bedoeld zijn...’*

*\*\*\*\* Deze overgangsbepaling, voor vergunningsaanvragen ingediend voor 1 januari 2013, is gekoppeld aan de wijzigingen aan deze verordening. Deze aanpassingen werden op 26 november 2010 principieel goedgekeurd door de Vlaamse regering. Een definitieve goedkeuring is te verwachten in de loop van januari 2011, gevolgd met een publicatie in het Belgisch Staatsblad. De wijzigingen zullen in werking treden tien dagen na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad.*

## 2.1.2 Voorbeelden toepassingsgebied voor woonzorgcentra

Door het schetsen van een aantal voorbeelden gaan we dieper in op veel gestelde vragen rond het toepassingsgebied van de toegankelijkheidsverordening voor woonzorgcentra. Enkele voorbeelden ter illustratie van het toepassingsgebied:

### *Voorbeeld 1:*

Een nieuw woonzorgcentrum wordt gebouwd: gelijkvloerse voorziening met 42 kamers.  
→ Er zijn niet ‘meer dan 2 niveaus’ waarop toegangsdeuren tot wooneenheden of kamers gelegen zijn: dit valt niet binnen het toepassingsgebied, moet niet voldoen aan de normbepalingen.

### *Voorbeeld 2:*

Een nieuw woonzorgcentrum wordt gebouwd: gelijkvloers, eerste en tweede verdieping. Op het gelijkvloers en de eerste verdieping zijn 68 kamers voorzien. De tweede verdieping omvat alle administratieve en personeelsruimten.  
→ Er zijn 20 of meer kamers, maar niet meer dan twee niveaus waarop toegangsdeuren tot de kamers/woongelegenheden gelegen zijn: dit valt niet binnen het toepassingsgebied, moet niet voldoen aan de normbepalingen.

### *Voorbeeld 3:*

Een nieuw woonzorgcentrum wordt gebouwd: gelijkvloers, eerste en tweede verdieping. Op elke verdieping zijn kamers voorzien, met een totaal van 120. De administratieve en personeelsruimten zijn verdeeld over de verschillende verdiepingen.  
→ Er zijn 20 of meer kamers, met toegangsdeuren tot kamers/woongelegenheden over meer dan twee niveaus: dit valt binnen het toepassingsgebied, moet voldoen aan de normbepalingen.

### *Voorbeeld 4:*

De werken aan een woonzorgcentrum omvatten vernieuwing van de vloerbekleding, nieuwe deurkaders en schilderwerken.

→ Art. 2, §1 is niet van toepassing (geen vergunning nodig hiervoor), het gebouw valt niet onder het toepassingsgebied van de verordening.

### 2.1.3 Draagwijdte van de verordening voor woonzorgcentra

Indien voor een woonzorgcentrum de verordening van toepassing is, beperkt deze zich tot de publiek toegankelijke gemeenschappelijke delen van het gebouw, inclusief de toegangsdeuren tot de kamers of wooneenheden. Dit houdt in dat de normbepalingen niet opgevolgd moeten worden in het private gedeelte, zoals de private kamers of de personeelsruimten, van het gebouw.

De toegangsdeur tot de private kamer valt wél onder het toepassingsgebied. Gezien normen opgelegd worden aan beide zijden van de deur (toepassing van art. 22 tot en met 26), dienen ook voor de binnenzijde van de deur (kamerzijde) een aantal minimale criteria opgevolgd te worden.

In de verordening zijn er bij de concrete normbepalingen zowel ruwbouw- als afwerkingsmaten opgenomen:

- Doordat de verordening gekoppeld is aan het afleveren van de bouwvergunning is gekozen om in de verordening alleen op plan afleesbare criteria op te nemen. Om controleerbaar te zijn bij het indienen van de stedenbouwkundige vergunningsaanvraag, moet men maten planmatig kunnen toetsen.
- Het kunnen gebruiken van het gebouw door de gebruiker is een basisvereiste om te kunnen spreken van een goede toegankelijkheid. Dit is steeds afhankelijk van de afwerking.

Vandaar de dubbele maatvoering: ruwbouw controleerbaar op plan, afwerking, controleerbaar na uitvoering.

#### **Normbepalingen van de verordening**

De verordening bepaalt maatvoering voor:

- toegangspaden – looppaden;
- parkeren;
- toegangen en deuren;
- sanitair (bezoekerssanitair);
- niveauverschillen;
- vast meubilair en inrichtingselementen;
- gebruiksruimte;
- signalisatie.

Onder meer volgende inhoudelijke elementen (criteria) zijn van belang voor de delen van het woonzorgcentrum die binnen het toepassingsgebied vallen. Let wel, vermelde maten zijn altijd na afwerking.

#### *Parkeren*

Op de publieksparking moet in principe 6% van de parkeerplaatsen aangepast zijn. De aangepaste parkeerplaats moet aan de maten voldoen, aangeduid worden met een bord en duidelijk afgebakend zijn.

#### *Toegangspaden – looppaden*

De vrije doorgangsbreedte dient min. 150 cm te zijn en obstakelvrij. In welbepaalde situaties worden versmallingen toegestaan.

### *Niveaoverschillen*

Niveaoverschillen moeten steeds correct overbrugd worden. Vanaf 18 cm moet dit bovendien gebeuren door de combinatie van een trap met een helling of lift. Al deze elementen moeten voldoen aan bepaalde criteria. Voor de erkenning woonzorgcentrum, moeten echter ook bepalingen m.b.t. liften gerespecteerd worden. Ook voor het vlotte gebruik door de bewoners en voor een goede zorgorganisatie is de aanwezigheid van een lift een noodzaak.

### *Toegangen en deuren*

Deuren hebben een doorgangsbreedte van min. 90 cm. Voor de private kamers kan dit beperkt worden tot min. 85 cm. Dit is gezien de specifieke kenmerken van de bewoners van een woonzorgcentrum vanzelfsprekend niet voldoende. Er wordt best ook minstens 90 cm aangehouden. Voor en na elke deur moet een vrije en vlakke draairuimte (Ø150 cm) voorzien worden om een vlotte bediening mogelijk te maken. Naast de deur moet een zijdelingse opstelruimte gegarandeerd worden van min. 50 cm, zowel aan de gang- als aan de kamerzijde.

### *Sanitair*

In elk sanitair blok dient minstens één aangepast toilet voorzien te worden. Het gaat hier over het sanitair dat open staat voor het publiek, dus niet de sanitaire ruimte (badkamer) van de private kamers. Het aangepast toilet moet aan specifieke minimum afmetingen voldoen om het zelfstandig gebruik van het toilet te garanderen.

### *Vast meubilair en inrichtingselementen*

Is een (ontvangst)balie aanwezig, dan dient die verlaagd en onderrijdbaar te zijn.

### *Signalisatie*

In de toegankelijkheidsverordening is er maar één bepaling opgenomen in verband met signalisatie, namelijk dat gids- of geleidelijnen voor mensen met een visuele beperking de weg naar de publiek toegankelijke functies moeten aangeven.

## **Verplichte Advisering**

De verordening voorziet in verplichte advisering indien het om een gebouw gaat dat opgericht is voor gebruik of uitbating door de overheid, of in opdracht van de overheid én men wenst af te wijken van de bepalingen van de verordening.

De woonzorgcentra waarvan een OCMW, gemeente of elke andere overheid eigenaar of uitbater is, vallen dus onder deze categorie. Woonzorgcentra van vzw's of private initiatiefnemers vallen hier niet onder.

Deze advisering moet gebeuren door een door Gelijke Kansen Vlaanderen erkende instantie. Momenteel zijn er nog geen instanties erkend. Dit houdt concreet in dat tot nader order deze bepaling nog niet van toepassing is.

Een uitgebreider advies op maat, bij het realiseren van een goed toegankelijk woonzorgcentrum, is altijd een meerwaarde. Een dergelijk advies gaat veel verder dan het verplichte advies. Eigenlijk gaat het om een begeleiding doorheen het ontwerpproces waarbij gespecialiseerde toegankelijkheidsadviseurs in nauw overleg met de bouwheer en ontwerper nagaan hoe de toegankelijkheidsprincipes optimaal kunnen geïntegreerd worden in het project, van ontwerp tot en met de uitvoering.

In Vlaanderen zijn een viertal adviesbureaus actief die een totaaladvies aanbieden met name:

- Adviesbureau Toegankelijke Omgeving (ATO): [www.ato-vzw.be](http://www.ato-vzw.be)

- Centrum Toegankelijkheid van de Provincie Antwerpen (CTPA): [www.provant.be/welzijn/toegankelijkheid](http://www.provant.be/welzijn/toegankelijkheid)
- Toegankelijkheidsbureau vzw: [www.toegankelijkheidsbureau.be](http://www.toegankelijkheidsbureau.be)
- West-Vlaams Bureau voor Gelijke Kansen en Toegankelijkheid vzw: [www.westkans.be](http://www.westkans.be)

#### 2.1.4 Ondersteunende instrumenten voor de praktijk

Om ontwerpers, bouwheren... te ondersteunen in de toepassing van de nieuwe Vlaamse regelgeving, maar ook voor het realiseren van goede toegankelijke gebouwen, werd als flankerend initiatief de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) ontwikkeld.

Op de website van Gelijke Kansen Vlaanderen en Enter. kan je de volledige informatie terugvinden over de nieuwe stedenbouwkundige verordening. Je vindt er niet alleen de integrale tekst terug van de regelgeving, maar ook uitleg en duiding bij de richtlijnen. Interessant is ook dat ontwerpers er via een interactieve checklist en quickscan snel te weten kunnen komen in welke mate ze wel of niet rekening moeten houden met de regelgeving.

Wat kan je concreet op de website terugvinden:

- Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen
- Integrale tekst en toelichting met betrekking tot het besluit
- Checklist en quickscan
- Advisering

## 2.2 Toegankelijkheidsregelgeving buiten Vlaanderen

Toegankelijkheid is een gewestmaterie. Dit betekent dat de stedenbouwkundige verordening, zoals hierboven beschreven alleen van toepassing is in Vlaanderen.

Ook in Brussel en Wallonië zijn er bepalingen opgenomen over toegankelijkheid in de gewestelijke stedenbouwkundige verordening. Omdat VIPA niet actief is in Wallonië beperken we ons tot het vermelden van wat in Brussel van toepassing is.

Net zoals in Vlaanderen wordt de toegankelijkheid van publieke gebouwen ingepast in de regelgeving op de ruimtelijke ordening. Meer bepaald door het ' Besluit van de Regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tot goedkeuring van de Titels I tot VIII van de Gewestelijke Stedenbouwkundige Verordening, van toepassing op het volledige grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (21 november 2006).':

- Titel IV: Toegankelijkheid van gebouwen voor personen met beperkte mobiliteit
- Titel VII: De wegen, de toegangen ertoe en de naaste omgeving ervan.

De woonzorgcentra vallen duidelijk ook onder deze regelgeving zoals artikel 1§3 3° (titel IV) aangeeft: ...gebouwen voor bejaarden en/of gehandicapten.

De volledige tekst van de Brusselse stedenbouwkundige verordening is terug te vinden via [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) of via de website [www.rru.irisnet.be](http://www.rru.irisnet.be) .

## 2.3 Toegankelijkheid in het sectorbesluit ‘ouderen en thuiszorg’

Binnen de VIPA-procedure vallen projecten met betrekking tot woonzorgcentra onder de toepassing van het VIPA-decreet en in het bijzonder het [sectorbesluit ‘ouderen en thuiszorg’](#).

Art. 3 §1 van dit besluit (hoofdstuk twee) omvat de ‘algemene’ bouwtechnische en bouwfysische normen waaraan de infrastructuur moet voldoen. Ook ‘toegankelijkheid’ is hierin opgenomen. Wel wijzen we op een aantal aandachtspunten in dit verband:

- 2° ‘regelgeving betreffende de toegang van personen met een handicap tot gebouwen toegankelijk voor het publiek’:  
Deze omschrijving had betrekking op de federale wetgeving van ’75 en het uitvoeringsbesluit van ’77 met betrekking tot toegankelijkheid. Sinds één maart 2010 is deze laatste echter niet meer van kracht.
- 4° de NBN-normen, uitgegeven door het Belgisch Instituut voor Normalisatie vzw en het Belgisch Elektrotechnisch Comité:  
Er is slechts één NBN- norm met betrekking tot toegankelijkheid bekend, namelijk de ‘NBN ISO/TR 9527: 1995 Bouwwezen - Eisen voor gehandicapten in gebouwen – Ontwerprichtlijnen (08/1995)’. Deze norm is een internationale norm die in ’94 de status van Belgische norm gekregen heeft. Omwille van het algemeen karakter van de inhoud en gezien de publicatiedatum sluit hij echter niet meer aan op de hedendaagse benadering. Inhoudelijk sluit deze ISO-norm ook niet aan op de specifieke vragen met betrekking tot woonzorgcentra.
- 8° de regelgeving over de stedenbouw en ruimtelijke ordening:  
Toegankelijkheid van gebouwen zit sinds één maart 2010 (wettelijk) volledig ingebed in de structuren van Ruimtelijke ordening. Concreet dient men een gebouw af te toetsen aan de toepassing van de ‘Vlaamse stedenbouwkundige verordening betreffende toegankelijkheid’, van kracht voor aanvragen tot Stedenbouwkundige vergunning vanaf één maart 2010.

Art. 3 §2 van dit besluit (hoofdstuk twee) omvat de ‘specifieke’ bouwtechnische en bouwfysische normen waaraan de infrastructuur moet voldoen.

Voor woonzorgcentra wordt verwezen naar de criteria met betrekking tot de erkenning, opgenomen in ‘bijlage XII. Woonzorgcentra’ bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009.

Een aantal algemene zaken met betrekking tot toegankelijkheid zijn opgenomen. Algemeen gezien zijn deze echter slechts vaag omschreven en weinig concreet omdat specifieke eisen (ruimtelijke criteria) niet als dusdanig benoemd worden.

### 3 Toegankelijkheid in het bouwproces

Deze inspiratiebundel focust vooral op het integreren van toegankelijkheid bij het ontwerpen van een woonzorgcentrum. Maar omdat toegankelijkheid een zaak van details is, is waakzaamheid doorheen het gehele bouwproces aangewezen.

Zo kan een foute uitvoering van het ontwerp grote gevolgen hebben voor de toegankelijkheid, bijvoorbeeld de verkeerde plaatsing van beugels in het aangepast sanitair.

#### 3.1 Ankerpunten voor de vijf bouwfases

Binnen het procesverloop (van ontwerp tot oplevering van het gebouw) kunnen vijf belangrijke fasen met specifieke ankerpunten (doelstellingen) onderscheiden worden. Naargelang de fase zullen de aandachtspunten en de te ondernemen acties een ander accent krijgen.

Doelstellingen in functie van toegankelijkheid	Mogelijke acties
<b>1 Projectdefinitie*</b>	
Wensen met betrekking tot de toegankelijkheid van het gebouw worden kenbaar gemaakt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schrijf toegankelijkheid als onderdeel van de projectdefinitie* uit</li> <li>• Bevraag huidige knelpunten bij bewoners, bezoekers en personeel</li> <li>• Formuleer concrete doelstellingen</li> </ul>
<b>2 (Voor)ontwerp tot bouwaanvraag</b>	
De (Infra)structurele en ruimtelijke criteria zoals organisatorische of planmatig toegankelijkheidsaspecten worden vastgelegd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stel een multidisciplinair bouwteam samen</li> <li>• Win het advies in van een expert toegankelijkheid</li> <li>• Werk een concreet programma van eisen** uit m.b.t. toegankelijkheid van het gebouw</li> </ul>
<b>3 Opmaak aanbestedingsdossier tot aanbesteding</b>	
De technische en detailcriteria van de toegankelijkheid afwerking van ruimten, of details van bouwelementen worden opgelegd als voorwaarde voor de uitvoering.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leg toegankelijkheid op in het lastenboek</li> <li>• Maak kenbaar wat de inhoud van het advies met betrekking tot toegankelijkheid is</li> </ul>
<b>4 Bouwfase tot oplevering</b>	
De controle op de uitvoering moet garantie geven voor de kwaliteit van de toegankelijkheidsaspecten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doe tussentijdse controles en eindcontroles met betrekking tot toegankelijkheid</li> <li>• Werk met proefopstellingen om uitvoeringsfouten te voorkomen.</li> <li>• Toets de toegankelijkheid af als een belangrijk onderdeel van de oplevering,</li> </ul>



	bijvoorbeeld door externe controle door de toegankelijkheidsexpert
<b>5 Ingebruikname gebouw</b>	
Het gebouwmanagement met oog voor het behoud van het comfort en de toegankelijkheid moet behouden blijven.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schrijf voor het management van het gebouw een draaiboek met betrekking tot toegankelijkheid uit.</li> <li>• Voorzie in het onderhoud van toegankelijkheidsknelpunten.</li> <li>• Aandacht bij toegankelijkheid voor de evacuatieplannen bij calamiteiten.</li> </ul>

*\*Een projectdefinitie is een dynamisch document dat elke betrokkene informeert over de doelstellingen. Het bevat gegevens over de opdrachtgever, de uitgangspositie, de missie en ambities van het project, de te bereiken waarden en kwaliteiten, de nodige functionele eisen (welke ruimten, welke relaties, welke technische eisen zijn gewenst, wat is de visie op de ontsluiting en toegankelijkheid ...).*

*\*\*Een programma van eisen is de concretisering van de projectdefinitie, het is een technisch document - 'het geschreven gebouw' - dat ruimtelijk en planmatig omgezet moet worden. Het bevat onder andere gegevens over: doelstellingen van het bouwprogramma, kwaliteiten en eisen (uitstraling, duurzaamheid, ergonomie, veiligheid, toegankelijkheid...), functionele beschrijving (diensten, organisatie, minimale oppervlakten, afwerkingsgraad, technische uitrusting, gebruikscomfort...), belangrijke relaties tussen ruimten binnen en buiten...*

Door bij de output van elke fase (bouwdossier, plan, lastenboek, afspraken...) expliciet de toegankelijkheidseisen af te toetsen kan het bouwteam ook garant staan voor het bereiken van de toegankelijkheidsdoelstellingen.

Een belangrijke regel is dat indien men achteraf aanpassingen moet doen, bijvoorbeeld doordat bepaalde materialen niet voldoen, dit niet alleen hogere kosten met zich meebrengt. Het eindigt vaak ook in compromissen die het esthetische en gebruiksaspect meestal niet ten goede komen.

### 3.2 Ontwerpstrategie voor woonzorgcentra

Het bereiken van een goede toegankelijkheid zal nooit afhankelijk zijn van elk detail op zich, maar van de verschillende keuzes die men maakt om een ruimte in te richten of vorm te geven ... Toegankelijkheid wordt dus optimaal ingewerkt vanaf de eerste organisatorische structuren die uitgezet worden.

De ontwerpstrategie (de wijze waarop we omgaan met ontwerpmatige criteria) voor het realiseren van goede toegankelijke woonzorgcentra zou steeds een tweezijdige aftoetsing in zich moeten hebben die ervoor zorgt dat de puzzel correct gemaakt wordt.

#### Ontwerpen van toegankelijke gebouwen



De algemene ontwerpfilosofie voor het bereiken van een goede toegankelijkheid van een gebouw omvat steeds een benadering van grote → kleine structuren.

Als de grote gebouwstructuren een knelpunt vormen, zal een klein achterliggend detail steeds inboeten aan bruikbaarheid. Een toegankelijke kamer zal weinig waarde hebben als

de toegang een knelpunt vormt, het goed kunnen gebruiken van een toiletspot of douche is weinig zinvol als de ruimte niet toelaat om indien nodig hulp te bieden ...

### Ontwerpen van (woon)zorgruimten

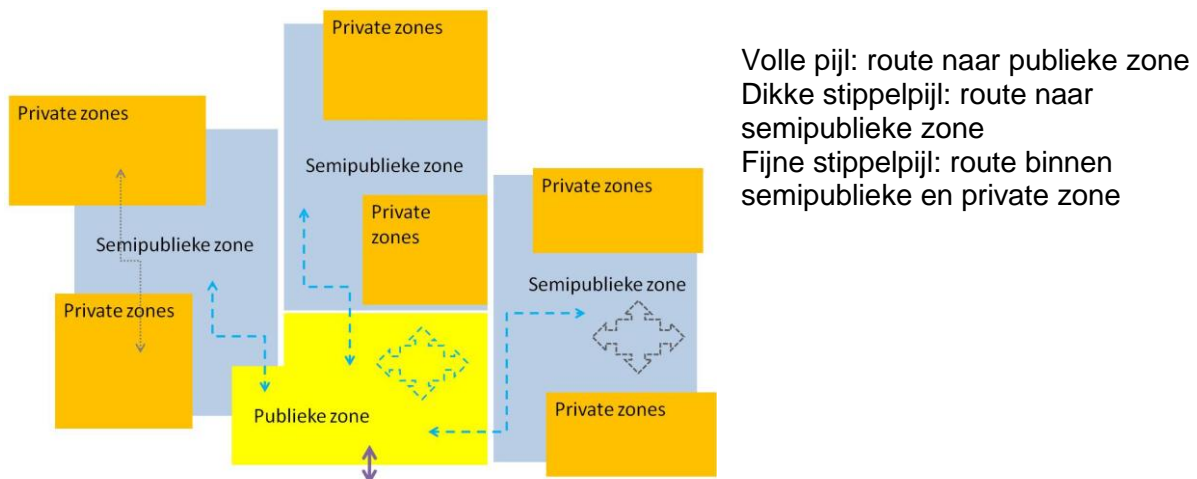


Binnen een woonzorgcentrum is zorg zo essentieel dat voor het ontwerpen van een zorgruimte de filosofie eerder een omgekeerde benadering vraagt, namelijk van kleinere onderliggende → grotere structuren.

Het uitvoeren van een handeling aan een klein element zal bepalend zijn voor de ruimte er rond. Op zijn beurt zal de aaneenschakeling van de ruimten opnieuw een weerslag hebben op grote gebruiksstructuren ... en zo op de opbouw van het gebouw als dusdanig.

### 3.2.1 Toegankelijkheid op gebouwniveau

Op gebouwniveau ligt de klemtoon op de conceptuele keuzes, de grote ruimtelijke organisaties die uitgezet worden. Deze elementen hebben in functie van toegankelijkheid een belangrijke consequentie voor de wijze waarop bezoekers het gebouw (kunnen) gebruiken.



#### *Terrein(keuze) en bereikbaarheid*

- De wijze van inplanting van het gebouw op het terrein is van belang voor de functionaliteit van het gebouw.
- De bereikbaarheid van het gebouw is voor vele ouderen, maar ook bezoekers een belangrijk element: zowel als voetganger, met het openbaar vervoer als met de wagen...

#### *Terrein(type) en gebouwconcept*

- De mogelijkheden van het type terrein (hellende of vlakke bouwplaats) en de consequenties die hieruit voortkomen voor de gebouwstructuur (compact maar verticaal, langgerekt maar horizontaal, opgesplitste gebouwen ...) dienen onderzocht te worden op hun pro's en contra's.
- Neem grote toegankelijkheidsknelpunten van het terrein en het type gebouw mee op in de voorgestelde oplossing:
  - o Vermijd onnodige (conceptuele) niveauverschillen.
  - o Werk onlogische circulatiepatronen en te lange loopafstanden weg.
  - o Vermijd het onnodig opsplitsen van gebouwen.

### Ruimteorganisatie

- Zorg voor de samenhang van de verschillende functies of organisatorische gehelen van het gebouw zoals woonzorgcentrum, assistentiewoningen, dienstencentrum, dagverblijf...
- Denk aan de ruimtelijke organisatie (eventueel per deel) zowel vanuit bewoners, bezoekers-, en personeelsperspectief, als naar toelevering en utility.

### Circulatiestructuur

- betreft de doorstroom vanuit de publieke zones (onthaal, cafetaria ...) via de semipublieke zones (afdeling(en) ...) naar de private ruimten (kamers en badkamers):
  - o horizontale structuur;
  - o verticale verbinding (trappen, liften);
- ligging van ontvangstfuncties zoals onthaal, cafetaria, polyvalente ruimte ...;
- ontsluiting van de afdeling(en):
  - o ontvangst van bezoekers op de afdeling;
  - o bereikbaarheid van polyvalente ruimten zoals de kapel, de publieke buitenruimten, ... vanuit de verschillende afdeling(en);
  - o bereikbaarheid van de afdeling voor personeel en utility zoals toelevering, keuken ...

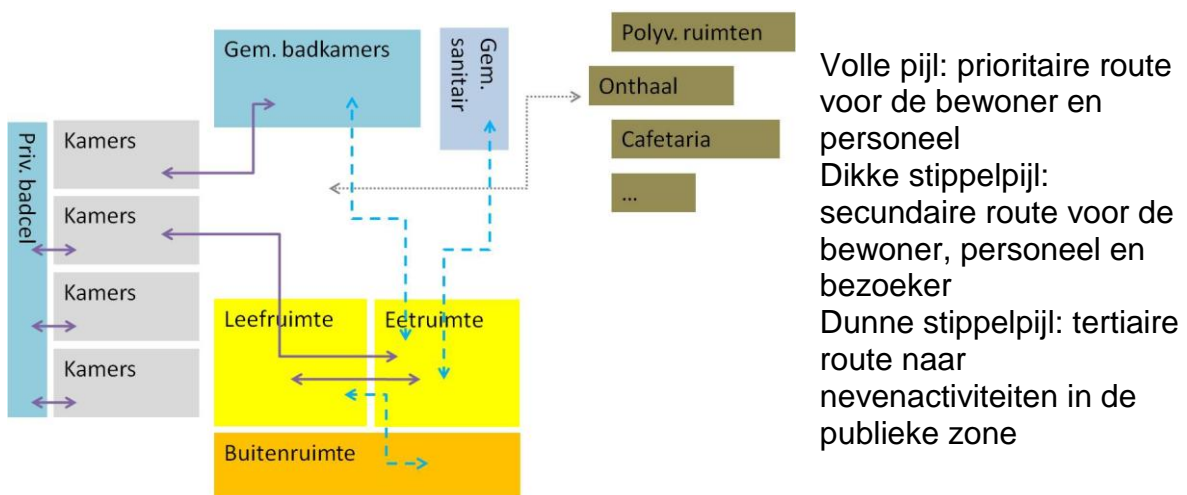
### Flexibiliteit

- mogelijke flexibiliteit en aanpasbaarheid van het gebouw voor toekomstige noden of een andere bestemming.

## 3.2.2 Toegankelijkheid op afdelingsniveau

De (verschillende) afdelingen binnen een woonzorgcentrum vormen vaak 'eilandjes'. Niet alleen omdat zij (meestal) gekoppeld zijn aan een specifieke doelgroep van bewoners, maar ook omdat zij stuk voor stuk een aparte woongemeenschap vormen, met een eigen structuur, eigen werkingsprincipes, eigen accenten ...

De functionele doelstellingen met betrekking tot toegankelijkheid worden concreter in functie van de leefbaarheid en de zorgorganisatie die optimaal aanwezig moet kunnen zijn.



### Algemene organisatie van de afdeling(en)

- ligging en opbouw van de afdelingen:
  - o horizontale of spreiding verticaal: elke afdeling is per verdieping opgebouwd;

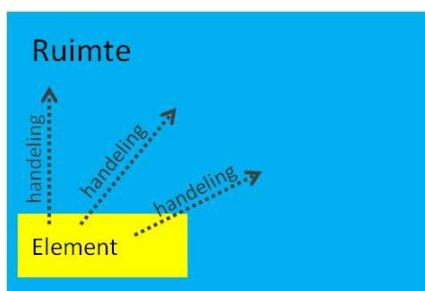
- gestapelde functies en gehelen: per niveau een aantal afdelingen ...
- optimalisatie van de grootte van de afdeling
- opdeelbaarheid, afsluitbaarheid of inzetbaarheid van de afdelingen ten opzichte van elkaar:
  - afstemming op huidige en eventueel toekomstige werking, dag- en nachtritme;
  - opdelen of aaneensluiten in functie van de zorgorganisatie, de aanwezigheid van assistentiewoningen, rusthuisflats ...

#### Organisatie van de ruimten op de afdeling(en)

- het circuleren op de afdeling:
  - de organisatie van gangen en toegangen tot de verschillende ruimten en kamers op de afdeling;
  - dimensionering in functie van het gebruik.
- de structuur en opbouw van de kamers (Kamerorganisatie) op de afdeling:
  - rechtlijnige aansluiting op de gang;
  - clustervorming.
- de ligging van gemeenschappelijke verblijfsruimten: eet- en leefruimten, buitenruimten.
- de ligging van het gemeenschappelijk sanitair:
  - bereikbaarheid vanuit gemeenschappelijke eet- en leefruimten.
- de ligging van de gemeenschappelijke douche- of badkamer:
  - bereikbaarheid vanuit de kamers.
- de ligging van administratieve en/of personeelsgerelateerde ruimten:
  - verpleegpost, kine- en ergoruimten, utility en opslag, bergruimten, administratieve ruimten ...
- de ligging van polyvalente ruimten:
  - op de afdeling;
  - gemeenschappelijk in de publieke zone.

### 3.2.3 Toegankelijkheid op niveau van de ruimten

Elke specifieke ruimte heeft nood aan zijn eigen functionele eisen die toelaten de ruimte comfortabel te gebruiken. Deze dienen steeds afgestemd te worden op de activiteiten en handelingen die erin moeten kunnen plaatsvinden.



#### De private kamer

- de kamerorganisatie:
  - algemene vormgeving, grootte en oriëntatie;
  - toegang tot de kamer;
- type van de sanitaire cel:
  - keuze toestellen;
  - organisatie van de toegang tot de badcel;
  - mogelijkheden voor de zorgverlening.
- inrichtbaarheid slaap- en woongedeelte

- zicht naar de buitenruimte.
- integratie nieuwe technieken en zorgoplossingen in/ op de kamer.

*De gemeenschappelijke douchekamer of badkamer:*

- type badkamer:
  - douchekamer of badkamer;
  - vorm en grootte.
- keuze sanitaire voorzieningen en toestellen.
- keuze gebruik van hulpmiddelen:
  - vaste oplossingen;
  - verplaatsbare oplossingen.

*De gemeenschappelijke verblijfsruimten: eet- en leefruimte*

- voorzien als afgesloten ruimten met elk hun functie of alles voorzien in één ruimte;
- open of afgesloten ten opzichte van de circulatieruimten;
- de vorm en grootte;
- de organisatie- en inrichtingsmogelijkheden;
- aansluiting op de buitenruimte;
- zichtbaarheid en uitzicht op activiteiten, circulatieruimten;
- ...

## 4 Veel voorkomende handelingen

In een woonzorgcentrum staan ergonomie en zorgverlening centraal. Een goede werkruimte is bepalend om goede zorg te kunnen verlenen. Niet alleen om als zorgverlener de taken te kunnen uitvoeren, maar ook voor het comfort van de zorgvrager, is dit essentieel.

Binnen een zorgsetting kan men zowel de zorgverlening zelf als het gebruik van hulpmiddelen zoals een rolstoel of een tillift niet wegdenken. Essentieel aan het gebruik ervan is de aanwezigheid van een 'toestel' en een zorgverlener, in sommige gevallen zelfs twee.

Het kunnen verlenen van zorg en daarbij horend de inzetbaarheid van hulpmiddelen, zal steeds afhankelijk zijn van een aantal functionele doelstellingen. Men moet namelijk steeds:

- een doel bereiken (bijvoorbeeld een zitelement): dit betreft voornamelijk het kunnen circuleren doorheen de ruimte als persoon, maar ook met een 'toestel'. De weg naar het 'doel' moet obstakelvrij zijn;
- een actie kunnen uitvoeren: voldoende manoeuvreerruimte moet aanwezig zijn, ook moet ruimte voorzien worden om als persoon te kunnen plaatsnemen, hulpmiddelen te kunnen plaatsen...;
- als zorgverlener een taak kunnen vervullen: naast de ruimte die nodig is om te circuleren en zelf plaats te nemen is ook gebruikruimte nodig om de gewenste handelingen effectief te kunnen verrichten.

Vaak komen deze bovenstaande 'functionele eisen' echter tijdens een ontwerpproces niet of te weinig naar voor. In sanitaire ruimten worden ze sneller herkend. In leefruimten, kamers... worden deze functionele eisen wat sneller over het hoofd gezien. Gevolg is meestal een te beperkt gedimensioneerde ruimte, met als gevolg een beperkte inzetbaarheid in gebruik, die niet afdoende inspeelt op de nood of de vraag.

Om wat meer inzicht te krijgen in het ruimtegebruik van de meest voorkomende hulpmiddelen in een woonzorgcentrum en de zorgverlening, zoomen we wat concreter in op volgende thema's:

[Gebruik van een loophulpmiddel >>](#)

[Gebruik van een rolstoel >>](#)

[Tilliften >>](#)

[Gebruik van een verrijdbare tillift >>](#)

[Gebruik van een plafondlift >>](#)

[Zorg verlenen >>](#)

## 4.1 Zorgverlening en het gebruik van verplaatsingshulpmiddelen

### 4.1.1 Gebruik van een loophulpmiddel

Een groot deel van de bewoners van een woonzorgcentrum beschikt over een beperkte mobiliteit. Om de mobiliteit te ondersteunen kan een bewoner gebruik maken van een loophulpmiddel. Onder een loophulpmiddel verstaan we: een niet aan het lichaam bevestigde voorziening waarop de zorgvrager is aangewezen om te kunnen staan of stappen.

Er zijn verschillende loophulpmiddelen voorhanden: een stok, kruk(ken), een looprek, een rollator... De keuze van het type hulpmiddel wordt bepaald door de mate van ondersteuning die vereist is.

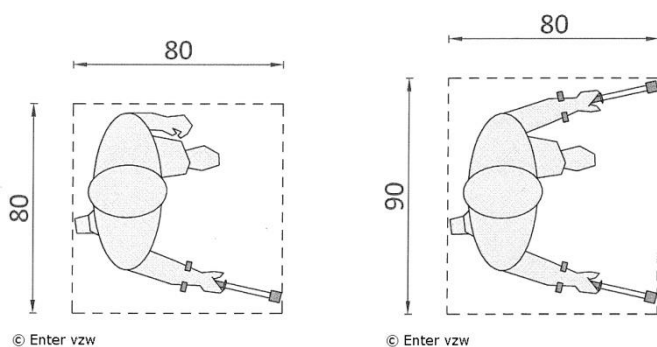
#### Gebruik van een loophulpmiddel

Van de bestaande loophulpmiddelen vereisen het gebruik van twee krukken of een rollator het meeste ruimte. Het gebruik van een kruk of wandelstok neemt een extra breedte in, het gebruik van een rollator een extra diepte.

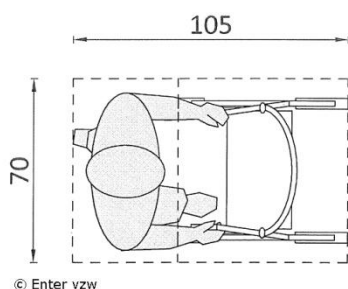
Een persoon die voor zijn verplaatsing gebruik maakt van een hulpmiddel zoals een wandelstok of looprek, zal een iets complexere handeling moeten verrichten. Aangezien niet iedereen op dezelfde manier stapt en er ook bewoners zijn die zich onzeker bewegen, is een zekere ruimtelijk marge aangewezen:

Een stokloper neemt gemiddeld 80 cm (b) x 80 cm (d) in.

Een persoon met krukken neemt gemiddeld 90 cm (b) x 80 cm (d) in.



Een persoon met een looprek of rollator neemt gemiddeld 70 cm (b) x 105 cm (d) in.



#### Circuleren en manoeuvreren in de ruimte

Om activiteiten en handelingen uit te kunnen voeren moet naast gebruiksruimte voor het loophulpmiddel eveneens circulatie- en manoeuvreerruimte geïntegreerd worden.

Lopend verplaatsen met stok/driepoot:

- strook min. 80 cm breed;
- $\emptyset$  draaicirkel voor 180° bocht: min.110 cm (uitgaande van onzekere bewegingen).

Lopend verplaatsen met looprek/rollator:

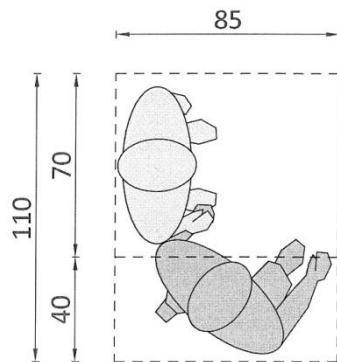
- strook min.70 cm breed;
- $\emptyset$  draaicirkel voor 180° bocht : min.125 cm (uitgaande van onzekere bewegingen).

Lopend verplaatsen met ondersteuning van één of twee zorgverleners

Vaak is bij het lopen ondersteuning van één of twee zorgverleners vereist. Ook hiervoor is extra ruimte vereist:

Als zorgverlener manuele ondersteuning bieden door in te haken aan één zijde:

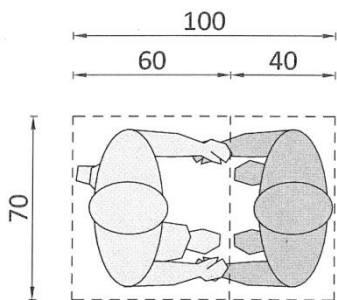
- minimale gebruiksruimte: 110 cm (b) x 75 cm (d).



© Enter vzw

Als zorgverlener manuele ondersteuning bieden langs voor- of achterzijde:

- minimale gebruiksruimte : 60 cm (b) x 100 cm (d)



© Enter vzw

## 4.1.2 Gebruik van een rolstoel

Naast loophulpmiddelen maakt een groot deel van de bewoners gebruik van een rolstoel. Sommigen kunnen nog zelfstandig instaan voor de eigen verplaatsing, anderen moeten geholpen worden door derden.

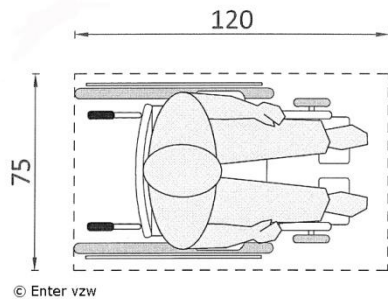
### Zelfstandig rolstoelgebruik

Bij zelfstandig rolstoelgebruik gaan we ervan uit dat de persoon de rolstoel zelfstandig kan voortbewegen. Hij of zij kan hierbij gebruik maken van een manuele of een elektrische



rolstoel. Een manuele rolstoel vereist het bedienen van de grote hoepels aan de wielen, voor een elektrische rolstoel verloopt dit via een joystick.

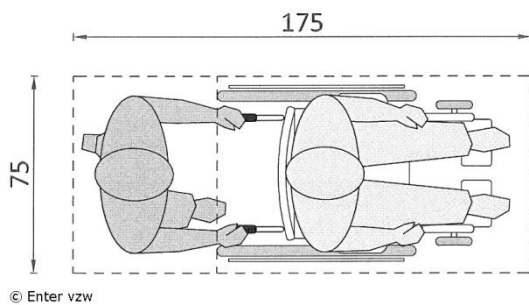
- Manuele rolstoel: min. 85 cm (b) x 120 cm (d)
- Elektrische rolstoel: min. 70 cm (b) x 130 cm (d)



### Rolstoelgebruik met hulp

Kan men niet meer zelfstandig gebruik maken van een rolstoel dan heeft men een zorgverlener of assistent nodig om zich te verplaatsen.

Een rolstoelgebruiker met hulp zal in de diepte meer plaats innemen: min. 75 cm (b) x 175 cm (d).

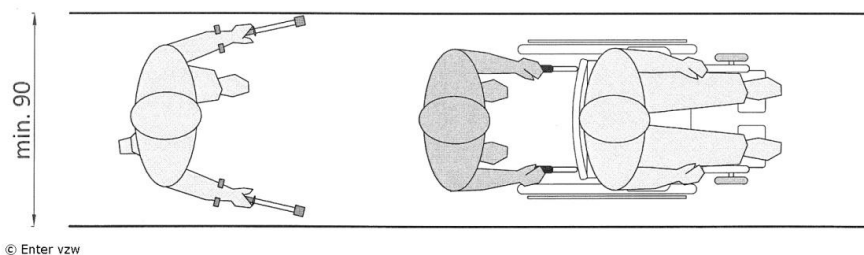


### Circuleren in de ruimte

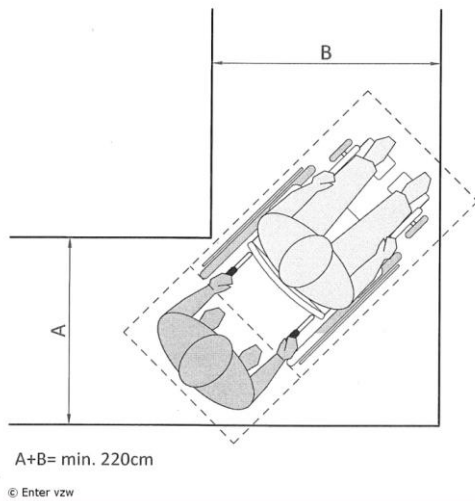
Om activiteiten en handelingen uit te kunnen voeren moet naast ruimte voor de inrichtingselementen eveneens de nodige circulatieruimte geïntegreerd worden.

Naast de effectieve breedte van een rolstoel, zorgt het bedienen van de rolstoel zelf voor extra nood aan ruimte.

Om een rechtlijnige beweging te maken heeft men over het algemeen minstens 90 cm (en optimaal 100 à 110 cm) obstakelvrije breedte nodig om zich vlot te kunnen verplaatsen doorheen een ruimte.



Waar men bochten of rechte hoeken moet nemen zal de obstakelvrije ruimte groter moeten zijn dan bij een rechte circulatie. Een algemene vuistregel voor het nemen van een rechte hoek ( $90^\circ$ ) is steeds dat  $A+B = \text{min. } 220 \text{ cm}$  waarbij A steeds minimum  $90 \text{ cm}$  moet bedragen.

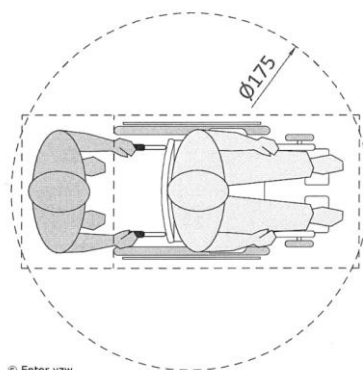
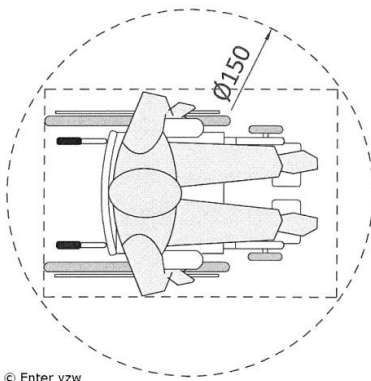


### Manoeuvreren in de ruimte

Zal men een complexere handeling moeten uitvoeren, dan zal men moeten manoeuvreren. Om van op één punt van richting te veranderen dient men rekening te houden met een vrije ruimtelijke zone (draaicirkel). Indien hierbij nood is aan hulp van derden zal dit een impact hebben op de grootte van deze ruimte.

Aan de hand van draaicirkels wordt de ruimte afgebakend die nodig is om rolstoelgebruikers (al dan niet met hulp) in staat te stellen te draaien en zich te verplaatsen. Ook in situaties waarbij de zorgverlener tijdens het draaien aan de zijkant van de rolstoel gaat staan is de genoemde draaicirkel acceptabel.

- Zelfstandige rolstoelgebruiker:  $\varnothing$  min.  $150 \text{ cm}$
- Rolstoelgebruiker met hulp:  $\varnothing$  min.  $175 \text{ cm}$



### Onderrijdbaarheid

Tijdens het zich verplaatsen met de rolstoel tussen objecten zal men niet steeds de meest optimale vloeroppervlakte ter beschikking kunnen krijgen. Soms zal het onderrijdbaar zijn van objecten voor meer bruikbare vloeroppervlakte moeten zorgen.

Onderrijdbaarheid van een object betekent dat de mogelijkheid bestaat om met de voetsteunen (beperkt) of met de onderbenen (volledig) onder een object te kunnen passeren of plaats te nemen.

**Beperkt onderrijdbaar:**

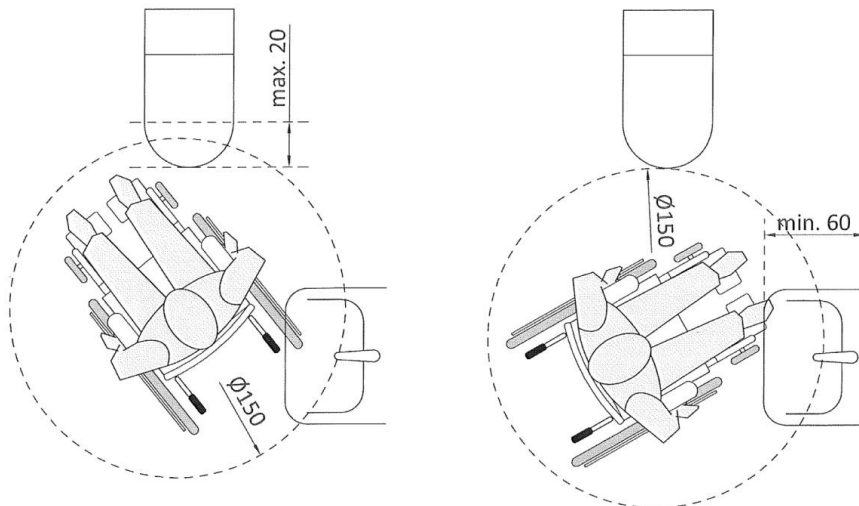
bijvoorbeeld aan een toiletspot, aan een verdiepte kastplint ...

Voor een beperkte onderrijdbaarheid is een vrije ruimte met een diepte van 20 cm en een hoogte van 20 à 30 cm steeds wenselijk. Dit is vooral belangrijk als referentie in beperktere ruimten zoals bijvoorbeeld een sanitaire cel.

**Onderrijdbaar:**

bijvoorbeeld aan een tafel, wastafel, onthaalbalie ...

Onderrijdbaarheid vereist een vrije ruimte met een diepte van 60 cm en een hoogte van 70 cm.



© Enter vzw

© Enter vzw

**Reikzone vanuit een rolstoel of zittende positie**

Reiken vanuit een zittende positie beslaat een beperktere reikzone dan vanuit stand. Dit is onder andere van belang bij het organiseren van kasten, maar tevens in functie van de bereikbaarheid van lichtsakelaars, stopcontacten, bedieningsknoppen ...

Voor spullen in kasten, op rekken ...:

- Max. 60 cm diepte;
- Max. 40 cm laag en max. 140 cm hoog.

Voor bedieningsknoppen, schakelaars, deurknoppen ...:

- tussen 90 à 120 cm.

**4.1.3 Tilliften**

Het tillen en verplaatsen van personen is fysiek zeer belastend voor zorgverleners, zeker wanneer dit nog manueel gedaan wordt. Rug- en neklachten staan dan ook hoog op de lijst van oorzaken voor ziekteverzuim in de zorgsector.

Voor de zorgverlener speelt gebruik van de juiste hulpmiddelen een belangrijke rol in het verminderen van ziekteverzuim en het verhogen van het werkplezier. Wanneer het manueel ondersteunen en tillen van bewoners te zwaar wordt of minder aangewezen is worden tilhulpmiddelen ingezet.

### **Keuze type tillift**

Een tillift is steeds een hulpmiddel en geen transportmiddel. De afstand waarover de zorgvrager verplaatst moet worden moet zo kort mogelijk gehouden worden.

Om een comfortabel gebruik van de tilliften mogelijk te maken dient er voldoende keuze te zijn in tildoeken (badtildoek, toilettildoek...). Ondersteuning, comfort, mogelijkheid tot reinigen en veiligheid zijn hierbij belangrijke aspecten.

Gezien er in een zorgsetting nood is aan een groot aantal tilbewegingen per dag zal er steeds voor een groter type lift of voor een plafondlift gekozen worden. Grotere tilliften zijn over het algemeen stabiel, maar hebben daarentegen meer manoeuvreerruimte nodig dan de kleinere liften. Vooral voor de sanitaire cel vormt dit ruimtelijk een aandachtspunt.

De mate waarin de bewoner medewerking kan verlenen is van groot belang bij de keuze van het type tillift. De belangrijkste beslissing die genomen moet worden is die tussen het actief en het passief tillen. Zoveel mogelijk gebruik maken van de medewerking van de bewoner is de boodschap. Bewoners kunnen de zorglast verlichten door actief mee te werken.

### **Actieve tillift, passieve tillift of plafondlift**

Een actieve tillift of sta-tillift wordt gebruikt voor de verplaatsing van zorgvragers die nog (min of meer) actief kunnen staan, maar daarbij goed ondersteund moeten worden. Belangrijk is steeds dat de zorgvrager een enigszins stabiele romp heeft en kan steunen op minstens één been en dat er geen grote problemen zijn met de schoudergewrichten.

Een passieve tillift en/of plafondlift wordt gebruikt voor de verplaatsing van zorgvragers die zichzelf nauwelijks of niet meer kunnen verplaatsen. De zorgvrager hangt in een tildoek of tilbeugel die het lichaam helemaal of gedeeltelijk ondersteunt.

Door de bevestiging van een plafondlift aan het plafond vereist dit minder kritieke ruimte op vloerniveau. In gemeenschappelijke badkamers zal het gebruik van een vaste plafondlift meestal gecombineerd worden met één of meerdere verrijdbare tilliften. Dit betekent dat er ondanks de ruimtebesparing, ruimtelijk nog steeds rekening gehouden moet worden met deze verrijdbare toestellen.

### **Voor- en nadelen van het gebruik van een verrijdbare tillift (actief of passief)**

Voordelen:

- Er is geen technische installatie vereist.
- Er zijn ruimere gebruiksmogelijkheden door de inzetbaarheid op meerdere plaatsen.
- Er is een rechtstreekse transfer tussen meerdere ruimten mogelijk.
- De onderrug en de benen van de zorgvrager zijn vrij waardoor verzorgingsactiviteiten vlotter kunnen verlopen, bv. om kledij los te maken of voor de persoonlijke hygiëne bij toiletgebruik.
- Ze zijn discreet na opberging (indien de nodige ruimte voorhanden is).

Nadelen:

- Het gebruik vereist een grotere manoeuvreerruimte dan bij het gebruik van een vaste plafondlift.
- Het manoeuvreren met het toestel (manueel verplaatsen) zorgt voor een grote fysieke belasting voor de zorgverlener.
- Voor de zorgvrager kan de verplaatsing minder aangenaam zijn wegens de schommelbewegingen die ontstaan.
- Alle inrichtingselementen moeten onderrijdbaar zijn voor de poten van de tillift.
- De vrije hoogte moet gegarandeerd zijn, ook ter hoogte van deuren.

- De zwenkwielen van de verrijdbare tillift lopen makkelijk vast. Een goed onderhoud van de wielen is vereist. Daarom is de afwerking van de vloer ook steeds een aandachtspunt (opletten met tegelvoegen).
- Ze vereisen de nodige bergruimte. Is de tillift niet in gebruik dan wordt deze vaak buiten de ruimte (aan de deur) in de gang geplaatst waardoor er cruciale ruimte ingenomen wordt van de circulatieruimten van de gang. Ook het overzicht en de herkenbaarheid van de gang als functie komt zo in gedrang.

### **Voor- en nadelen van het gebruik van een plafondlift**

Voordelen:

- Een plafondlift is discreet in gebruik.
- De vloeroppervlakte blijft vrij (van toestellen).
- De aanwezige inrichtingselementen of hulpmiddelen hoeven niet onderrijdbaar te zijn.
- Over het algemeen is het gebruik van een plafondlift een sneller en makkelijker systeem in vergelijking met een verrijdbare tillift.
- Er is geen bergruimte vereist voor de opstelling van het toestel zelf (hangt aan het plafond).
- De hulpvrager kan door de zorgverlener dichter benaderd worden (in vergelijking met de verrijdbare tillift) waardoor meer morele steun gegeven kan worden en het persoonlijk contact anders kan verlopen.
- De permanente beschikbaarheid van een plafondlift zorgt ervoor dat zorgverleners sneller geneigd zijn om er gebruik van te maken.

Nadelen:

- De plafondlift is enkel bruikbaar daar waar de rail aanwezig is, indien de rail niet over de hele ruimte doorgetrokken is, blijven zones onbereikbaar.
- Indien de plafondlift geplaatst wordt voor gebruik in twee aangrenzende ruimten dient de tussendeur plafondhoog voorzien te zijn, zodat de rail kan doorlopen.
- Bij verbouwingen of vernieuwbouw is de mogelijke bevestiging een aandachtspunt (omwille van de vereiste draagkracht).

## **4.1.4 Gebruik van een verrijdbare tillift**

Een verrijdbare tillift wordt gebruikt om zorgvragers:

- over te zetten van de ene naar de andere houding of positie;
- te verplaatsen van de ene naar de andere plaats.

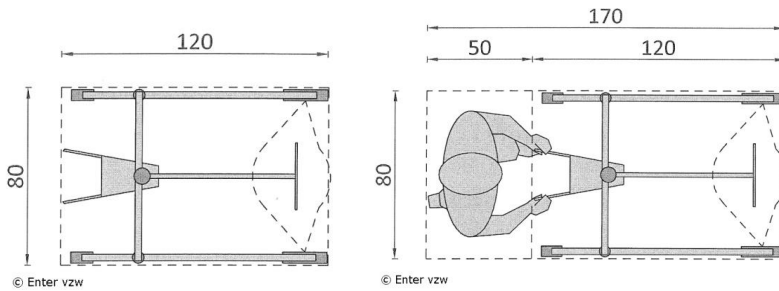
Onder verrijdbare tilliften worden zowel actieve als passieve liften besproken.

### **Gebruik actieve tillift**

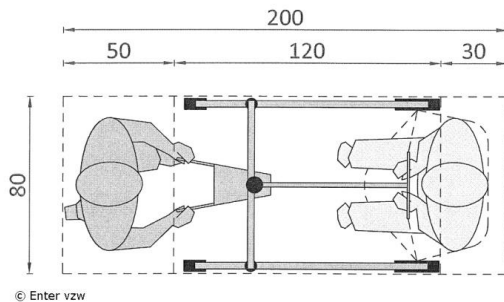
Een actieve tillift neemt gemiddeld 75 cm (b) x 105 cm (d) in. Aangezien de zorgvrager al rechtstaand verplaatst wordt dient er geen rekening gehouden te worden met extra diepte voor het lichaam van de persoon.

### **Gebruik passieve tillift**

Een passieve tillift neemt gemiddeld 80 cm (b) x 120 cm (d) in. Een passieve tillift in gebruik, met zorgvrager, neemt min. 80 cm (b) x 150 cm (d) in. Indien de zorgvrager in de tillift hangt, is een diepte van 30 cm extra vereist aangezien hij deels buiten het hulpmiddel uitsteekt. Om meerdere posities mogelijk te maken wordt een gemiddelde extra ruimte van 30 cm voorzien.



Een verrijdbare tillift kan men nooit zelfstandig bedienen. Dit betekent dat er steeds rekening moet gehouden worden met een zorgverlener (achter of naast de tillift). Tilliften zullen daardoor ruimtelijk steeds een vrij grote diepte innemen. Een passieve tillift met achterstaande zorgverlener neemt min. 80 cm (b) x 200 cm (d) in:

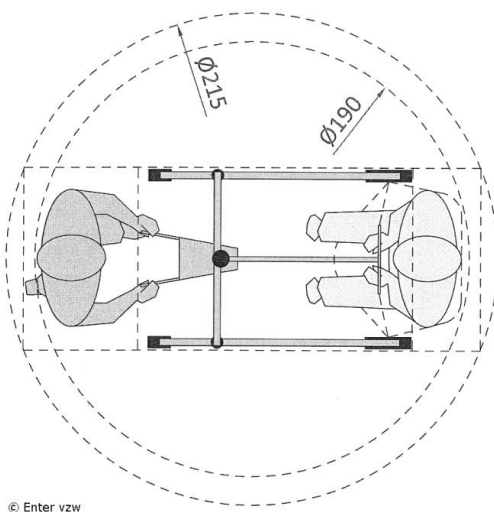


Om een verrijdbare tillift doorheen de ruimte te kunnen verplaatsen moet circulatieruimte geïntegreerd worden. In (rechtlijnige) beweging zal een vrije breedte van 80 cm steeds de minimale referentie vormen.

### Manoeuvreren in de ruimte

Vermits er naast een rechtlijnige beweging meestal meer complexere handelingen vereist zijn om de tillift te gebruiken dient er uitgegaan te worden van meer gebruiksruimte. Deze ruimte wordt meestal weergegeven aan de hand van draaicirkels:

- algemeen tussen de 190 à 215 cm.

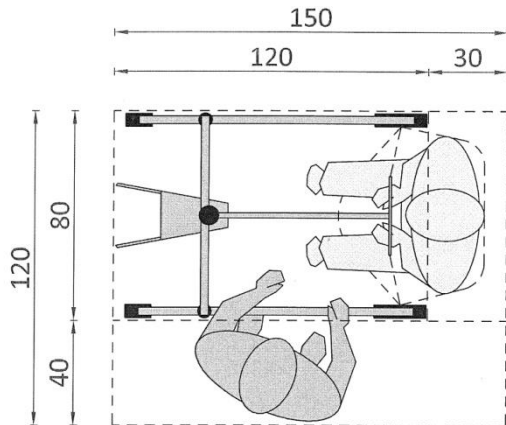


In de praktijk is er vaak onvoldoende vrije vloeroppervlakte aanwezig voor het uitvoeren van de draaicirkels. Door in de plaats van draaibewegingen uit te voeren gebruik te maken van 'stekende' bewegingen wordt de nodige gebruiksruimte kleiner.

Minimaal is nodig:

- de lengte van de tillift vermeerderd met ca. 55 cm voor een zorgverlener aan de achterzijde;
- de breedte van het verplaatsingsmiddel vermeerderd met ca. 40 cm voor een zorgverlener aan één van de zijkanten.

Voor een passieve tillift houdt dit een gebruiksruimte van 200 cm (d) x 120 cm (b) in.



### Vrije hoogte

Bij het gebruik van verrijdbare tilliften dient men steeds aandacht te hebben voor de beschikbare vrije hoogte ter hoogte van bijvoorbeeld deurdoorgangen. Indien de tillift bij passage van de deur lager geplaatst dient te worden vraagt dit een extra handeling en bijgevolg tijdsverlies.

### Onderrijdbaarheid

Om gebruik te kunnen maken van een verplaatsbare tillift, moeten inrichtingselementen of objecten onderrijdbaar zijn. Het gaat hierbij onder andere om een bed, een bad, de toiletspot ...

Deze onderrijdbaarheid is nodig om de zorgvrager op de juiste plaats, met andere woorden, tot midden boven het inrichtingselement te kunnen brengen.

De nodige hoogte is steeds afhankelijk van het type tillift. Een algemene richtlijn is min. 15 cm onderrijdbaarheid, en dit bij voorkeur over de volledige diepte van het inrichtingselement.

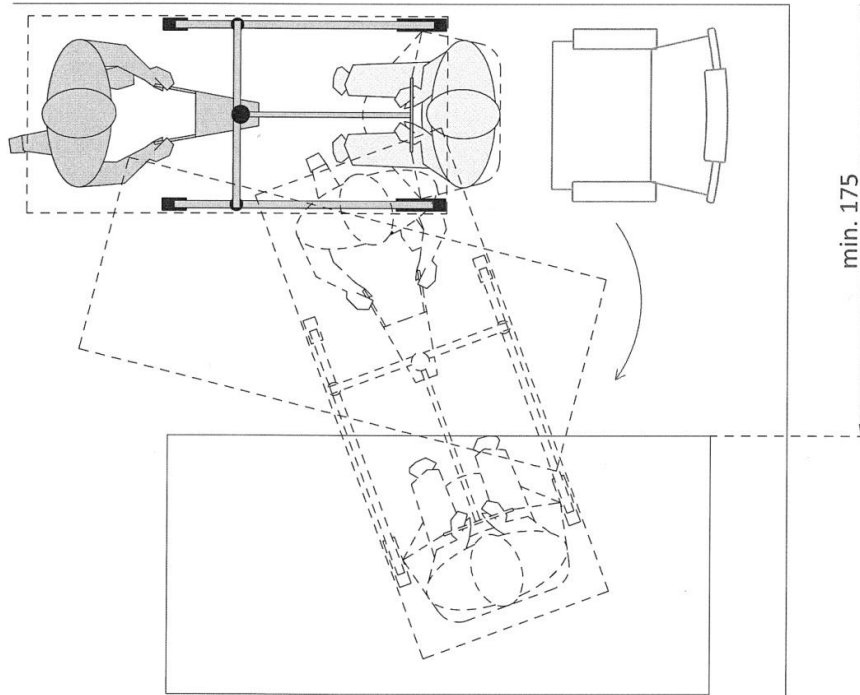
Op voorwaarde dat de inrichtingselementen waar rond of tussen de tillift moet manoeuvreren onderrijdbaar zijn, kan de vrije draairuimte beperkt worden tot een vrije zone van min. 175 cm breed. Deze zone is zijdelings naast, bijvoorbeeld het bed, aanwezig.

Simulatievoorbeelden:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar bed >>](#)

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet >>](#)

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad >>](#)



© Enter vzw



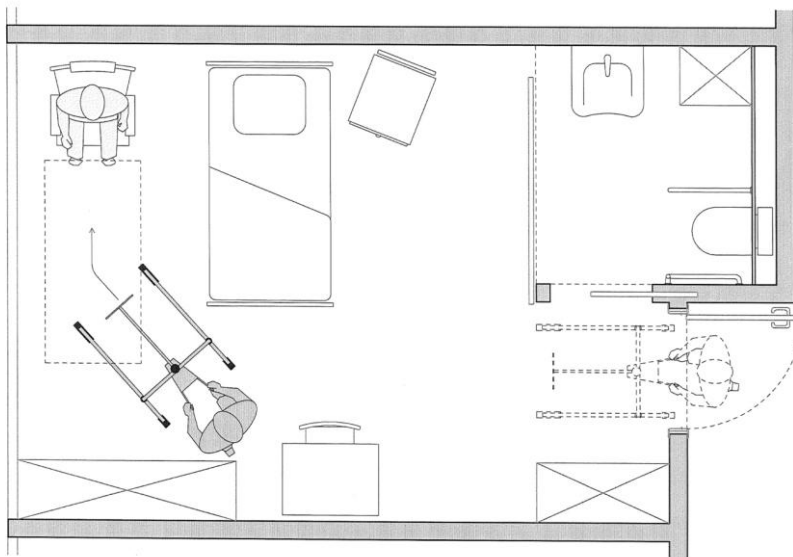
#### 4.1.4.1 Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar bed

De bewoner is rolstoelafhankelijk voor zijn of haar verplaatsing. Om transfers uit te voeren beschikt hij of zij over onvoldoende mogelijkheden. Voor de transfer ter hoogte van het bed wordt gebruik gemaakt van een passieve tillift.

Handelingen door de zorgverlener:

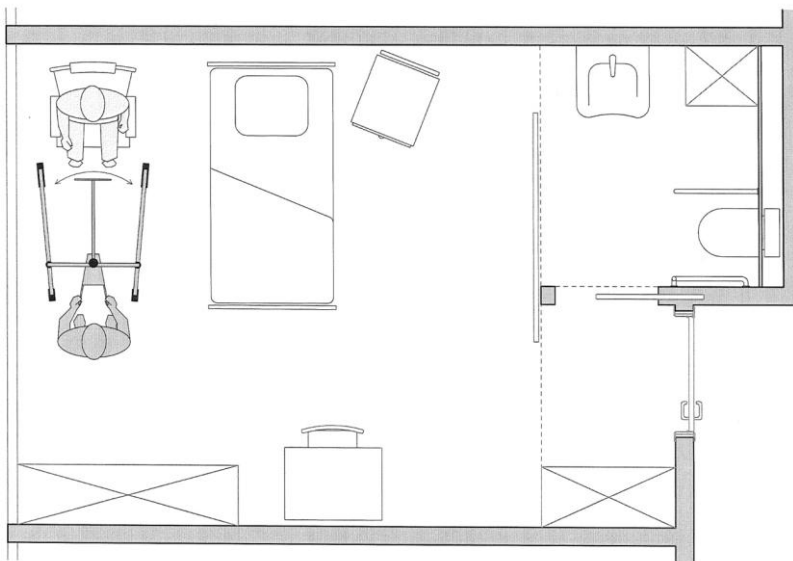
- 1 hij of zij rijdt de kamer binnen met de verrijdbare tillift, doet de deur toe en verplaatst de tillift naar de zetel. Hij of zij opent de poten van de tillift (dit kan manueel of elektrisch verlopen);

2

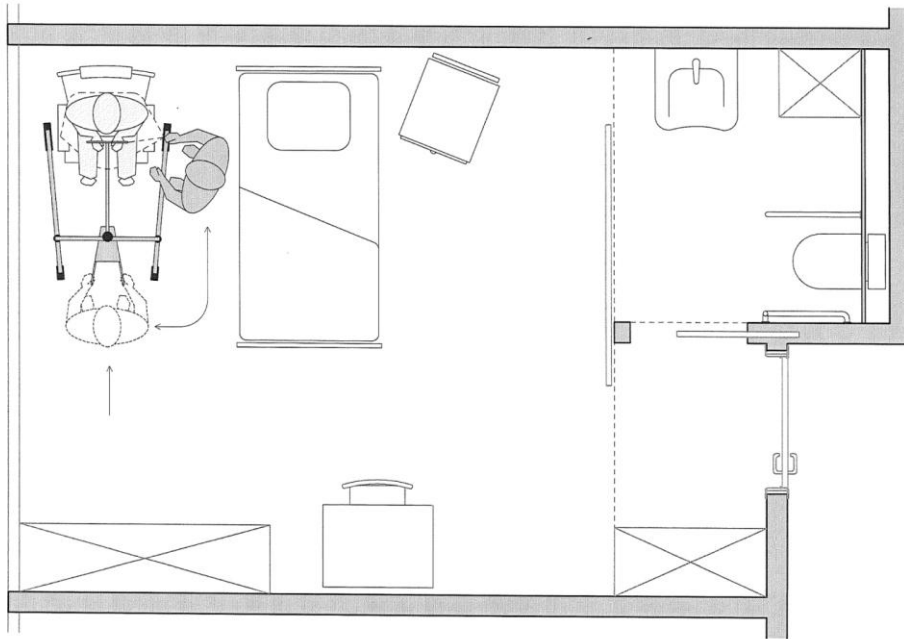


© Enter vzw

- 3 hij of zij verplaatst zich naar de zorgvrager en doet de tildoeek aan;

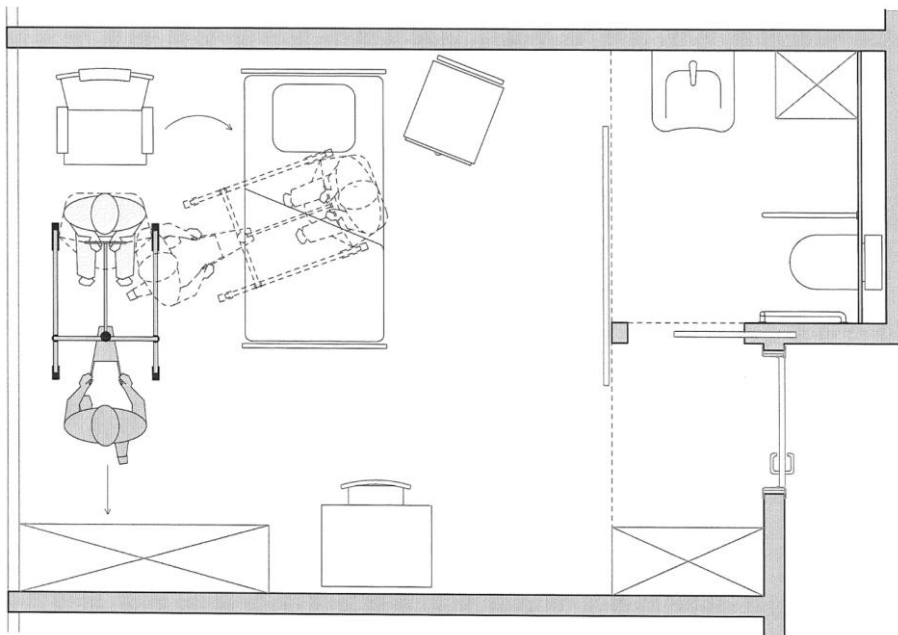


© Enter vzw



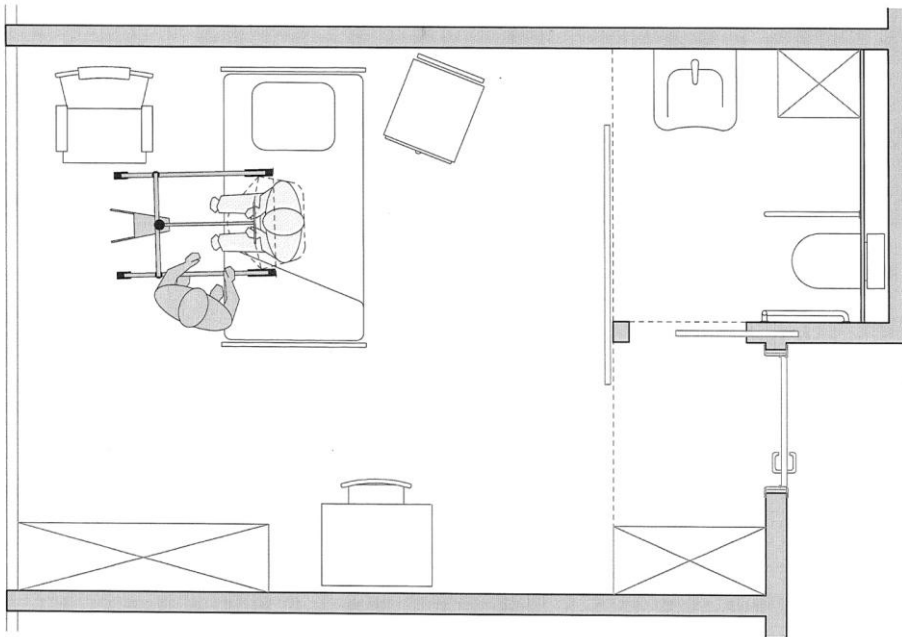
© Enter vzw

- 4 hij of zij verplaatst de tillift in de richting van het bed door middel van steekbewegingen (schuin achteruit – schuin voor);



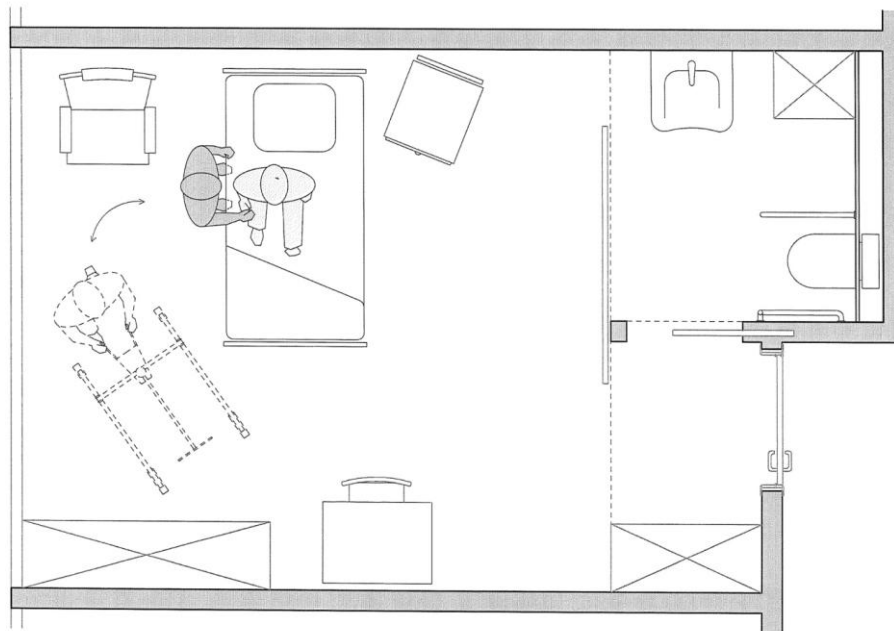
© Enter vzw

- 5 Ter hoogte van het bed verplaatst hij of zij zich naar de zorgvrager om hem of haar in bed te plaatsen en de tildeok uit te doen;



© Enter vzw

- 6 hij of zij verplaatst de tillift waardoor voldoende ruimte gecreëerd wordt om de nodige activiteiten uit te voeren.



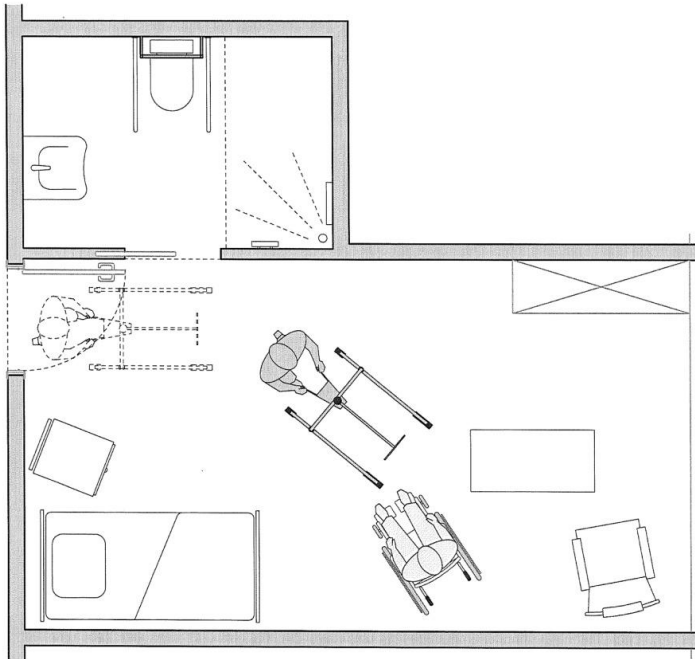
© Enter vzw

#### 4.1.4.2 Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet

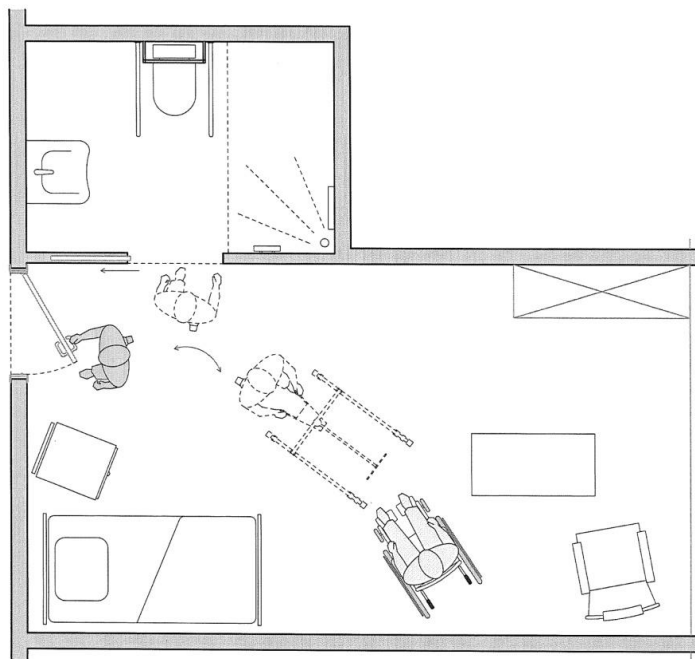
De bewoner is rolstoelafhankelijk voor zijn of haar verplaatsing. Om transfers uit te voeren beschikt hij of zij over onvoldoende mogelijkheden. Voor het toiletbezoek wordt gebruik gemaakt van een passieve tillift.

Handelingen door de zorgverlener:

- 1 hij of zij rijdt de kamer binnen met de verrijdbare tillift, doet de deur van de kamer toe en deze van de sanitaire cel open en verplaatst de tillift naar de zetel;

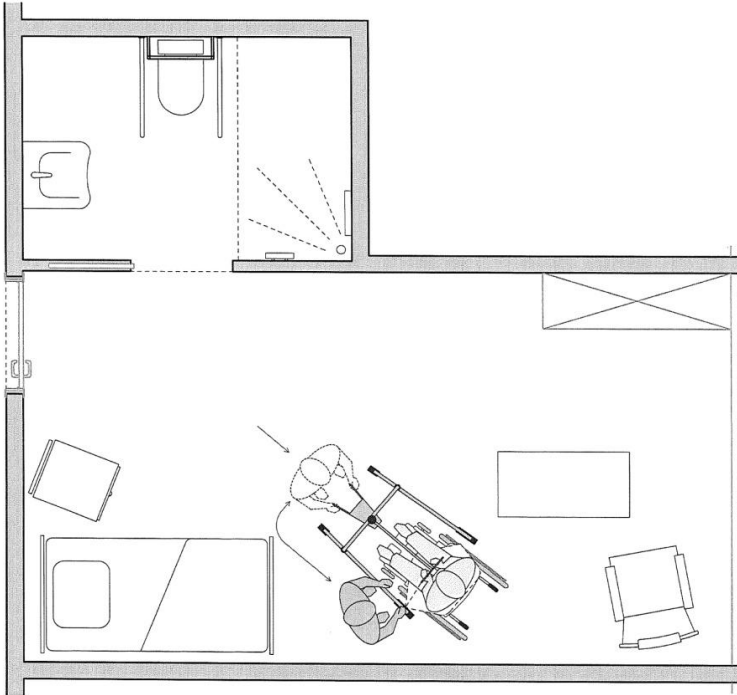


© Enter vzw



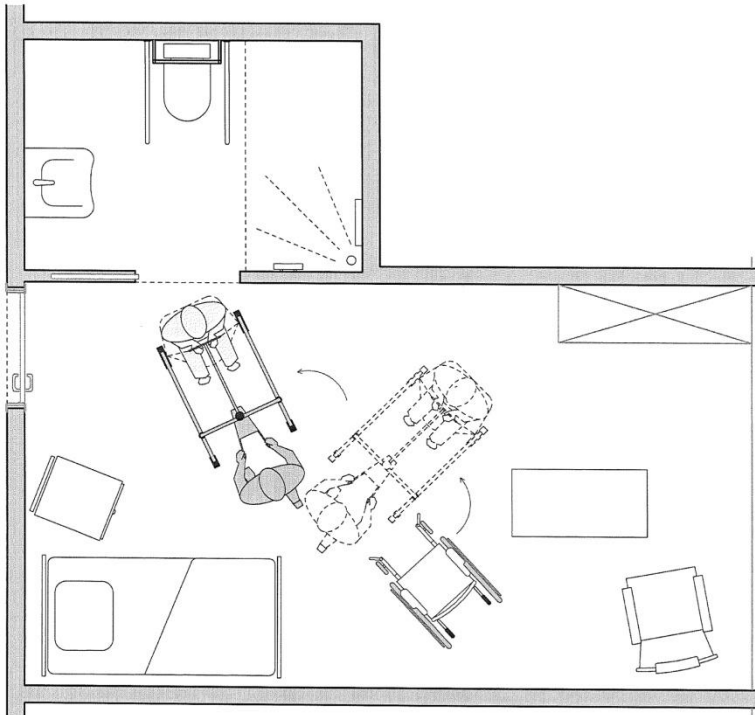
© Enter vzw

- 2 hij of zij opent de poten van de tillift (dit kan manueel of elektrisch verlopen), doet de zorgvrager de tildeok aan en tilt hem of haar uit de rolstoel;

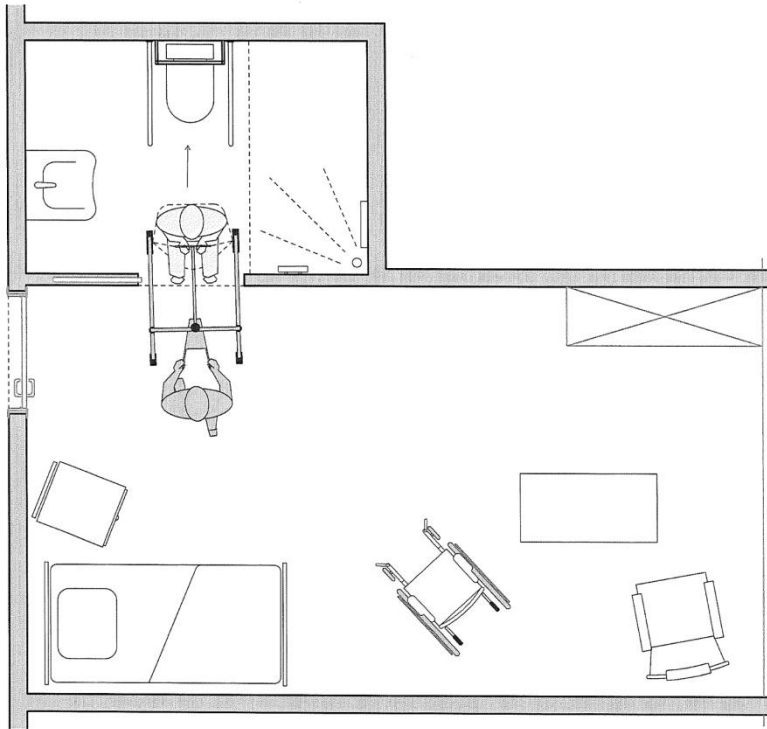


© Enter vzw

- 3 hij of zij draait de tillift de juiste richting uit en verplaatst de zorgvrager naar de badkamer;

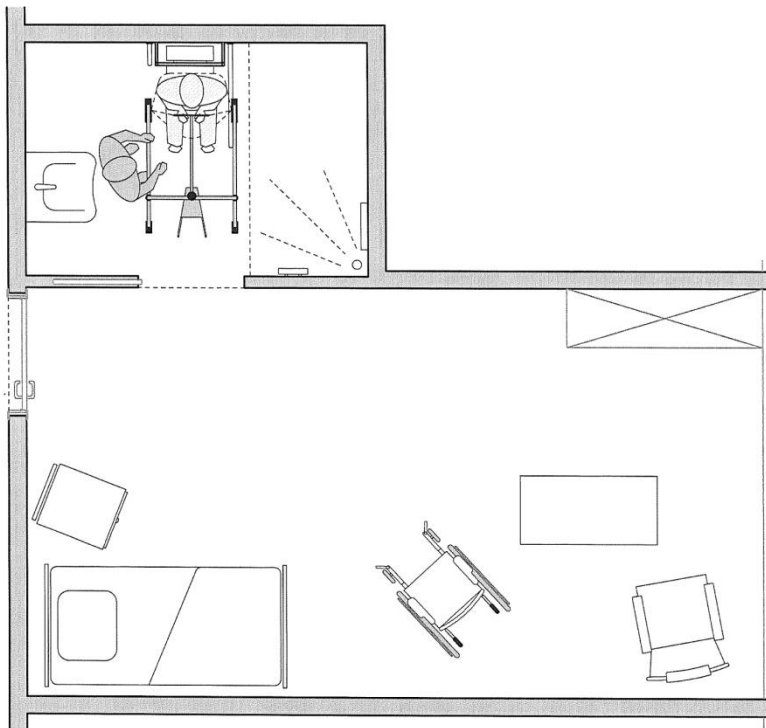


© Enter vzw



© Enter vzw

- 4 hij of zij neemt een goede positie in ter hoogte van de toiletpot om de zorgvrager te helpen.



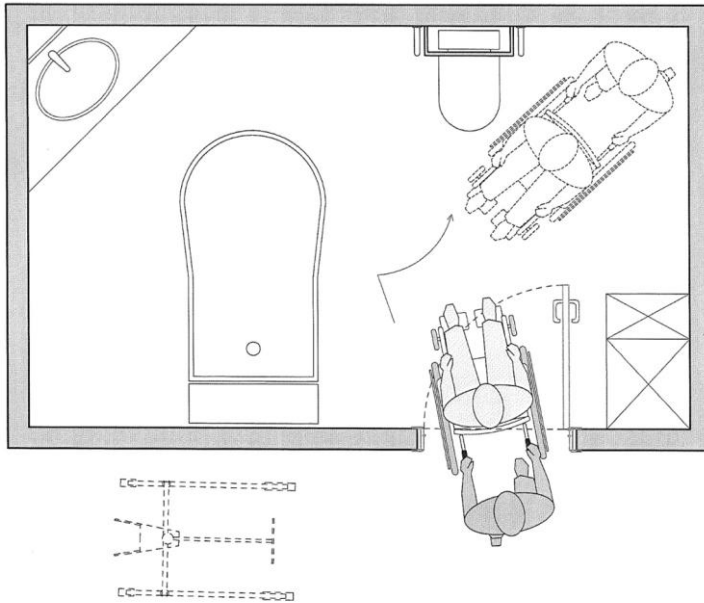
© Enter vzw

#### 4.1.4.3 Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad

De bewoner is rolstoelafhankelijk voor zijn of haar verplaatsing. Om transfers uit te voeren beschikt hij of zij over onvoldoende mogelijkheden. Er wordt gebruik gemaakt van een passieve tillift om zorgvrager in bad te tillen.

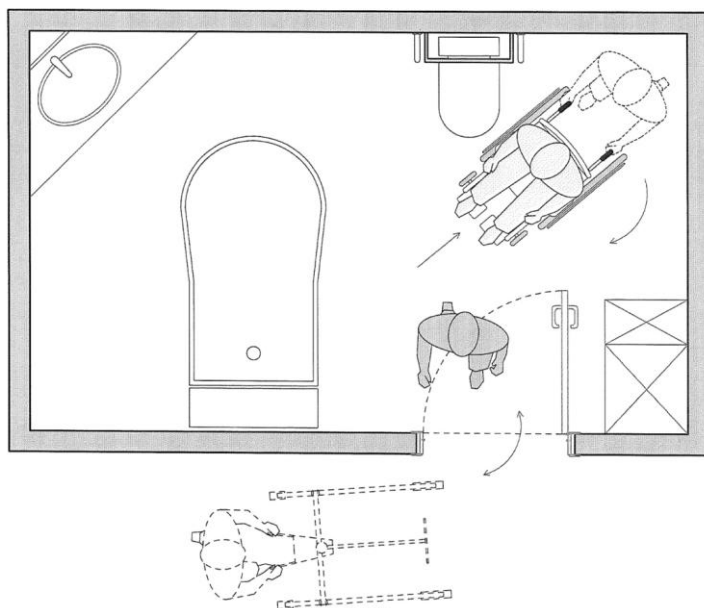
Handelingen door de zorgverlener:

- 1 hij of zij rijdt de badkamer binnen met de zorgvrager. De rolstoel wordt goed gepositioneerd om bereikbaar te zijn met de tillift;



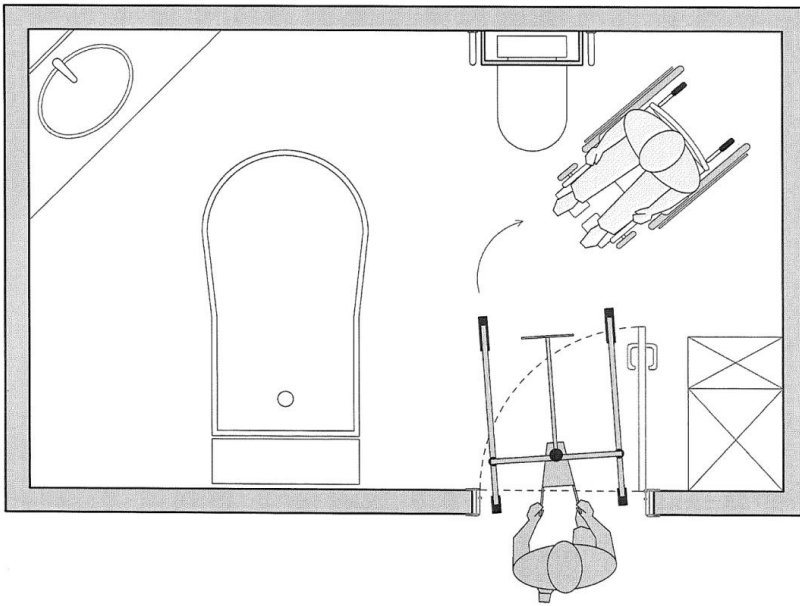
© Enter vzw

- 2 hij of zij verplaatst zich om de verrijdbare tillift te halen en ermee de badkamer in te rijden;



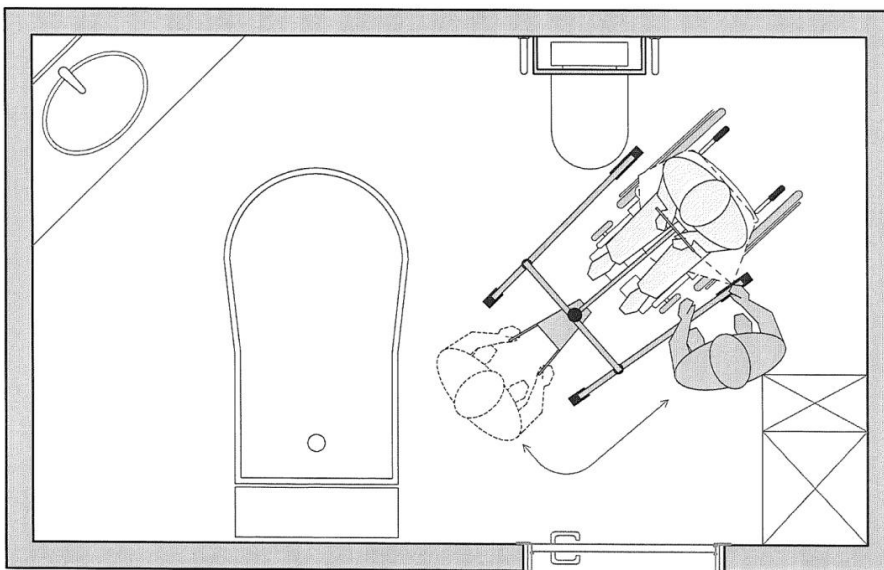
© Enter vzw

- 3 hij of zij rijdt de tillift over de rolstoel heen;



© Enter vzw

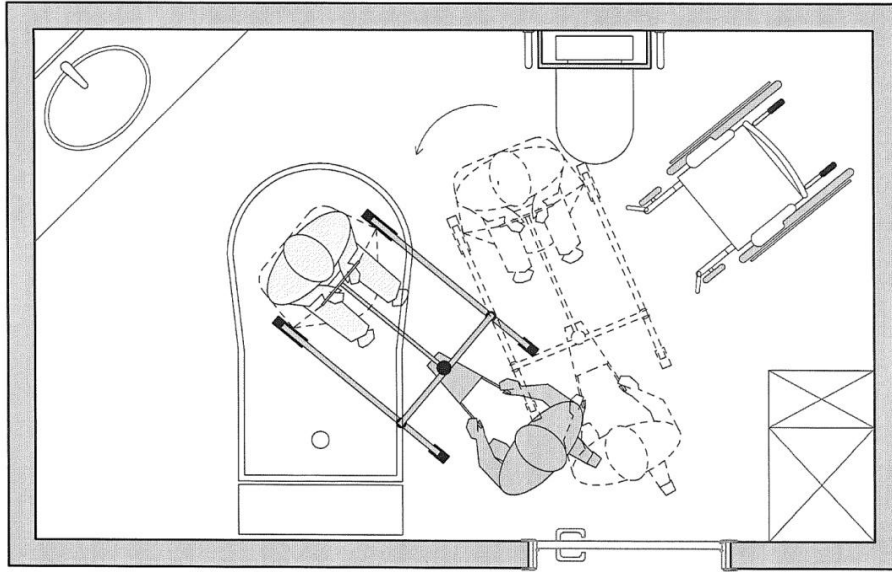
- 4 hij of zij sluit de deur, doet de zorgverlener de tildoek aan en tilt de zorgvrager uit de rolstoel;



© Enter vzw

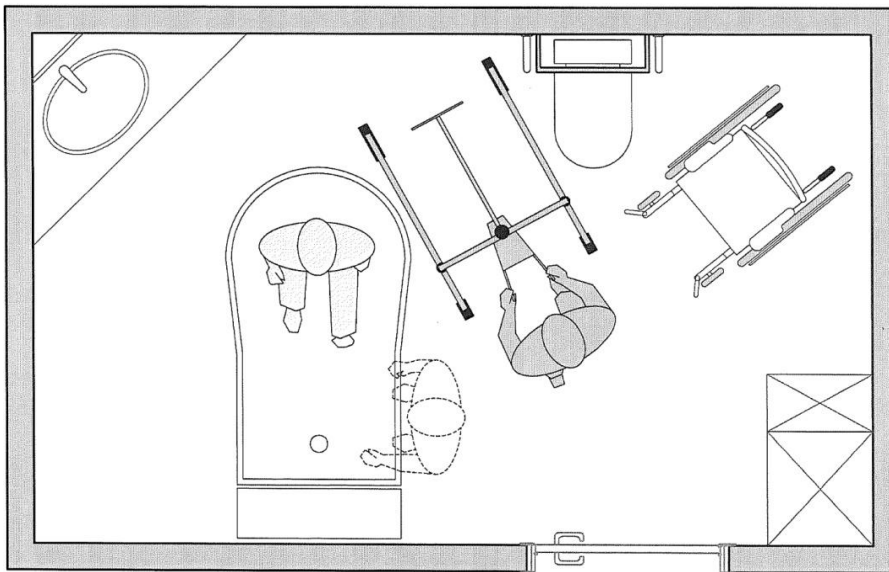
- 5 hij of zij draait de tillift de juiste richting uit en maakt de verplaatsing naar het bad.





© Enter vzw

- 6 hij of zij maakt de tildoeek los waarna de tillift verplaatst wordt om de zorgverlener de nodige werkruimte te bieden.



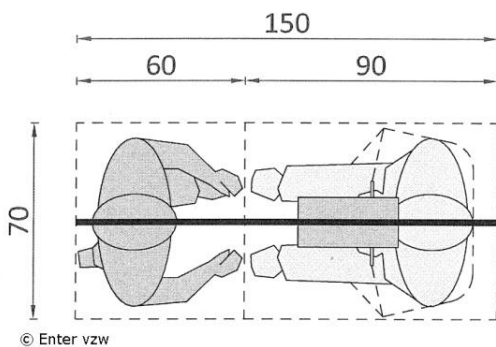
© Enter vzw

### 4.1.5 Gebruik van een plafondlift

Een plafondlift is een passieve tillift die bevestigd wordt aan het plafond. Hiermee vermindert de behoefte aan manoeuvreerruimte op de vloer. Er blijft echter wel ruimte nodig voor de zorgverlener om tijdens de transfers voor, naast of achter de zorgvrager te staan.

#### Plafondlift

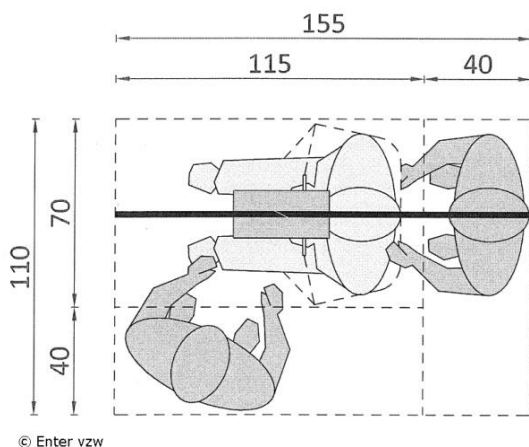
Een plafondlift inclusief zorgvrager en zorgverlener neemt gemiddeld 60 cm (b) x 150 cm (d) in.



#### Circuleren en manoeuvreren in de ruimte

Circuleren en manoeuvreren met een plafondlift doorheen een ruimte vereist minder gebruikruimte dan met een verrijdbare tillift.

Om de zorgvrager, in een tillift, op een correcte manier te manipuleren is er ca. 40 cm extra breedte en 30 cm extra diepte nodig.



Simulatievoorbeeld:

[Transfer met een plafondlift: van rolstoel naar hoog-laag bad >>](#)

## **Verschillende systemen**

### *Enkelvoudig systeem:*

Dit systeem wordt ingezet om een verplaatsing te kunnen maken tussen vooraf gedefinieerde plaatsen, bijvoorbeeld van een rolstoel naar het bed. Tillen is dus enkel mogelijk daar waar de rail geplaatst is.

Het systeem kan zowel rechtlijnige vormen als bochten aannemen.

### *Traverse systeem:*

Dit systeem beslaat meestal de volledige kamer waardoor op elk gewenst punt in de kamer tilbewegingen uitgevoerd kunnen worden.

De rails worden geplaatst onder een H-vorm waardoor een plaatsing enkel mogelijk is in rechthoekige kamers of een rechthoekig deel van een kamer.

De vormgeving en de dimensionering van de ruimte zullen dus steeds bepalend zijn voor de inzetbaarheid ervan.

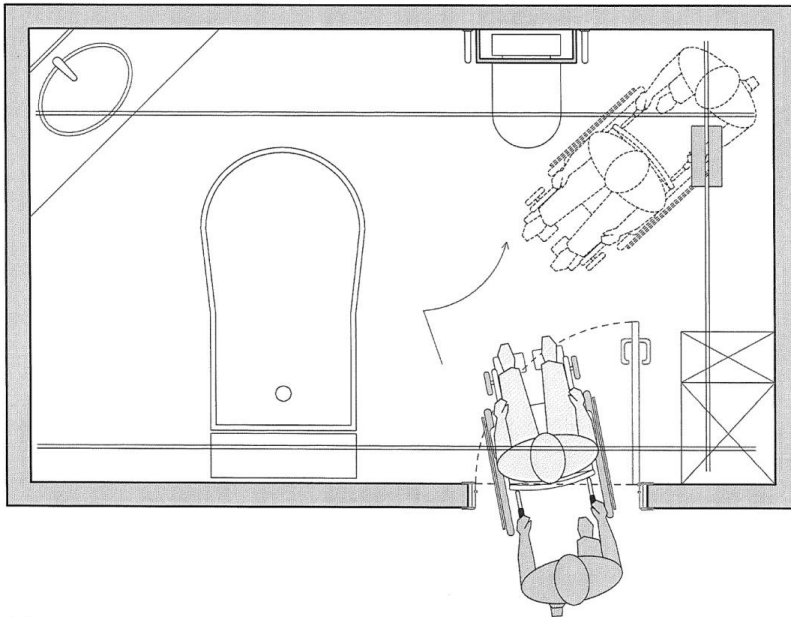
Naar afwerking van de ruimte stelt het systeem eisen aan de verlichtingsarmaturen in de ruimte. Deze moeten ingewerkt zijn zodat ze geen knelpunt vormen bij het passeren ervan.

#### 4.1.5.1 Transfer met een plafondlift: van rolstoel naar hoog-laag bad

De bewoner is rolstoelafhankelijk voor zijn of haar verplaatsing. Om transfers uit te voeren beschikt hij of zij over onvoldoende mogelijkheden. Voor het gebruik van het hoog-laag bad wordt gebruik gemaakt van een plafondlift.

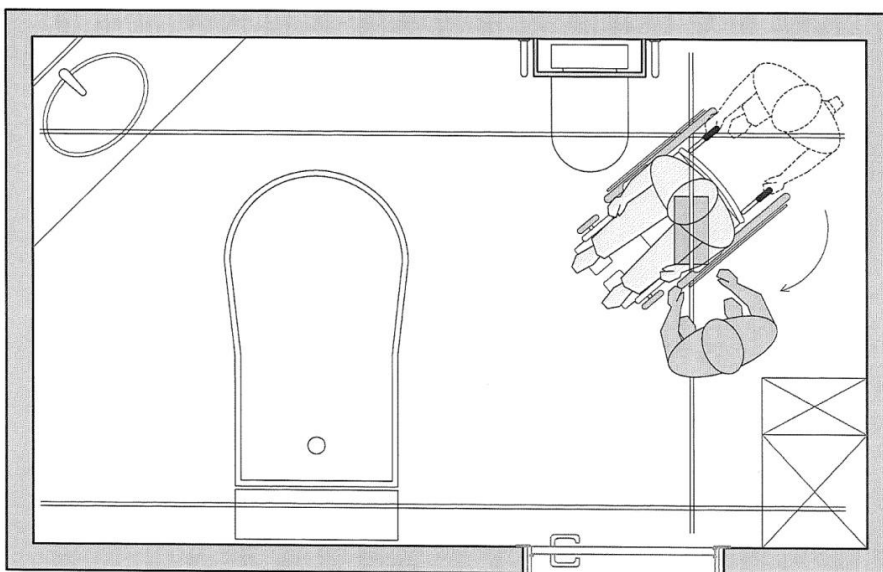
Handelingen door de zorgverlener:

- 1 hij of zij rijdt de badkamer binnen met de zorgvrager. De rolstoel wordt goed gepositioneerd om goed bereikbaar te zijn met de plafondlift. Hij of zij doet de deur toe;



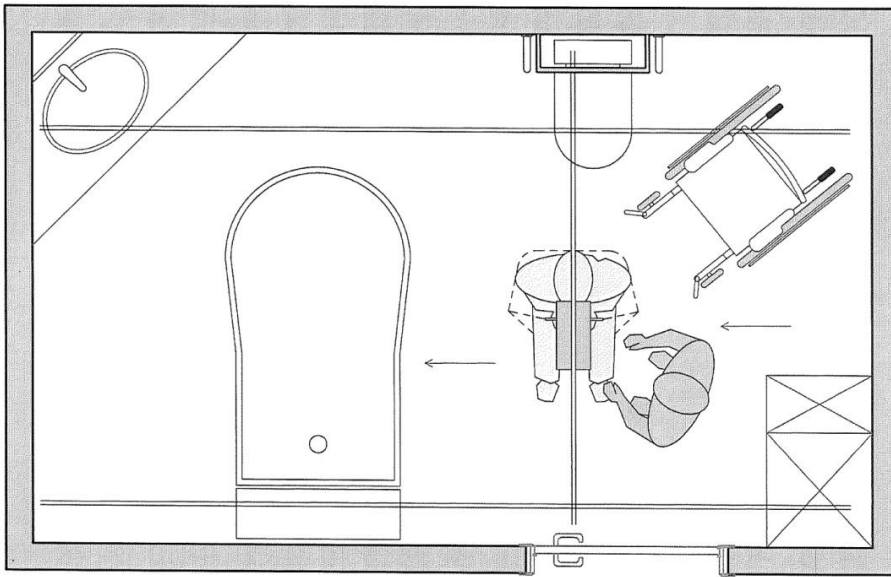
© Enter vzw

- 2 hij of zij verplaatst zich om de plafondlift bij te trekken en brengt de tildoek correct aan;



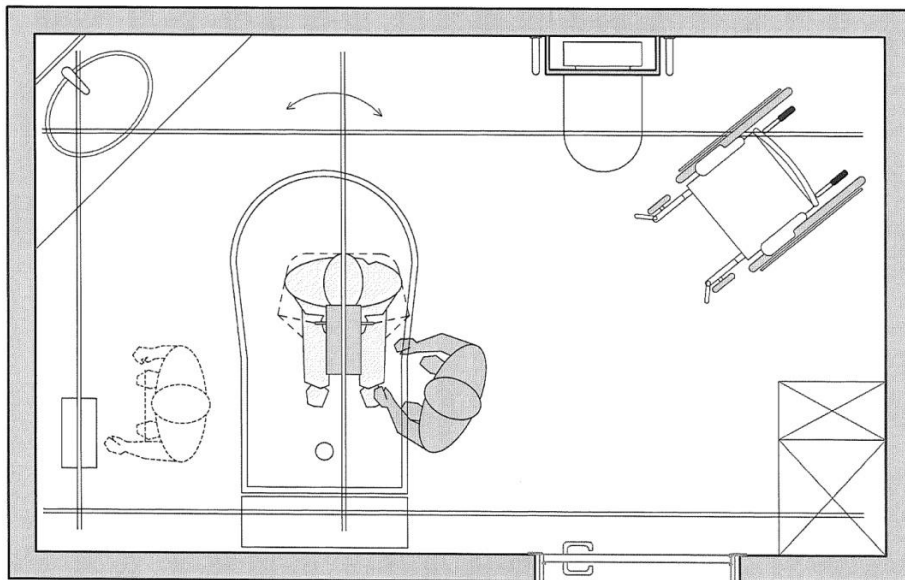
© Enter vzw

- 3 hij of zij haalt de bewoner uit zijn rolstoel met de plafondlift en verplaatst hem of haar in de juiste richting;



© Enter vzw

- 4 hij of zij laat de zorgvrager neer in bed en verplaatst de plafondlift naar een zone waar de lift niet stoort en hij of zij alle taken kan uitvoeren.



© Enter vzw

## 4.1.6 Zorg verlenen

Om op een ergonomische manier zorg te verlenen of met andere woorden verschillende taken op een goede manier te kunnen uitvoeren hebben zorgverleners voldoende gebruikruimte nodig.

De bijkomende ruimte die vereist is voor het gebruik van tilliften wordt in dit onderdeel buiten beschouwing gelaten.

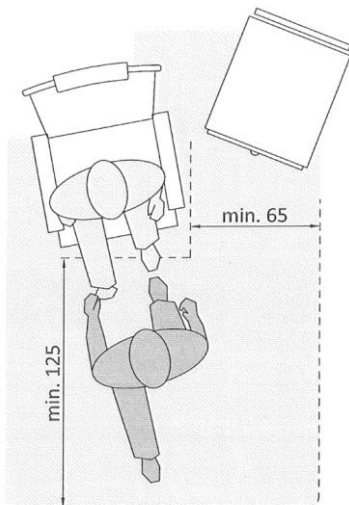
Hieronder volgen enkele voorbeelden waarbij gemiddelde maatvoeringen weergegeven worden.

### Gebruikruimte

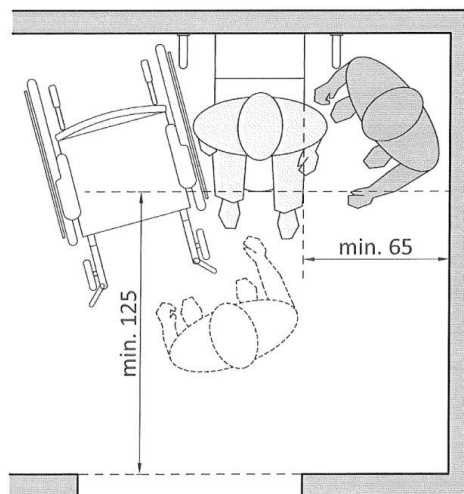
Voor het verzorgen van een zittende persoon ter hoogte van een stoel, rolstoel, douchezit of toilet is volgende ruimte nodig:

- minimum aan één zijde (en bij voorkeur aan beide zijden) een strook van min. 65 cm voor rechtop en voorovergebogen werkhoudingen;
- een zone van min. 125 cm vanaf de voorzijde van het zitelement waar ook in geknielde en voorovergebogen houding gewerkt kan worden.

Extra gebruikruimte kan nodig zijn indien de zorgverlener aan de achterzijde van de zorgvrager handelingen moet verrichten.



© Enter vzw

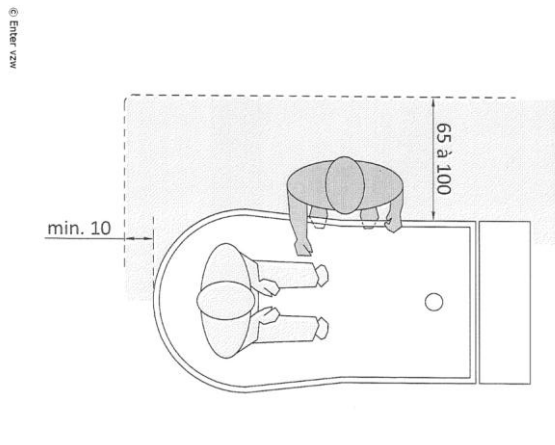


© Enter vzw

Voor het verzorgen van een liggende persoon ter hoogte van een hoog-laag bed of hoog-laag bad is volgende ruimte nodig:

- een strook van min. 65 cm langs het inrichtingselement om heen en weer te lopen;
- een strook van min. 10 cm aan het hoofd- en voeteneinde voor het reiken naar hoofd en voeten;
- indien ook in geknielde houding gewerkt moet kunnen worden is een vergroting van de evenwijdige strook tot 100 cm nodig.

Extra gebruikruimte kan nodig zijn indien hulp van twee zorgverleners vereist is. In dat geval is aan de andere zijde van het inrichtingselement dezelfde gebruikruimte nodig.



### Onderstaanbaarheid

Inrichtingselementen moeten onderstaanbaar gemaakt worden waardoor er voldoende voetenruimte aanwezig is voor de zorgverleners.

Om een goede werkhouding aan te kunnen nemen is het nodig dat de zorgverlener de voeten deels onder bv. het bed kan plaatsen. Dit vereist een vrije hoogte van minimum 15 cm (beter 20 cm) en een vrije diepte van 15 cm en dit bij voorkeur over de volledige lengte van het inrichtingselement.

### Een transfer uitvoeren met manuele ondersteuning

Een transfer van een zorgvrager kan bestaan uit zich verplaatsen, gaan staan, gaan zitten en/of liggen. Bij elke verzorgende activiteit vinden transfers in een of andere vorm plaats. Bij een verplaatsing gaat de zorgvrager zelfstandig of met hulp van de ene naar de andere plaats (bv. van rolstoel naar bed).

Bij het overzetten gaat de zorgvrager van de ene naar de andere houding of positie (bv. van zit naar lig).

#### *Waarom een manuele transfer?*

Zolang een zorgvrager actief mee kan helpen bij het uitvoeren van een transfer dienen deze functies ingezet te worden en zal vaak manuele hulp geboden worden door een zorgverlener. Redenen hiervoor zijn:

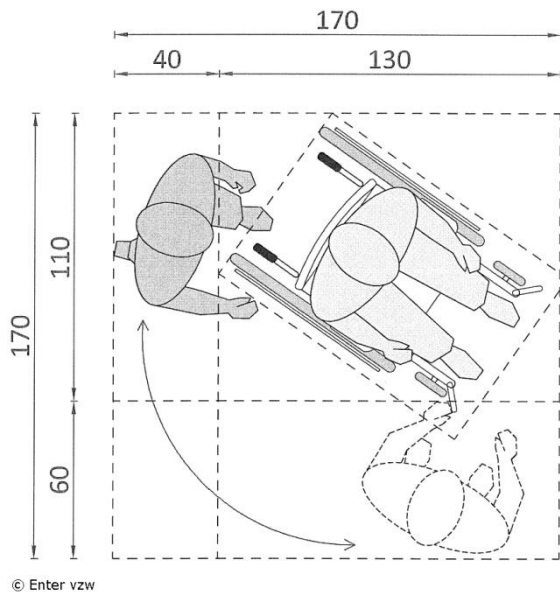
- een manuele tilhandeling neemt minder tijd in beslag aangezien het gebruik van een hulpmiddel meer handelingen vereist;
- de actieve functies van een zorgvrager moeten zoveel mogelijk worden ondersteund;
- de minder afhankelijke positie van de zorgvrager.

Let op: op het juiste moment dient overgeschakeld te worden naar het gebruik van tilliften, enerzijds om zorgverleners te ontlasten, anderzijds voor meer comfort voor de zorgvragers.

[Tilliften>>](#)

### *Ruimtegebruik bij het uitvoeren van een transfer*

Om een manuele transfer te kunnen uitvoeren is steeds een vrije zone ter hoogte van het inrichtingselement van +/-170 cm (d) x 150 à 170 cm (b) nodig.



De zorgverlener moet namelijk steeds:

- de rolstoel goed kunnen opstellen ter hoogte van het object (bed, zetel ...);
- achter of langs de rolstoel kunnen stappen om plaats te nemen voor de rolstoel, de voetsteunen open te klappen en de remmen op te zetten;
- plaats kunnen nemen ter hoogte van de zorgvrager om de persoon te ondersteunen en te begeleiden bij het rechtekomen;
- de persoon kunnen ondersteunen en begeleiden bij het maken van de (zijdellingse) verplaatsing.

Simulatievoorbeeld:

[Een transfer uitvoeren met manuele ondersteuning >>](#)

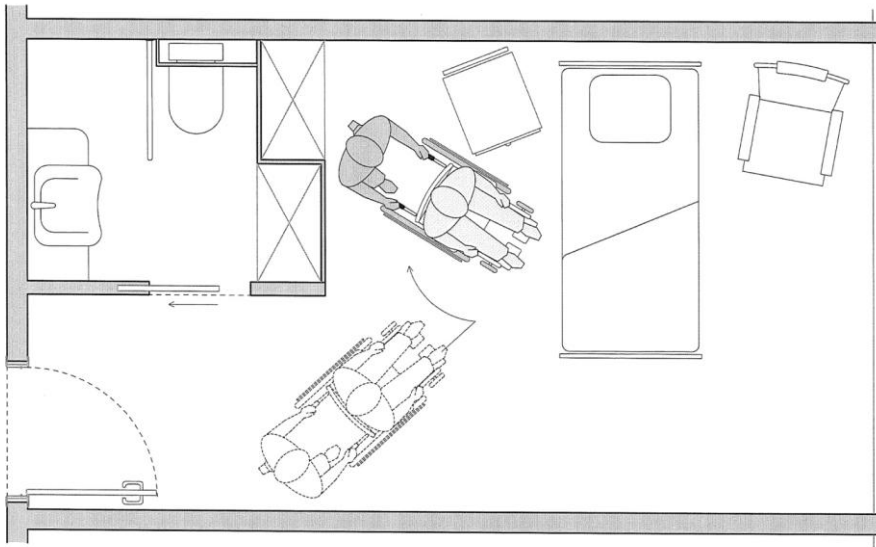


#### 4.1.6.1 Een transfer uitvoeren met manuele ondersteuning

De bewoner is rolstoelafhankelijk voor zijn verplaatsing. Om transfers uit te voeren kan de beperkte staan- en stapfunctie gebruikt worden. Ondersteuning van een zorgverlener is noodzakelijk.

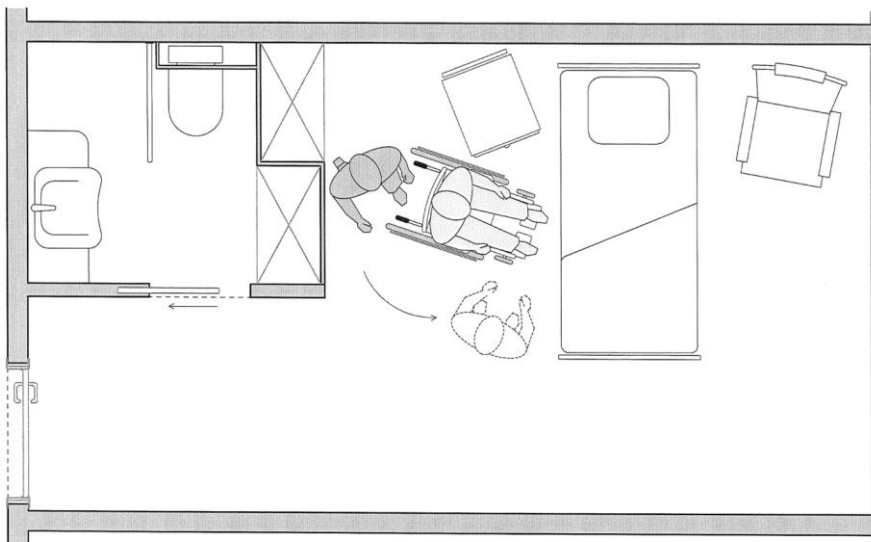
De zorgverlener:

1. verplaatst de zorgvrager in de rolstoel naar de kamer, de zorgverlener opent de deur en rijdt de kamer binnen;
2. rijdt met de rolstoel tot aan het bed en plaatst de rolstoel in een goede positie ter hoogte van het bed.



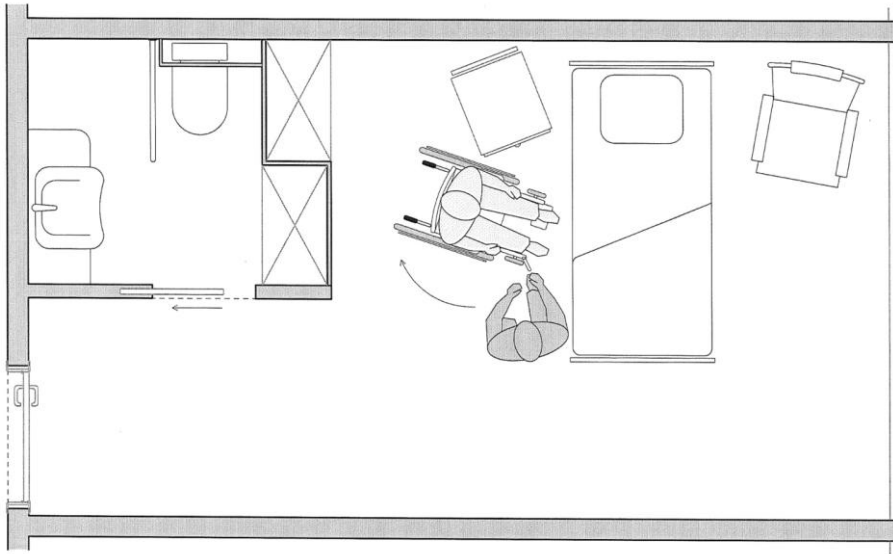
© Enter vzw

3. komt achter de rolstoel uit om zich te positioneren tussen het bed en de rolstoel.



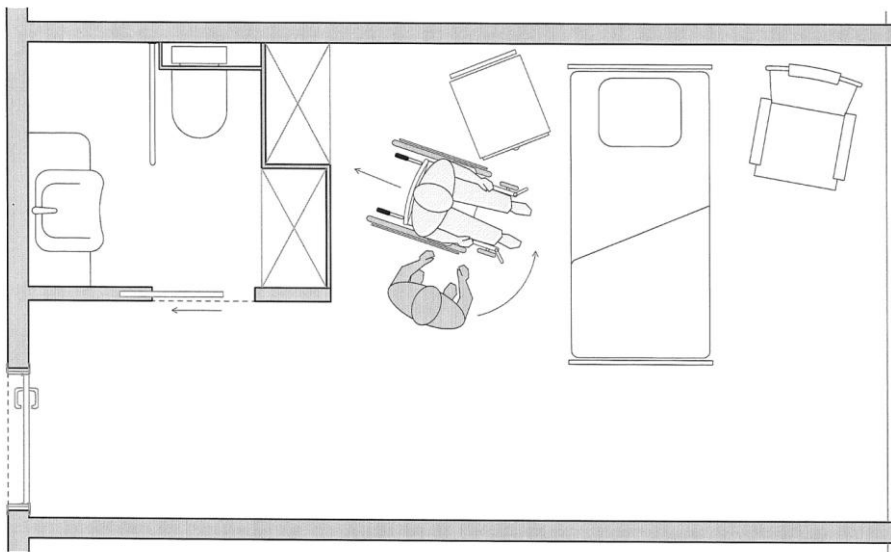
© Enter vzw

4. verplaatst de rolstoel naar achter om zich te kunnen positioneren tussen het bed en de rolstoel.



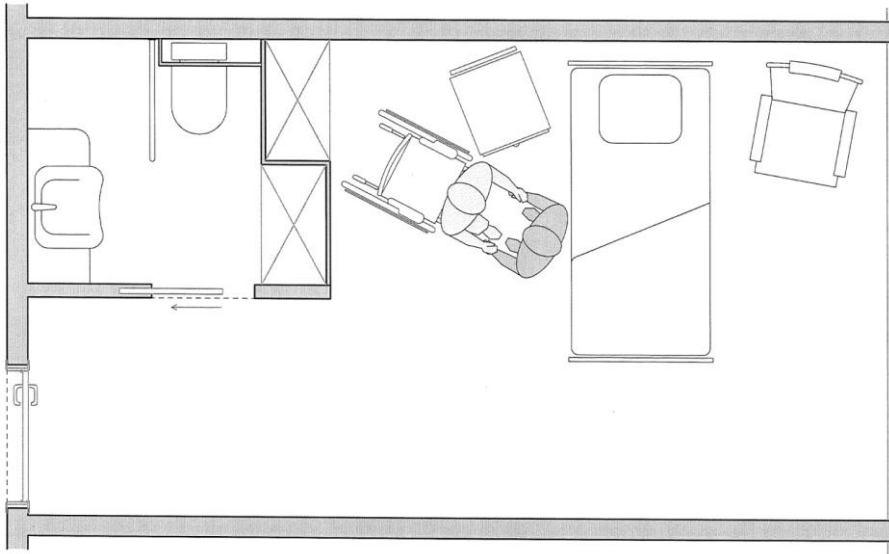
© Enter vzw

5. neemt plaats aan de voorzijde van de rolstoel om de voetsteunen open te klappen, de rolstoel zo dicht mogelijk tegen het bed te plaatsen en de remmen op te zetten. De zorgverlener heeft hier extra diepte nodig om een bukkende handeling uit te voeren.



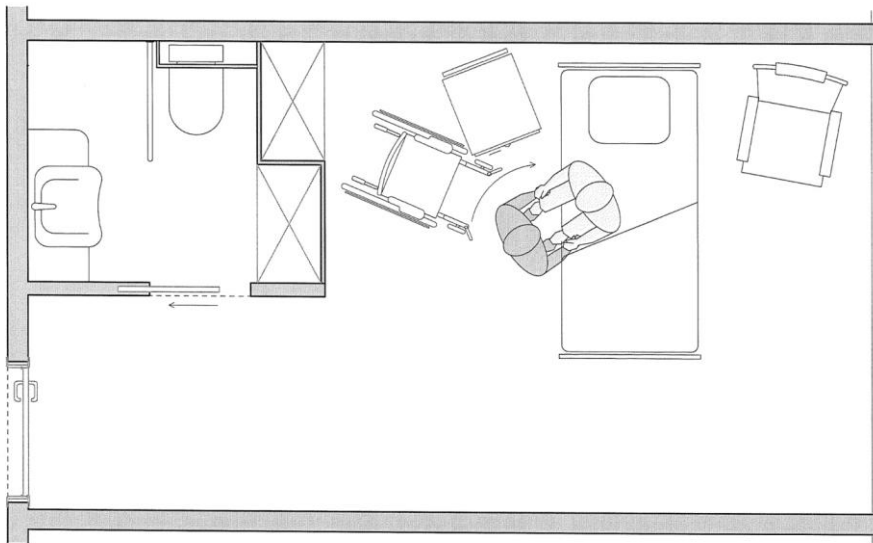
© Enter vzw

6. begeleidt de zorgvrager bij het uitvoeren van de transfer, meer bepaald het overzetten van zit in rolstoel naar zit op bed. Hiervoor helpt hij de zorgvrager eerst recht te komen.



© Enter vzw

7. Daarna maakt hij met de zorgvrager een draaiende beweging naar het bed.



© Enter vzw

## 4.2 Zorgverlening en het gebruik van inrichtingselementen

Voor de dimensionering van een ruimte vormen de (losse) inrichtingselementen zoals tafels en stoelen, een bed, een toilet, een wastafel, een douche ... een cruciale rol. Antwoorden op vragen zoals: wil men een toilet zelfstandig kunnen gebruiken? Heeft men hiervoor een voorkeur van transferzijde? Is zorgverlening aan beide zijden van het bed vereist? ... zullen bepalend zijn voor de maatvoering. De ruimte moet het mogelijk maken om activiteiten op een ergonomische en veilige manier te laten verlopen en dit zowel voor zorgvragers als zorgverleners.

### Netto versus bruto ruimte

Om een goede ruimtelijke vertaling te kunnen maken moeten de functionele doelstellingen steeds omgezet worden in een nodige vrije 'vloeroppervlakte'. De ruimtelijke grenzen worden voor de duidelijkheid meestal schematisch, rechtlijnig of onder de vorm van draairuimten weergegeven.

Optimaal zijn deze vrije draairuimten (nodig om goed te kunnen manoeuvreren) steeds aanwezig. In praktijk zie je echter vaak dat het niet steeds mogelijk is dergelijke grote zones te voorzien en dat de ruimten beperkter zijn. Men zal dan eerder manoeuvreren door steekbewegingen te maken (meerdere malen kleine voor-, achter- of zijwaartse verplaatsingen).

Belangrijke voorwaarden voor een degelijke ruimte voor het gebruik van tilliften, hulpmiddelen... is echter steeds dat:

- er een minimale vrije breedte of diepte aanwezig is (afhankelijk van het element of de plaats);
- de omliggende elementen onderrijdbaar zijn.

De nodige gebruikruimte ter hoogte van inrichtingselementen zal zich niet altijd vertalen in een letterlijke planmatige draaicirkel maar vaak omgezet worden in een minimale vrije diepte en breedte.

Binnen dit hoofdstuk zoomen we concreet in op de inrichtingselementen zelf en het gebruik ervan :

[Gebruik van tafels en stoelen >>](#)

[Gebruik van een hoog- laag bed >>](#)

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

[Gebruik van een hoog – laag bad >>](#)

## 4.2.1 Gebruik van tafels en stoelen



Indien de oppervlakte voorhanden is beschikt de kamer van de bewoner over een kleine tafel met één of meerdere stoelen en meestal een nachttafel. Daarnaast wordt de kamer steeds uitgerust met een comfortabele zetel. In de gemeenschappelijke leef- en eetruimte vormen tafels, stoelen en (verplaatsbare) zetels een belangrijk deel van de inrichting.

Het gebruik van deze tafels, stoelen en zetels en dit zowel zelfstandig als met hulp (of hulpmiddelen) dient steeds als basis genomen te worden om de dimensie en de vorm van een bepaalde (zone van een) ruimte vast te leggen.

### Netto –bruto verhouding

Het ruimtelijk verschil tussen een tafel waaraan een ongebruikte stoel geplaatst is en een tafel waar iemand op een stoel zit is groot. Gebruik maken van een tafel neemt steeds méér ruimte in dan enkel het meubel (de netto-ruimte) zelf.

Bij het inrichten van een ruimte met meubilair dient dus steeds uitgegaan te worden van een tafel en stoel in gebruik. Dit zal nog grotere implicaties zal hebben indien er meerdere tafels en stoelen in dezelfde ruimte geplaatst worden.

Ook de wijze waarop meubilair wordt opgesteld zal een belangrijk element zijn voor de basisdimensionering van de betreffende ruimte zoals woonkamer of leefruimte. Een lineaire opstelling van tafels zal bijvoorbeeld minder circulatieruimte vragen dan een opstelling van de individuele tafeltjes als eiland.

Ter hoogte van de zetels, zowel in de private kamer als in de leefruimte zelf, is er vooral ook goede ruimte nodig om als zorgverlener de bewoner te ondersteunen bij het gaan zitten en rechtkomen uit de zetel.

[Zorg verlenen >>](#)

### Gebruiksruimte en circulatieruimte

#### *Tafel en stoelen:*

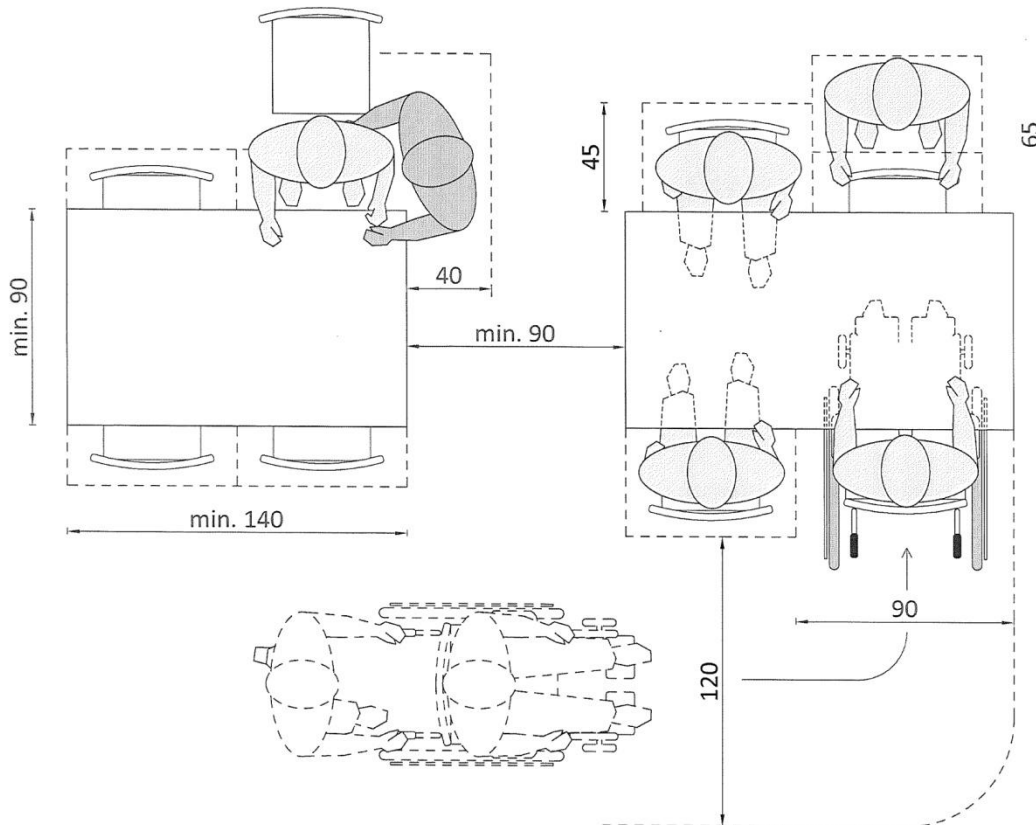
Rond tafels en stoelen is altijd draai- en keerruimte nodig, bijvoorbeeld om een stoel vast te nemen of onder de tafel uit te schuiven, om van richting te veranderen, om te passeren ... Personen die zich nog (vrij) zelfstandig kunnen verplaatsen zullen aan een tafel gebruik maken van een stoel als zitelement. Personen die zich echter niet meer zelfstandig kunnen verplaatsen zullen veelal ook voor het gebruik van een tafel gebruik maken van de rolstoel.

#### *Circulatieruimten:*

Circulatieruimte vormt steeds een knelpunt bij tafels, opgesteld in reeksen of rijen. Respecteer de vrije ruimte die nodig is tussen het meubilair om de circulatie toe te laten. Men moet een minimale circulatiezone ter beschikking hebben om naar een tafel te kunnen lopen, te kunnen rijden met een rolstoel (al dan niet met hulp), tussen de tafels te kunnen passeren...

## Enkele afmetingen:

- De afmetingen van stoelen en tafels kunnen sterk verschillen. In de schets beschikken de stoelen over een breedte en diepte van 50 cm, de tafels zijn 140 cm breed en 90 cm diep.
- Een persoon die aan een tafel zit neemt gemiddeld een ruimte van 50 cm breedte x 45 cm diepte in.
- Om recht te kunnen komen aan tafel is een extra diepte van 40 cm nodig.
- Om vlot tussen tafels te passeren is een breedte van 90 cm nodig.
- Om een persoon in een rolstoel, met hulp, onder de tafel uit te rijden en te verplaatsen is een extra diepte van 110 cm à 120 cm nodig. Indien er naast de rolstoel een stoel opgesteld staat is deze diepte nodig vanaf de achterzijde van de stoel.



© Enter vzw

**Zetel:**

Er zijn verschillende types van zetels verkrijgbaar: positioneerbaar, uitgerust met een opstafunctie, kantelbaar, verrijdbaar ... Afmetingen verschillen sterk en zijn afhankelijk van de aanwezige functies.

Het feit dat de meeste zetels verplaatsbaar zijn zorgt ervoor dat ze goed gepositioneerd kunnen worden om de persoon op een goede manier te kunnen bereiken en hulp te bieden.

Het feit dat er meestal een kantelfunctie aanwezig is zorgt ervoor dat er een grotere diepte ingecalculeerd moet worden om dit kantelen mogelijk te maken.

Bij het gaan zitten en rechtkomen uit de zetel is vaak ondersteuning van de bewoner vereist. Dit kan enerzijds door een manuele tilbeweging door één of twee zorgverleners, anderzijds mits het gebruik van een tillift.

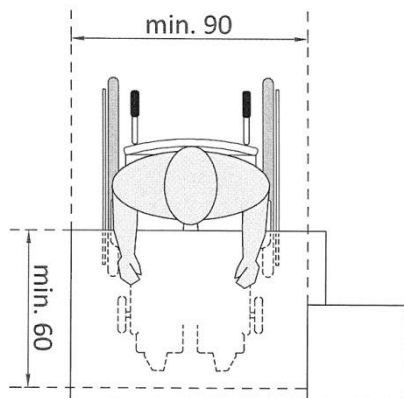
[Gebruik van een verrijdbare tillift >>](#)

[Zorg verlenen >>](#)

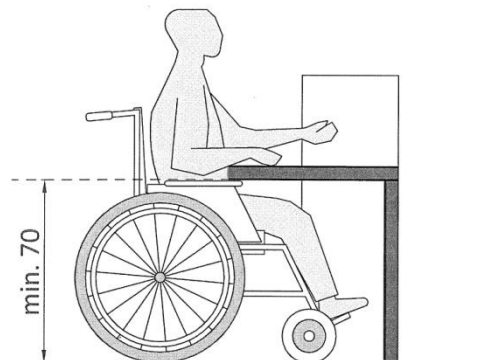
### Onderrijdbaarheid

De onderrijdbaarheid van een meubel zoals een tafel laat toe om er ook als rolstoelgebruiker ongehinderd gebruik van te kunnen maken. Ze is steeds afhankelijk van drie elementen:

- vrije breedte om aan de tafel plaats te nemen: min. 90 cm;
- vrije diepte onder de tafel: min. 60 cm;
- vrije hoogte onder het tafelblad: min. 70 cm.



© Enter vzw



© Enter vzw

Om meerdere rolstoelgebruikers op een goede manier plaats te laten nemen aan een tafel dient deze over voldoende diepte te beschikken. Dit is een belangrijk aandachtspunt bij de aankoop.

Enkele cruciale elementen van de vormgeving van de tafel met betrekking tot de vormgeving ervan zijn:

- de wijze waarop de poten uitgevoerd zijn;
- de onderliggende dwarsbalken om het tafelblad te dragen;
- de dikte van het tafelblad zelf.

## 4.2.2 Gebruik van een hoog – laag bed



De meeste woonzorgcentra maken standaard gebruik van hoog- laag bedden. Dit omwille van de flexibiliteit. De verstelbaarheid in hoogte biedt mogelijkheden voor het zolang mogelijk behouden van de zelfredzaamheid van de zorgvrager. Voor de zorgverlening biedt het grote mogelijkheden op vlak van zorg.

### Algemeen

Hoog-laag bedden kunnen uitgerust zijn met verschillende bedieningsmogelijkheden: mechanisch, hydraulisch of elektrisch. Uitgaande van het gebruikscomfort, voornamelijk in functie van de zorgverleners, is een elektrische bediening het meest aangewezen.

Naast een hoogteverstelling van het volledige bed kan het ligvlak in verschillende delen verstelbaar zijn, dit om het ligcomfort van de bewoner te optimaliseren. Hoog-laag bedden zijn tevens verplaatsbaar waardoor de meest optimale positie kan ingenomen worden voor onder andere het verlenen van zorg, het innemen van de gewenste ligpositie bv. ten opzichte van het raam ...

Gemiddelde maatvoeringen voor een hoog-laag bed zijn:

100 à 105 cm (b) x 205 à 215 cm (l).

Ruimtelijk nemen dergelijke bedden dus meer plaats in dan een doorsnee bed. De maatvoering en de gebruiksmogelijkheden van het bed zullen steeds voorop staan om de concrete vormgeving en dimensionering van de kamer te bepalen. Naast het bed moet er ruimte voorzien worden voor de plaatsing van een nachtkastje. Ook dit is meestal verrijdbaar en kan bijgevolg verplaatst worden indien nodig.

### Onderstaanbaarheid

Het bed moet onderstaanbaar zijn waardoor er voldoende voetenruimte aanwezig is voor de zorgverleners.

Om een goede werkhouding aan te kunnen nemen is het nodig dat de zorgverlener de voeten deels onder bijvoorbeeld het bed kan plaatsen. Dit vereist een vrije hoogte van minimum 15 cm (beter 20 cm) en een vrije diepte van 15 cm en dit bij voorkeur over de volledige lengte van het inrichtingselement.

### Onderrijdbaarheid

Naast onderstaanbaarheid moet het bed steeds onderrijdbaar zijn met hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een verrijdbare tillift. Belangrijke aandachtspunten zijn de positie van de wielen, de plaats van het mechanisme of de motor en het gebruik van zijsponden.

### Gebruiksruimte en circulatieruimte

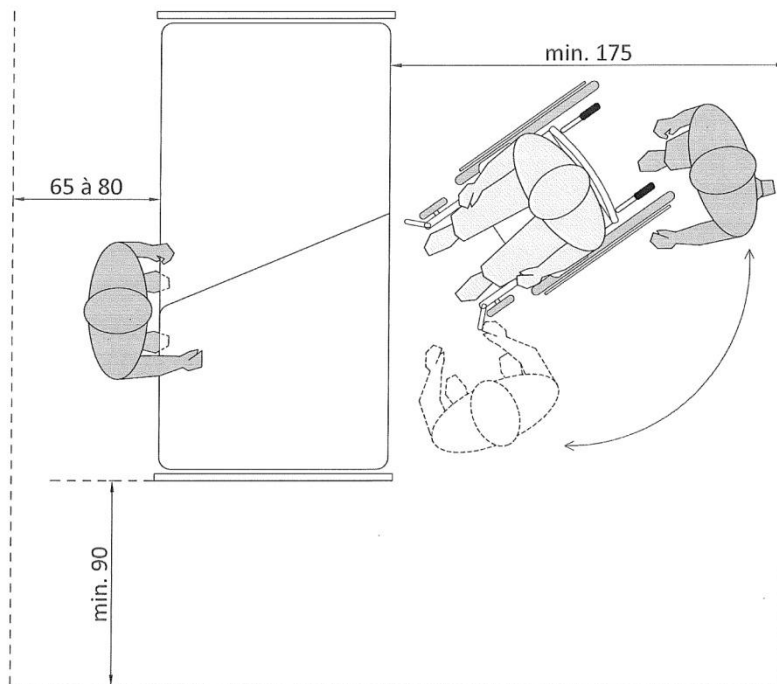
Minimaal aan één zijde van het bed moet er ruimte zijn om in en uit te stappen, hulp te geven bij het aankleden, verzorgingsactiviteiten uit te voeren ...



Gebruiksruimte die hiervoor nodig is betreft:

- min. 175 cm aan één lange zijde voor benadering en gebruik van hulpmiddelen;
- min. 65 cm en beter 80 cm aan één zijde voor uitvoeren van rechtop en voorovergebogen werkhoudingen;
- min. 90 cm tussen de andere inrichtingselementen om vlot te circuleren naar de andere zijde.

Om zorgverlening door twee personen mogelijk te maken is het aangewezen om de beschreven gebruiksruimte eveneens aan de andere zijde van het bed te voorzien.



© Enter vzw

### *Flexibele bedopstellingen*

In functie van de bereikbaarheid of de manier van zorg verlenen, kan het bed verplaatst worden om de zijdelingse ruimte van min. 175 cm te voorzien aan de meest noodzakelijke kant.

Indien het bed verrijdbaar is kan er ook flexibeler omgegaan worden met de nodige gebruiksruimten in functie van de zorgverlening. Hoe groter de zorgvraag, hoe belangrijker het namelijk ook wordt om meerdere posities met het bed te kunnen innemen op de kamer, bijvoorbeeld verplaatsing van het bed naar de badcel.

Simulatievoorbeelden:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar bed >>](#)

[Een transfer uitvoeren met manuele ondersteuning >>](#)

## 4.2.3 Gebruik van een wastafel



Wastafels bestaan in heel wat verschillende uitvoeringen: ergonomische modellen, ingewerkte wastafels, in hoogte verstelbaar (manueel of elektrisch), in hoogte en /of breedte nastelbaar met speciale bevestigingsstukken ...

Niet in elke ruimte hebben ze eenzelfde gebruik te ondersteunen. In ruimten waar zelfstandig gebruik een belangrijk element vormt, zoals in de sanitaire cel, worden hogere eisen gesteld aan de

vormgeving en de ruimte rondom.

In de gemeenschappelijk badkamer heeft de wastafel eerder een ondersteunende functie voor het personeel en het bieden van zorg.

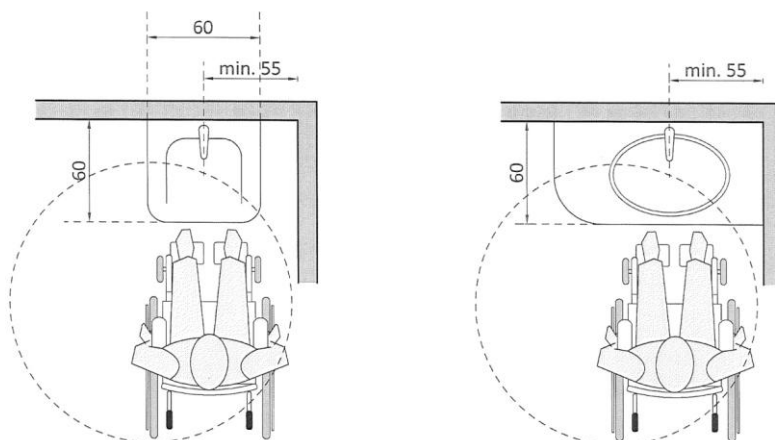
### Type wastafel

Een aangepaste wastafel heeft een minder diepe bak dan een standaard model. Ook is de sifon verder naar achter gesitueerd. Hierdoor is er een vrije ruimte onderaan waardoor zitten mogelijk wordt of een onderrijdbaarheid voor de rolstoel ontstaat.

Een wastafel, ingebouwd in een blad, biedt afzetruimte. Dit heeft als voordeel dat kleine benodigdheden onder handbereik geplaatst kunnen worden. Ook is deze ruimte bruikbaar voor het zorgpersoneel om bijvoorbeeld een handdoek klaar te leggen tijdens het douchen. Indien hiervoor gekozen wordt is het belangrijk een minder diep wastafelmodel te kiezen waardoor de zitruimte niet in het gedrang komt. Door het werkblad aan te laten sluiten op de muur kan er niets van de wastafel afvallen.

### Onderrijdbaarheid

Om een goede zitmogelijkheid en/of onderrijdbaarheid met de rolstoel te verzekeren is een vrije ruimte van 70 cm onder de wastafel vereist. De bovenzijde van de wastafel bedraagt hierbij ongeveer 80 cm. De breedte evenals de diepte van de onderrijdbare zone bedraagt 60 cm.



**Afstand as wastafel – zijmuur:**

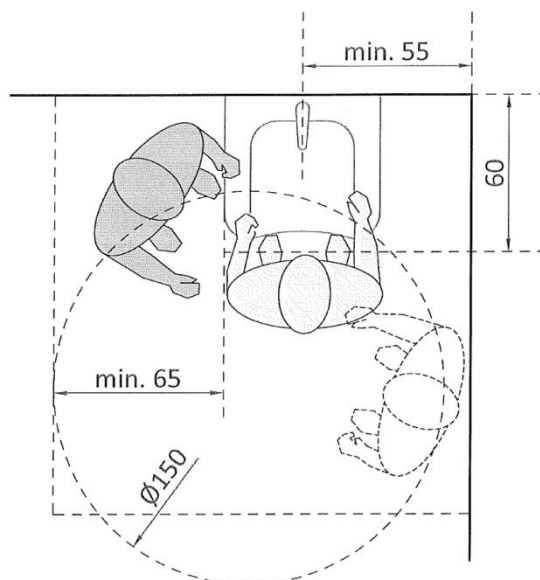
De as van de wastafel dient minstens 50 à 55 cm uit de hoek geplaatst te worden voor een goede opstel­mogelijkheid en bruikbaarheid. Naast de wastafel is best een vrije zone van 30 à 35 cm aanwezig.

**Ruimtegebruik**

Wastafel geschikt voor het verlenen van zorg aan één zijde:

In de sanitaire cellen zal er meestal gekozen worden voor een opstelling van de wastafel met één vrije zijde.

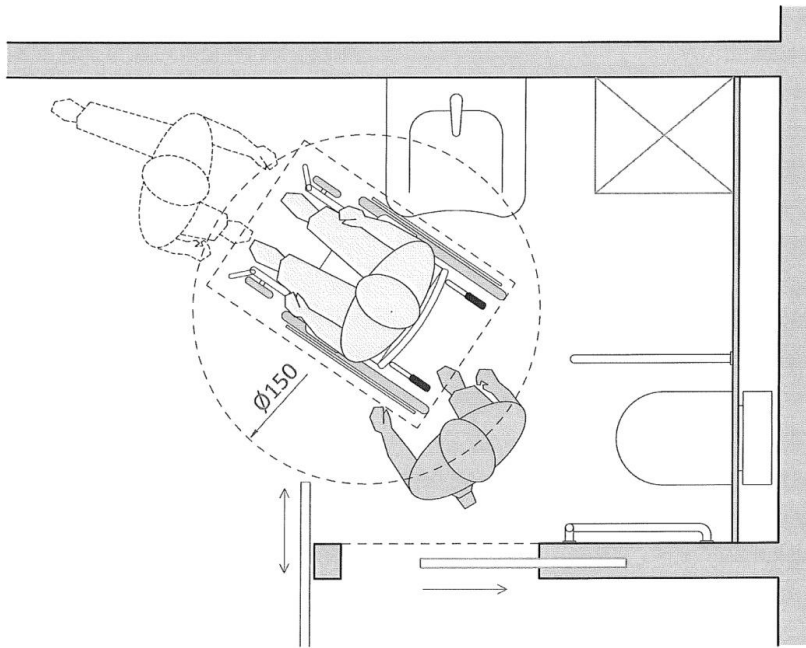
- De as van de wastafel min. 55 cm uit de hoek geplaatst.
- Een vrije ruimte naast de wastafel van min. 65 cm is aanwezig voor verzorgende handelingen in een staande of voorovergebogen houding.
- Voor geknielde en voorovergebogen handelingen is een ruimte van 125 cm nodig.
- De ruimte voorziet een draaicirkelmogelijkheid van  $\varnothing 150$  cm waarbij de onderrijdbare zone onder de wastafel gebruikt kan worden.



© Enter vzw

In een gemeenschappelijke badkamer is er meestal meer ruimte nodig (en ook aanwezig) zodat de zorgverlener zorg kan verlenen aan beide zijden. De beschreven ruimte bij het verlenen van hulp aan één zijde is dan ook aanwezig aan de andere zijde.

In het geval van een toegang met kamerhoge schuifwand kan de wastafel eventueel aan beide zijden ruimte bieden voor hulp.



© Enter vzw

### Afwerking

De wastafel is normaal gezien niet geschikt om op te leunen. Omwille van de doelgroep is het bijgevolg aangewezen om een extra stevige bevestiging te voorzien. Eventueel kan aan beide zijden van de wastafel een beugel geplaatst worden die tevens dienst kan doen als handdoekhouder.

Voldoende bergruimte in de sanitaire cel is vereist. Door aansluitend op de wastafel een kolomkastje te voorzien kunnen benodigdheden binnen handbereik geplaatst worden. Dit kastje mag echter de manoeuvreerruimte niet hinderen. Door het kastje minstens 20 cm boven het vloerniveau te bevestigen kan de beperkte onderrijdbaarheid ervan het manoeuvreren bevorderen.

Zichzelf kunnen zien in de spiegel is noodzakelijk voor het algemeen welbevinden. Door een voldoende lange spiegel ca. 10 cm boven de wastafel te bevestigen, is deze zowel bruikbaar voor zittende als voor staande personen. Een kortere spiegel kan hoger gehangen worden maar dient licht gekanteld geplaatst te worden om ook zittend gebruik mogelijk te maken.

De wastafel wordt best uitgerust met een éénhendelmengkraan, bij voorkeur met een verlengde hendel.

Een goede accentverlichting ter hoogte van de wastafel, bereikbaar vanuit zit is noodzakelijk.

## 4.2.4 Gebruik van een toilet



Een toilet is een van de elementen die minimaal aanwezig moet zijn in een sanitaire cel.

In de praktijk zien we verschillende toilettypes en opstellingen verschijnen, naargelang de keuze en het belang dat men voorop stelt in functie van de dagelijkse werking. De plaatsing van het toilet moet goed doordacht gekozen worden waardoor zowel het zelfstandig gebruik als het gebruik met hulp en hulpmiddelen mogelijk is.

Niet alleen in de sanitaire cel, maar ook in gemeenschappelijke badkamers is het gebruik van het toilet een basisactiviteit. Deze toiletten worden vaak gebruikt vanuit de gemeenschappelijke leefruimten, zeker indien de bewoner een grotere zorgbehoefte heeft en het gebruik van tilhulpmiddelen vereist is.

### Keuze type toilet

Een toilet kan uitgevoerd worden als sokkeltoilet of als hangtoilet. Beide types hebben voor- en nadelen.

#### Sokkeltoilet:

- Over het algemeen is een sokkeltoilet steviger dan een hangtoilet, waardoor er geen problemen zijn bij gebruik door zwaardere personen of personen die minder gecontroleerd op het toilet gaan zitten.
- Het is makkelijker te vervangen of aan te passen indien nodig.
- Het komt vaker voor bij ver(nieuw)bouw.
- Het beschikt over vaste zithoogten.
- De (opklapbare) beugels kunnen in de effectieve wand geplaatst worden waardoor een stevige verankering mogelijk is.
- Het is minder onderhoudsvriendelijk (sokkel in de weg).

#### Hangtoilet:

- De gewenste (zit)hoogte kan gekozen worden.
- Het biedt manoeuvreerruimte voor de voetsteunen van de rolstoel, de voeten van de verzorger.
- Het biedt manoeuvreerruimte voor een verrijdbare tillift (indien er een onderrijdbaarheid van minimum 12 cm aanwezig is).
- Het is onderhoudsvriendelijk. Er is een vrije vloer, die makkelijker schoon te maken is.
- De bevestiging van de beugels tegen de voorzetwand vraagt extra aandacht (voldoende stevigheid is vereist).

### Zithoogte

Een verhoogde zithoogte is beter bruikbaar voor de bewoner, maar ook bevorderlijk voor de zorgverlening. Rechtkomen en zitten op het toilet verloopt vlotter, de zorgverlener moet zich minder diep bukken.

In principe is de ideale toilethoogte steeds individueel te bepalen. Aangezien dat in een zorgsetting niet mogelijk is en het toilet door iedereen bruikbaar moet zijn dient een vaste hoogte voorzien te worden:

- Een zithoogte van 52 cm (inclusief toiletbril) wordt vaak als standaard gebruikt. Deze hoogte wordt echter door meerdere gebruikers als te hoog ervaren. Kleine mensen komen niet met de voeten op de grond terwijl dit een vereiste is om stabiel te kunnen zitten (en evenwicht te bewaren).
- Een zithoogte van 47 cm (inclusief toiletbril) is een comfortabele zithoogte voor de meeste gebruikers.

Een sokkeltoilet is verkrijgbaar in verschillende zithoogten (42 cm, 47 cm en 52 cm inclusief toiletbril).

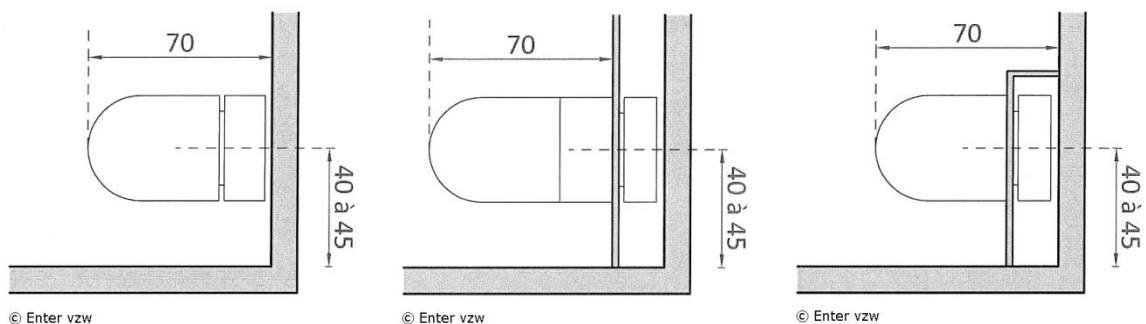
### Zitdiepte

De zitdiepte is de afstand van de voorzijde van de toiletpot tot tegen de achterliggende wand. Omwille van het kunnen uitvoeren van een (zijwaartse) transfer vanuit de rolstoel en de bereikbaarheid met hulpmiddelen (tillift, plafondlift, verrijdbare toiletstoel), is een zitdiepte van min.70 cm aangewezen.

Een sokkeltoilet beschikt steeds over een zitdiepte van +/- 70 cm. Eventueel kan het toilet nog een extra 10 cm uit de wand geplaatst worden.

Een standaard hangtoilet beschikt over een zitdiepte +/- 50 à 55 cm. Om een zitdiepte van 70 cm te bereiken zijn een aantal oplossingen voorhanden:

- Er bestaan verlengde hangtoiletten met een zitdiepte van 70 cm. Sommige merken beschikken over tussenstukken die geplaatst worden tussen het toilet en de muur waardoor de zitdiepte van 70 cm behaald wordt.
- Een standaard hangtoilet van 50 cm kan eveneens geplaatst worden met een voorzetwand (inbouw spoelsysteem) met een beperkte breedte. Door de voorzetwand dadelijk naast het spoelsysteem af te werken wordt de zitdiepte van 70 cm behaald.



### Beugels

Een beugel kan dienen als ondersteuning bij zowel het gaan zitten, het zitten zelf als bij het opstaan. Aan beide zijden van het toilet dient een beugel geplaatst te worden.

Er zijn verschillende types van beugels;

- Vaste wandbeugels die horizontaal, verticaal of diagonaal geplaatst kunnen worden. Er zijn tevens vaste handgrepen met een hoek van 45° of 90°

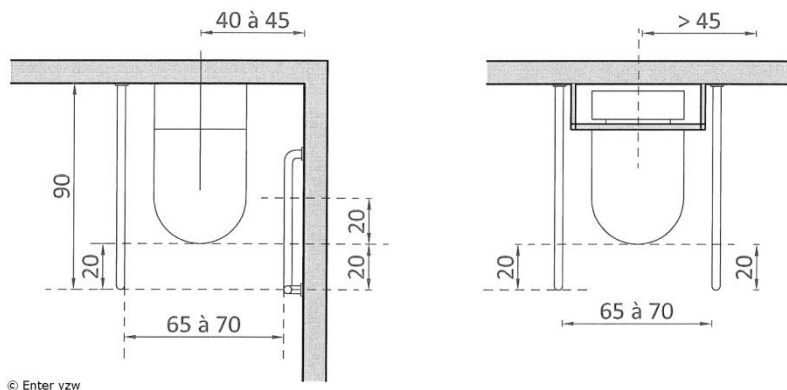
voorhanden waardoor duw- en trekbewegingen gecombineerd kunnen worden.

- Steunbeugels, vast of opklapbaar en bevestigd in de achterwand. Minstens de beugel aan de open zijde dient opklapbaar te zijn om ruimte te kunnen creëren voor het uitvoeren van de transfer en/of hulp te verlenen. Opletten dat de beugel makkelijk omhoog en omlaag geklapt kan worden.
- Indien de beugels tegen de voorzetwand (spoelsysteem) geplaatst worden dient er extra aandacht gaan naar de bevestiging ervan.
- Steunbeugels, nastelbaar in de hoogte of wegneembaar. Dit laatste heeft als voordeel dat beugels geplaatst kunnen worden indien nodig.
- De plaats van het toilet zal de keuze van beugels bepalen.

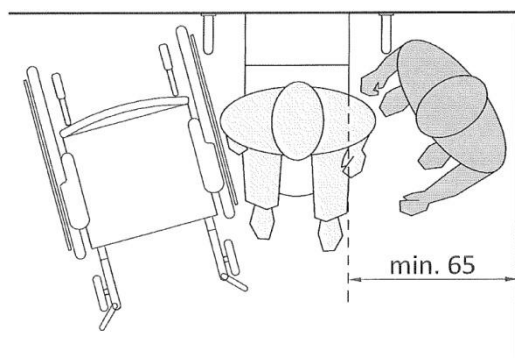
### Afstand as toilet – zijmuur

De afstand van de as van het toilet tot de zijmuur bepaalt enerzijds de keuze van beugel, anderzijds zorgt deze afstand voor min- of meerdere mogelijkheden op vlak van hulpverlening (ruimte om te staan en hulp te bieden, om de rolstoel te plaatsen).

- Indien de as van het toilet ca. 45 cm uit de zijmuur geplaatst wordt, zal een vaste handgreep geplaatst moeten worden.
- Bedraagt deze afstand meer dan 45 cm, dan zal er met een beugel (al dan niet opklapbaar) bevestigd in de achterwand, gewerkt moeten worden.



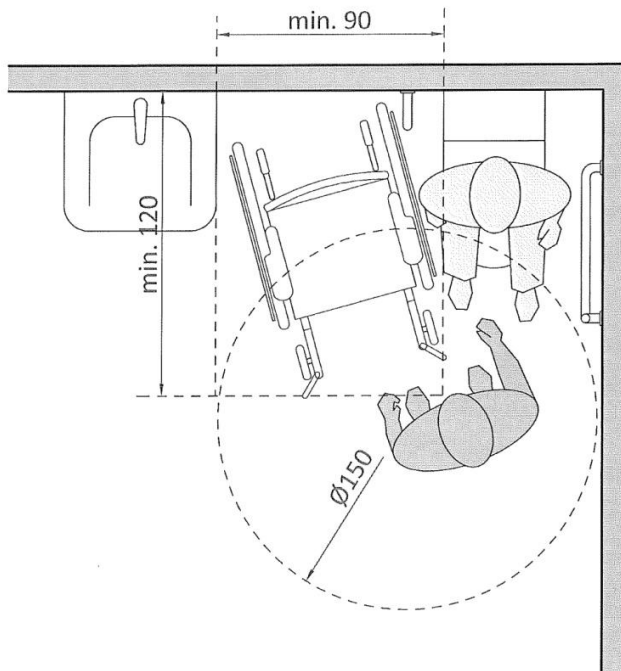
In de sanitaire cel zal het toilet, omwille van de beperkte oppervlakte vaak aanleunen tegen een muur. In de gemeenschappelijke badkamer is er meestal voldoende ruimte om het toilet vrijstaand te plaatsen en zo ook meer ruimte voor zorgverlening vrij te houden.



## Ruimtegebruik

Toilet geschikt voor het verlenen van zorg aan één zijde:

- transferruimte naast de toiletpot min. 90 cm: nodig om een transfer mogelijk te maken van de rolstoel naar het toilet en omgekeerd of als staanplaats voor de hulpverlener.
- vrije ruimte van min. 150 cm voor of naast de toiletpot: nodig om de rolstoel te kunnen plaatsen of te manoeuvreren met een verrijdbare tillift.
- één vaste wandbeugel en één opklapbare beugel (of twee opklapbare beugels) kunnen voorzien worden ter ondersteuning.

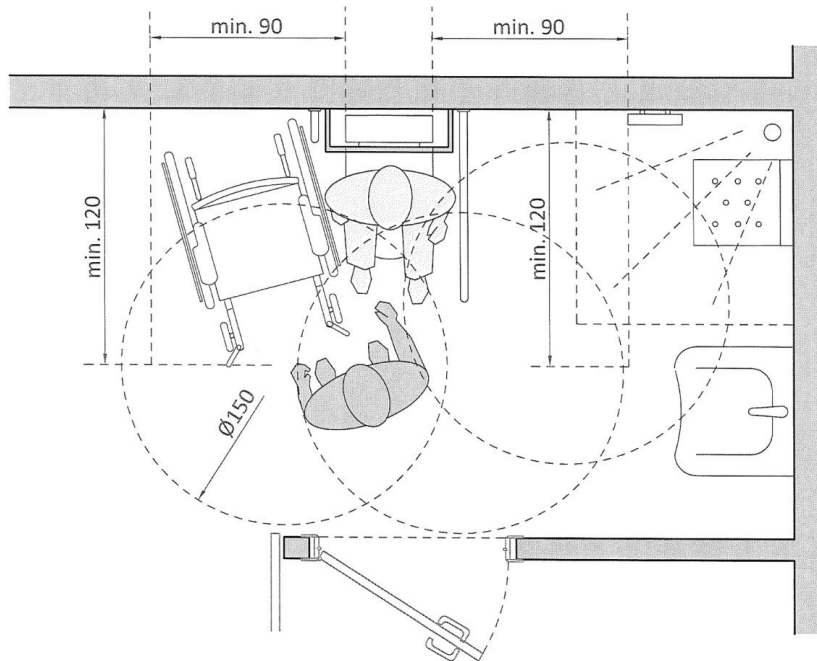


© Enter vzw

Vrijstaand toilet, geschikt voor het verlenen van zorg aan beide zijden:

- transferruimte naast de toiletpot min. 90 cm links en rechts: om een transfer mogelijk te maken van de rolstoel naar het toilet en omgekeerd of als staanplaats voor één of twee hulpverleners.
- vrije ruimte van min. 150 cm voor of naast de toiletpot: om de rolstoel te kunnen plaatsen of te manoeuvreren met een verplaatsbare tillift.
- twee opklapbare beugels kunnen voorzien worden ter ondersteuning.

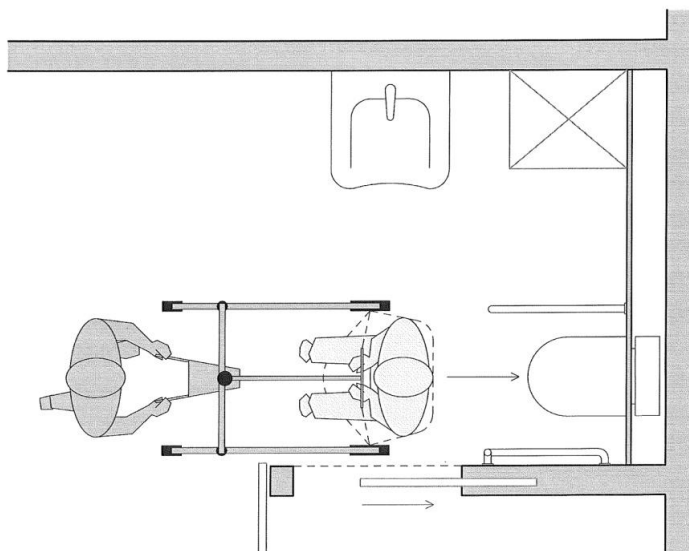




© Enter vzw

### Bereikbaarheid toiletpot

De bereikbaarheid van de toiletpot vormt een belangrijk element voor het gebruik van hulpmiddelen. Optimaal is de toegang naar de toiletruimte gelegen recht tegenover de toiletpot (recht op recht benadering). Op deze wijze kan de toiletpot recht bereikt worden met hulpmiddelen waardoor minder complexe manoeuvres gemaakt moeten worden.



© Enter vzw

Simulatievoorbeld:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet >>](#)

## 4.2.5 Gebruik van een douche



Een douche kan zowel in een sanitaire cel als in een gemeenschappelijke badkamer voorzien worden. Ruimtelijk verschillen zij niet sterk van elkaar. In een sanitaire cel zal de douche (omwille van organisatorische en ontwerpmatige redenen) minder ruimte krijgen dan in een gemeenschappelijke badkamer.

Een drempelloze douche biedt de meeste gebruiksmogelijkheden zowel voor de bewoner als voor de hulpverlener. De douche moet ook steeds bereikbaar en bruikbaar zijn met hulpmiddelen zoals een verrijdbare douchewagen of een verrijdbare tillift.

Ook kan deze zone voor douchen, indien niet gebruikt, multifunctioneel ingezet worden voor het plaatsnemen van een hulpverlener, het plaatsen van een rolstoel...

### **Douchezone**

Indien de sanitaire cel voorzien wordt van een douchezone wordt deze steeds in een hoek geplaatst :

- De douchezone loopt gelijklopend met de omliggende vloer (drempelloos) en beslaat een ruimte van minimum 100 cm x 100 cm.
- Een beperkte plaatselijke helling is nodig in functie van de afwatering. Het hellingspercentage is optimaal beperkt tot max. 2% zodat ze geen hinder vormt naar stabiliteit voor de gebruik of hulpverlener. Ook voor het gebruik van verrijdbare hulpmiddelen zorgt deze helling ervoor dat deze nog net blijven staan, zonder hiervoor de rem op te zetten. Deze helling kan ervoor zorgen dat het water naar een centraal punt of naar één zijde kan aflopen.
- De afvoer kan voorzien worden op verschillende manieren. Langwerpige roosters zijn duurder in aankoop, een afvoerputje in het midden van de douchezone kan hinder veroorzaken voor het plaatsen van de voeten.

In de gemeenschappelijke badkamer is een grotere douchezone aangewezen omdat hier gebruik gemaakt wordt van hulpmiddelen zoals een verrijdbare douche-toiletstoel of een douchebrancard (voor meer uitleg: zie verderop in dit item). Zowel in de sanitaire cel als in de gemeenschappelijke badkamer moet de vloer voorzien worden van een antisliplaag en mag deze geen oneffenheden vertonen.

### **Thermostatische douchemengkraan en douchekop op glijstang**

Een thermostatische douchemengkraan zorgt voor een eenvoudige instellingsmogelijkheid van de juiste temperatuur, sluit verbrandingsgevaar uit en is makkelijk te bedienen.

Vermits er vaak hulp geboden wordt bij het douchen is het raadzaam om de kraan verder uit de achterwand te situeren. Hierdoor is de kraan uit de waterstraal geplaatst waardoor de hulpverlener minder nat wordt.

Aangezien de douche in de sanitaire cel het zelfstandig gebruik zolang mogelijk moet ondersteunen mag de afstand van de kraan t.o.v. de douchezit ook niet te groot worden zodat de bewoner de kraan vanuit zit kan bedienen.

De hoogte van de kraan vereist eveneens extra aandacht. Voor zelfstandig gebruik is deze maximaal 90 cm (bovenzijde). Voor de hulpverlening is dit relatief laag waardoor een hoogte van 100 à 110 cm meer aangewezen is.

Een losse douchekop, te bevestigen op een glijstang, is het meest aangewezen. Een vaste douchekop zorgt ervoor dat het koude water over de gebruiker heen loopt. Om zowel zittend als staand te kunnen douchen is een voldoende lange doucheglijstang vereist.

De kraan en de glijstang mogen niet geplaatst worden op dezelfde muur als deze waar de douchezit voorzien wordt. Dit zou namelijk het zelfstandig gebruik vanuit zit onmogelijk maken.

### **Afscherming**

Indien afscherming van de douchezone gewenst is wordt de douche best voorzien van een douchegordijn. Dit biedt de meeste mogelijkheden betreffende de toegankelijkheid van de douche voor de gebruiker en de hulpverlener.

### **Beugels**

Een handgreep kan dienen als ondersteuning bij zowel het staan, het gaan zitten, het zitten zelf als bij het terug opstaan. Minimaal aan muurzijde dient een handgreep geplaatst te worden.

Er zijn verschillende mogelijkheden;

- Vaste handgrepen die horizontaal, verticaal of diagonaal geplaatst kunnen worden. Er bestaan vaste handgrepen met een hoek van 45° of 90° waardoor duw- en trekbewegingen combineerbaar zijn.
- Hoekwandbeugel(s), eventueel geplaatst op twee muren. De horizontale beugel kan gebruikt worden om een (wegneembare) douchezit aan te hangen, een tweede beugel kan steun bieden. Eventueel kan bijkomend een verticale beugel geplaatst worden die naast het bieden van steun ook dienst kan doen als glijstang.

### **Douchezit**

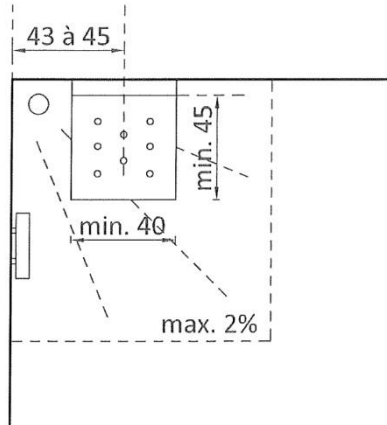
De douche kan uitgerust worden met een vaste of een wegneembare douchezit.

Indien gekozen wordt voor een vaste douchezit is het belangrijk om de plaats ervan te bepalen ten opzichte van de douchekraan.

Indien gekozen wordt voor een verplaatsbare douchezit is het belangrijk om de wijze van ophanging in acht te nemen. Ook hier is de plaats ten opzichte van de douchekraan belangrijk.

Plaats een vaste of wegneembare douchezit nooit op dezelfde wand als de kraan, maar op de aangrenzende wand. Zo blijft de kraan bereikbaar voor de bewoner.

De afstand van de as van de douchezit tot de wand bedraagt ongeveer 43 cm à 45 cm.



© Enter vzw

De hoogte van de douchezit bevindt zich tussen de 45 cm en 50 cm. Een muurbevestiging vereist uiteraard een voldoende stevige muur. Indien deze niet voorhanden is of niet voorzien kan worden bestaan er zitjes met een extra (opklapbare) steunpoot.

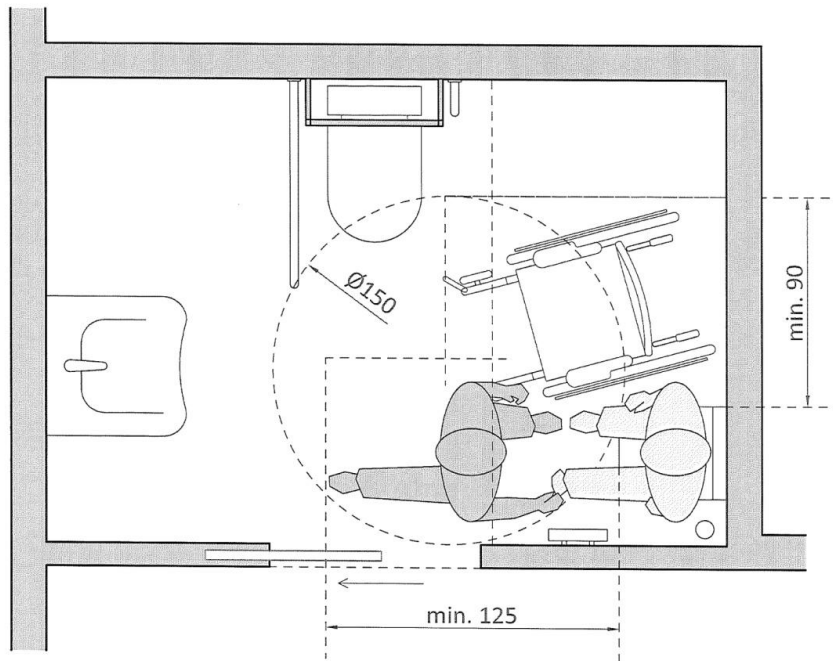
Er is steeds een voldoende groot zitoppervlak vereist voor het zitcomfort (min. 45 cm diep x 40 cm breed). Zeker voor ouderen zorgt dit voor een comfortabel gebruik. Het plaatsnemen verloopt vlotter en er is voldoende marge aanwezig om neer te komen.

De zitjes die uitgevoerd zijn met een rugleuning bieden meer zitcomfort en zorgen ervoor dat de gebruiker niet met de rug tegen een koude muur moet aanleunen. Opklapbare armsteuntjes zijn bevorderlijk voor een veiligheidsgevoel tijdens het zitten en bieden steun bij het rechtekomen.

### Ruimtegebruik in een sanitaire cel

Het gebruik van een douche in een sanitaire cel vraagt:

- een doucheoppervlak van minimum 100 cm x 100 cm;
- een strook van 65 cm breed naast de douchezit om rechtop staand en voorovergebogen zorg te kunnen verlenen;
- transferruimte naast douchezit min. 90 cm: nodig om een transfer mogelijk te maken van de rolstoel naar het toilet en omgekeerd of als staanplaats voor de hulpverlener;
- 125 cm vanaf de voorzijde van de douchezit om de zorgverlener toe te laten in geknielde houding te werken;
- vrije ruimte van min. 150 cm ter hoogte van de douchezone: om de rolstoel te kunnen plaatsen of te manoeuvreren met een verrijdbare tillift;
- minimum één vaste wandbeugel moet voorzien worden.



© Enter vzw

### Ruimtegebruik in een gemeenschappelijke badkamer

In een gemeenschappelijk badkamer wordt naast een vaste of verplaatsbare douchezit ook gebruik gemaakt van een verrijdbare douchewagen.

Een douchewagen wordt gebruikt voor het efficiënt douchen van bewoners met een ontbrekende zitfunctie en stabiliteit. De afhankelijke positie bij het liggend douchen is niet wenselijk voor iedereen. De voordelen van een verrijdbare douchewagen zijn onder andere:

- een comfortabele zithouding;
- de beperkte ruimte die nodig is om te manoeuvreren;
- een makkelijkere hulpverlening (persoon kan gedraaid worden om bijvoorbeeld de rugzijde te wassen).

Een ruimte van minimum 195 cm op 80 cm dient voorhanden te zijn om de douchewagen in niet gebruikte toestand te plaatsen. Het gebruik van een douche in een gemeenschappelijke badkamer vraagt daarom ook meer ruimte om te kunnen handelen en manoeuvreren:

- een doucheoppervlak van minimum 180 cm x 180 cm. Deze zone biedt ruimte om als zorgverlener een verrijdbare douche-toiletstoel aan beide zijden te bereiken alsook te verplaatsen.

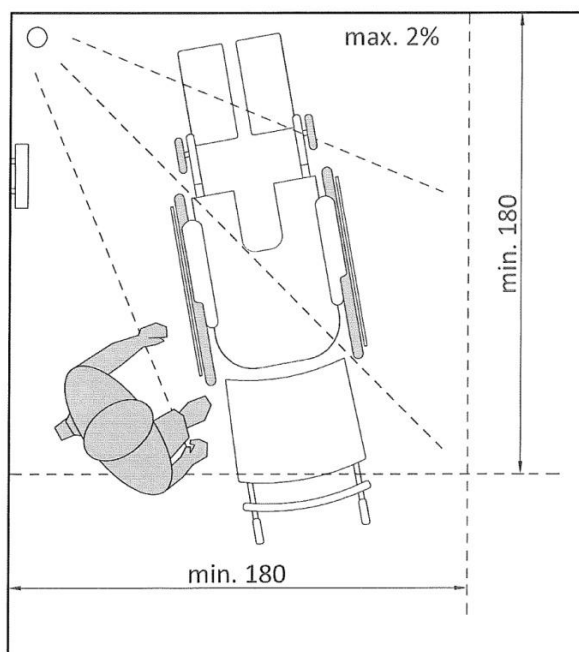
Zorg voor de juiste plaatsing van een thermostatische douchemengkraan; goed bereikbaar en voorzien van een voldoende lange doucheslang.

Een douchekop met knijpfunctie zorgt voor een makkelijke bediening: de kraan kan opengedraaid blijven omdat het water pas spuit zodra de douchekop dichtgeknepen wordt.

De afvoer van de douchewagen betreft een afvoerslang die op de sifon geplaatst kan worden. Als alternatief kan gekozen worden voor een douchepaneel dat zowel de afvoer als de watertoevoer voorziet. De douchewagen wordt met de afvoer over een soort van uitgietsbak gereden.

Douchen met een douchewagen vereist ruimte aan beide zijden evenals ruimte aan het hoofdeinde om de haren te wassen.

Eenmaal de kraan dichtgedraaid wordt kan de zorgvrager het snel koud krijgen. Dit kan opgevangen worden door boven de plaats voor de douchewagen een infraroodlamp te installeren.



© Enter vzw

### Verrijdbare douche-toiletstoel

Douchewagens kunnen uitgerust worden met een toiletzitting. Het bijkomend voordeel van deze verrijdbare douche-toiletstoelen is de mogelijkheid tot het uitvoeren van de toiletfunctie. Door de uitsparing in de zitting kan de stoel voorzien worden van een ondersteek of kan bij achteruit over het toilet gereden worden. Transfers worden hierdoor tot een minimum herleid.

Het nadeel van verrijdbare douche(-toilet) stoelen is de afhankelijkheid van derden betreffende de verplaatsing. Gezien de zorgafhankelijkheid van veel bewoners weegt dit nadeel niet door.

Voor personen met een zware zorgbehoefte, die vaak beschikken over een zeer beperkte zitbalans en stabiliteit, is het gebruik van een in hoogte verstelbare en kantelbare stoel (tot horizontale positie) het meest aangewezen. Dit biedt het meeste comfort voor de bewoner alsook voor de zorgverlener die zich niet hoeft te bukken en de persoon volledig kan benaderen.

## 4.2.6 Gebruik van een hoog – laag bad



Ligbaden bestaan in diverse uitvoeringen; een bad op standaardhoogte, een verhoogd en/of onderrijdbaar bad, een hoog -laag bad, kantelbad...

Voornameijk in functie van een ergonomische zorgverlening is een hoog - laag bad het meest aangewezen badtype voor het gebruik in de gemeenschappelijke badkamer.

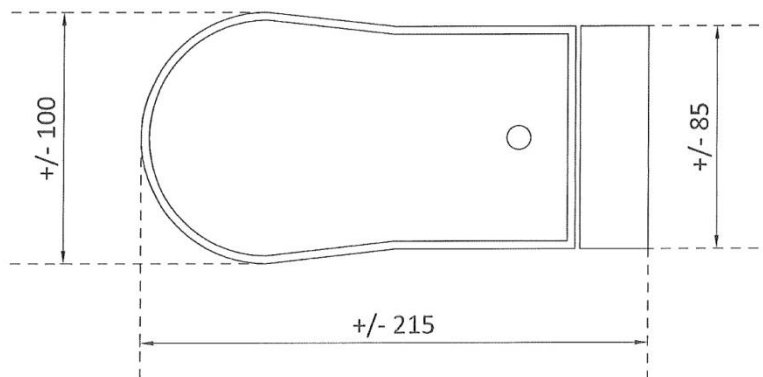
Een bad zal niet alleen gebruikt worden omwille van dagelijkse hygiëne, maar kan ook ingezet worden als ontspanningselement. Zeker voor bewoners met een hoge zorggraad of bewoners met dementie kan dit een meerwaarde betekenen.

### Algemeen

Voordelen van een hoog-laag bad:

- elektrisch verstelbaar in hoogte waardoor de ideale positie qua verzorging op een eenvoudige manier bepaald kan worden;
- standaard onderrijdbaar voor het gebruik van een verrijdbare tillift;
- bruikbaar met een badlift.

Hoog-laag baden zijn ruimer bemeten dan een standaard bad. Extra ruimte is bijgevolg steeds vereist voor de inplanting.



© Enter vzw

Uiteraard dient de plaats van het bad van in het begin gekend te zijn in functie van de benodigde aansluitingen (water en elektriciteit).

### Bereikbaarheid in functie van de zorgverlening

Een bad is niet flexibel of verplaatsbaar in een ruimte. Optimaal biedt het de mogelijkheid om zorg te verlenen aan drie zijden (vrijstaand in de ruimte).

Om het bad bruikbaar te maken met een verrijdbare tillift is de bereikbaarheid van het bad aan beide (lange) zijden aangewezen. Indien de tillift aan één zijde onder het

bad staat is het aangewezen dat de zorgverlener aan de andere zijde de nodige handelingen kan uitvoeren.

#### *Onderstaanbaarheid*

Het bad moet onderstaanbaar zijn waardoor er voldoende voetenruimte aanwezig is voor de zorgverleners. Om een goede werkhouding aan te kunnen nemen is het nodig dat de zorgverlener zijn voeten deels onder bijvoorbeeld het bad kan plaatsen. Dit vereist een vrije hoogte van minimum 15 cm (beter 20 cm) en een vrije diepte van 15 cm en dit bij voorkeur over de volledige lengte van het inrichtingselement.

#### *Onderrijdbaarheid*

Naast onderstaanbaar moet het bed steeds onderrijdbaar zijn voor hulpmiddelen zoals een verrijdbare tillift, een badlift ...

#### *Overzicht over de ruimte*

Specifiek voor personen met dementie kan de plaats van het bad en daarbij horend de mogelijkheid om overzicht over de ruimte te behouden een aandachtspunt vormen. Dit kan eventueel opgelost worden door een andere positie van het bad in de ruimte of door te kiezen voor een vrijstaande oplossing (alle zijden bereikbaar).

De onmogelijkheid om als persoon met dementie vanuit het bad (liggend) oogcontact te kunnen houden met de verzorger die zich eventueel op een ander punt in de ruimte bevindt, zorgt namelijk voor een gevoel van veiligheid en geborgenheid zodat het badgebeuren minder belastend wordt.

#### **Gebruiksruimte en circulatieruimte**

Minimaal aan één zijde van het bad moet er ruimte zijn om in en uit het bad te stappen, het bad te bereiken met een verrijdbare tillift, om verzorgingsactiviteiten uit te voeren, enz.

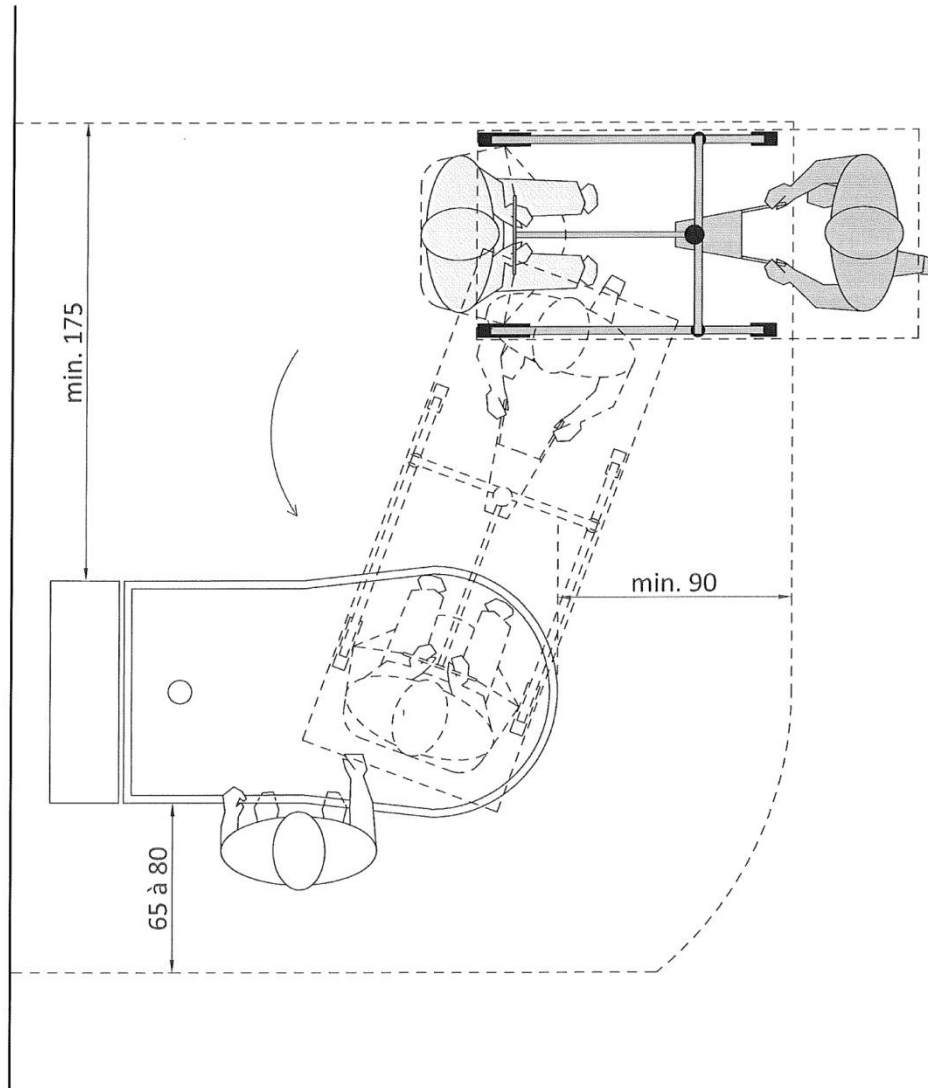
Er zijn specifieke bad-hulpmiddelen verkrijgbaar zoals onder andere een hoog-laag stretcher en een badliftstoel. De gebruiksruimte die vereist is voor het bedienen en het gebruik van deze toestellen komt ongeveer overeen met deze van een verrijdbare tillift.

Om zorgverlening door twee personen mogelijk te maken is het aangewezen om de beschreven gebruiksruimte eveneens aan de andere zijde van het bad te voorzien.

Gebruiksruimte rond een hoog-laag bad:

- min. 175 cm aan één lange zijde voor benadering en gebruik van hulpmiddelen;
- minimum 65 cm en beter 80 cm aan één zijde voor uitvoeren van recht op en voorovergebogen werkhoudingen;
- min. 90 cm tussen de andere inrichtingselementen om vlot te circuleren naar de andere zijde.





© Enter vzw

Let op, op de principeschetsen is steeds uitgegaan van een badlengte van ca. 218 cm en een badbreedte tussen 85 cm en 100 cm (afhankelijk van de vormgeving). Dit kan echter variëren naargelang het gekozen badtype.

Simulatievoorbeeld:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad >>](#)

## 5 Ruimtelijke vertaling van toegankelijkheid

In directe relatie tot het gebruik van een 'woonzorgcentrum' worden drie belangrijke zones bepaald (de private, de semipublieke en de publieke zone). Elk van hen zal, omwille van het gebruik, een meer specifieke gradatie van toegankelijkheid moeten kunnen invullen.

Afhankelijk van de functie van de ruimte, zullen ook de nood aan het gebruik van hulpmiddelen, de aanwezigheid van inrichtingselementen en de gewenste functionaliteit van de handelingen bepalend zijn. Ontwerpers en bouwheren moeten dus steeds een puzzel maken, die aansluit op hun specifieke vraag (ruimtelijke context, programma...).

Alle opgenomen thema's worden onderverdeeld onder de volgende basishoofdstukken:

[Toegang tot een ruimte >>](#)

[Private ruimten >>](#)

[Semipublieke ruimten >>](#)

[Publieke ruimten >>](#)

### **Wat kan je wel of niet terugvinden in de opgenomen thema's?**

De inspiratiebundel geeft voornamelijk een antwoord op de louter ruimtelijke elementen (infrastructuur) van een woonzorgcentrum. Om tot deze voorwaarden te komen is het van belang om een zicht te hebben op de verschillende groepen gebruikers van de ruimten. In grote lijnen kunnen we 3 categorieën benoemen, namelijk bezoekers, personeel en bewoners.

Kenmerkend voor een woonzorgcentrum is de verscheidenheid aan mogelijkheden van de groep bewoners. Dit is dan ook een belangrijke factor. Deze zal zich voornamelijk uiten in die zones (private en semipublieke) van het gebouw waar zij hoofdzakelijk verblijven. Om te komen tot een breder gemiddelde voor de groep bewoners is het dus van belang om een zicht krijgen op de noden van de gebruikers met beperkingen. De redenering is immers steeds dat wat voor de 'zwakste' gebruiker goed is, ook nuttig voor de andere gebruikers.

Zo onderscheiden we onder andere volgende bepalende beperkingen :

- bewoners met motorische beperkingen zoals moeilijkheden met stappen of het ontbreken van de loopfunctie, evenwichtsmoeilijkheden, beperkte arm- of handfunctie...;
- bewoners met een visuele beperking: blind of slechtziend;
- bewoners met een auditieve beperking: slechthorend of doof;
- bewoners met dementie.

Het is onbegonnen werk om in deze bundel alle aandachtspunten voor elke groep op zich te verwerken. Voor bewoners met motorische beperkingen en ook voor slechtzienden en blinden zijn de concrete maatvoeringen in een gebouw doorslaggevend voor een goed gebruik. In deze bundel worden vanuit dit oogpunt dan ook de belangrijke (ruimtegebonden) maatvoeringen beschreven.

Voor bewoners die kampen met dementie, vraagt het begrijpen van de ruimte specifieke aandacht. Deze wordt echter niet volledig omvat door principes met betrekking tot toegankelijkheid. Omwille van de specifieke noden waarmee personen met dementie worden geconfronteerd bij het functioneren in een woonvorm, worden in de bundel ook dementievriendelijke ontwerpprincipes aangegeven.

Algemeen (op een paar punten na) zullen deze specifieke aandachtspunten voor personen met dementie ook steeds het wooncomfort van andere gebruikers ten goede komen. In deze inspiratiebundel worden de dementievriendelijke principes dan ook alleen maar als dusdanig benoemd wanneer ze veeleer exclusief voor mensen met dementie van belang zijn. Daar waar ze conflicten opleveren, wordt de nodige duiding gegeven.

## 5.1 Toegang tot een ruimte

### 5.1.1 Toegang algemeen



Het aspect 'toegang' is niet alleen een onderdeel van een private kamer, maar ook voor een gemeenschappelijk sanitair, de toegang tot leefruimten, tot een afdeling, tot sanitaire cellen ...

Een toegang kan ruimtelijk (architecturaal) verschillende vormen aannemen: deuren, open doorgangen of versmallingen in een ruimte. Een echte toegang onder de vorm van een deur is dus niet altijd aanwezig, maar is wel de meest voorkomende.

Het functioneel aspect dient steeds te primeren. Aandachtspunten betreffen vooral aspecten met betrekking tot de bereikbaarheid, de zichtbaarheid en de bruikbaarheid.

De toegang tot de ruimte wordt voornamelijk besproken in het kader van toegangen gelegen in de private en de semipublieke ruimten van het gebouw.

#### Zichtbaarheid

Elke toegang tot een ruimte moet makkelijk vindbaar zijn. Een belangrijk element op dit vlak is de zichtbaarheid. Deze kan benadrukt worden door eenvoudige elementen zoals:

- contrasten of accenten in kleur- en/ of materiaalgebruik;
- vormgeving van de toegangsdeur: uitwerking van de deurkader, open of gesloten type ...;
- vormgeving van de aanliggende circulatieruimte of gang: inspringende nis ter hoogte van de toegang tot een ruimte;
- signalisatie door middel van symbolen en/ of afbeeldingen: aangeven van de bewoner van de kamer door een foto en naam, kamernummer, symbolen en figuren ...

Zichtbaarheid zorgt er steeds voor dat de toegangen goed lokaliseerbaar zijn voor iedereen. Ruimten waar echter niet iedereen vrije toegang toe heeft, zoals een gemeenschappelijke badkamer of opslagruimte, worden beter niet zichtbaar voorzien of zonder accenten uitgevoerd zodat ze eerder opgaan in de algemene omgeving.

Specifiek voor personen met dementie zijn toegangen tot een ruimte van essentieel belang. Een aantal punten vormen een bijzonder aandachtspunt:

- contrasten in helderheid en/ of kleurgebruik: minimale verschillen worden niet opgemerkt. Ook verschillen in textuur zijn onvoldoende om de deur voldoende zichtbaarheid te geven voor deze groep personen;
- er is een voldoende verschillende aankleding van de aanliggende circulatieruimte: de eigenheid van de toegang gaat verder dan bijvoorbeeld de deur op zich.

- De toegang van ruimten waar bewoners geen toegang tot hebben gaan op in de omgeving en worden niet benadrukt (exit design). Optimaal gezien zijn zij ook gelegen langsheen de circulatierichting en niet dwars op de route. Zo vallen ze ook minder op.

Deze bovenstaande elementen die belangrijk zijn voor personen met dementie kunnen soms niet verenigbaar zijn met de aandachtspunten m.b.t. toegankelijkheid. Op een afdeling waar voornamelijk personen met dementie aanwezig zijn, is het echter noodzakelijk dat deze de bovenhand nemen.

### **Drempelloosheid**

Alle doorgangen ter hoogte van deuren, doorgangen, versmallingen ... moeten net zoals gangen drempelloos uitgevoerd worden. Binnen in het gebouw betekent dit een 0-marge.

In het bijzonder voor personen met de ziekte van Alzheimer betekent drempelloos ook een mentale drempelloosheid. Dit betekent onder meer dat vloerovergangen vrij zijn van kleur- en helderheidscontrasten. Zijn zij - op een voor hen onlogische plaats – aanwezig, dan worden als ‘drempel’ ervaren, ze vertragen de tred en verhogen spanning.

### **Bedieningswijze van een deur**

Iedereen, zowel personeel, bewoners als bezoekers moeten deuren op een ergonomische manier kunnen bedienen. De uitvoering van deuren moet steeds voldoen aan belangrijke functionele eisen.

De wijze waarop we de deur kunnen openen en sluiten, zal steeds bepalen welk ruimtegebruik vereist is.

#### *Manueel bedienbare deuren*

Dit betekent dat men voor het openen en sluiten van de deur een beroep doet op de eigen arm- en handfunctie.

De ruimtelijke criteria van een manueel bedienbare deur zijn steeds afhankelijk van volgende handelingen (steeds in twee richtingen):

- de deur bereiken, zich kunnen verplaatsen tot aan de deur;
- de deurkruk vastnemen;
- de deur manueel openen door de deurkruk te hanteren;
- zich doorheen de versmalling verplaatsen.

In een woonzorgcentrum zullen voornamelijk manueel bedienbare deuren voorkomen. Omwille van de bovenvernoemde handelingen is de specifieke gebruiksruimte die rond een deur voorzien wordt van groot belang. Aandachtspunten hierbij zijn de vrije doorgangsbreedte, zijdelingse opstelruimte, vrije manoeuvreerruimte en de vormgeving van de deurkruk.

[Manueel bedienbare deuren >>](#)

#### *Automatische deuren*

Dit betekent dat men voor het openen en sluiten van de deur een beroep doet op een geautomatiseerd systeem.

De ruimtelijke criteria van een automatische deur zijn steeds afhankelijk van volgende handelingen (steeds in twee richtingen):

- zich kunnen verplaatsen tot aan het openingsmechanisme;
- het bedienen (of passeren) van het openingsmechanisme: knop, sensor ...;
- zich doorheen de versmalling verplaatsen.

Geautomatiseerde deuren zullen in een woonzorgcentrum voornamelijk voorkomen in de publieke en semipublieke zone en minder in het private deel van het gebouw.

[Automatisatie van de toegangsdeur >>](#)

## 5.1.2 Manueel bedienbare deuren



Hieronder worden deuren verstaan waarbij men voor het openen en sluiten van de deur een beroep doet op de eigen arm- en handfunctie.

Het kan hier zowel om draaideuren als schuifdeuren gaan.

### Vrije doorgangsbreedte

In functie van een goede toegankelijkheid (en zeker met gebruik van hulpmiddelen) is de vrije doorgangsbreedte van deuren steeds minimum 90 cm. Deze laat toe op een vlotte wijze de versmalling te passeren.

De vrije doorgangsbreedte wordt gemeten tussen het openstaande deurblad en de rand van de aanslaglat op het deurkader. Bij schuifdeuren beslaat deze de afstand tussen de kopse rand van het deurblad en de uiterste rand van het deurkader in open (maximale) stand.

In geval van deuren bestaande uit dubbele deurvleugels, wordt de vrije doorgangsbreedte bepaald wanneer het eerst opengaande deurblad 90° open staat. De uiterste rand van de tweede (gesloten) deurvleugel vormt de grens.



© Enter vzw

### Drempelloosheid

Alle deuropeningen moeten drempelloos uitgevoerd worden. Het kleinste niveauverschil, bijvoorbeeld door het gebruik van een verschillende vloerafwerking, werkt zeer storend bij onder andere het gebruik van verrijdbare tilliften.

Ter hoogte van een overgang tussen buiten en binnen kan een maximale drempel van 2 cm toegelaten worden, indien er voor een afgeschuinde of afgeronde afwerking gezorgd wordt.

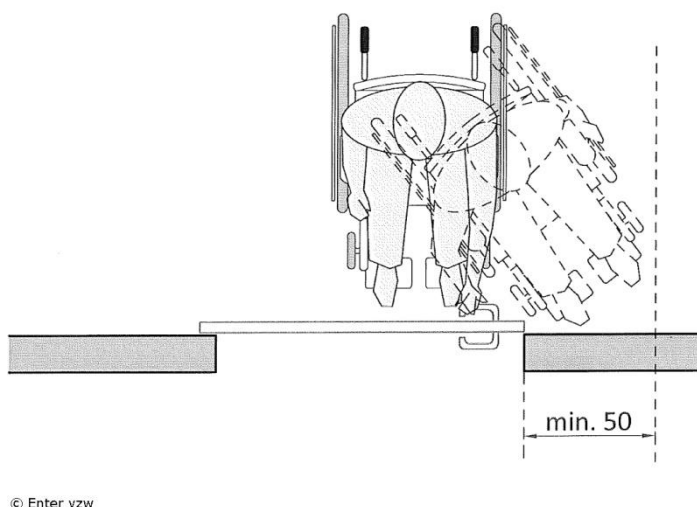
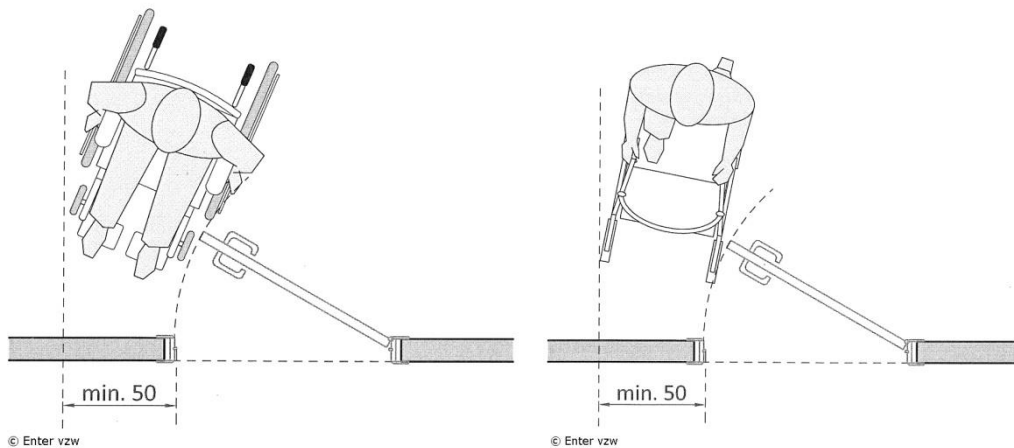
### Zijdelingse opstelruimte

Een goede bereikbaarheid van de deurkruk vereist de aanwezigheid van voldoende zijdelingse opstelruimte. Deze is gelegen buiten de deurzwaai van de deur en laat iemand toe de deurkruk fysiek te bereiken. Ook als gebruiker met een loophulpmiddel is deze opstelruimte van cruciaal belang. Voor zorgverleners die bewoners verplaatsen door gebruik te maken van een rolstoel of een verrijdbare tillift, zorgt deze opstelruimte voor meer gebruikscomfort.

Een te enge plaatsing ten opzichte van een naastgelegen wand of kast dient vermeden te worden. Deze zijdelingse vrije ruimte is steeds min. 50 cm zowel aan de duw- als de trekzijde van de deur.

De zijdelingse opstelruimte wordt gemeten vanaf de uiterste rand van de aanslaglat van het deurkader (aan deurkrukszijde) tot in de ruimte of tot tegen een naastgelegen wand of object.

De zijdelingse opstelruimte moet vrij zijn van obstakels, zowel in de breedte als in de diepte. Kolommen, kasten, radiators en andere obstakels vormen knelpunten en dienen op een voldoende ruime afstand geplaatst te zijn.



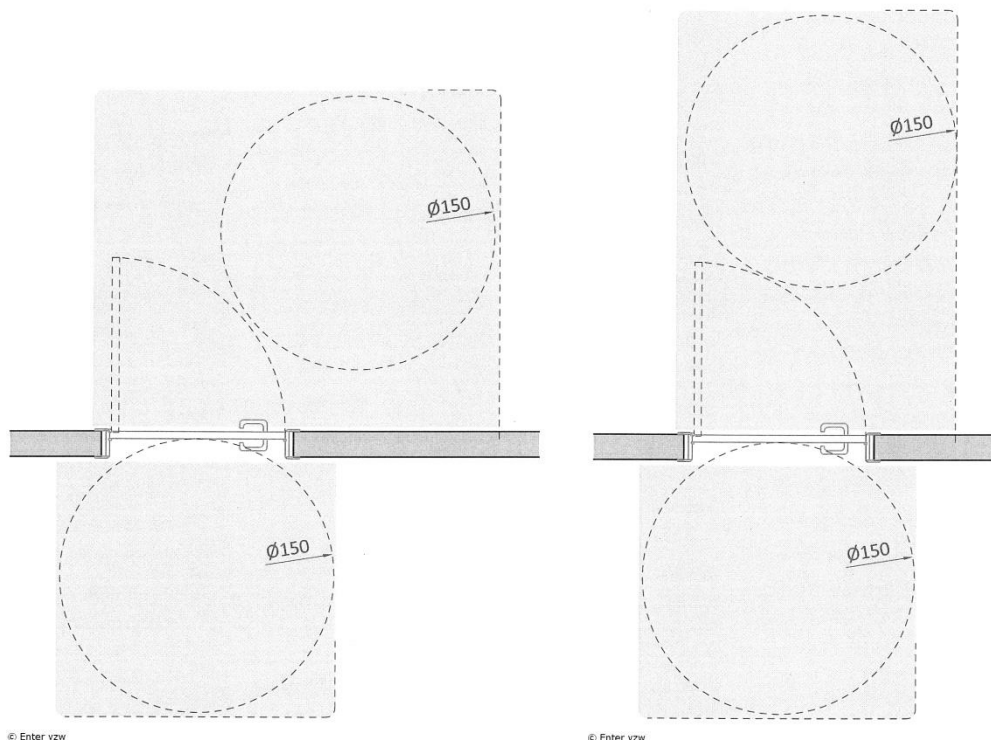
### Vrije manoeuvreerruimte



Wanneer een persoon handelingen uitvoert zoals het open en sluiten van een deur, maakt ons lichaam verschillende bewegingen. De aanwezigheid van een vrije draairuimte laat toe om ook vanuit een zittende houding (rolstoel) of met een hulpmiddel zoals een looprek, een tilsysteem... te manoeuvreren.

We hebben deze ruimte nodig om de deur te benaderen, ze open te duwen of trekken en ze terug te sluiten. Om geen knelpunt te vormen, dient ze buiten de deurzwaai te liggen.

Draairuimten kunnen steeds multifunctioneel gebruikt worden. Zo kan een zone dienen voor zowel toegang tot de kamer als de sanitaire cel, gebruiksruimte voor het maken van transfers, gebruik van bergruimten zoals kasten ...



Simulatievoorbeeld:

[Deur openen en sluiten door een zelfstandig rolstoelgebruiker >>](#)

### Vormgeving deurkruk

De vormgeving van de deurkruk is van groot belang in functie van een goede bediening van de deur. De deurkruk moet op een goede manier vastgenomen kunnen worden wat wil zeggen met de volledige hand omvat.

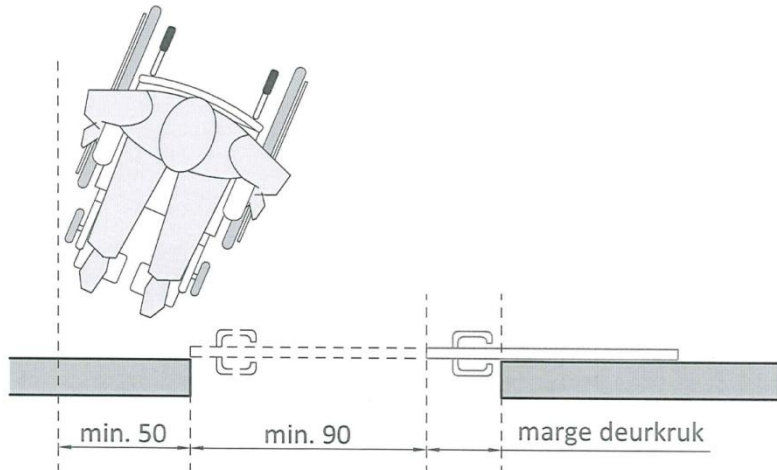
Deurkrukken onder de vorm van een bol of knop bemoeilijken het gebruik. Omwille van de vormgeving bieden deze weinig grip of steun.

Een U of L-vorm is steeds het meest ergonomisch. Deze liggen goed in de hand, hebben een voldoende groot grijpvlak en zijn ook met een minder goede handfunctie bruikbaar.

Deurkrukken voor deuren die naar een buitenomgeving leiden kunnen ook onder de vorm van een (horizontale of verticale) greep voorzien worden. De greep is in de hoogte goed bereikbaar voorzien.

### Deurkruk bij schuifdeuren

Ook voor schuifdeuren vormt de deurkruk een belangrijk punt. Vaak worden grepen voorzien ingewerkt in het deurblad zodat het deurblad maximaal weggeschoven kan worden. Deze grepen voldoen echter niet aan de vraag van een ergonomisch gebruik voor een grote groep gebruikers. De plaatsing van een opbouwdeurkruk, die met de volledige hand omvat kan worden, is ook hier aangewezen. Hierbij dient gelet op het verlies aan vrije doorgangsbreedte die deze deurkruk veroorzaakt bij het openstaan van de deur.



© Enter vzw

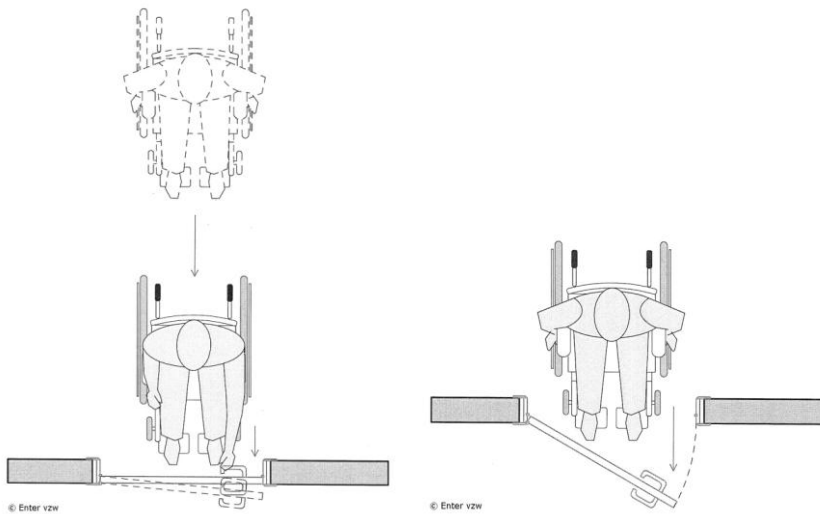
### 5.1.2.1 Deur openen en sluiten door een zelfstandig rolstoelgebruiker

Het zelfstandig openen en sluiten van een draaideur vanuit een manuele rolstoel vereist verschillende manoeuvres. Om een idee te geven over de veelheid van acties en het vereiste ruimtegebruik volgt hieronder een simulatie.

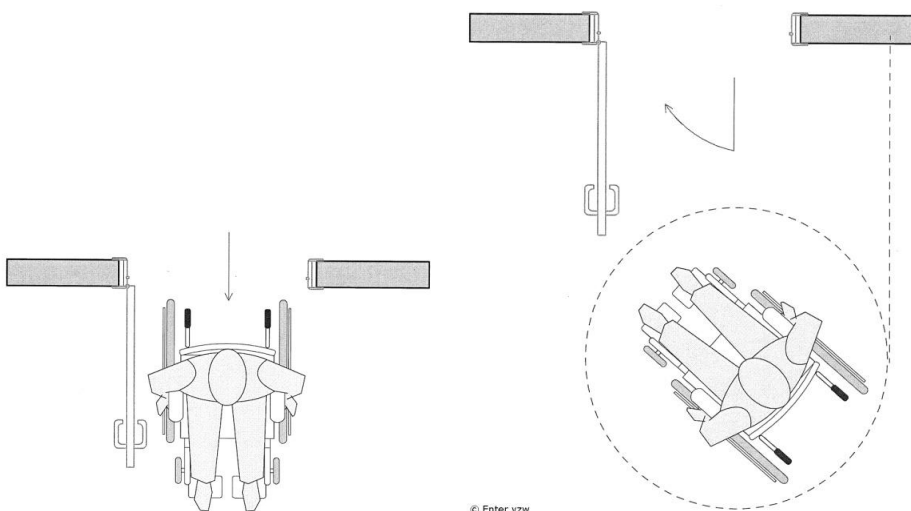
#### *Een deur openen vanaf duwzijde*

De rolstoelgebruiker

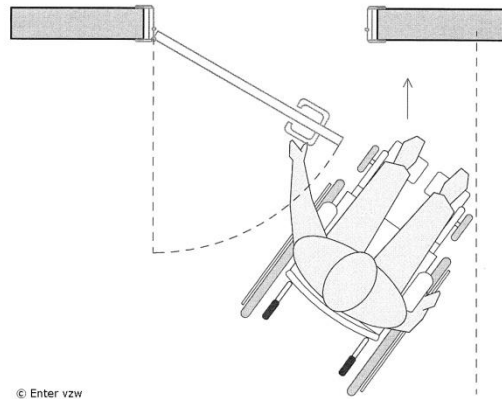
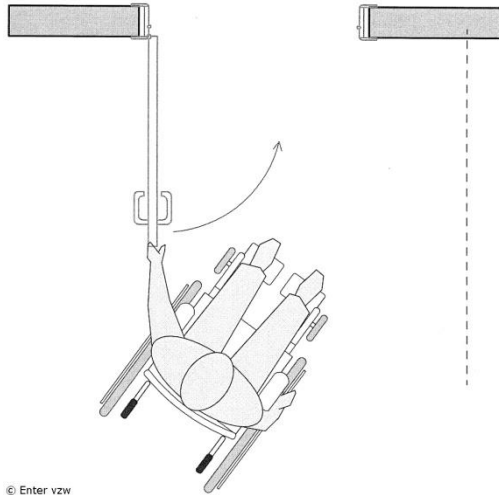
1. verplaatst zich naar de deur. Hij gebruikt de ruimte voor de deur om de deurkruk vast te nemen en de deur te openen (kan ook meer zijdelings zijn). Na het ontsluiten van de schieter kan de deur met een beperkte beweging van de rolstoel verder opengeduwd worden.



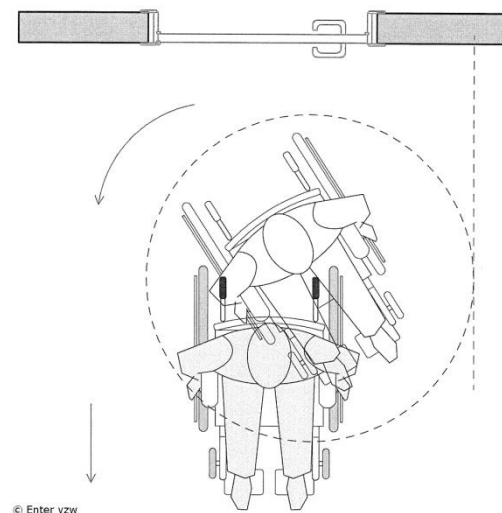
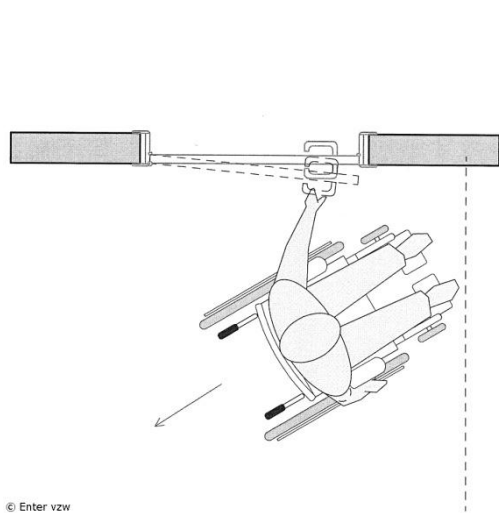
2. Hij passeert de deur. In de aangrenzende ruimte draait hij de rolstoel terug in de richting van de deur door gebruik te maken van de manoeuvreerruimte. Een draaicirkel van 150 cm doorsnede biedt voldoende ruimte hiervoor.



3. Hij verplaatst de rolstoel naar de kop van het openstaand deurblad, neemt deze vast en duwt de deur naar de deuropening toe. Halverwege zal hij de deurklink al vastnemen.



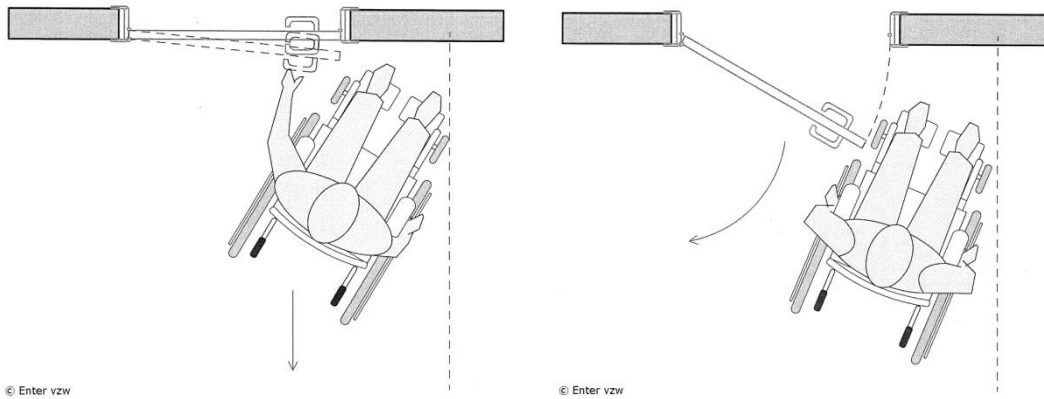
4. Met de deurklink in de hand duwt hij de deur verder toe en sluit de deur door zijdelings plaats te nemen. Na het sluiten van de deur moet hij opnieuw manoeuvreren om verder te gaan. Ook hier doet hij beroep op de aanwezigheid van een draaicirkel van 150 cm doorsnede.



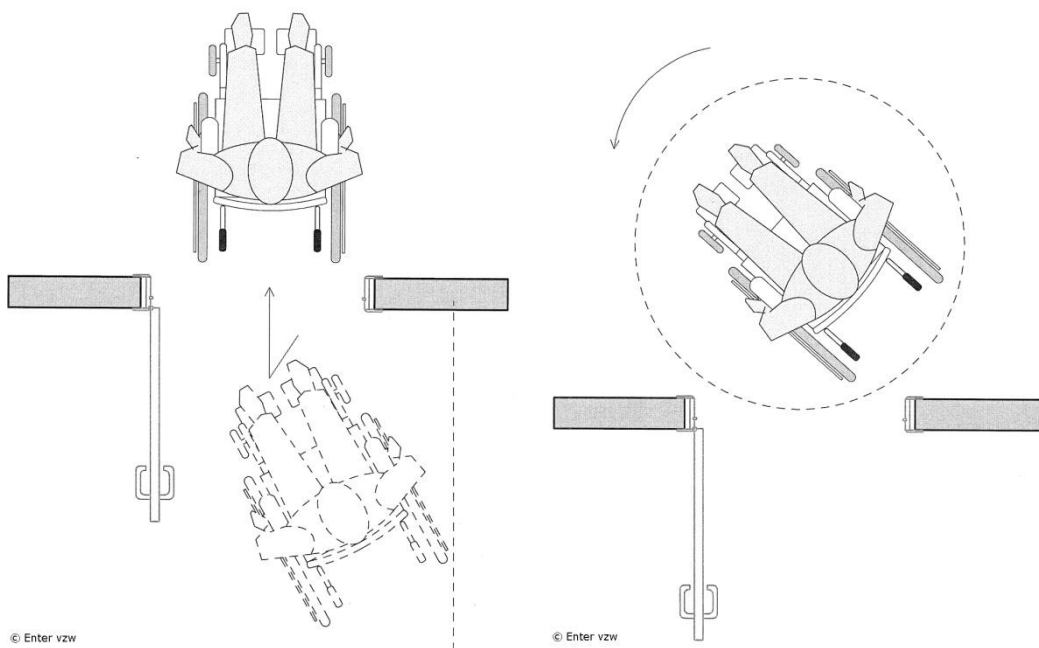
*Een deur openen vanaf trekzijde (meest cruciale zijde van de deur)*

De rolstoelgebruiker

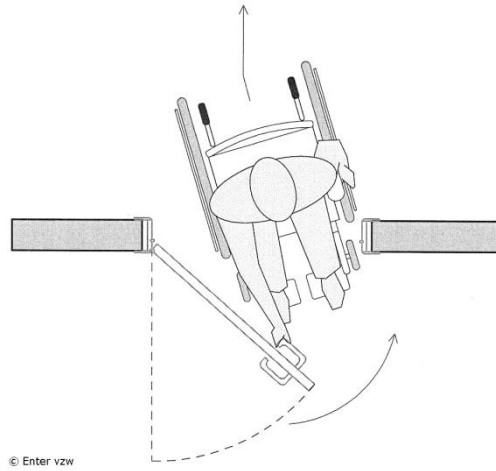
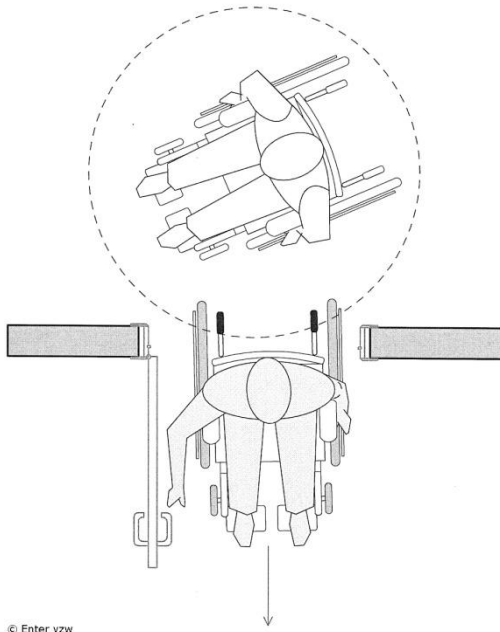
1. verplaatst zich naar de deur. Hij gebruikt de zijdelingse opstelruimte om de rolstoel naast de deur te plaatsen en de deurkruk vast te nemen. De deur kan met een beperkte beweging naast de rolstoel opengetrokken worden.



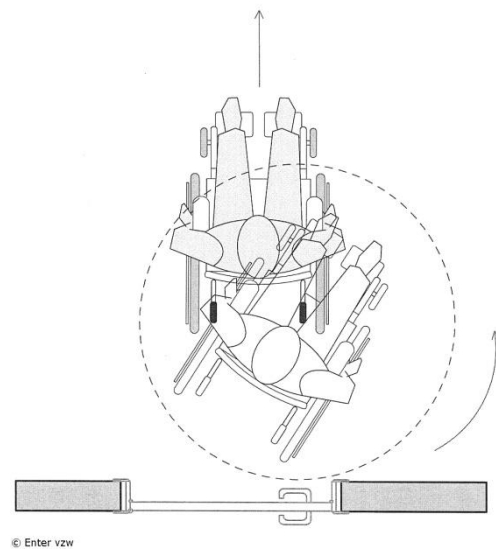
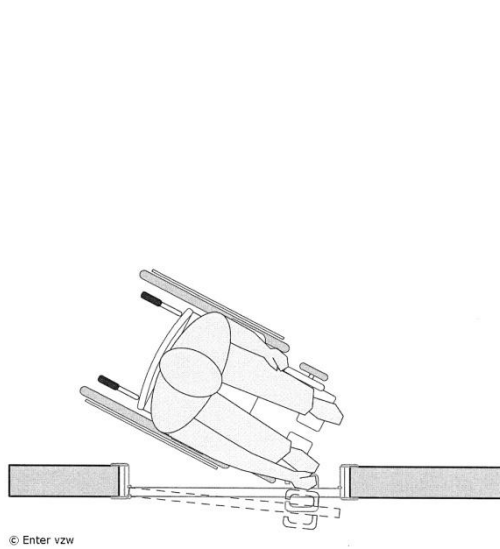
2. Hij passeert de deur. In de aangrenzende ruimte draait hij de rolstoel terug in de richting van de deur door gebruik te maken van de manoeuvreerruimte. Een draaicirkel van 150 cm doorsnede biedt voldoende ruimte hiervoor.



3. Hij verplaatst de rolstoel opnieuw naar de deurkruk. Hiervoor moet hij de deur opnieuw doorkruisen. Hij neemt de deurkruk vast en trekt de deur naar zich toe terwijl hij met de andere hand de rolstoel achteruit rijdt. Dit is geen eenvoudige handeling. Soms maakt een rolstoelgebruiker gebruik van zijn voeten om door kleine duwbewegingen het achteruit rijden te vergemakkelijken.



4. Eens de deur gepasseerd verplaatst hij de rolstoel opnieuw tot zijdelings naast de deurkruk. Hij neemt de deurkruk vast en sluit de deur. Na het sluiten van de deur moet hij opnieuw manoeuvreren om verder te gaan. Ook hier doet hij beroep op de aanwezigheid van een draaicirkel van 150 cm doorsnede.



### 5.1.3 Toegang tot een kamer



De toegangsdeur vormt een belangrijke schakel binnen het verblijven in een woonzorgcentrum. Deze wordt dagelijks door meerder personen gebruikt.

Naast een ruimtelijke grens (doorgang naar een andere ruimte ) vormt hij ook de privacygrens voor een bewoner (de overgang tussen een gemeenschappelijke gang en een privaat

woongedeelte).

De toegang tot de kamer zal voor elke bewoner een belangrijk element vormen. In het bijzonder voor personen met dementie is de wijze waarop deze voorzien wordt cruciaal voor het alledaagse leven.

#### Algemeen

Zowel in de private als in de semiprivate ruimten zijn de ruimtelijke criteria van de deur gelijk. In elke zone moet een 'deur' dezelfde functionaliteiten ondersteunen: de zichtbaarheid, ruimtelijke criteria, vormgeving deurkruk, bereikbaarheid, hanteerbaarheid ...

De toegang tot een kamer zal omwille van privacy en een goede afsluiting van de ruimte steeds een manueel bedienbare draaideur zijn:

[Manueel bedienbare deuren >>](#)

#### Kamerdeur als 'voordeur'

De toegangsdeur tot de private kamer zal voor de bewoner fungeren als een voordeur. De toegangsdeur zal dus een belangrijke schakel vormen in de leefomgeving van de bewoner. Herkenbaarheid voor de eigen bewoner en voor anderen zal een belangrijk aspect vormen voor het wooncomfort.

Voornameijk de zichtbaarheid zal een belangrijk aspect zijn:

[Toegang algemeen >>](#)

Specifiek (en anders dan bij andere deuren) aan een toegangsdeur tot een kamer is de mogelijkheid om extra ondersteuning te geven aan de herkenbaarheid voor de bewoner van een individuele kamer. Het meer personaliseren van de deur door bijvoorbeeld een naamplaat of nummer, foto, beeld ... toe te voegen zal niet alleen de herkenbaarheid vergroten, maar vormt een sociaal aspect binnen de woonomgeving en kan zo een grote meerwaarde vormen.

Zeker voor personen met dementie dient dit aspect (personaliseren) extra geaccentueerd te worden. Het zal namelijk een belangrijk element zijn die de vindbaarheid ondersteunt. Dit kan bijvoorbeeld door het gebruik van (oude) foto's en persoonlijke voorwerpen die aansluiten bij de levensloop. Hierbij dient onder meer rekening gehouden te worden met de geheugenstoornissen.

Dergelijke elementen kunnen worden aangebracht ter hoogte van de deur zelf, aan de aangrenzende wand, in een (al dan niet ingebouwde) nis naast de deur ...

Let wel, wordt er gebruik gemaakt van (grotere) voorwerpen, dan dient deze obstakelvrij geplaatst te worden – zowel in de hoogte als op vloerniveau - zodat de looproute voor anderen niet versperd wordt. Obstakelvrij betekent ook dat het mogelijk blijft de handgreep in de gang continu te volgen.

### **Zijdelingse opstelruimte als structureel knelpunt**

De vrije doorgangsbreedte van een toegangsdeur naar een private kamer vormt meestal geen knelpunt. De bereikbaarheid van de deurkruk echter vaak wel omwille van de ruimtelijke impact. Voor de zijdelingse opstelruimte is er meestal ook geen probleem aan de gangzijde van de toegangsdeur maar wel aan de kamerzijde.

Omwille van de ruimtelijke context (keuze toegangssas, type badkamer, oriëntatie kamer...) zal men niet steeds de nodige vrije ruimte van 50 cm kunnen voorzien. De voornaamste reden hiervoor is dat er een grotere nood is aan een iets bredere gangzijde of dat de breedte van de sanitaire cel (in verhouding tot de asmaat van de kamer) in gedrang komt.

Uit de praktijk blijkt dat binnen de vele keuzes die moeten gemaakt worden, deze zijdelingse opstelruimte (ruimtelijk) vaak wegvalt ten voordele van de vergroting van de oppervlakte van de sanitaire cel.

De kamerdeur is optimaal steeds comfortabel bruikbaar ook in functie van hulpmiddelgebruik zoals een looprek, rolstoel met zorgverlener of een verrijdbaar tilsysteem. De aanwezigheid van zijdelingse opstelruimte in combinatie met de nodige manoeuvreerruimte is met andere woorden cruciaal. Voor de bewoner blijft het zelfstandig openen en sluiten van de deur langer mogelijk, zorgverleners moeten minder handelingen uitvoeren met een groter gebruiksgemak als gevolg.

### **Oplossingen voor de zijdelingse opstelruimte**

Het oplossen van het probleem begint steeds bij de algemene organisatie van de kamer op zich.

De keuzes die men maakt voor de verschillende onderdelen van een kamerorganisatie, zoals het type sanitaire cel en de toegang ertoe, de oriëntatie van de kamer ten opzichte van de gangzijde ... zullen sterk bepalend zijn. De ene keuze zal de andere beïnvloeden. Voor- en nadelen dienen dan ook ten opzichte van elkaar afgewogen te worden.

Een uitvoering van de toegang die rekening houdt met alle aandachtspunten is uiteraard het meest aangewezen. Indien dit in sommige situaties om één of andere reden niet lukt zijn er een aantal oplossingen om een zo goed mogelijk gebruikscomfort na te streven:

[Toegangsdeur met dubbele deurvleugel >>](#)

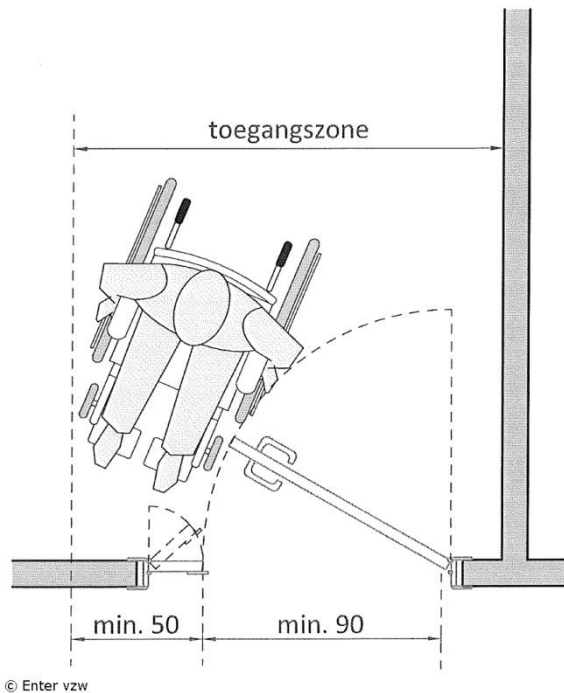
[Toegangsdeur met gewijzigde draairichting >>](#)

[Automatisatie van de toegangsdeur >>](#)

De typeoplossingen geven geen waardeoordeel, wel kunnen ze ingezet worden naargelang de mogelijkheden om een beter gebruik te ondersteunen.



### 5.1.3.1 Toegangsdeur met dubbele deurvleugel



#### **Oplossing : uitwerking met twee deurvleugels**

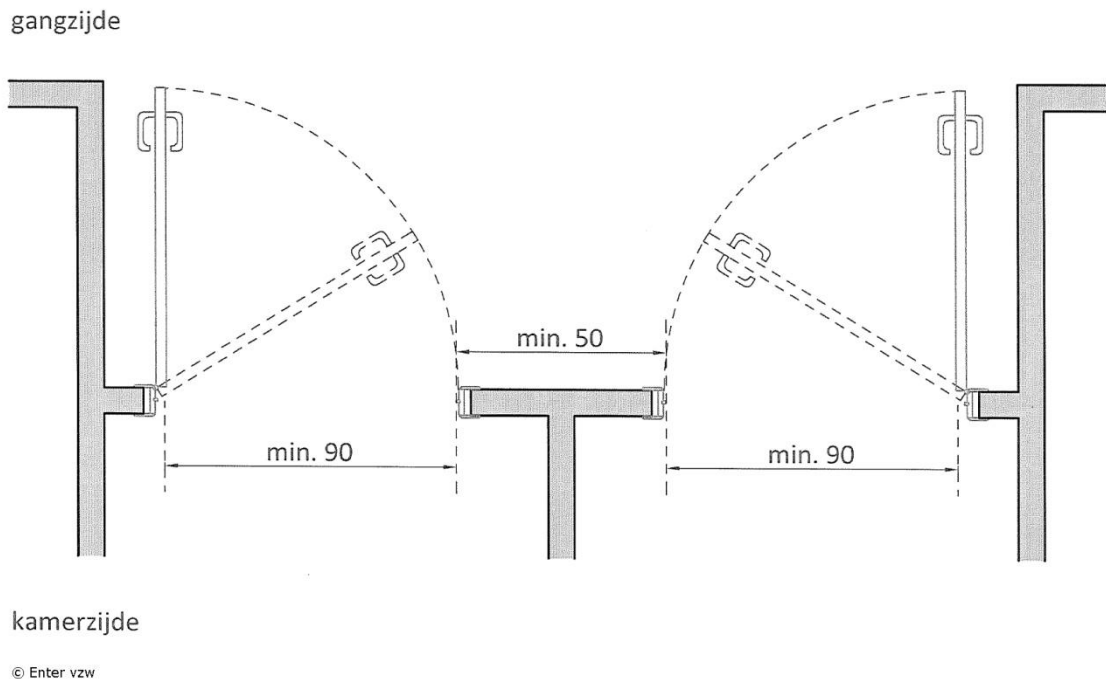
Er kan gebruik gemaakt worden van een deurgeheel dat bestaat uit twee asymmetrische deurvleugels.

De breedste deurvleugel voorziet een minimale vrije doorgangsbreedte van 90 cm (minimale breedte deurblad: 98 cm) en is bijgevolg rolstoeltoegankelijk. Wanneer een grotere opening gewenst is voor bv. beddenvervoer kan de tweede deurvleugel geopend worden.

De tweede vleugel zorgt er tevens voor dat de vrije zijdelingse opstelruimte, die nodig is voor een goede bereikbaarheid van de deurkruk, aanwezig is.

In vergelijking met 50 cm zijdelingse opstelruimte onder de vorm van wandbreedte zorgt deze uitvoering voor een beperkte winst in de breedte of met andere woorden in de gang van de private kamer.

### 5.1.3.2 Toegangsdeur met gewijzigde draairichting



#### **Oplossing: wijziging van de meest cruciale zijde**

Aan de trekzijde van de deur worden steeds hogere eisen gesteld dan aan de duwzijde, dit omdat men de deurklink moet kunnen bereiken en de deur naar zich toetrekken zonder zich hierbij te veel te moeten verplaatsen. Het deurblad moet zijdelings langs de persoon kunnen draaien.

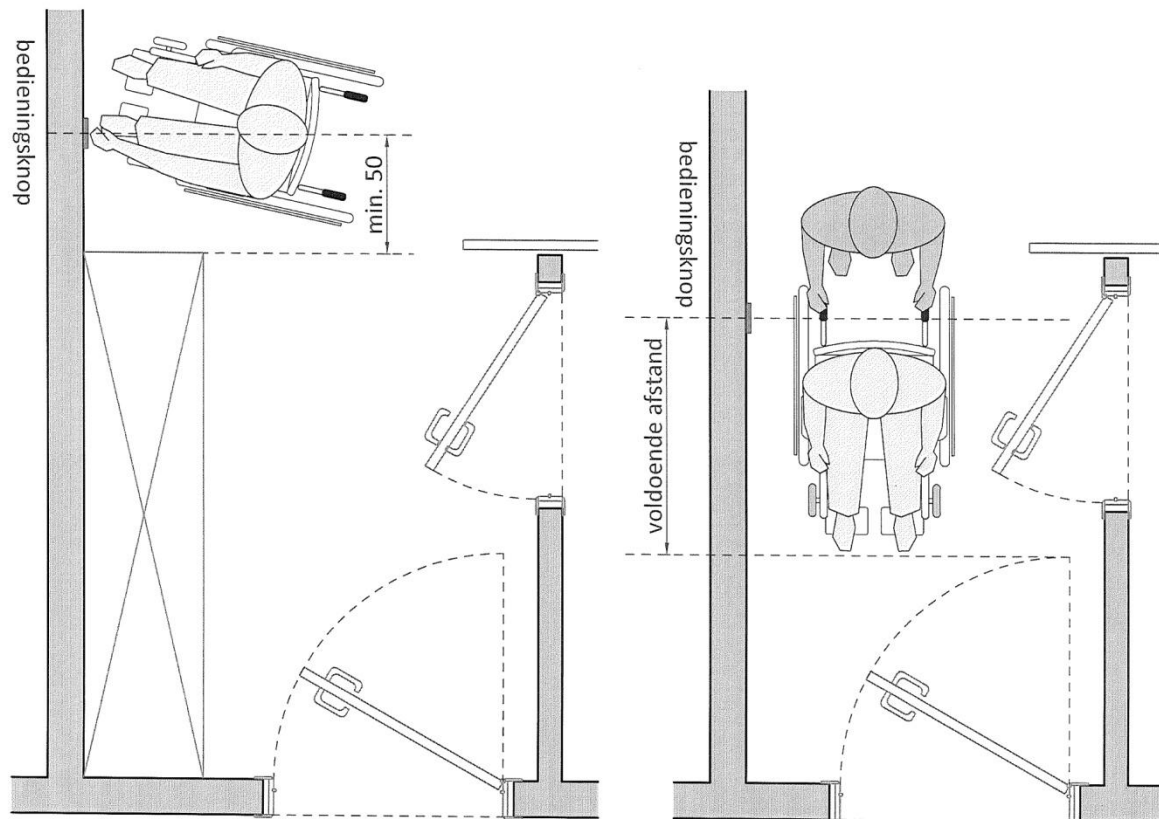
Voor het opentrekken van een deur moeten meerdere handelingen en bewegingen uitgevoerd worden dan bij het openduwen van een deur.

Omwille van organisatie ligt de trekzijde meestal aan de kamerzijde en niet aan de gangzijde. Door de draairichting te wijzigen zal men ervoor zorgen dat deze meest cruciale zijde (trekzijde) aan de gang komt te liggen waar men meer ruimte voorhanden heeft dan binnen in de kamer.

Belangrijk is echter wel dat de opendraaiende deur de passage en het gebruik van de gang niet hindert. Het plaatselijk laten inspringen van de gang is hiervoor een oplossing.

Let op, dit is echter geen oplossing die voor 100% de functionaliteit ondersteunt daar aan de kamerzijde nog steeds een beperkte zijdelingse opstelruimte aanwezig is.

### 5.1.3.3 Automatisatie van de toegangsdeur



© Enter vzw

#### Oplossing: automatisatie van de deur

Bij een geautomatiseerde deur worden er geen eisen gesteld aan de zijdelingse opstelruimte en de manoeuvreerruimte. Door een druk op de bedieningsknop of het passeren van de sensor wordt de deur geopend.

De plaats van de bedieningsknop vormt hierbij een belangrijk aandachtspunt. Deze moet goed bereikbaar zijn en geplaatst worden buiten de deurzwaai van de deur.

De plaatsing van de bedieningsknop kan consequenties hebben voor:

- de keuze van het type sanitaire cel. Indien de aansluitende wand uitgerust moet worden met de bedieningsknop kan dit ervoor zorgen dat er geen extra toegangsdeur tot de sanitaire cel mogelijk is;
- de plaatsing van bergruimte.

Het gebruik van een sensor als toepassing voor de kamerdeur is geen optimale situatie.

Aandachtspunten bij de keuze van automatisatie:

- Indien de deur eveneens automatisatie in de richting van de kamer voorziet kan het aankondigen van de opengaande deur belangrijk zijn om botsingen te voorkomen.
- Er moet een voldoende lange openingstijd behouden worden voor de deur terug sluit.

- De hoge kostprijs van automatisatie. In vergelijking tot de extra ruimte die de zijdelingse opstelruimte vereist kan deze kost mogelijks haalbaar zijn (stedelijke omgeving met beperkte bouwoppervlakte, verbouwingen ...).
- Onderhoud is steeds essentieel.
- Nadelig, zeker in een private kamer, is het geluid door het in werking treden van een mechanisme. In het bijzonder voor personen met dementie zijn dit altijd onverwachte en moeilijk interpreteerbare geluiden.
- De bediening is minder vanzelfsprekend en voor veel personen onlogisch in gebruik. Voor personen die een minder vlot begrip hebben moet de haalbaarheid van dit principe dus zeker in vraag gesteld worden.
- Het principe sluit niet aan bij de gekende, meer huiselijke principes van het openen en sluiten van deuren.

## 5.1.4 Toegang tot de sanitaire cel



De sanitaire cel moet de bewoner toelaten om zolang mogelijk zelfstandig in te staan voor de eigen persoonlijke verzorging. Indien echter nodig zal ook de zorgverlening in al zijn gradaties voor beide partijen op een ergonomische en veilige manier moeten kunnen verlopen.

### Algemeen

De toegang tot de sanitaire cel dient steeds afgestemd te worden op manueel rolstoel- en hulpmiddelengebruik.

[Manueel bedienbare deuren >>](#)

In veel gevallen is het echter niet mogelijk de sanitaire cel recht op recht te benaderen wat impliceert dat er steeds gemanoeuvreed met worden vanuit een beperkte zone zoals bijvoorbeeld de aanliggende gang of het toegangssas.

Ook de vrije doorgangshoogte van de toegangsdeur vormt een aandachtspunt (min. 210 cm). Hier dient steeds rekening gehouden te worden met het gebruik van verrijdbare tilliften (passage in de hoogte). De deurhoogte moet toelaten om met de hefarm van de tillift te kunnen passeren. Deze arm of pomp moet ook in de maximale stand (wanneer iemand verplaatst wordt) de opening kunnen passeren.

Niet alleen het type deur die gekozen wordt, maar ook het type sanitaire cel (aantal toegangen) zullen bepalend zijn voor de mogelijke manoeuvreerruimten.

[Sanitaire cel >>](#)

### Type deuren

Naargelang de plaats waar deuren voorkomen, maar ook afhankelijk van de functionaliteiten, kunnen verschillende types gebruikt worden.

Volgende tabel geeft de voor- en nadelen weer in functie van de keuze van deurtype:

	<b>Draaideur</b>	<b>Schuifdeur</b>	<b>Kamerbrede/ hoge schuifwand</b>
Deurzwaai	Moet steeds geïntegreerd worden.	Plaatsbesparend in functie van de deurzwaai en daardoor meer vrije ruimte voor of achter de deur ter beschikking.	Plaatsbesparend in functie van de deurzwaai en daardoor meer vrije ruimte voor of achter de deur ter beschikking.

		Zijdelingse schuifruimte nodig.	Multifunctioneel inzetbaar.
Vrije doorgang	Dikte deurblad moet geïntegreerd worden.  Beperkte hoogte.	Bereikbaarheid van de (opbouw) deurkruk moet geïntegreerd worden.  Beperkte hoogte.	Bereikbaarheid van de (opbouw) deurkruk moet geïntegreerd worden.  Kamerhoog.
Akoestisch	Goede afsluiting.	Minder goede afsluiting.	Minder goede afsluiting.
Andere		Het type (opbouw) deurkruk dient geoptimaliseerd te zijn in functie van hanteerbaarheid.  Het gebruik door personen met dementie is minder evident.	Zwaarte van de wand mag geen knelpunt vormen.

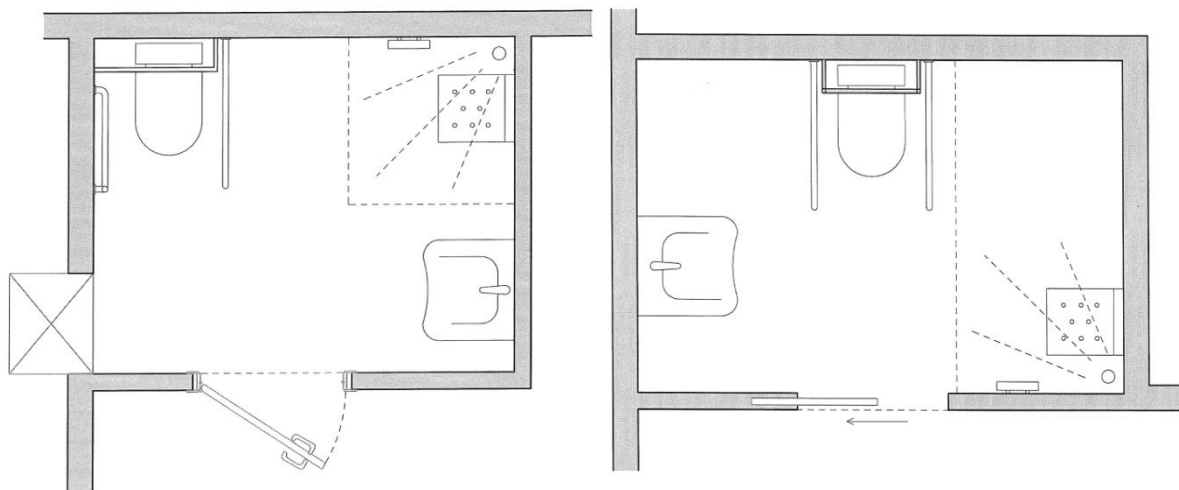
### Aantal toegangen en opstelling toestellen

Een van de meest cruciale elementen is de plaats (zone in de kamer) vanwaar men toegang krijgt tot de sanitaire cel. Dit bepaalt niet alleen de mate van bereikbaarheid van de ruimte, maar ook de mogelijkheden voor de interne organisatie (aanbod toestellen) en de mogelijkheden op vlak van zorgverlening.

#### *Eén toegang:*

Standaard voorziet men één toegang tot de ruimte, meestal rechtstreeks vanuit de leef- en slaapkamer. Dit kan een draaideur of een schuifdeur zijn.

Dit zorgt ervoor dat er steeds drie vrije wanden ter beschikking blijven voor het opstellen van de toestellen.

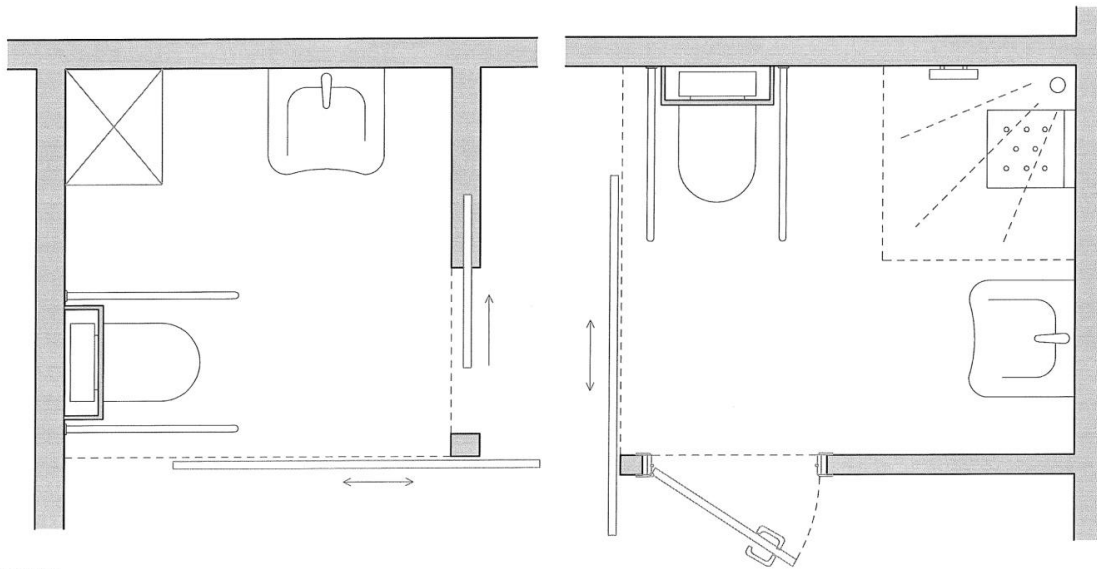


*Twee toegangen:*

Om beter tegemoet te komen aan het bieden van zorg worden in recente sanitaire ruimten oplossingen geboden door twee toegangen te voorzien:

- een (kamerhoge) schuifwand langs kamerzijde;
- een secundaire draaideur of schuifdeur langs gangzijde.

Bij het voorzien van een dubbele toegang blijven slechts twee à twee en een half vrije wanden ter beschikking voor het opstellen van de toestellen.



De schuifwand wordt gebruikt als toegang in het kader van het bieden van zorg. De tweede toegang doet voornamelijk dienst voor de bewoner zelf. Deze tweede deur stimuleert als het ware de zelfstandige bewoner om zolang mogelijk zelf gebruik te maken van de gesloten ruimte.

**Bereikbaarheid en zorggradatie**

Er zijn heel wat recente evoluties in functie van het gebruik van een badcel en het verlenen van zorg. Wanneer er een grotere zorgvraag is, is er meer ruimte nodig. Deze is echter op de private kamer en badcel niet steeds aanwezig.

Het principe van het kunnen open maken van één wand aan de kamerzijde biedt hier een oplossing voor. De initiële oppervlakte van de badcel kan dus nog steeds beperkt blijven terwijl men toch tegemoet kan komen aan een grotere zorgvraag.

De (voldoende hoge schuifwand), gelegen aan het leef- en slaapgedeelte zorgt ervoor dat er een rechtstreekse verbinding is tot de sanitaire toestellen. Dit geeft een groot voordeel in situaties van zware zorgbehoefte van de bewoner, maar ook voor het gebruik van hulpmiddelen zoals tilliften. Ook voor personen met dementie is bijvoorbeeld de permanente zichtbaarheid van de toiletspot tijdens de nacht (bij openstaande wand) een meerwaarde.

Daarnaast is het ook beter mogelijk om handelingen zoals het geven van een bedbad of het toiletbezoek functioneler te laten verlopen. Het bed kan korter bij de wastafel geplaatst worden waardoor water binnen handbereik is.

Door de schuifwand open te schuiven kan de kamer ook afgesloten worden voor bezoekers (vanuit de gang) en kan privacy voor de bewoner verzekerd worden.

Het volledig open zetten van de wand heeft wel als aandachtspunt dat men de huiselijkheid van de kamer als totaalgegeven moet kunnen bewaren. Er ontstaat namelijk een zicht op de volledige sanitaire ruimte wat niet voor iedereen even comfortabel is.

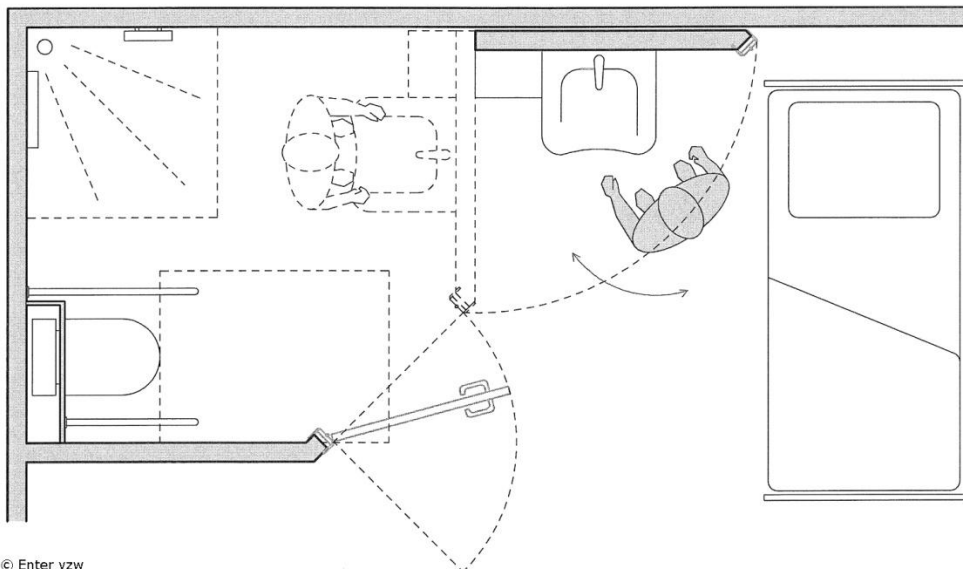
### Afsluitbaar sas

Naast de bereikbaarheid voor de zorg, biedt het gebruik van een kamerhoge schuifwand vaak de mogelijkheid om het toegangssas af te sluiten voor andere bezoekers. Dit bewaart de privacy voor de bewoner tijdens het uitvoeren van verzorgingsactiviteiten.

### Voorbeeld van recente evolutie op vlak van de ruimtelijke organisatie

Eén van de recente evoluties op vlak van het organiseren van de sanitaire cel is naast het kunnen open maken van één wand aan kamerzijde, eveneens ervoor zorgen dat de wand (met wastafel) de ruimte indraait. Hierdoor dient het bed niet (of minder) verplaatst te worden.

Het volledig openzetten van beide deuren is bevorderlijk voor het bieden van zorg. De tweede toegang doet voornamelijk dienst voor de bewoner zelf. Deze tweede deur stimuleert als het ware de zelfstandige bewoner om zoals mogelijk zelf gebruik te maken van de gesloten ruimte.



© Enter vzw

Ook voor personen met dementie verenigt dit principe een aantal voordelen (binnen een ander type badcel) zoals dat door het open plaatsen van de wand het toilet 's nachts zichtbaar gemaakt kan worden vanaf het bed en de toegang toch steeds in dezelfde richting verloopt. Daarnaast ook het beperken van moeilijk interpreteerbare prikkels doordat men het bed niet moet verplaatsen (maar andersom, de wastafel komt naar het bed).



## 5.2 Private ruimten

De private kamer van de bewoner en de ruimten waar voorzien wordt in persoonlijke hygiëne vormen de private zone van het woonzorgcentrum.

De toegankelijkheidsdoelstellingen binnen deze zone dienen steeds aan te sluiten op de noden van de individuele bewoner. Het betreft zowel doelstellingen met betrekking tot het verblijfsaspect als met betrekking tot het zorgaspect van de bewoner als individuele persoon (één op één benadering).

In tegenstelling tot de semipublieke zone, zal in de private ruimten slechts een beperkte bezetting (één tot enkele personen) aanwezig zijn. Het zorgaspect en het gebruik van hulpmiddelen komt hierdoor ruimtelijk nog concreter naar voor als functionele ruimtelijke eis:

- ondersteunen van het zelfstandig functioneren van een bewoner;
- ondersteunen van het gebruik van hulpmiddelen;
- de aanwezigheid van zorgverleners.

Het omgaan met de toegankelijkheidsprincipes voor deze ruimten vraagt dan ook een enigszins andere benadering dan deze voor de semipublieke en de publieke zones. De criteria voor een goede toegankelijkheid zijn in deze ruimten onlosmakelijk verbonden met de zorg.

Ook hier komen personen met dementie als bijzondere groep bewoners naar voor. Heel wat elementen om een goede woonruimte voor deze personen te creëren zijn niet structureel maar eerder in functie van de inrichting en de afwerking van de ruimte. Termen zoals huiselijkheid en belevingswaarde spelen voor deze bewoners een belangrijke rol om het alledaagse leven te ondersteunen. De mogelijkheden hangen echter in grote mate af van de basisruimte die ter beschikking staat.

Binnen dit hoofdstuk zoomen we concreet in op de volgende thema's:

[Kamerorganisatie >>](#)

[Slaap- en woongedeelte >>](#)

[Sanitaire cel >>](#)

[Gemeenschappelijke badkamer >>](#)

## 5.2.1 Kamerorganisatie



Woonzorgcentra hebben steeds de taak om de bewoner een verblijfscomfort te bieden met een optimale zorgverlening. De private kamer (aanzien als een thuisvervangend milieu) vormt hierbij een belangrijke uitvalsbasis. Naargelang de leefwijze of mogelijkheden zullen hier heel wat activiteiten en handelingen plaatsvinden.

Niet iedere bewoner wenst eenzelfde graad van gemeenschappelijk verblijven. Het betreft daarom een ruimte waar op een zeer beperkte oppervlakte een aantal basisactiviteiten vervuld moeten worden: wonen in een beperkte ruimte, bezoek ontvangen, eten, nachtrust (slapen), zorgverlening, hygiëne (sanitair)...

De kamer dient niet enkel een antwoord te geven op een vaak wisselende groep van bewoners. Hij dient ook flexibel inzetbaar te zijn voor de verschillende noden die een bewoner kan hebben in functie van het ontvangen van zorg.

### Organisatie kamer

De kamer, als private entiteit binnen het complex gebouw, omvat steeds de volgende drie zones:

- een toegangszone: de wijze van binnen komen, de bereikbaarheid van de deur, de doorstroom naar het woon- en slaapgedeelte;
- een zone voor de sanitaire cel: de keuze van het type en de inrichting, de ligging en bereikbaarheid van de ruimte;
- een zone voor wonen en slapen: de algemene oriëntatie van de ruimte ten opzichte van de gangzijde (langwerpig of zijdelings), inrichtingsmogelijkheden;
- (ruimte voor opbergen).

Elk van deze zones dient afgestemd te worden op de handelingen die er moeten plaatsvinden. Dit steeds zowel vanuit het perspectief van de zelfstandige gebruiker als vanuit de zorgverlening.

[Slaap- en woongedeelte >>](#)

[Sanitaire cel >>](#)

Door het kiezen van bepaalde types of oplossingen binnen de kamerorganisatie (type sanitaire cel, mogelijke opstellingen voor het bed ...) zullen beperkingen of mogelijkheden, voor en nadelen of knelpunten ontstaan voor het gebruik ervan.

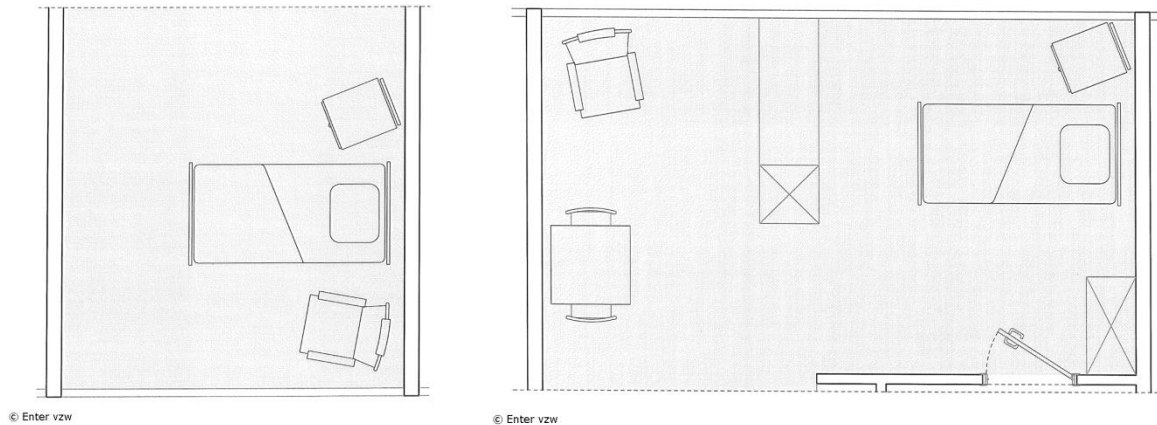
De maatvoering is dus steeds een gevolg van de organisatie en de puzzel van de mogelijkheden in functie van het zorgaspect, de woonkwaliteit en organisatiespecifieke keuzes..

### Dimensionering van de kamer

De vorm en grootte van de kameronderdelen, zal in grote mate bepaald worden door de structuur en keuzes die gemaakt worden op schaal van het grotere gebouw. Met betrekking tot de private kamer zelf, zullen voornamelijk volgende twee zaken van belang zijn:

- de keuzes die men maakt voor de functionaliteiten van een sanitaire cel zoals bijvoorbeeld het aantal toegangen, de ligging ten opzichte van de gang ...
- de basisoriëntatie (langwerpig of dwars) van het slaap- en woongedeelte van de kamers ten opzichte van de gangen.

De minimale breedte zal voornamelijk bepaald worden door de plaatsing van het bed en de oriëntatie van het slaap- en woongedeelte ten opzichte van de gangzijde. Algemeen laat een breedte van 330 à 350 cm verschillende opstellingen van het bed toe (langs en dwars)



#### *Dwarse oriëntatie t.o.v. de gang*

Bij een dwarse oriëntatie zal de inrichting van de kamer zich meestal rond het bed bevinden. De ruimte zal eerder een vierkante vorm krijgen.

#### *Langse oriëntatie t.o.v. de gang*

Bij een langse oriëntatie zal de inrichting van de kamer zich eerder naast het leef- en slaapgedeelte bevinden (aparte zones). De ruimte zal eerder een rechthoekige vorm krijgen.

Bij het realiseren van kamers in serie (meerdere op een afdeling) wordt echter steeds gezocht naar een schakel (structuur) die een antwoord biedt op de specifieke criteria van het terrein, de interne werking en organisatie.

### **Bergruimte**

Een minimale bergruimte (kast) moet gegarandeerd zijn zowel in de slaap- en het woongedeelte als in de private sanitaire cel.

In de sanitaire cel is het belangrijk om voldoende bergruimte te voorzien om materiaal dat nodig is voor de zorgverlening zoals bijvoorbeeld incontinentiemateriaal uit het zicht te kunnen plaatsen, maar toch binnen het bereik van de verzorger. Dit vermijdt onder andere het onhandig gebruik van karren op een beperkte ruimte, maar ook een weinig aangenaam zicht voor de bewoner (discretie).

Zowel vaste als meer flexibele oplossingen zijn mogelijk. Flexibele opstellingen geven voordelen in functie van de aanpassing van de inrichting van de ruimte bij een wijzigende bewoners of omstandigheden. Vaste opstellingen mogen de flexibiliteit van het gebruik van de kamer niet hinderen. Indien deze als vast element voorzien

worden, moeten deze ook ruimtelijk afgestemd worden in functie van de inrichtingsmogelijkheden van de kamer.

Een goede bereikbaarheid van elke bergruimte of kast voor zowel bewoner en hulpverlener is dus steeds de basiseis om de locatie te bepalen.

### Huiselijke leef- of woonruimte

De afdeling van het woonzorgcentrum waar de bewoner zijn kamer heeft is zijn dagelijkse leefwereld. De private kamer speelt hierin een belangrijke rol voor het realiseren van een goede woonruimte.

Omwille van het feit dat de kamer een thuisvervangende ruimte is, is het belangrijk dat de bewoner hierin een eigen huiselijkheid kan creëren. Zeker voor personen met dementie is het belangrijk dat de ruimte goed gepersonaliseert kan worden in functie van een goede herkenbaarheid ervan.

De mogelijkheden naar organisatie en de mogelijkheid tot aankleding van de ruimte zullen meestal bepalend zijn voor het huiselijk gevoel voor de bewoner. De inrichting van de ruimte en de keuze van meubels is aanpasbaar door de bewoner zelf. Een aantal zaken zijn echter reeds vooraf beslist zoals kleuren, type vloer of wand, algemeen materiaalgebruik, schilderijrail ...

Hoewel er vanaf de start voldoende contrasten tussen de wand en de vloer moeten zijn, de hoeken duidelijk onderscheiden moeten kunnen worden om de ruimte te kunnen lezen, ... is het dus zeker van belang een goede neutrale basis te voorzien.

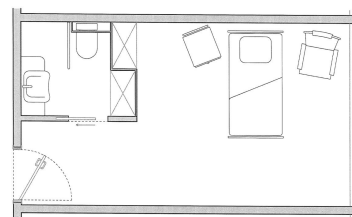
[Slaap- en woongedeelte >>](#)

[Zintuiglijk comfort >>](#)

### Typevoorbeelden kamerorganisatie

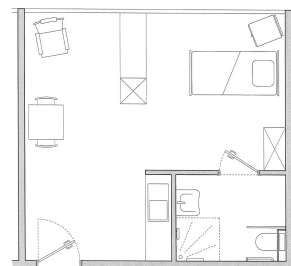
De typevoorbeelden geven geen waardeoordeel, wel is er in de types een gradatie aanwezig in functie van de inrichting en mogelijkheden. De opgenomen voorbeelden zijn niet steeds de meest optimale, doch veel voorkomende types:

[Kamerorganisatie voorbeeldtype 1 >>](#)



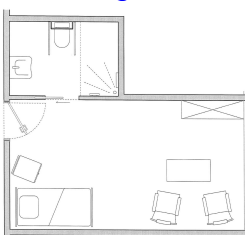
© Enter vzw

[Kamerorganisatie voorbeeldtype 2 >>](#)



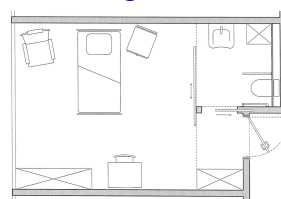
© Enter vzw

[Kamerorganisatie voorbeeldtype 3 >>](#)



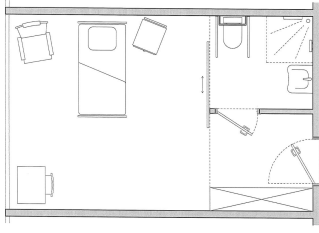
© Enter vzw

[Kamerorganisatie voorbeeldtype 4 >>](#)

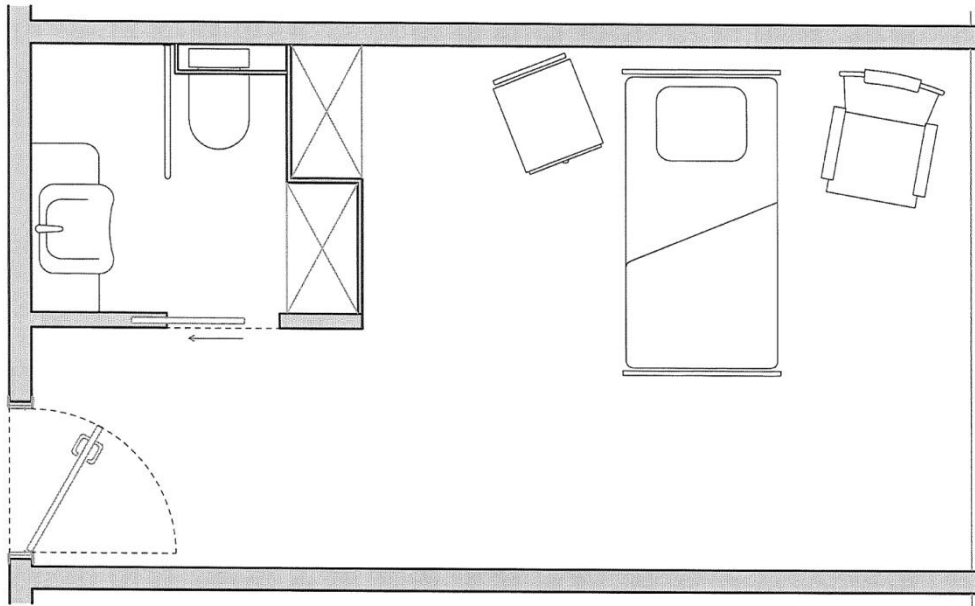


© Enter vzw

[Kamerorganisatie voorbeeldtype 5 >>](#)



### 5.2.1.1 Kamerorganisatie voorbeeldtype 1



#### Ruimtelijke context kamer

Kamerorganisatie met compacte leef- en slaapruiimte, sanitaire cel met één toegang, dubbelzijdige bergzone, toegangssas met enkel doorgangsfunctie.

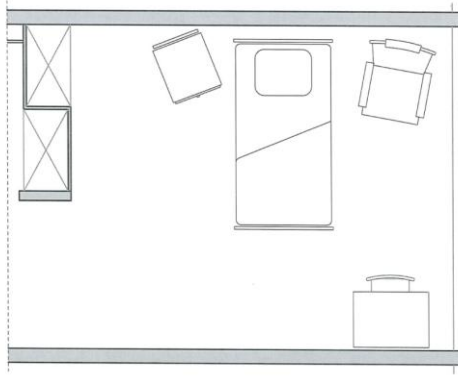
Oriëntatie: dwars op de gang

- Compact type van kamer (omwille van de balkvorm), zowel in het slaap- en woongedeelte als in de sanitaire cel.
- Dubbel gebruik van de zone voor bergruimte: zowel vanuit sanitaire cel en kamer, laat (deels) een multifunctioneel ruimtegebruik toe.
- Weinig functionele doorgang naar de sanitaire cel en de leef- en slaapruiimte (enkel gang).
- Door de smalle kamerbreedte en de langwerpige vormgeving zijn er beperkte inrichtingsmogelijkheden en gebruik van de kamer. Grote delen van de kamer vormen louter circulatiezone. Hierdoor is slechts één wand beschikbaar voor flexibel gebruik.
- Weinig mogelijkheden in het geval van grote zorgbehoefte.

Toegang: [Manueel bedienbare deuren >>](#)

#### Slaap- en woongedeelte (voorbeeldtype 1)

Bed: dwarse bedopstelling, met beperkte bereikbaarheid voor zorgverlening



© Enter vzw

**Voordelen:**

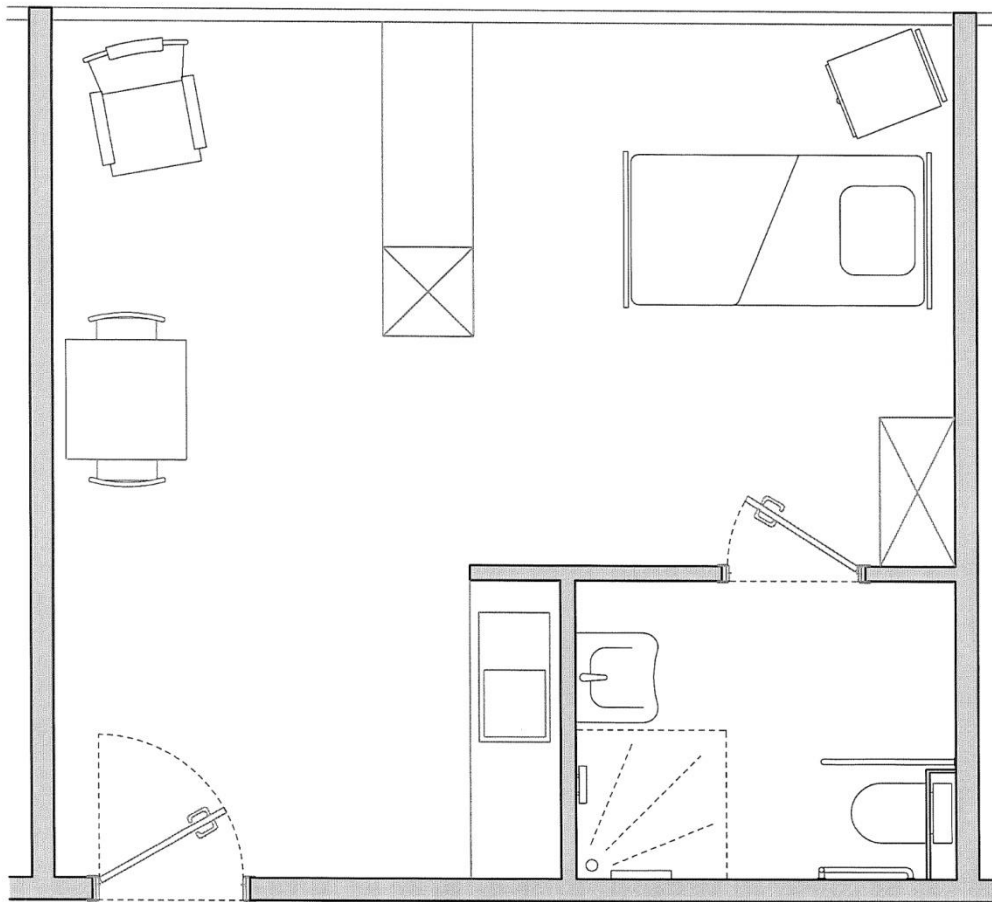
- De ruimte tussen de kast en het bed is multifunctioneel te gebruiken (transferruimte, plaats voor hulpmiddel ...).
- De vaste kast zorgt voor een (minimale) basis bergruimte die niet meer voorzien moet worden in de verdere inrichting.
- Het bed is niet rechtstreeks zichtbaar bij het binnenkomen.

**Nadelen:**

- Als gevolg van de smalle breedte is het slaap- en woongedeelte niet flexibel qua inrichting.
- Er is veel verlies aan circulatieruimte.
- Door de beperkte diepte is het moeilijker zorg te verlenen aan beide zijden van het bed (bereikbaarheid).

**Sanitaire cel:** [Sanitaire cel voorbeeldtype 1 >>](#)

### 5.2.1.2 Kamerorganisatie voorbeeldtype 2



© Enter vzw

#### Ruimtelijke context kamer

Kamerorganisatie met ruime opgedeelde slaap- en woonruimte, sanitaire cel met één toegang, multifunctionele toegangszone met kitchenette.

Oriëntatie: langs aan de gang

- Multifunctioneel inzetbare kamer in functie van het slaap- en woongedeelte, ruim en flexibel inrichtbaar.
- Dit type kamer heeft als resultaat een zorgflat in plaats van een basiskamer:
  - o omwille van de eerder afgescheiden slaapruijnte ten opzichte van de woonruimte;
  - o extra voorziening onder de vorm van een kitchenette. Hier ontstaat ook multifunctionele ruimte die ingezet kan worden bij bezoek, als bergzone, toegangszone ...
- Goede, multifunctionele gebruiksruimte ter hoogte van de toegang.
- Eerder compacte sanitaire cel met volledig aanbod van sanitaire voorzieningen.
- Beperkte mogelijkheden in het geval van grote zorgbehoefte.

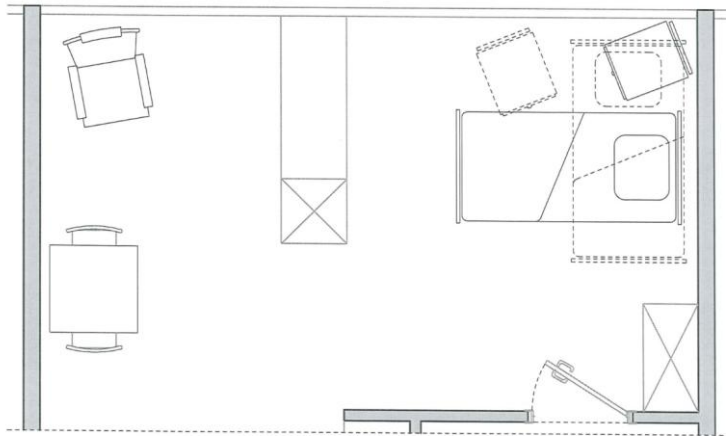


- De loopafstanden (voor het personeel) in deze kamer zijn gemiddeld wat groter. Doch zorgt de korte nabijheid van de bedzone ten opzichte van de sanitaire cel ervoor dat de zorgverlening geoptimaliseerd kan worden.
- De oppervlakte van de kamer is groter dan het gemiddelde. De sanitaire cel is in verhouding tot de gehele kamer beperkt.

**Toegang:** [Manueel bedienbare deuren >>](#)

#### **Slaap- en woongedeelte (voorbeeldtype 4)**

Bed: dwarse bedopstelling, langse bedopstelling is mogelijk, doch met beperkte bereikbaarheid voor zorgverlening



© Enter vzw

#### **Voordelen:**

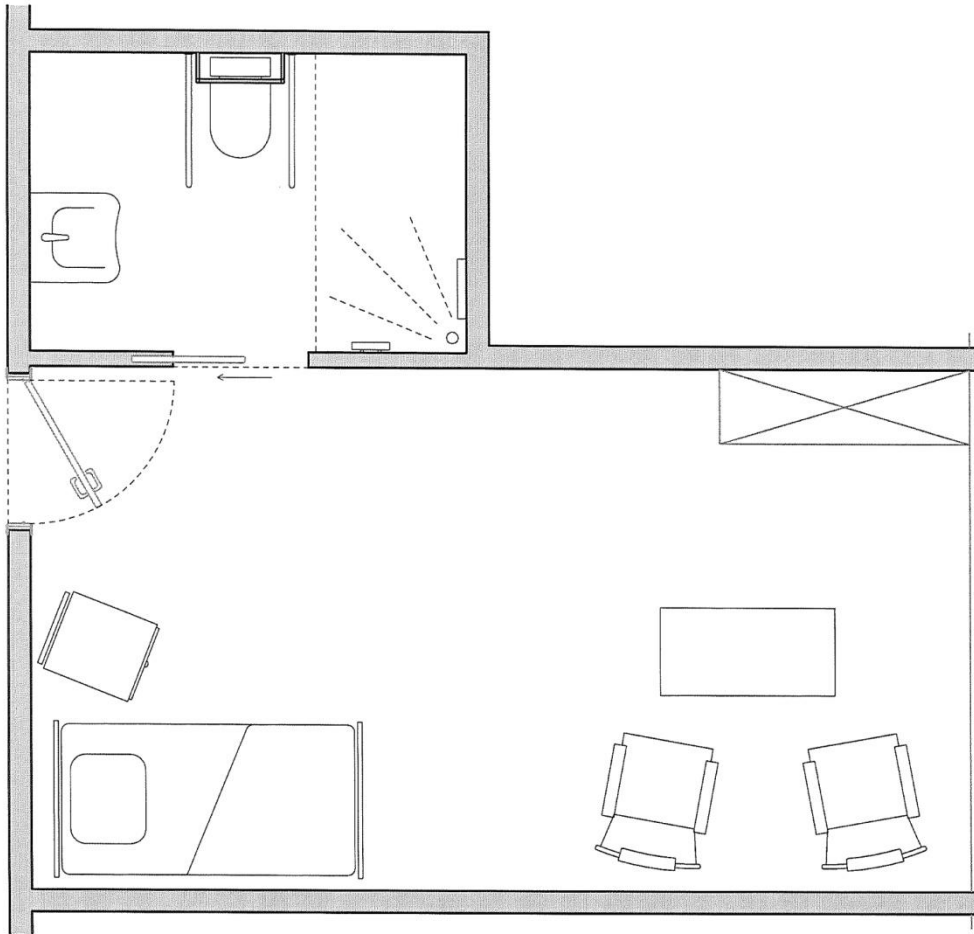
- Gescheiden gebruiksruidten voor wonen en slapen geven een meer huiselijk karakter. Er is ook een grotere ruimtelijkheid van de kamer.
- Door de ligging van de toegang tot de sanitaire ruimte is er meer privacy in functie van het gebruik ervan.
- De combinatie van de toegangszone met de kitchenette zorgt ervoor dat er in de kamer een plaats is die men multifunctioneel kan inzetten: plaatsing rolstoel, andere hulpmiddelen, bereikbaarheid toegangsdeur...
- Het bed is niet rechtstreeks zichtbaar bij het binnenkomen.

#### **Nadelen:**

- De loopafstand vanuit de toegang naar de bedzone en de sanitaire cel zijn groter.
- Door het beperkte slaapgedeelte is het moeilijker zorg te verlenen aan beide zijden van het bed.
- Deze kamerorganisatie neemt meer oppervlakte in.

**Sanitaire cel:** [Sanitaire cel voorbeeldtype 2 >>](#)

### 5.2.1.3 Kamerorganisatie voorbeeldtype 3



© Enter vzw

#### Ruimtelijke context kamer

Kamerorganisatie met ruime slaap- en woonruimte, sanitaire cel met één toegang, toegang geeft recht in de kamer uit.

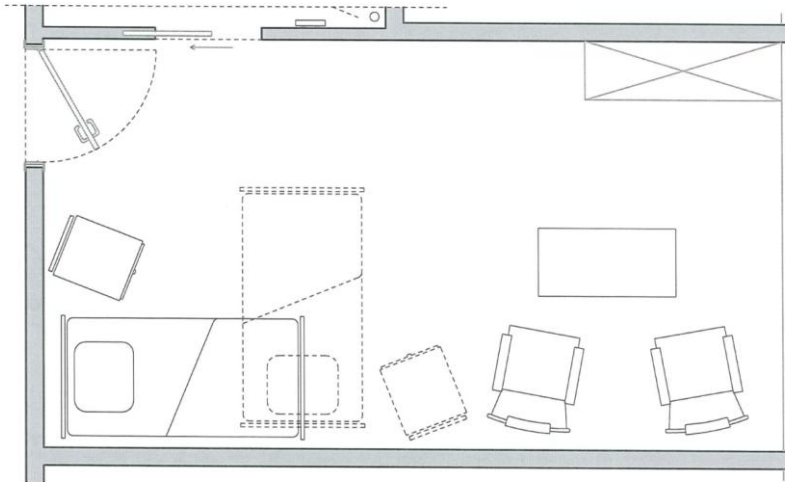
Oriëntatie: dwars op de gang

- Ruim en flexibel inrichtbare slaap- en woonruimte.
- Goede, multifunctionele gebruiksruimte ter hoogte van de toegang.
- Comfortabele sanitaire cel met volledig aanbod van sanitaire voorzieningen.
- Voor dit type kamer is er meer directe inzichtmogelijkheid vanuit de gang op het private gebeuren (geen tussengang of sas).
- Door de rechthoekige kamer (volledig vrije ruimte) zijn er meer mogelijkheden (inrichting, gebruiksruimte ...) in het geval van grote zorgbehoefte.
- Specifiek voor personen met dementie kan bij deze kameropstelling de zichtbaarheid van de toiletpot tijdens de nacht ingezet worden voor een goed, zelfstandig gebruik.

Toegang: [Manueel bedienbare deuren >>](#)

### Slaap- en woongedeelte (voorbeeldtype 3)

Bed: langse en dwarse bedopstelling mogelijk



#### Voordelen:

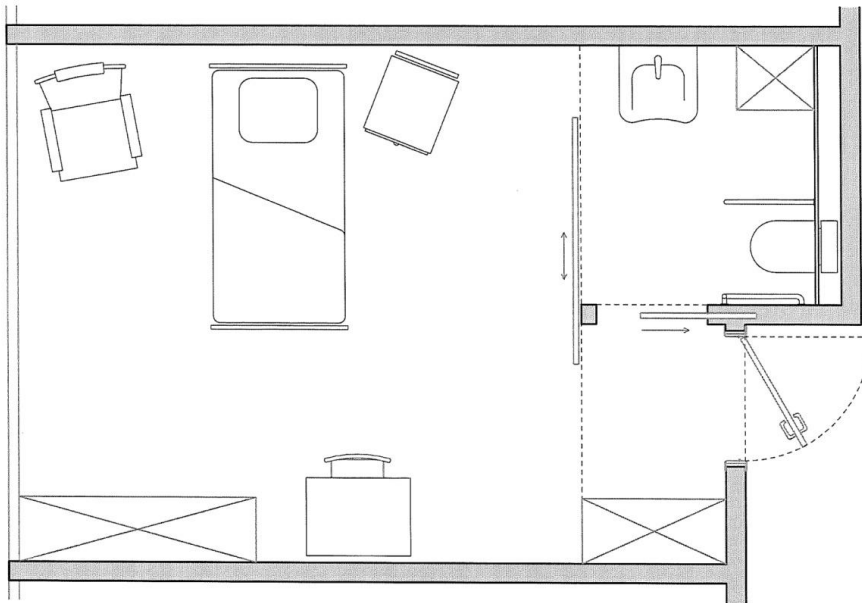
- Rechthoekige vormgeving, zonder inkeping van de badkamer. De ruimte is volledig vrij en laat meer mogelijkheden tot variatie in inrichting van de kamer.
- Het is mogelijk om het bed aan beide zijden bereikbaar te maken voor de zorgverlening.
- De cruciale gebruiksruimten (ter hoogte van het bed) zijn niet beperkt en kunnen zo makkelijker voor de verschillende activiteiten ingezet worden.

#### Nadelen:

- Het bed is altijd rechtstreeks zichtbaar bij het binnenkomen.
- De plaatsing van een vaste kast moet doordacht gebeuren om de verdere inrichtingsmogelijkheden niet te beperken.

**Sanitaire cel:** [Sanitaire cel voorbeeldtype 4 >>](#)

### 5.2.1.4 Kamerorganisatie voorbeeldtype 4



© Enter vzw

#### Ruimtelijke context kamer

Kamerorganisatie met gemiddelde leef- en slaapruiimte, sanitaire cel met twee toegangen, afsluitbaar toegangssas.

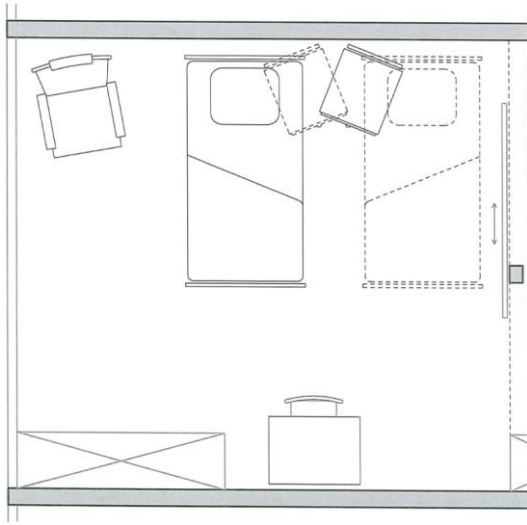
Oriëntatie: dwars op de gang

- Multifunctioneel inzetbare kamer, ruim en flexibel inrichtbare slaap- en woonruimte.
- Goede gebruiksruimte ter hoogte van de toegang.
- Afsluitbare hal waarvan het sas beperkt blijft.
- Compacte sanitaire cel met wastafel en toilet. Door de dubbele toegang tot de sanitaire cel kan deze vanuit twee zijden bereikt worden.
- Compacte sanitaire cel in verhouding tot de gehele kamer, maar na het openschuiven van de wand vlot toegankelijk en bruikbaar.
- Grotere mogelijkheden en flexibele inzetbaarheid in functie van een wijzigende zorggraad (relatie bed – sanitaire cel).
- Groot privaat karakter mogelijk bij zorgverlening op de kamer door middel van de afsluitbare toegang.
- De huiselijkheid dient echter steeds bewaard te blijven (openschuivende wand van de sanitaire cel voor zorgverlening). De grootte van de kamer en de wijze van inrichting zal dit beïnvloeden.
- Specifiek voor personen met dementie kan bij deze kameropstelling de zichtbaarheid van de toiletpot tijdens de nacht ingezet worden voor een goed, zelfstandig gebruik.

**Toegang:** [Toegangsdeur met gewijzigde draairichting >>](#)

#### Slaap- en woongedeelte (voorbeeldtype 2)

Bed: dwarse bedopstelling mogelijk, met flexibele bereikbaarheid voor zorgverlening.



**Voordelen:**

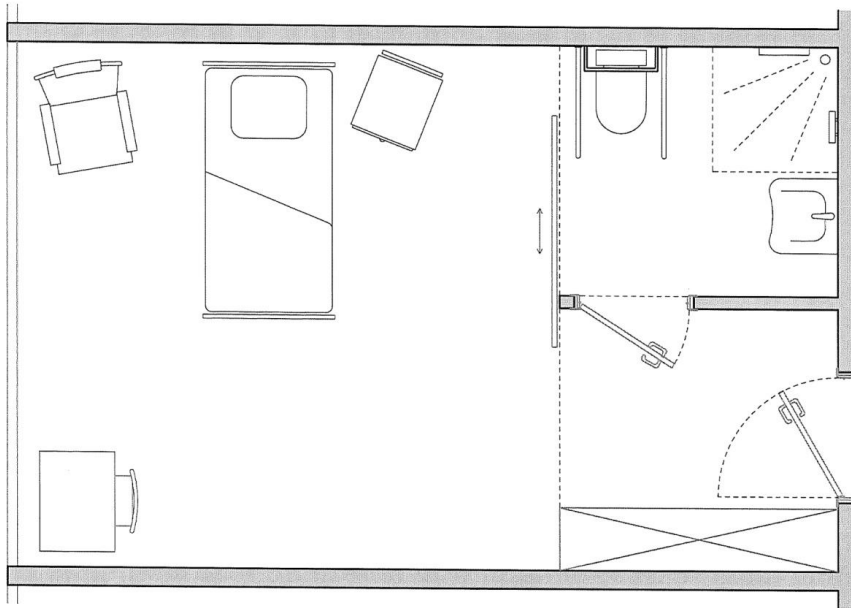
- Het bed is aan beide zijden bereikbaar voor de zorgverlening.
- De cruciale gebruiksruidten (ter hoogte van het bed) zijn niet beperkt en kunnen zo makkelijker voor verschillende activiteiten ingezet worden.
- Het (tijdelijk afsluitbare) sas kan extra gebruiksruidte voorzien die eventueel nodig is bij het gebruik van het bed of de sanitaire cel.
- Het bed is niet rechtsreeks zichtbaar bij het binnenkomen.

**Nadeel:**

- Bij het sluiten van het toegangssas, is de naastgelegen gebruiksruidte ter hoogte van de tafel tijdelijk beperkt.

**Sanitaire cel:** [Sanitaire cel voorbeeldtype 5 >>](#)

### 5.2.1.5 Kamerorganisatie voorbeeldtype 5



© Enter vzw

#### Ruimtelijke context kamer

Kamerorganisatie met flexibele leef- en slaapruijnte, sanitaire cel met twee toegangen, toegangssas met functionele kamerdoorgang.

Oriëntatie: dwars op de gang

- Multifunctioneel inzetbare kamer, ruim en flexibel inrichtbare slaap- en woonruimte.
- Afsluitbare, functionele doorgang naar slaap- en woonruimte (met onder andere geïntegreerde bergruimte en een koelkast).
- Compacte sanitaire cel met volledig aanbod van sanitaire voorzieningen. Door de dubbele toegang tot de sanitaire cel kan deze vanuit twee zijden bereikt worden.
- Compacte sanitaire cel in verhouding tot de gehele kamer.
- Grotere mogelijkheden en flexibele inzetbaarheid in functie van een wijzigende zorggraad (relatie bed, sanitaire ruimte).
- Groot privaat karakter mogelijk bij zorgverlening op de kamer (afsluitbare toegang).
- De huiselijkheid dient echter steeds bewaard te blijven (openschuivende wand van de sanitaire cel voor zorgverlening). De grootte van de kamer en de wijze van inrichting zal dit beïnvloeden.
- Specifiek voor personen met dementie kan bij deze kameropstelling de zichtbaarheid van de toiletput tijdens de nacht ingezet worden voor een goed, zelfstandig gebruik.

Toegang: [Manueel bedienbare deuren >>](#)

Slaap- en woongedeelte voorbeeldtype 2: [Kamerorganisatie voorbeeldtype 4 >>](#)

Sanitaire cel: [Sanitaire cel voorbeeldtype 7 >>](#)

## 5.2.2 Slaap – en woongedeelte



Het slaap- en woongedeelte van de private kamer is een ruimte waar heel wat bewoners dagelijks verblijven. Daarnaast is het ook de ruimte die ter beschikking staat binnen de private sfeer om alledaagse activiteiten uit te kunnen voeren.

Binnen een zeer compacte ruimte vinden dus heel wat activiteiten plaats. Ook de mogelijkheden om vlot in en uit het bed te geraken, de zetel te bereiken, een tafel te gebruiken, zorg te verlenen, hangen samen met beschikbare ruimte die ter beschikking staat in dit deel van de private kamer.

### Inrichtbaarheid

Elke private kamer moet steeds voorzien in basismeubilair (bed, nachtkastje, zetel, tafel met stoel(en), kast, ruimte voor koelkast). Enkel het hoog – laag bed, de comfortzetel en de vaste meubels zullen steeds een constant element blijven. Daarnaast moet de bewoner namelijk de vrijheid hebben eigen meubilair mee te brengen (ter vervanging van het standaard aanbod). Dit eigen meubilair strookt niet steeds met het standaard voorziene aanbod (net een kast meer, bredere tafels en stoelen ...).

De flexibiliteit en de mogelijkheden i.f.v. de inrichtbaarheid zullen ook steeds bepaald worden door de aanwezigheid van vaste of losse voorzieningen (kast, koelkast), de permanente bereikbaarheid van een aantal technische elementen zoals centrale techniekenwand (aan hoofdeinde van het bed), aanwezige verwarmingselementen, vaste televisieaansluiting, stopcontacten, enz.

De dimensionering van de kamer zal steeds een grote invloed hebben op de inrichtbaarheid. Algemeen dienen twee elementen steeds mogelijk te zijn:

- Op een goede wijze tussen het meubilair kunnen circuleren: vanuit de comfortzetel moet men naar de toegang en de sanitaire cel kunnen, vanuit het bed naar de comfortzetel ...
- De gebruikruimte die nodig is voor het verlenen van de zorg is aanwezig: wordt de zorgvraag van een bewoner groter, dan moet de inrichting eventueel gewijzigd worden zodat bijvoorbeeld het bed beter bereikbaar is.

De mogelijkheid om de private kamer te personaliseren door het inbrengen van eigen meubilair en andere objecten van thuis is in het bijzonder voor personen met dementie een cruciaal element. Het moet echter mogelijk blijven om de layout van de kamer (na inbreng van eigen meubilair, ...) eenvoudig en gemakkelijk begrijpbaar te houden. Ook dit zal steeds afhankelijk zijn van de beschikbare ruimte in het leef- en slaapgedeelte.

### Gebruiksruimten

De gebruiksruimten worden gevormd door de verschillende activiteiten die plaats vinden in het slaap- en woongedeelte van de kamer.



Een bed en een comfortzetel nemen de meeste functionele ruimte in beslag. Voornamelijk de plaatsingsmogelijkheden van het (hoog–laag) bed zullen cruciaal zijn: het aantal bereikbare zijden is bepalend voor het bieden van zorg en het gebruik van hulpmiddelen.

*Circuleren:*

Algemeen dient men steeds een vrije doorgang van min. 90 cm, optimaler 100 cm tussen het meubilair te voorzien om een vlotte circulatie te kunnen garanderen. Niet alleen voor de bewoner zelf, maar ook voor bezoekers of het personeel.

*Manoeuvreren:*

Rolstoel- of ander hulpmiddelengebruik vraagt voldoende manoeuvreerruimte op cruciale plaatsen. Minimaal moet steeds een vrije zone aanwezig zijn waar men een draaicirkel kan maken:

[Zorgverlening en het gebruik van verplaatsingshulpmiddelen >>](#)

*Activiteiten:*

Bijkomend moeten de nodige gebruiksruidten voor activiteiten zoals een maaltijd nuttigen, gebruik van tafels en stoelen, verblijven, bezoek ontvangen en slapen gegarandeerd zijn. Om elke activiteit de nodige ruimte te geven dient de puzzel gemaakt te worden van onder andere:

[Gebruik van tafels en stoelen >>](#)

[Gebruik van een hoog – laag bed >>](#)

## **Raamopeningen**

Het zicht naar buiten toe vormt een belangrijk aspect. Zicht naar buiten toe moet mogelijk zijn zowel vanuit liggende als vanuit zittende positie (zetel, tafel). Raamopeningen dienen daarom steeds afgestemd te zijn op de mogelijke inrichting van de kamer. Ze mogen bijvoorbeeld geen knelpunt vormen voor het plaatsen van een tafel, rekening houdend bijvoorbeeld met het veiligheidsgevoel.

Optimaal gezien is de rand van het raamkader gelegen op 65 à 75 cm ten opzichte van het vloerniveau. Dit garandeert dat ook vanuit liggende houding een volledig zicht behouden blijft. Met de rand van het raamkader wordt steeds de bovenrand van de onderregel bedoeld en dus niet de hoogte van de venstertafel.

Ramen tot op vloerniveau kunnen de ruimtelijkheid van een kamer en ook het vermijden van zichtbelemmering vergroten. Let wel steeds bij het opdelen van het raamvlak in verschillende vakken. De aanwezigheid van (horizontale) profielen wordt heel vaak ook als hinderlijk ondervonden. Ze worden dan ook tussen een hoogte van ongeveer 65 cm tot 150 cm (ooghoogte) van op de vloer vermeden.

Let wel, niet voor iedere bewoner zijn raamopeningen tot op vloerniveau een ideale oplossing. Dit omwille van de psychologische aspecten zoals schrik voor vallen, onduidelijke begrenzing van de ruimte ... In het bijzonder voor personen met dementie is dit een aandachtspunt. Het wegvallen van de vensterbank vermindert ook de mogelijkheid om, zoals thuis, spullen te plaatsen voor het raam (foto's, planten ...).



## **Technieken**

Zorg steeds voor een goede bereikbaarheid van aansluitpunten voor televisie, stopcontacten ... Een minimale eis is dat bewoners vanuit het bed en/of zetel steeds het licht en een oproepknop kunnen bedienen.

Een televisietoestel voorzien aan de wand zal ook steeds minder ruimte innemen dan een ouder toestel op een tafel of kast. Nieuwbouwrealisaties evolueren naar vaste standaardvoorzieningen zoals bijvoorbeeld een aansluitpunt voor een flatscreen.

Om de mogelijkheid te laten toekomstgericht oplossingen te integreren worden een aantal extra (nog onbenutte) aansluitpunten voor het inpluggen van bijkomende toestellen, applicaties ... toegevoegd. Meer en meer wordt een technische balk (als geïntegreerd systeem) voorzien aan de bedzijde van de kamer waar allerlei functies in verwerkt worden zoals oproepsysteem, internetaansluiting, stopcontacten ... Dit betekent ruimtelijk dat men de bedzijde van een kamer vanaf de start vastlegt.

## **Typevoorbeelden slaap- en woongedeelte**

Verschillende typevoorbeelden kunnen weergegeven worden in functie van de keuzes die gemaakt worden. De opgenomen voorbeelden zijn beschreven onder de verschillende types kamerorganisatie. De types slaap- en woongedeelte zijn niet steeds de meest optimale, maar wel veel voorkomende inrichtingsvormen:

[Slaap- en woongedeelte voorbeeldtype 1 >>](#)

[Slaap- en woongedeelte voorbeeldtype 2 >>](#)

[Slaap- en woongedeelte voorbeeldtype 3 >>](#)

[Slaap- en woongedeelte voorbeeldtype 4 >>](#)

De typevoorbeelden geven geen waardeoordeel, wel is er in de types een gradatie aanwezig in functie van de inrichting en mogelijkheden.

### 5.2.3 Sanitaire cel



De sanitaire cel evolueert meer en meer naar een ruimte die moet voldoen aan zeer uiteenlopende behoeften van de bewoners. Niet alleen bewoners met een vrij grote zelfstandigheid moeten er op een goede en comfortabele wijze gebruik van maken. Ook voor de zorg aan personen met grote zorgbehoeften moeten zorgverleners ondersteund worden.

Optimaal krijgt iedere bewoner de voor hem/ haar meest aangewezen oplossing. Flexibiliteit en aanpasbaarheid zouden hiervoor de beste oplossing zijn, doch zijn dit meestal dure investeringen. Sanitaire cellen dienen dan ook binnen een standaardopstelling een zo groot mogelijke

range van zorgbehoeften op te kunnen vangen.

#### Programma van eisen

Vandaag zijn reeds heel wat oplossingen voor sanitaire cellen in praktijk uitgewerkt. Meer en meer worden deze geoptimaliseerd naargelang de ervaringen die men opdoet. Keuzes die men maakt om de badcellen uit te werken worden genomen in functie van de wijze waarop men de zorgverlening wenst te organiseren. Daarnaast is de wens om al dan niet toekomstige mogelijkheden te integreren een belangrijk element.

De goede zorgverlening, meer bepaald de handelingen die erin moeten kunnen plaatsvinden, moet echter steeds het uitgangspunt vormen voor ruimtelijke beslissingen. Minimaal dienen steeds een wastafel en een toilet aanwezig te zijn in de sanitaire cel. Daarnaast is het al dan niet voorzien van een douche een optie. Deze optie heeft veel te maken met:

- de keuze van type sanitaire cel en het aantal toegangen, de aanwezige vrije wanden en de plaats van de toestellen;
- ruimtelijke beperkingen (architecturaal) op gebouw- of afdelingsniveau die bepalend zijn voor de beschikbare zone op de kamer...

Onderstaande tabel geeft de voor- en nadelen weer bij het kiezen voor een douche op de kamer:

Voordelen	Nadelen
De bewoner kan zelf kiezen voor een douche op de kamer of een bad in de gemeenschappelijke badkamer.	Onderhoudsaspecten van de douche, waaronder ook geurhinder bij niet of weinig gebruik.
De zelfstandigheid van de bewoner kan zolang mogelijk behouden en ondersteund worden. Hierdoor zal de bewoner vaak ook langer actief blijven.	De zorggraad van een bewoner is algemeen zeer groot, een zorgafhankelijke bewoner zal meestal een bad in plaats van een douche krijgen gezien het comfort voor de gebruiker en de zorgverlener. De

	douche op de sanitaire cel blijft vaak ongebruikt.
Door het drempelloos uitvoeren van de douche biedt de ruimte een extra gebruiksruimte die multifunctioneel kan gebruikt worden indien bijvoorbeeld de zorggraad groter wordt.	Kostprijs van de voorziening indien niet gebruikt is groot. Op vlak van hulpmiddelen kan dit beperkt worden door flexibele systemen toe te passen zoals bijvoorbeeld een wegneembare douchezit.
Het douchen kan in een privaat karakter gebeuren.	De badcel vraagt bij de aanwezigheid van een douche een extra aandachtspunt in functie van slipveiligheid en materiaalgebruik

In functie van toegankelijkheid zal steeds de keuze van het aantal toestellen bepalend zijn voor de te voorziene gebruiksruimten. Bij gevolg is de keuze dus ook belangrijk voor de dimensionering van de ruimte. Het kiezen voor een douche betekent steeds dat er een extra gebruikszone ter beschikking komt voor het plaatsen van een rolstoel of het plaatsnemen van een zorgverlener. De badcel zal steeds een ruimtelijk voordeel krijgen, wat de zorgverlening kwalitatief zal ondersteunen.

### **Toegang tot de ruimte**

De ligging evenals de zelfstandige bereikbaarheid en bruikbaarheid van de toegang tot de private sanitaire cel zal omwille van het uitgangspunt 'het zelfstandig gebruik van de bewoner aanmoedigen' altijd een aandachtspunt blijven. Voor de bruikbaarheid van de deur staat een goede ergonomie steeds voorop.

[Manueel bedienbare deuren >>](#)

Daarnaast kan ook de keuze van type cel van belang zijn. Gezien de specifieke nieuwe evoluties m.b.t. het aantal toegangen tot de sanitaire ruimte zullen verschillen ontstaan naar mogelijkheden in gebruik en zorggraad:

- de bereikbaarheid van de ruimte vanuit de gang of de kamer
- de aanwezigheid van meerdere toegangen tot de ruimte
- het gebruik van kamerbrede- en hoge schuifwanden

De voor en nadelen staan beschreven in het onderdeel:

[Toegang tot de sanitaire cel >>](#)

Specifiek voor personen met dementie is een rechtsreeks zicht op de toiletput vanuit het bed (met bijkomend automatische nachtverlichting) een meerwaarde gezien dit deels het nachtelijk dolen tegengaan en het zo lang mogelijk zelfstandig gebruiken van het toilet aangemoedigd wordt. Dit aspect kan mede door de keuze van sanitaire cel gerealiseerd worden (kamerhoge wand of locatie toegang).

### **Gebruiksruimten**

Elke sanitaire cel dient optimaal afgestemd te worden op de activiteiten die erin plaatsvinden. Elk toestel dient naast een ruimte voor de opstelling ook voldoende gebruiksruimte te voorzien.

Binnen een zorgvoorziening dient het uitgangspunt de 'zorgafhankelijke bewoner' steeds voorop te staan. Dit betekent dat er rekening gehouden moet worden met de noden van de bewoner, de bruikbaarheid bij hulpmiddelengebruik, evenals met de aanwezigheid van zorgverleners (voor hen is dit een werkomgeving).

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

Elke activiteit moet voldoende gebruikruimte krijgen. Multifunctioneel ruimtegebruik is steeds aangewezen, het staat dan ook voor het dubbel gebruiken of overlappen van bepaalde zones zodat de dimensionering van de ruimte beperkt kan blijven.

### **Vaste of variabele afwerking**

Het voorzien van hulpmiddelen zoals een beugel aan de toiletpot of aan de douche, is een keuze die elk woonzorgcentrum maakt, meestal op basis van zijn eigen werking.

De meest cruciale hulpmiddelen van een private sanitaire cel zijn beugels en/ of een douchezit. Ofwel zijn ze vanaf het begin permanent in elke ruimte voorzien of er wordt gekozen voor een meer variabele oplossing die naargelang de nood of de zorgvraag van de bewoner kan aangepast worden (wachtbouten, beugel voor douchezit op te hangen ...). Een aantal elementen zullen echter altijd vast aanwezig zijn zoals een spiegel, een kledinghaak, een handdoekrek ...

In functie van een basistoegankelijkheid zal er ter hoogte van de toiletpot (aan de gesloten zijde) steeds minimaal één beugel aanwezig zijn.

De meest voorkomende keuzes van hulpmiddelen zijn:

- een verplaatsbare of vaste douchezit;
- een bijkomende beugel aan de (open zijde van) toiletpot;
- bijkomende beugels aan de wastafel.

Om een goed gebruik te ondersteunen, zowel van de sanitaire toestellen als van de hulpmiddelen, is het belangrijk dat de elementen duidelijk herkenbaar zijn. Besteed daarom aandacht aan een goed contrast (kleurkeuze en materialen) tussen de vloer en de wand, maar ook tussen de wand en de aanwezige elementen (toiletpot, wastafel, beugel ...). Dit zorgt ervoor dat bijvoorbeeld de toiletpot of een spoelknop duidelijk zichtbaar is dus gemakkelijker in gebruik.

Zeker voor personen met dementie is de vindbaarheid (ruimtelijk maar vooral ook visueel) van de toiletpot in de sanitaire cel belangrijk voor het zelfstandig gebruik.

### **Belevingswaarde van de ruimte**

Gezien de private kamer een thuisvervangend gegeven is, is het aanbieden van een aangename verblijfsruimte een meerwaarde. Ook de private sanitaire cel vormt hierin een schakel. Ook voor het aanmoedigen van de bewoners om zo lang mogelijk de eigen private sanitaire cel (zelfstandig) te gebruiken is het belangrijk dat hij zich deze ruimte eigen kan maken. Een huiselijk gevoel van de ruimte zal hiertoe bijdragen.

Het materiaalgebruik, de keuze van toestellen en de kleuren (gebruik van warme en heldere kleuren) voor de bekleding van wanden en vloeren kan hierin een rol spelen.

Ook de aanwezigheid van een aantal kledinghaken, de mogelijkheid om persoonlijke spullen uit te stallen (afzetvlak aan de wastafel of open rekje ...), voldoende opbergruimte onder de vorm van een kast ... zullen hier onder andere toe bijdragen.

In het bijzonder voor personen met dementie zijn er aantal extra aandachtspunten:

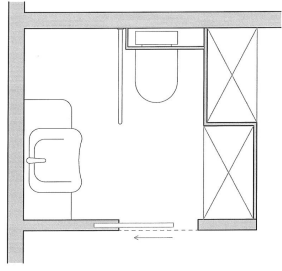
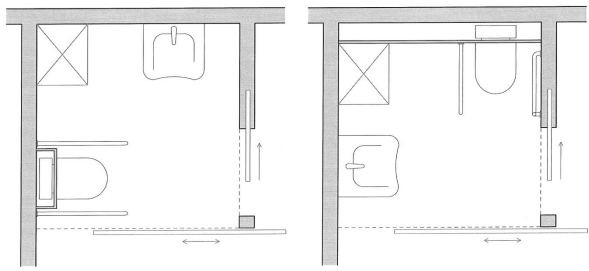
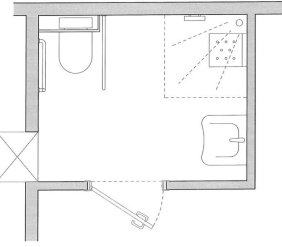
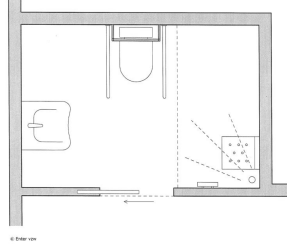
- vloeren en wanden zijn niet blinkend en omvatten geen complexe figuratieve patronen;
- de spiegel is omklapbaar of wegneembaar om eventueel angst bij het niet herkennen van zichzelf weg te nemen;
- de toestellen zijn duidelijk herkenbaar;
- De waterkraan is eenvoudig te bedienen. Een mengkraan kan gebruikt worden, maar de vormgeving ondersteunt de bedieningsrichting door een duidelijke indicatie voor warm en koud;
- de verlichting veroorzaakt geen schaduwen, optimaal heeft deze ook een warme kleur.

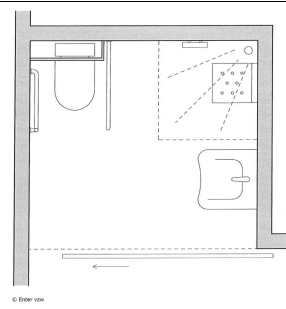
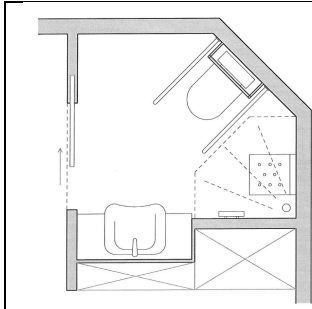
Dit laatste punt, een goede verlichting is echter voor iedereen van belang. Het zal niet alleen bijdragen tot een aangename ruimte maar zal ook de functionaliteit ondersteunen: zien wat we doen, hulp kunnen bieden, valrisico beperken ...

[Zintuiglijk comfort >>](#)

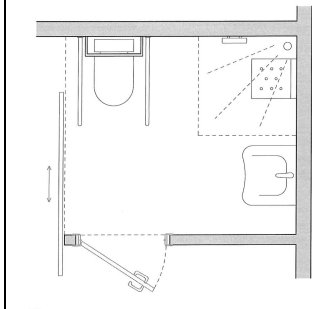
### Typevoorbeelden sanitaire cel

De typevoorbeelden geven geen waardeoordeel, wel is er in de types een gradatie aanwezig in functie van type toestellen en mogelijkheden. De opgenomen voorbeelden zijn niet steeds de meest optimale, doch veel voorkomende types:

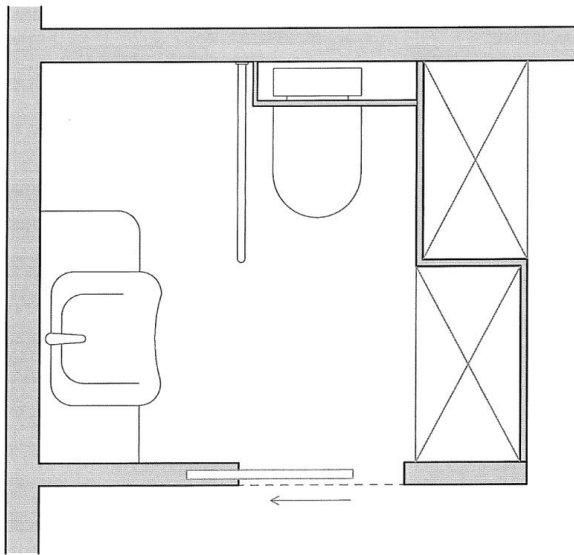
<p><a href="#">Sanitaire cel voorbeeldtype 1 &gt;&gt;</a></p>  <p><small>© Enter vzw</small></p>	<p><a href="#">Sanitaire cel voorbeeldtype 2 &gt;&gt;</a></p>  <p><small>© Enter vzw</small></p>
<p><a href="#">Sanitaire cel voorbeeldtype 3 &gt;&gt;</a></p>  <p><small>© Enter vzw</small></p>	<p><a href="#">Sanitaire cel voorbeeldtype 4 &gt;&gt;</a></p>  <p><small>© Enter vzw</small></p>
<p><a href="#">Sanitaire cel voorbeeldtype 5 &gt;&gt;</a></p>	<p><a href="#">Sanitaire cel voorbeeldtype 6 &gt;&gt;</a></p>



[Sanitaire cel voorbeeldtype 7 >>](#)



### 5.2.3.1 Sanitaire cel voorbeeldtype 1



© Enter vzw

Type: sanitaire cel bereikbaar vanuit één zijde (via doorgang of sas naar de kamer), schuifdeur.

Inrichting: wastafel en toilet

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

Compacte ruimte. Gezien er geen mogelijkheid is om te douchen zal hiervoor steeds gebruik gemaakt moeten worden van de gemeenschappelijke badkamer of doucheruimte op de afdeling. Ook wanneer de zorggraad van de bewoner stijgt, zal de gemeenschappelijke badkamer veel sneller ingezet moeten worden.

Voordelen:

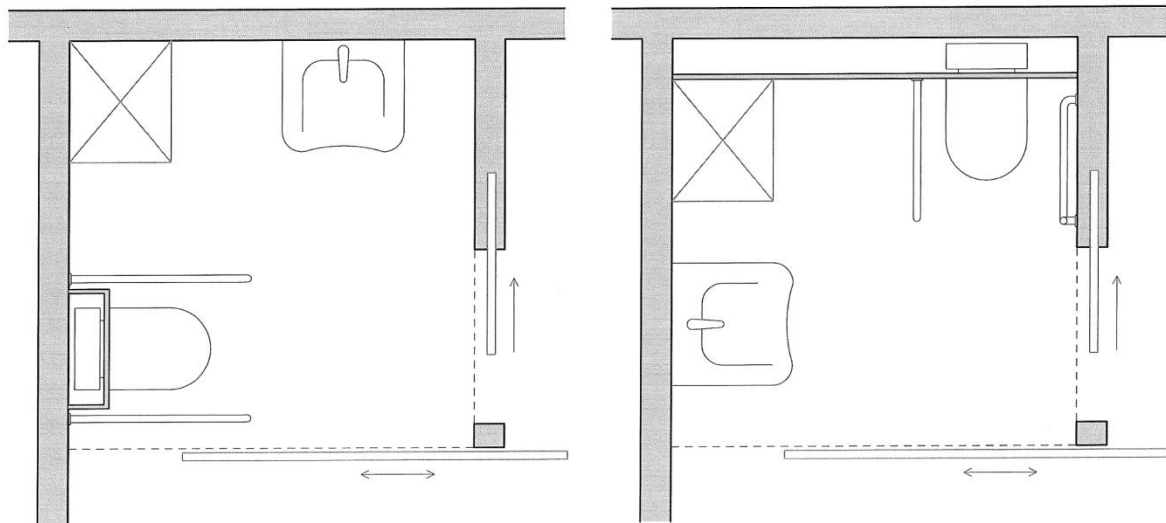
- Gezien er slechts één toegangszijde aanwezig is, blijven er drie wanden van de ruimte functioneel ter beschikking.
- De toiletpot is gelegen recht tegenover de toegang. Deze rechte benadering is comfortabel voor het gebruik met hulp of met een verrijdbare tillift.
- De wastafel is ingewerkt in een tablet. Dit zorgt ervoor dat een groter afzetvlak aanwezig is voor benodigdheden. Dit is zowel voor de bewoner als voor de zorgverlener makkelijk in gebruik.
- Een goede bereikbaarheid van de kast (als bergruimte) is geïntegreerd.

Nadelen:

- De sanitaire cel is beperkt bruikbaar voor rolstoelgebruik met hulp.
- Ter hoogte van de wastafel en de toiletpot is er slechts een beperkte ruimte aanwezig voor het bieden van hulp.
- De toiletpot heeft een beperkte zijdelingse vrije ruimte; deze kan gebruikt worden om als zorgverlener (naast de toiletpot) plaats te nemen, doch is te beperkt voor het plaatsen van een rolstoel.
- Er is geen rechtstreekse verbinding met het slaap- en leefgedeelte van de kamer.



### 5.2.3.2 Sanitaire cel voorbeeldtype 2



© Enter vzw

Type: sanitaire cel bereikbaar vanuit twee zijden (via doorgang of sas en via de kamer), schuifdeur en schuifwand.

Inrichting: wastafel en toilet, verschil in het toestel dat aan de kamerzijde geplaatst wordt.

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

Compacte ruimte. Gezien er geen mogelijkheid is om te douchen zal hiervoor steeds gebruik gemaakt moeten worden van de gemeenschappelijke badkamer of doucheruimte op de afdeling.

Ook wanneer de zorggraad van de bewoner stijgt, zal de gemeenschappelijke badkamer veel sneller ingezet moeten worden.

Voordelen:

- Door de aanwezigheid van twee toegangszijden is de badcel inzetbaar voor een grote groep bewoners met een verschillende zorggraad:
  - o Via de kamerhoge schuifwand is er een open relatie mogelijk met het slaap- en woongedeelte van de kamer voor de ondersteuning van de zorgverlening of het uitvoeren van transfers.
  - o De tweede toegangsdeur maakt het mogelijk om als zelfstandige bewoner de sanitaire cel als 'standaard' (gesloten ruimte) te gebruiken.
- Door het gebruik van de schuifwand kan de bereikbaarheid en het gebruik van de toestellen geoptimaliseerd worden.
- Wastafel aan de kamerzijde (schuifwand) geplaatst:
  - o Het bed kan tot aan de sanitaire cel verplaatst worden, het binnen handbereik zijn van water bij het geven van een bedbad is bevorderlijk voor de verzorging.
  - o Het openschuiven van de wand zorgt er ook voor dat twee vrije zijden voor zorgverlening ter beschikking zijn ter hoogte van de wastafel.

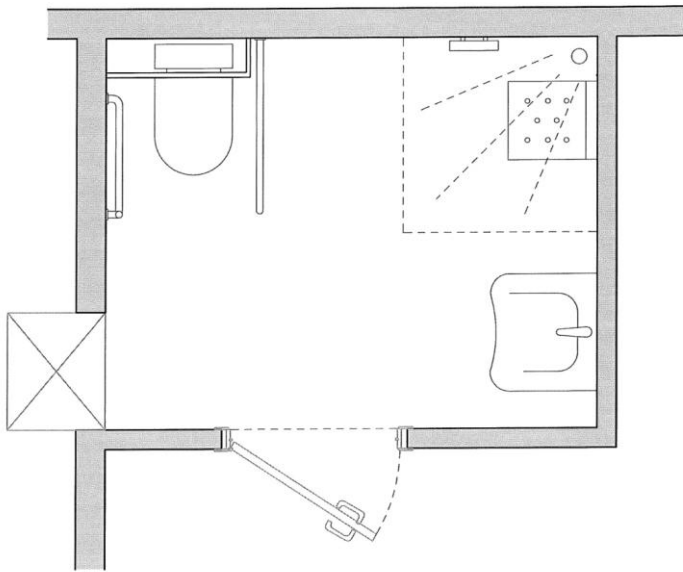


- De toiletpot kan via de schuifwand recht benaderd worden. De rechte benadering is comfortabel voor het gebruik met hulp of met een verrijdbare tillift.
- Toilet aan de kamerzijde (schuifwand) geplaatst:
  - De goede bereikbaarheid van het toilet biedt meer mogelijkheden voor het uitvoeren van een manuele transfer. Vooral voor de zorgverlening tijdens de nachtdienst (beperkte bezetting) is dit een goede opstelling.
  - Door het openschuiven van de wand zijn ter hoogte van de toiletpot twee transferzijden ter beschikking.
  - De toiletpot is op verschillende manieren bereikbaar. Zidelings via de schuifwand (kamerzijde) en recht via de tweede deur.
- Een goede bereikbaarheid van de kast (als bergruimte) is geïntegreerd.

Nadelen:

- Wastafel aan de kamerzijde (schuifwand) geplaatst:
  - De toiletpot heeft slechts één transferzijde.
- Door het gebruik van de schuifwand (bijvoorbeeld het open plaatsen bij een toiletbezoek) worden de badkamer en de kamer ruimtelijk een geheel. Dit kan invloed hebben op het gevoelsmatige aspect van de zorgverlening, niet alle bewoners ervaren dit als een comfortabele situatie.
- De tweede toegang wordt meestal als secundair beschouwd. Om goed bruikbaar te zijn, dient de breedte van de toegang steeds geoptimaliseerd te worden (benadering, vrije doorgang ...).

### 5.2.3.3 Sanitaire cel voorbeeldtype 3



© Enter vzw

Type: sanitaire cel bereikbaar vanuit 1 zijde, draaideur

Inrichting: wastafel, toilet en douche met douchezit, wastafel en douche op één wand geplaatst

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

Omwille van de inrichting (één toegang, opstelling van de toestellen) en het type deur, is deze sanitaire cel zeer herkenbaar ten opzichte van de thuissituatie. Om deze reden is het ook een vrij huiselijk type van sanitaire cel.

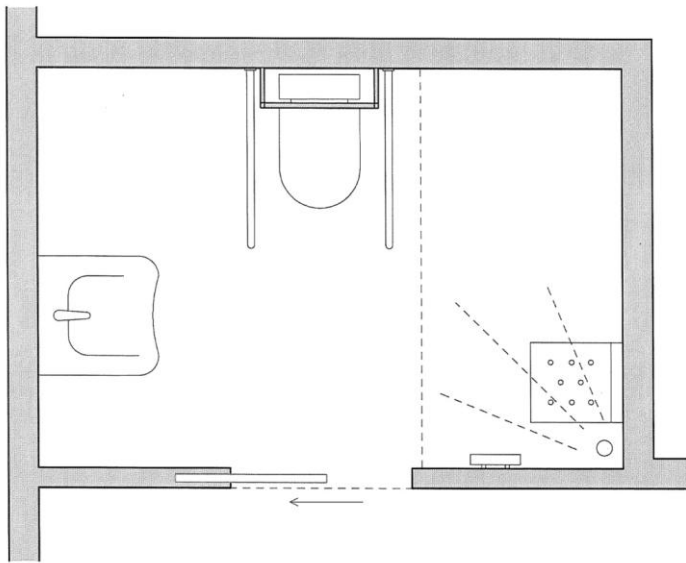
Voordelen:

- Gezien er slechts één toegangszijde aanwezig is, blijven er drie wanden van de ruimte functioneel ter beschikking.
- Er is een douche aanwezig.
- De toiletspot is niet volledig recht tegenover de toegangsdeur geplaatst, toch is de toiletspot vlot te bereiken met een verrijdbare tillift.
- Een draaideur sluit de ruimte akoestisch beter af.
- Een goede bereikbaarheid van de kast (als bergruimte) is geïntegreerd.

Nadelen:

- Er is geen open relatie mogelijk met het slaap- en woongedeelte van de kamer voor de ondersteuning van de zorgverlening of het uitvoeren van transfers.
- De loshangende wastafel heeft minder afzetvlak ter beschikking voor de bewoner of de zorgverlener.
- De toiletspot heeft slechts één transferzijde.
- Omwille van de locatie (hoek) is de douchezit niet bereikbaar met een verrijdbare tillift.
- Door het gebruik van het type draaideur is er verlies aan bruikbare ruimte in de kamer.

### 5.2.3.4 Sanitaire cel voorbeeldtype 4



© Enter vzw

Type: sanitaire cel bereikbaar vanuit één zijde, schuifdeur

Inrichting: wastafel, toilet en douche met douchezit, elk toestel op één wand geplaatst

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

Omwille van de inrichting (één toegang, opstelling van de toestellen) is deze badcel herkenbaar ten opzichte van de thuissituatie. Om deze reden is het ook een vrij huiselijk type van sanitaire cel.

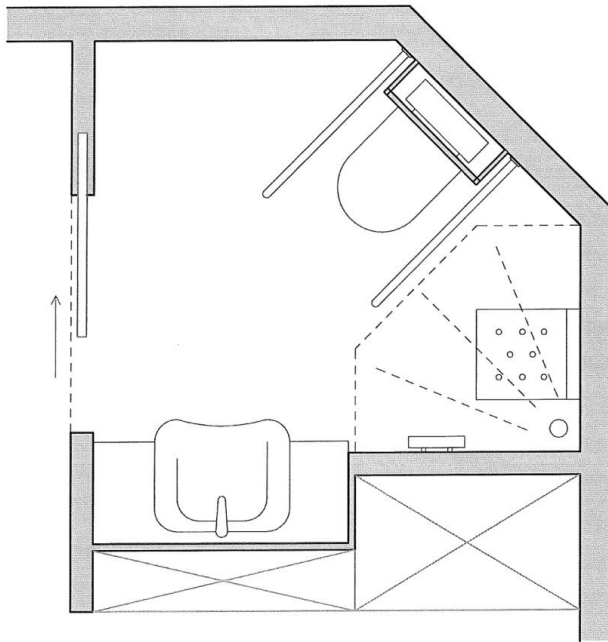
Voordelen:

- Gezien er slechts één toegangszijde aanwezig is, blijven er drie wanden van de ruimte functioneel ter beschikking.
- De toiletpot is gelegen recht tegenover de toegang. De rechte benadering van de toiletpot is comfortabel voor het gebruik met hulp of met een tillift.
- Er is een douche aanwezig.
- De douchezit is bereikbaar met een verrijdbare tillift, doch mits de nodige manoeuvres. Er is naast de douchezit een ruime zone ter beschikking voor de zorgverlening.
- Door de aanwezigheid van de douche zijn ter hoogte van de toiletpot twee transferzijden ter beschikking.
- Een goede bereikbaarheid van de kast is geïntegreerd.
- De schuifdeur als toegangsdeur is voor velen makkelijk hanteerbaar.

Nadelen:

- Er is geen open relatie mogelijk met het slaap- en woongedeelte van de kamer voor de ondersteuning van de zorgverlening of het uitvoeren van transfers.
- De loshangende wastafel heeft minder afzetvlak ter beschikking voor de bewoner of de zorgverlener.

### 5.2.3.5 Sanitaire cel voorbeeldtype 5



© Enter vzw

Type: sanitaire cel bereikbaar vanuit één zijde (via doorgang of sas naar de kamer), schuifdeur.

Inrichting: wastafel, toilet en douche, elk toestel op één wand geplaatst.

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

Omwille van de inrichting (één toegang, opstelling van de toestellen) is deze sanitaire cel herkenbaar ten opzichte van de thuissituatie. Om deze reden is het ook een vrij huiselijk type van sanitaire cel.

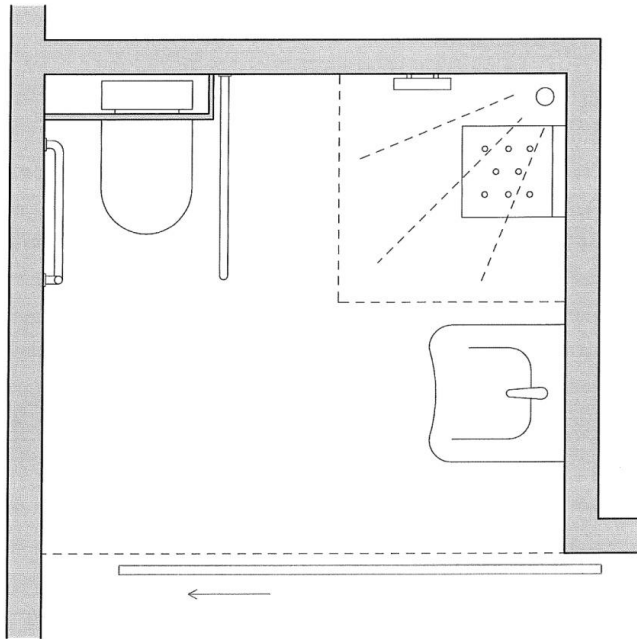
Voordelen:

- Omdat er slechts één toegangszijde aanwezig is, blijven er drie wanden van de ruimte functioneel ter beschikking.
- De ruimte is vrij compact maar heeft een zeer multifunctioneel ruimtegebruik in functie van de bereikbaarheid en bruikbaarheid van de toestellen.
- De schuine wand maakt tegelijk deel uit van de technische koker (besparing in oppervlakte).
- De toiletpot en de douche zit zijn niet volledig recht tegenover de toegangsdeur geplaatst, toch zijn ze vlot te bereiken met een verrijdbare tillift.
- De wastafel is ingewerkt in een tablet. Dit zorgt ervoor dat een groter afzetvlak aanwezig is voor benodigdheden. Dit is zowel voor de bewoner als voor de zorgverlener makkelijk in gebruik.
- De inplanting en uitvoering van de kast is een voorbeeld van multifunctioneel ruimtegebruik. De zone tussen de kamer en de badcel is zo georganiseerd dat daar waar plaats nodig is in de badcel, de kast minder diep uitgewerkt is.

Nadelen:

- Er is geen open relatie mogelijk met het slaap- en leefgedeelte van de kamer voor de ondersteuning van de zorgverlening of het uitvoeren van transfers.
- Door de schuine wand beschikt de toiletput aan beide zijden over beperkte transferruimten. Er is echter voldoende ruimte om als zorgverlener plaats te nemen.

### 5.2.3.6 Sanitaire cel voorbeeldtype 6



© Enter vzw

Type: sanitaire cel bereikbaar vanuit één zijde, schuifwand

Inrichting: wastafel, toilet en douche met douchezit, wastafel en douche op één wand geplaatst.

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

Voordelen:

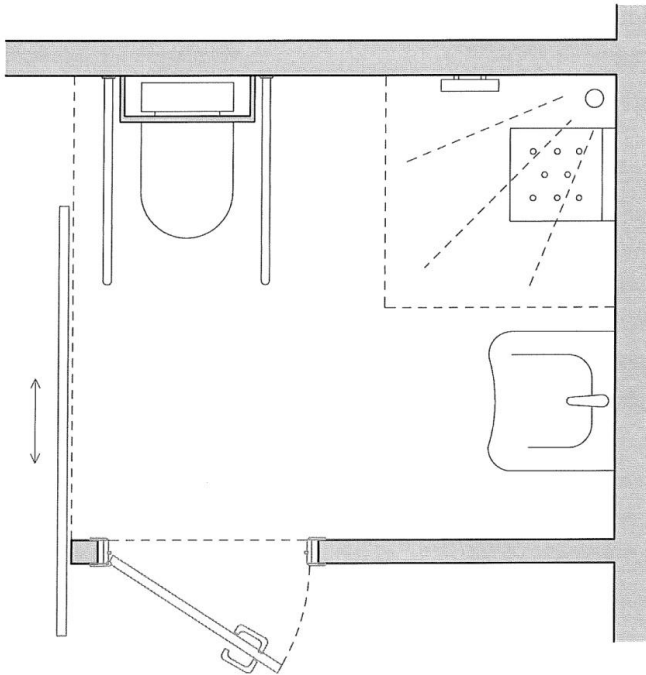
- Omdat er slechts één toegangszijde aanwezig is, blijven er drie wanden van de ruimte functioneel ter beschikking.
- Via de schuifwand is er een rechtstreekse verbinding mogelijk met het slaap- en woongedeelte van de kamer voor de ondersteuning van de zorgverlening of het uitvoeren van transfers.
- De schuifwand hoeft niet altijd volledig opengeschoven te worden. Wanneer de schuifwand slechts over de halve opening wordt open geschoven is het ook mogelijk om als zelfstandige bewoner de sanitaire cel als 'standaard' (gesloten ruimte) te gebruiken.
- Door het gebruik van de schuifwand kan de bereikbaarheid en het gebruik van de toestellen geoptimaliseerd worden.
- Wastafel aan de kamerzijde (schuifwand) geplaatst:
  - o Het bed kan tot aan de sanitaire cel verplaatst worden, het binnen handbereik zijn van water bij het geven van een bedbad is bevorderlijk voor de verzorging.
  - o Het openschuiven van de wand zorgt er ook voor dat twee vrije zijden voor zorgverlening (plaatsnemen van een zorgverlener) ter beschikking zijn ter hoogte van de wastafel.

- De toiletput is gelegen recht tegenover de toegang. De rechte benadering van de toiletput is comfortabel voor het gebruik met hulp of met een verrijdbare tillift.
- Er is een douche aanwezig.

Nadelen:

- De toiletput heeft slechts één transferzijde.
- De loshangende wastafel heeft minder afzetvlak ter beschikking voor de bewoner of de zorgverlener.
- Er is slechts één toegang onder de vorm van een schuifwand. Deze moet altijd door iedereen (ook door de bewoner) gebruikt worden. Aandachtspunten naar uitvoering zijn dan ook dat hij goed en licht bedienbaar is en makkelijk verschuifbaar.
- Het kan dat de schuifwand de inrichtingsmogelijkheden van de slaap- en woonkamer bemoeilijkt omwille van de nodige schuifruimte langs de wand. Door de schuifwand in te werken is dit probleem opgelost. Hier moet wel opgelet worden dat een goed onderhoud mogelijk is.

### 5.2.3.7 Sanitaire cel voorbeeldtype 7



© Enter vzw

Type: sanitaire cel bereikbaar vanuit twee zijden (via doorgang of sas en via de kamer), draaideur en schuifwand.

Inrichting: wastafel, toilet en douche, wastafel en douche op één wand geplaatst.

[Gebruik van een wastafel >>](#)

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

Voordelen:

- Door de aanwezigheid van twee toegangszijden is de sanitaire cel inzetbaar voor een grote groep bewoners met een verschillende zorggraad:
  - o Via de schuifwand is er een rechtstreekse verbinding mogelijk met het slaap- en woongedeelte van de kamer voor de ondersteuning van de zorgverlening of het uitvoeren van transfers.
  - o De tweede toegangsdeur maakt het mogelijk om als zelfstandige bewoner de sanitaire cel als 'standaard' (gesloten ruimte) te gebruiken.
- Door het gebruik van de schuifwand kan de bereikbaarheid en het gebruik van de toestellen geoptimaliseerd worden.
- Toilet aan de kamerzijde (schuifwand) geplaatst:
  - o De goede bereikbaarheid van het toilet biedt meer mogelijkheden voor het uitvoeren van een manuele transfer. Vooral voor de zorgverlening tijdens de nachtdienst (beperkte bezetting) is dit een goede oplossing.
  - o Door het openschuiven van de wand zijn ter hoogte van de toiletpot twee transferzijden ter beschikking.
  - o De toiletpot is op verschillende manieren bereikbaar. Zidelings via de schuifwand (kamerzijde) en recht via de tweede deur.
- Er is een douche aanwezig.



- De aanwezige douchezone zorgt voor een optimalisatie van de gebruiksruidten ter hoogte van de toiletput en de wastafel.

Nadelen:

- De lohangende wastafel heeft minder afzetvlak ter beschikking voor de bewoner of de zorgverlener.
- Door het gebruik van de schuifwand (bijvoorbeeld het open plaatsen bij het toiletbezoek) worden de sanitaire cel en de kamer ruimtelijk een geheel. Dit kan invloed hebben op het gevoelsmatige aspect van de zorgverlening, niet alle bewoners ervaren dit als een comfortabele situatie.
- De tweede toegang wordt meestal als secundair beschouwd. Om goed bruikbaar te zijn voor een zelfstandige bewoner, dient de breedte ervan toegang steeds geoptimaliseerd te worden (benadering, vrije doorgang ...).

## 5.2.4 Gemeenschappelijke badkamer



De gemeenschappelijke badkamer is onmisbaar. Voor het verzorgend personeel is deze ruimte heel vaak ook de spil voor het verlenen van zorg aan de bewoners. Bereikbaarheid en functionaliteit zijn de twee grootste basiseisen die het zorgpersoneel voorop stelt. Comfort, huiselijkheid en behoud van privacy zijn de grootste basiseisen die voorop staan voor bewoners.

Het badmoment kan echter ook een vorm van ontspanning en wellness bieden aan de bewoner. Zeker voor bewoners met een hoge zorggraad kan dit een grote meerwaarde zijn. De ruimte is dus niet steeds louter functioneel, maar kan ook door het integreren van licht en kleur of geluid een belangrijk element van het wooncomfort zijn.

### Locatie op de afdeling

Locatie betekent bereikbaarheid. Het is een ruimte die sterk gekoppeld is aan organisatorische structuren. De ligging op de afdeling zal steeds een strategische plaats innemen.

De badkamers moeten vlot bereikbaar zijn vanuit elke kamer op de afdeling. Dit om de persoonlijke hygiëne en zorg optimaal te kunnen aanbieden.

Ook de bereikbaarheid vanuit de gemeenschappelijke leefruimten is een belangrijk aspect gezien gemeenschappelijke badkamers ook ingezet kunnen worden voor begeleide toiletbezoeken doorheen de dag voor bewoners met een hogere zorggraad (meer optimale bereikbaarheid en gebruiksruidten voor hulpmiddelen dan toilet op de kamer).

Afhankelijk van keuzes gemaakt op niveau van de sanitaire cellen in de kamers (wel of geen douche) zal het ook belangrijk zijn om het aanbod in de gemeenschappelijke badkamers of in het aantal badkamers te variëren.

De mogelijkheid om bij het locatiebeleid van badkamers ook rekening te houden met daglichttoetreding zal een aspect zijn dat voor elke bewoner bijdraagt aan een aangenaam verblijf. Het is niet alleen een goede stimulans voor het dagritme van de bewoner, maar laat bijvoorbeeld ook toe om de ruimte aan te kleden met levende planten.

### Maatvoering van de ruimte

Een gemeenschappelijke badkamer vormt in functie van de organisatie een belangrijke ruimte op de afdeling. De wijze waarop zorgverleners deze kunnen gebruiken zal zich weerspiegelen in comfort voor de bewoners. Dit betekent dat de ruimte moet afgestemd worden op de zorgverlening: hoe kom je de ruimte binnen, welke hulpmiddelen worden gebruikt, welke handelingen moeten er kunnen plaatsvinden ...

Een slecht georganiseerde of een te klein gedimensioneerde ruimte vraagt extra of dubbele handelingen. Deze extra handelingen vragen tijd en dus minder kwaliteit of comfort voor de zorgverlening.

In het bijzonder voor personen met dementie kan het badgebeuren belastend zijn (veel indrukken, handelingen, gebruik van hulpmiddelen). Ook voor hen is een goed georganiseerde en ingerichte badkamer belangrijk om zoveel mogelijk storende prikkels te vermijden.

De keuze en het gebruik van inrichtingselementen en hulpmiddelen (tillift, karren, rolstoel ...) zal steeds de ruimte bepalen.

[Zorgverlening en het gebruik van verplaatsingshulpmiddelen >>](#)

De minimale voorzieningen die men moet hebben staan echter niet vast. Een rode lijn is steeds te trekken in volgende basiscombinaties:

- (Wastafel), bad en toilet.
- (Wastafel), bad, toilet en douche.
- (Wastafel), bad, toilet, douche en verzorgingstafel.

Is er slechts één gemeenschappelijke badkamer op de afdeling, dan is het van belangrijk steeds een multifunctionele badkamer te voorzien met voldoende mogelijkheden voor iedereen (min. toilet, bad en douche).

#### *Douche:*

Is er geen douche op de kamer aanwezig, dan zal deze zeker moeten opgenomen worden in de gemeenschappelijke badkamer. Om de praktische inzetbaarheid van de badkamers te vergroten, worden in de recent gerealiseerde woonzorgcentra meer en meer de keuze gemaakt om verschillende types badkamers te voorzien, zoals bijvoorbeeld naast een badkamer ook een extra doucheruimte.

#### *Wastafel:*

In tegenstelling tot de activiteiten in de sanitaire cel op de private kamer zal het gebruik van de wastafel in een gemeenschappelijke badkamer vaak een ander functioneel doel hebben. De wastafel dient hier vooral voor de ondersteuning van de verzorgers en niet of in mindere mate voor het gebruik door bewoners zelf. Ruimtelijk betekent dit dat ze functioneel nauwelijks als volwaardig opgenomen (moeten) worden.

### **Toegang tot de ruimte**

De ligging evenals de zelfstandige bereikbaarheid en bruikbaarheid van de toegang tot de badkamer zal omwille van het uitgangspunt 'grote zorgvraag' in veel mindere mate van belang zijn dan bij de sanitaire cel.

Belangrijk is wel dat:

- een voldoende vrije doorgangsbreedte en hoogte aanwezig zijn, zodat passage met hulpmiddelen geen knelpunt vormt;
- bij de inplanting van de deur, een rechtstreeks zicht op het toilet, omwille van de privacy, best vermeden wordt.

In functie van een goede ergonomie blijven de aandachtspunten voor een goede toegangsdeur natuurlijk belangrijk.

[Manueel bedienbare deuren >>](#)

### **Relaties van inrichtingselementen en hulpmiddelen**

Elke badkamer dient optimaal afgestemd te worden op de activiteiten die erin plaatsvinden. Het grote verschil met de sanitaire cellen is vooral dat gemeenschappelijke badkamers steeds afgestemd zijn op een grote zorgafhankelijkheid.

Omwille van deze grote zorggraad staat het geven van een 'bad' bijna altijd centraal in een gemeenschappelijke badkamer.

Elk toestel dient naast een ruimte voor de opstelling ervan voldoende ruimte te voorzien voor het plaatsnemen van een zorgverlener en een hulpmiddel:

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

[Gebruik van een hoog – laag bad >>](#)

Het gebruik van plafondliften zorgt voor een beperking van de nodige gebruiksruimte in de badkamer. Ook het functionele aspect voor zorgverleners en het comfort voor de bewoner kan een hoger niveau krijgen. Doch blijft het gebruik van manuele tilsystemen onmisbaar. Ruimtelijk moet hier dan ook nog steeds rekening mee gehouden worden.

[Gebruik van een verrijdbare tillift >>](#)

[Gebruik van een plafondlift >>](#)

Zo goed als in elke badkamer is het mogelijk een plafondlift te voorzien. De keuze is heel vaak afhankelijk van de interne werking en de ondersteuning voor het personeel.

### **Bergruimte voor hulpmiddelen**

Elke badkamer moet ruimte voorzien om hulpmiddelen zoals verrijdbare tilliften of karren te kunnen gebruiken. Worden ze niet gebruikt, dan dienen ze een plaats te krijgen (opbergen) die buiten de circulatie- of gebruiksruimte van de toestellen in de badkamer valt.

De opstelling van een ongebruikte rolstoel van een bewoner of een ongebruikt hulpmiddel vormt voor heel wat woonzorgcentra een ruimtelijk knelpunt.

Omwille van praktische redenen, maar zeker ook omwille van ruimtelijke beperkingen in de badkamer blijkt immers dat hulpmiddelen tijdelijk ter hoogte van de deur op de gang geplaatst worden tijdens de verzorging. Zo nemen ze geen ruimte in beslag in de badkamer en blijven ze binnen handbereik. Wanneer een badkamer niet in gebruik is, worden deze zaken in de ruimte geplaatst. De badkamer wordt dan tijdelijk een zone voor opbergen.

Dit zorgt er echter voor dat er extra handelingen nodig zijn, de deur geopend wordt tijdens de zorgverlening en dat hulpmiddelen gangruimte innemen.

Omwille van de privacy voor de bewoner (deur openen en sluiten) blijft het hulpmiddel in de ruimte zelf, waarbij het bovendien geen knelpunt mag vormen voor circuleren of gebruiksruimten.

Daarnaast is ook de aanwezigheid van bergruimte voor gebruiksspullen voor het zorgpersoneel steeds een cruciaal element. Deze dienen ruimtelijk opgenomen te worden in de dimensionering van de badkamer onder de vorm van kastruimte, vrije zones voor karren... Plaats karren, verzorgingsmateriaal en andere hulpmiddelen echter altijd zoveel mogelijk uit zicht van de bewoner (kast of afschermen) zodat het overzicht over de ruimte behouden blijft.

Ook dient men ook in elke badkamer rekening te houden met een zone waar tildoeken, kledij, handdoekwarmer ... bereikbaar en functioneel voorzien kunnen worden.

### **Gebruik door personen met dementie**

Meer dan andere bewoners kan het badgebeuren voor dementerende bewoners ernstig belastend zijn. Niet alleen is de ruimte hen niet eigen, maar ook moeilijk interpreteerbaar door de aanwezigheid van de toestellen of door het gebruik van hulpmiddelen, aanwezigheid van karren ... Daarnaast heeft dit ook met heel wat zintuiglijke elementen te maken.

Een aantal ruimtelijke aspecten zorgen ervoor dat agitatie en weerstand bij deze bewoners vermeden worden:

- Herkenbaarheid van de verschillende sanitaire toestellen optimaliseren (accentverlichting, contrast ...);
- Het gebruik van een niet blinkende vloer (ook in natte situatie) zonder complexe of figuratieve patronen;
- Dimbare verlichting met warme kleur, schaduwvlakken en verblinding wordt vermeden;
- De spiegel wordt niet op de voorgrond gebracht of er wordt gebruik gemaakt van een omklapbaar of afdekbaar model;
- De mogelijkheid om andere functies zoals bijvoorbeeld een douche of bad te verbergen indien deze niet in gebruik is, zodat de vindbaarheid van de toiletspot vergroot wordt;

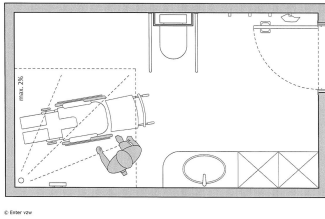
Let op, niet alle bovenvermelde puntjes zullen ook in functie van toegankelijkheid goed zijn. Toch zouden voor badkamers gelegen op afdelingen waar grotendeels of uitsluitend bewoners met dementie verblijven deze wel de overhand moeten kunnen krijgen.

### **Typevoorbeelden gemeenschappelijke badkamer**

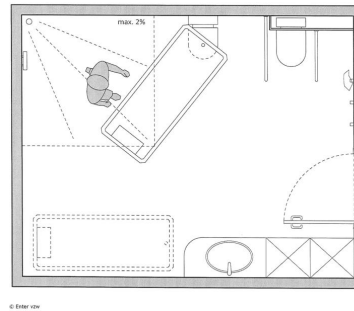
Verskillende typevoorbeelden kunnen weergegeven worden in functie van de keuzes die gemaakt worden. De opgenomen voorbeelden zijn niet steeds de meest optimale, doch veel voorkomende types:

[Douchekamer voorbeeldtype 1 >>](#)

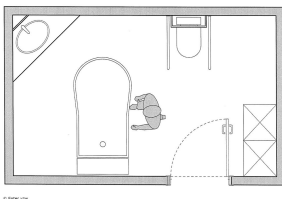
[Douchekamer voorbeeldtype 2 >>](#)



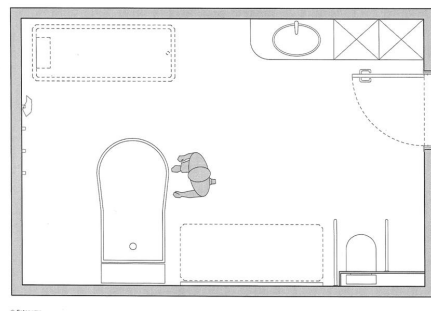
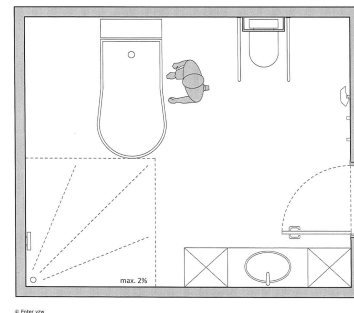
[Badkamer voorbeeldtype 3 >>](#)



[Badkamer voorbeeldtype 4 >>](#)

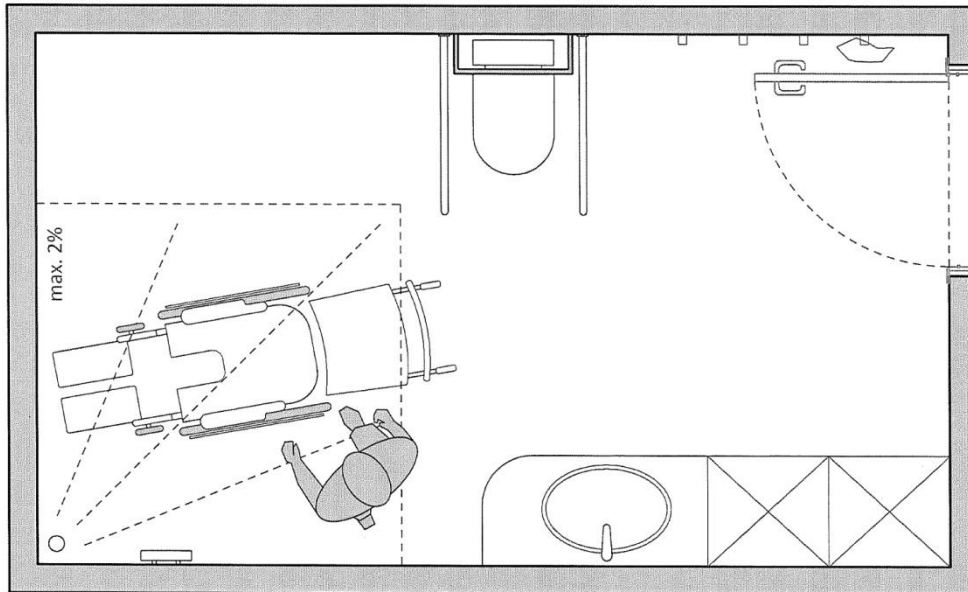


[Badkamer voorbeeldtype 5 >>](#)



De typevoorbeelden geven geen waardeoordeel, wel is er in de types een gradatie aanwezig in functie van type toestellen en mogelijkheden en zorgverlening.

### 5.2.4.1 Douchekamer voorbeeldtype 1



© Enter vzw

Type: douchekamer.

Inrichting: wastafel met bergruimte, toilet en douche.

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

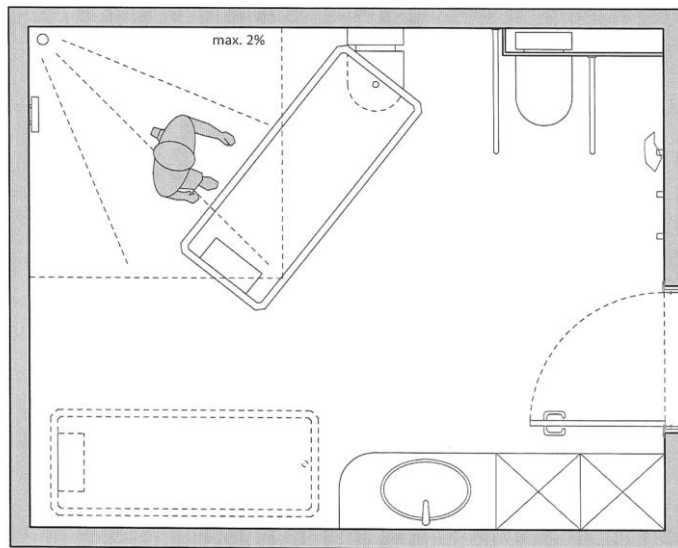
Algemeen:

- Compacte douchekamer.
- Deze doucheruimte is voornamelijk inzetbaar voor gebruik met hulp, meer bepaald manuele ondersteuning door een zorgverlener. Omwille van de beperkte ruimte zal het gezamenlijk gebruik van rolstoel, verrijdbare tillift en verrijdbare douche-toiletstoel moeilijk zijn.
- Deze douchekamer kan naast de gemeenschappelijke badkamer ingezet worden als extra sanitaire ruimte. Zeker daar waar geen douche voorzien wordt in de sanitaire cel van de kamers.
- De ruimte kan ook voor het toiletbezoek (vanuit gemeenschappelijke ruimten) ingezet worden. Door de plaatsing van de toiletspot is deze goed bereikbaar. Er is ook meer ruimte ter beschikking dan het gemeenschappelijk aangepast toilet op de afdeling (belangrijk in functie van verrijdbaar tilliftgebruik).
- Het gebruik van een plafondlift zou in deze ruimte een optimalisatie zijn in functie van de beschikbare gebruiksruimte.

Simulatievoorbeeld:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet >>](#)

### 5.2.4.2 Douchekamer voorbeeldtype 2



© Enter vzw

Type: douchekamer.

Inrichting: wastafel (met bergruimte), douchezone, douchewagen met douchesysteem en toilet.

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

Algemeen:

- Ruime douchekamer die functioneler ingezet kan worden voor meerdere activiteiten; douchen met douchewagen of verrijdbare douche(-toilet)stoel, liggende verzorging ...
- Deze douchekamer kan naast de gemeenschappelijke badkamer ingezet worden als extra sanitaire ruimte. Zeker daar waar geen douche voorzien wordt in de sanitaire cel van de kamers.
- De ruimte kan ook voor het toiletbezoek (vanuit gemeenschappelijke ruimten) ingezet worden. Er is meer ruimte ter beschikking dan het gemeenschappelijk aangepast toilet op de afdeling (belangrijk in functie van verrijdbaar tilliftgebruik).
- Wanneer de douchewagen niet gebruikt wordt, kan hij in de hoek geplaatst worden. Hierdoor ontstaat gebruiksruimte voor de andere activiteiten.
- Dit type douchekamer kan eventueel ook zonder douchezone voorzien worden (enkel bruikbaar met douchewagen).
- Voor het gebruik van een douchewagen wordt een extra aansluiting voorzien voor aan- en afvoer van water. Deze mag ruimtelijk geen knelpunt vormen voor de andere activiteiten.
- Het gebruik van een plafondlift zorgt voor een comfortabele tilmogelijkheid en een optimalisatie in functie van de beschikbare gebruiksruimte.

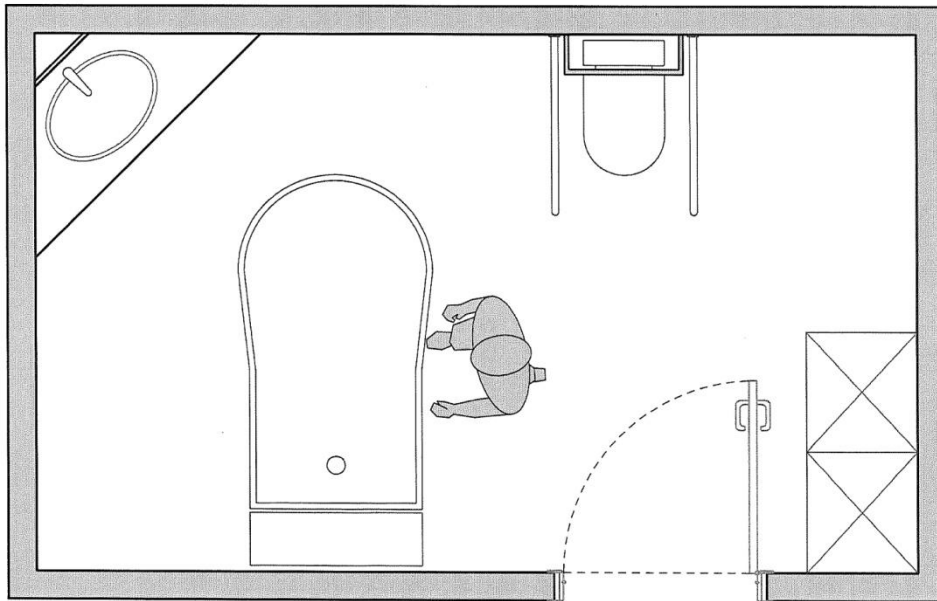
Simulatievoorbeelden:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet >>](#)

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad >>](#)



### 5.2.4.3 Badkamer voorbeeldtype 3



© Enter vzw

Type: badkamer

Inrichting: hoog – laag bad, wastafel (met bergruimte onderaan), toilet en aparte bergruimte.

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een hoog – laag bad >>](#)

Algemeen:

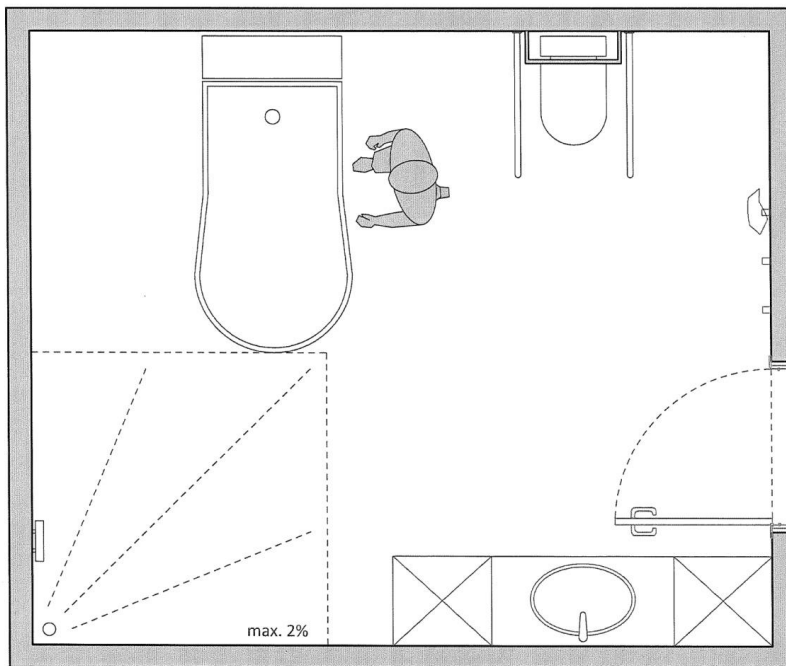
- Compacte badkamer waar de basisactiviteiten aanwezig zijn. Omwille van de beperkte ruimte zal het gezamenlijk gebruik van rolstoel en verrijdbare tillift vaak een knelpunt vormen. Dit betekent dat er vaak een hulpmiddel op de gang geplaatst zal moeten worden. Dit zal voornamelijk in functie van de privacy van de zorgvrager (bijvoorbeeld de deur die open en toe gaat tijdens de verzorging) en de extra handelingen voor de zorgverlener een negatief punt zijn.
- Het toilet is recht op recht bereikbaar. Dit is bevorderlijk voor het gebruik van een verrijdbare tillift. Doch heeft het slechts een volwaardige transferzijde ter beschikking.
- Omwille van het beperkt gebruik (enkel door zorgverleners) kan de wastafel op een minder evidente plaats voorzien worden. Belangrijk is wel dat ter hoogte van het ligbad voldoende werkruimte aanwezig blijft voor de zorgverlener.
- Het gebruik van een plafondlift zou in deze ruimte een optimalisatie zijn in functie van de beschikbare vrije zones.

Simulatievoorbeelden:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet >>](#)

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad >>](#)

#### 5.2.4.4 Badkamer voorbeeldtype 4



© Enter vzw

Type: badkamer

Inrichting: hoog – laag bad, toilet, douche en wastafel (met bergruimte).

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een douche >>](#)

[Gebruik van een hoog – laag bad >>](#)

Algemeen:

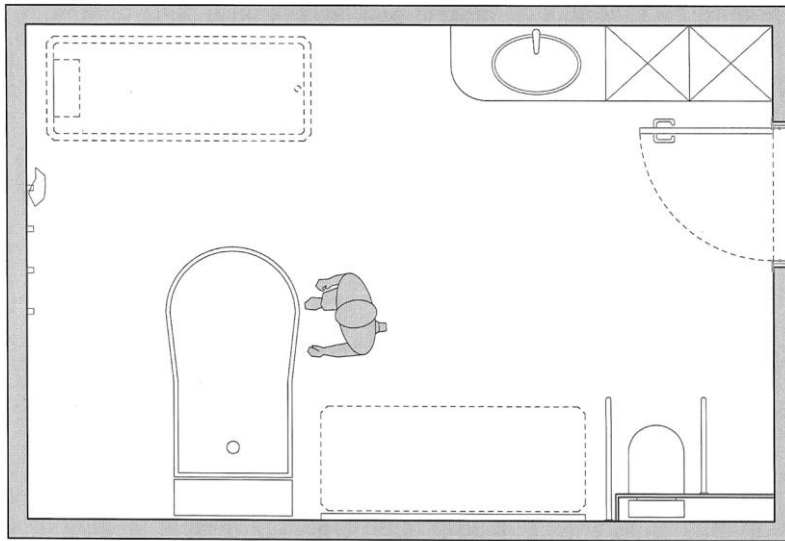
- Ruime, meer vierkante en functionele badkamer waar alle activiteiten aanwezig zijn. Bovendien is hier ruimtelijk nog voldoende plaats om als bewoner de wastafel zelfstandig te gebruiken.
- Deze ruimte is zowel in functie van het gebruik van hulpmiddelen als voor het gebruik van de inrichtingselementen (tevens met hulp) goed inzetbaar.
- Indien de douche niet in gebruik is, kan deze zone ingezet worden voor het plaatsen van hulpmiddelen. Dit geeft o.a. een oplossing voor de beperkte aanwezigheid van vrije ruimte of bergruimte voor extra hulpmiddelen, extra karren ...
- Het toilet is recht op recht bereikbaar. Dit is bevorderlijk voor het gebruik van een verrijdbare tillift. Aan beide zijden is eveneens een volwaardige transferzijde ter beschikking.
- Het gebruik van een plafondlift zorgt voor een comfortabele tilmogelijkheid en een optimalisatie in functie van de beschikbare gebruiksruimte.

Simulatievoorbeelden:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet >>](#)

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad >>](#)

### 5.2.4.5 Badkamer voorbeeldtype 5



© Enter vzw

Type: badkamer.

Inrichting: toilet, hoog-laag bad, wastafel, aparte bergruimte en verzorgingstafel.

[Gebruik van een toilet >>](#)

[Gebruik van een hoog – laag bad >>](#)

Algemeen:

- Ruime, eerder rechthoekige en functionele badkamer waar de belangrijkste activiteiten aanwezig zijn. Bovendien is hier ruimtelijk nog voldoende plaats om als bewoner de wastafel zelfstandig te gebruiken.
- Deze ruimte is zowel in functie van het gebruik van hulpmiddelen als voor het gebruik van de inrichtingselementen (tevens met hulp) goed inzetbaar.
- De basisactiviteiten worden aangevuld met een extra verzorgingstafel. Dit biedt een groot comfort naar de zorgvrager en de zorgverlener toe.
- Een verzorgingstafel is steeds met de lange zijde aan een wand geplaatst (veiligheid en comfort). Optimaal wordt ze als vast element voorzien. Dient er toch ruimtelijk beperkt te worden, dan kan gekozen worden voor een opklapbaar type. In deze situatie zorgt het opklappen van de tafel voor transferruimte ter hoogte van het toilet en werkruimte aan het bad.
- De centrale ligging van de wastafel zorgt ervoor dat er bij elke activiteit steeds water nabij is.
- De lege zone links van de wastafel kan gebruikt worden om karren en ander materiaal te plaatsen of te hangen (bijvoorbeeld teldoeken).
- Het toilet is recht op recht bereikbaar. Dit is bevorderlijk voor het gebruik van een verrijdbare tillift. Aan één zijde is een volwaardige transferzijde ter beschikking.
- Het gebruik van een plafondlift zorgt voor een comfortabele tilmogelijkheid en een optimalisatie in functie van de beschikbare gebruiksruimte.

Simulatievoorbeelden:

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar toilet >>](#)

[Transfer met een passieve tillift: van rolstoel naar hoog-laag bad >>](#)

## 5.3 Semipublieke ruimten

De ruimten gelegen binnen de semipublieke zone van het woonzorgcentrum vormen een overgangszone tussen het publieke en het private gebeuren. Wanneer men een afdeling binnengaat betreedt men ook daadwerkelijk de woonruimte of leefwereld van de bewoners. In deze zone van het gebouw zal dan ook heel wat meer bedrijvigheid zichtbaar worden.

In vergelijking met de private ruimten, zullen semipublieke ruimten een antwoord moeten bieden op een grotere bezetting (meerdere personen tegelijk). Een grotere doorstroom van de ene naar de andere ruimte, dubbele passages, aanlevering van utility en verzorgingsmaterialen ... Ook zullen complexere handelingen in één gemeenschappelijke ruimte standaard voorkomen.

Binnen de semipublieke zone zal ook het zorgaspect duidelijker naar voor komen. Criteria voor toegankelijkheid en zorg zullen net zoals in de private ruimten onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Naast belangrijke toegankelijkheidsaspecten met betrekking tot het zelfstandig functioneren van een bewoner, zal het zorgaspect in deze ruimten in relatie staan tot het groepsgebeuren (gemeenschappelijke gangen en verblijfsruimten).

Ook personen met dementie moeten in deze semipublieke zone, zoals elke andere bewoner, maximale bewegingsvrijheid kunnen krijgen. Om deze reden zullen een aantal specifieke punten naar voor komen. Algemeen gezien vormen zij echter geen tegenstrijdigheden, in tegendeel, toegankelijkheid en dementie vullen elkaar aan. Daar waar dit niet het geval is, staan de principes spijtig genoeg lijnrecht tegenover elkaar en is er ook nauwelijks een compromis te bekomen. Voor een afdeling waar enkel bewoners met dementie aanwezig moeten de dementievriendelijke principes echter steeds de overhand krijgen.

Hoewel ze niet rechtstreeks afhangen van structurele aspecten zullen ook zintuiglijke elementen steeds bijdragen aan een goede woonomgeving. Voor personen met dementie zal een goed 'huiselijk' klimaat bovendien het functioneren ondersteunen.

Binnen dit hoofdstuk zoomen we concreet in op de volgende thema's:

[Structuur van de afdeling >>](#)

[Circuleren op de afdeling >>](#)

[Gemeenschappelijk sanitair >>](#)

[Gemeenschappelijke eet- en leefruimte >>](#)

[Gemeenschappelijke buitenruimten >>](#)

[Zintuiglijk comfort >>](#)

### 5.3.1 Structuur van de afdeling



Een woonzorgcentrum is in de meeste gevallen opgebouwd uit meerdere afdelingen. Elk op zich vormen deze afdelingen een eigen wereld.

Voor de bewoner is de eigen afdeling zijn 'thuis', het geheel van ruimten waar zijn dagelijkse activiteiten zullen afspelen. Niet alleen de relatie met de medebewoners, maar ook personeel en bezoekers vormen hierin een geheel.

#### Algemeen

Hoewel elke ruimte op zich kan functioneren is voor de goede werking van een afdeling in een woonzorgcentrum, het logisch gebruik van gemeenschappelijke ruimten ten opzichte van de private, m.a.w. de ruimtelijke of planmatige organisatie van de afdeling een belangrijk aspect.

Dit wordt reeds vroeg in het ontwerpproces bepaald en laat nadien vaak nog slechts weinig flexibiliteit toe. Daarom is het belangrijk ook hier stil te staan bij zaken die bij het gebruik van de ruimten pas naar voor zullen komen.

Specifiek voor personen met dementie moeten een aantal elementen structureel aanwezig zijn op afdelingsniveau om een ondersteunende woonomgeving te kunnen realiseren.

#### Aaneensluiting van ruimten

Organisatorisch worden verschillende ruimten, zowel voor bewoners als voor personeel, op een bepaalde wijze aan elkaar gekoppeld om functioneel inzetbaar te zijn.

In de meeste gevallen zijn volgende relaties tussen ruimten op een afdeling van belang:

- toegang tot de afdeling sluit meestal aan op de verpleegpost en meer administratieve ruimten;
- verpleegpost met overzicht over de gemeenschappelijke verblijfsruimten zoals eet- en leefruimten;
- verblijfsruimten met een directe toegang tot een buitenruimte
- verblijfsruimten met een vrij directe toegang tot een extra activiteitenruimte (bijvoorbeeld een kine- of ergoruimte);
- gemeenschappelijke sanitaire ruimten die kortbij de gemeenschappelijke verblijfsruimten gelegen zijn;
- passage (doorstroom) naar de kamers via de verpleegpost en de gemeenschappelijke verblijfsruimten;
- gemeenschappelijke badkamers ingeplant op een centrale plaats en zowel bereikbaar vanuit de gemeenschappelijk verblijfsruimten als de kamers.

### Piekzones structureel opvangen

De aaneenschakeling van functieruimten groepeerde de zones waar grotere en minder grote activiteit aanwezig is. Ook de meest gebruikte (circulatie)assen en routes van zowel bewoners, personeel als bezoekers, zoals bijvoorbeeld van de kamer naar leefruimten, zullen reeds vroeg in ontwerpfase getraceerd kunnen worden.

Hoe de opbouw van de afdeling ook georganiseerd wordt (keuze concept op afdelingsniveau), grote circulatiepieken moeten vaak op één plaats (kruisen met meerdere personen) opgevangen worden. Dit blijkt vaak de toegang tot de afdeling te zijn met directe aansluiting op de gemeenschappelijke verblijfsruimten en de sanitaire ruimten. Dit is ook de zone waar veel bezoekersverkeer aanwezig zal zijn.

Deze knopen zullen daarom steeds als piekzones beschouwd worden en vormen dan ook reeds vanaf de ontwerpfase (voor het bepalen van de definitieve structuur) een aandachtspunt. Structureel betekent dit o.a.:

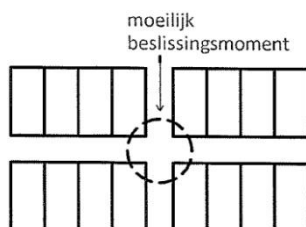
- het voorzien van voldoende brede circulatieroutes;
- het goed situeren van toegangen tot aansluitende ruimten;
- goede ligging van de toegang tot de afdeling;
- ...

Kamers worden omwille van privacy en omwille van het beperken van circulatie door bezoekers in een rustigere zone van de afdeling voorzien.

### Dementievriendelijke structuur van de afdeling

In functie van een vlot gebruik van de ruimte en daarmee het vermijden van desoriëntatie en frustratie bij personen met dementie, gelden volgende aandachtspunten:

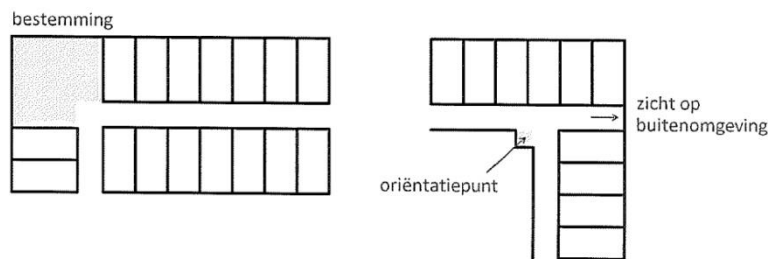
- De gemeenschappelijke ruimtes hebben elk een duidelijk herkenbare en unieke functie. Polyvalente ruimtes zijn te vermijden;
- Er is bijgevolg slechts één gemeenschappelijke eet- en leefruimte per afdeling. De aanwezigheid van meerdere eet- en leefruimten op een afdeling werken desoriëntatie in de hand. Extra activiteitenruimten hebben steeds een eigen (ander) karakter;
- De toegang tot het gemeenschappelijk toilet is direct zichtbaar vanuit de gemeenschappelijke eet- en leefruimte;
- Elk kruispunt, maar ook elke scherpe richtingsverandering in een gang, is een (belastend) beslissingspunt.



© Enter vzw

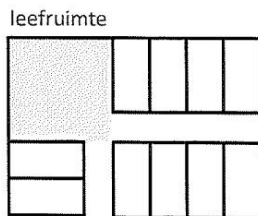
Dit kan vermeden worden door aan het kruispunt een zinvolle bestemming te voorzien zoals een zithoek of de eet- en leefruimte.

- Bij kruispunten moeten beslissingen ondersteund worden. Dit kan opgelost worden door bijvoorbeeld:
- de dominante richting via de vormgeving en aankleding van de gang, te ondersteunen zoals bijvoorbeeld door een constante in kleur en materiaal;
- Voorzie in een duidelijk zichtbaar referentiepunt op het kruispunt, zoals een plant, een meubel of een kunstwerk;
- Ook het zicht op een bestemming verderop in de gang of een voldoende onderscheidend zicht naar buiten kan de oriëntatie ondersteunen;



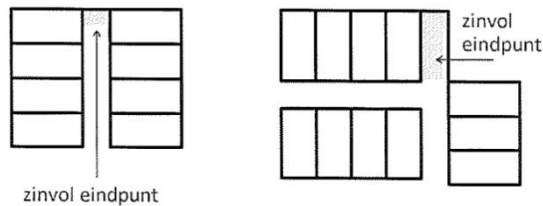
© Enter vzw

- Bij het verlaten van de individuele kamer is het voor de bewoner zichtbaar waar zich het gemeenschappelijke leven zich afspeelt. Gangen hebben daarom een eenvoudige structuur en monden optimaal gezien uit op een gemeenschappelijke eet- en leefruimte.



© Enter vzw

- Op de afdeling (leefomgeving) is voldoende loopruimte aanwezig. Een circulaire route kan een ruimtelijk antwoord zijn maar dit is niet noodzakelijk. Nadelen hiervan zijn onder andere het risico op ongedurig dolen, het bemoeilijkt de oriëntatie in de betekenis van 'het zich kunnen situeren in de omgeving'. Zorg daarom steeds voor zinvolle en van elkaar onderscheiden bestemmingen langsheen de circulaire route.
- Doodlopende gangen met zinloze eindpunten zijn altijd kwetsbaar. Ze stokken de beweging en kunnen frustreren.



© Enter vzw

Dit kan opgelost worden door ofwel:

- een kleine zithoek te organiseren op het einde van de gang. De aanwezigheid van zitmeubelen helpt mensen om rust te vinden, maar tegelijk ook de draaibeweging te maken.
- Te vermijden dat er kamerdeuren gelegen zijn op het einde van de gang. Deze zijn kwetsbaar om ongewenst betreden te worden door personen met dementie die er niet wonen.
- Te vermijden dat nooduitgangen of toegangen tot trappenhallen op het einde van een gang gelokaliseerd zijn. Vruchteloze pogingen de deur te gebruiken verhogen de spanning bij de persoon met dementie.
- In afdelingen van woonzorgcentra of woonzorgcentra waar uitsluitend personen met dementie verblijven kunnen de toegangen tot de kamers rechtstreeks aansluiten op een woonruimte zoals bijvoorbeeld leefruimte (zonder tussenliggende gangen). In dat geval dient voldoende aandacht te gaan naar de privacy in de kamer (vormgeving inkomzas).
- Liften zijn niet rechtstreeks van op de afdeling bereikbaar.

Deze punten met betrekking tot dementievriendelijke structuren ondersteunen personen met dementie om een aangename woonruimte te krijgen.

Ze vormen ook voor elke andere bewoner van de afdeling geen knelpunt en conflicteren niet, met uitzondering van de exit design, met ontwerpstructuren voor het bereiken van een goede toegankelijkheid.

### Exit design

Voor afdelingen waar mensen met dementie verblijven is het belangrijk het aantal pogingen om de leefomgeving te verlaten te beperken. Dit zorgt voor de veiligheid van de bewoner, maar beperkt ook de persoonlijke frustratie. De toegangsdeur tot de afdeling vervult hierin een belangrijke rol. Een aantal elementen kunnen ervoor zorgen dat deze minder opvalt, waardoor personen met dementie niet de neiging hebben deze te gebruiken.

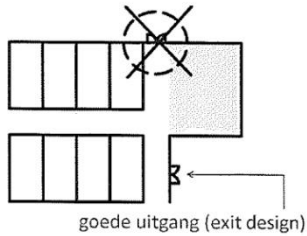
Omwille van de algemene doelstelling van het principe, 'het niet gebruiken van' is dit principe ook toepasbaar voor ruimten waar bewoners en bezoekers geen toegang tot hebben zoals dienstlokalen.

De principes achter exit design zijn:

- de uitgang of dienstdeur is niet direct zichtbaar vanuit de gemeenschappelijke leefruimtes en vanaf de kamers;
- de afdelings- of dienstdeur is gelegen langs de looprichting van de gang.



- de deur contrasteert niet met de omliggende wand, maar gaat door kleur- en materiaalgebruik op in de omgeving;
- de deurkruk van de deur wordt niet benadrukt of is niet vlot traceerbaar (bv. duwvlak);



© Enter vzw

Let wel, in functie van de toepassing van dit principe voor de hoofdtoegang tot de afdeling, staat dit loodrecht tegenover de toegankelijkheidsdoelstellingen. Het betekent in principe het ontoegankelijk maken van een gebouwonderdeel om ongewenst gebruik te voorkomen voor een specifieke doelgroep bewoners. Voor andere bewoners, maar ook voor bezoekers kan het net een groot knelpunt betekenen voor een vlot gebruik.

Deze keuze moet dan ook steeds gemaakt worden in functie van de specifieke situatie. Voor afdelingen waar uitsluitend personen met dementie verblijven moet dit inderdaad voorop staan, in andere echter moeten de voor- en nadelen afgewogen worden.

### 5.3.2 Circuleren op de afdeling



Circulatieruimten (gangen, deuren, zones in een ruimte ...) op de afdeling vormen een belangrijk onderdeel van de leefwereld van de bewoners. Om deze reden hebben gangen ook een grote sociale waarde. Ze worden niet alleen gebruikt als route tussen de ruimten op de afdeling, ook dagelijkse wandelingen, kleine rustplekken, ontmoetingszones ... komen hierin voor.

Een belangrijk gegeven zal niet alleen de functionaliteit zijn, maar ook de leesbaarheid (duidelijke bewegwijzering), logische structuur, huiselijkheid, enz.

Naast routes (zoals de gangen), zullen op heel wat plaatsen intern in de ruimten circulatieruimten belangrijk zijn. Voorbeelden hiervan zijn onder andere de passage van karren, de circulatieruimten nodig voor het personeel tussen tafels en stoelen in de eetruimte ...

#### **Drempelloos en obstakelloos**

Gangen worden zowel door bewoners, bezoekers en personeel gebruikt om zich te verplaatsen tussen de private ruimten en de gemeenschappelijke functies zoals de leefruimte. Op de eigen afdeling zal het circuleren altijd horizontaal gebeuren (op één niveau).

Om dit vlot te laten verlopen zijn gangen, doorgangen en passages doorheen ruimten volledig drempelloos. Dit betekent over de volledige zone zonder niveauverschillen (0-marge), ook ter hoogte van een doorgang naar een andere ruimte. Ook de aanwezigheid van grotere voegen op vloerniveau is een aandachtspunt.

Net zoals bij de toegangen tot een ruimte is ook de mentale drempelloosheid van belang in gangen. Daarnaast worden glimmende vloeren snel aanzien als zijnde nat of glad en wordt zo angst opgeroepen bij de bewoner.

Tijdens het zich verplaatsen zullen ook deuren een vorm van obstakel vormen. Elke deur op afdelingsniveau die toegang geeft tot een gemeenschappelijke ruimte is bruikbaar voor iedereen.

[Toegang tot een ruimte >>](#)

Circuleren vanuit de afdeling tussen verschillende niveaus gebeurt voornamelijk in functie van een uitstap, een cafetariabezoek ... De lift vormt voor de bewoners dan het belangrijkste aspect.

[Circuleren in het gebouw >>](#)

#### **Structuur van gangen**

Gangen hebben best een rechte structuur, zodat het overzicht over de toegangen tot gemeenschappelijke verblijfsruimten en de kamers duidelijk zichtbaar zijn.

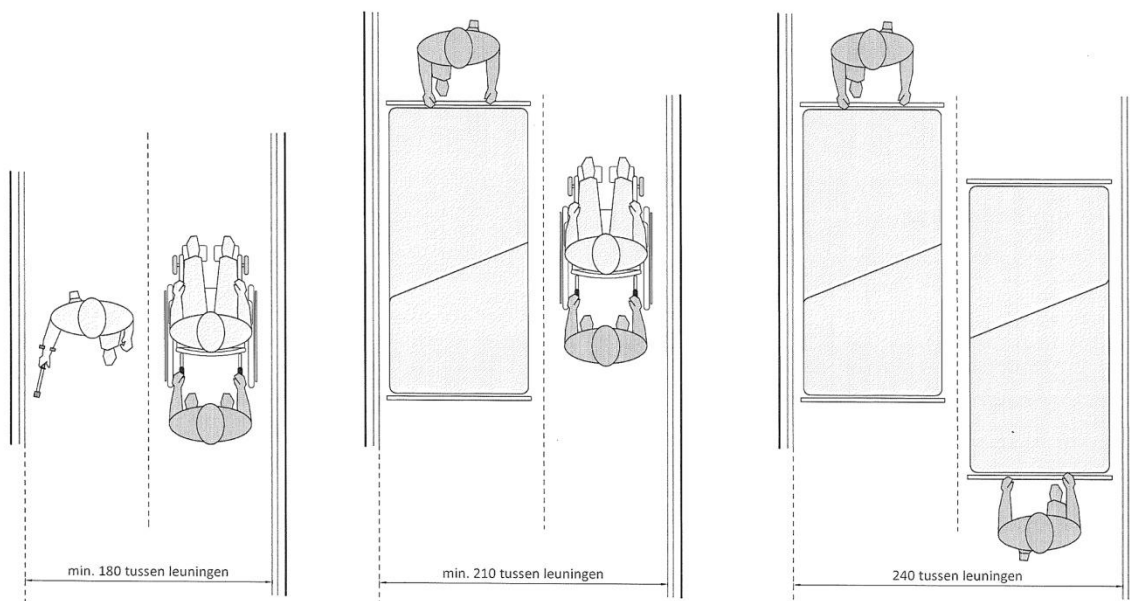
Omgekeerd is het vanuit de gemeenschappelijke ruimten voor de bewoner duidelijk in welke richting zijn kamer zich bevindt. Indien meerdere gangen uitmonden op deze ruimte, wordt de aankleding van die gangen die vanuit deze ruimten naar de kamers leiden (richting) voldoende gedifferentieerd.

Lichtpunten op het einde van een gang of een zicht naar buiten toe ter hoogte van richtingsveranderingen ondersteunen altijd de leesbaarheid, de huiselijkheid en het creëren van een aangename woonomgeving.

### Maatvoering van gangen

Algemeen dienen de circulatieruimten afgestemd te worden op dubbele passages met hulpmiddelen (rolstoel, bedden, karren...). Een minimale vrije doorgangsbreedte van 180 cm (optimaal tussen de aanwezige leuning) moet gegarandeerd zijn. Deze breedte laat toe om op een comfortabele wijze met bijvoorbeeld twee rolstoelen, een rolstoel en een persoon met een looprekje ... elkaar in tegenovergestelde looprichting te kruisen.

Wil men toelaten dat ook een kruising van bijvoorbeeld een rolstoelgebruiker en een bed kan gebeuren, dan dient men een grotere vrije breedte van minimaal 220 cm te voorzien (voor het kruisen van twee bedden minimaal 240 cm).



© Enter vzw

Daarnaast moet de verhouding tussen de vrije doorgang van deuren en de breedte van gangen in verhouding staan tot het gebruik ervan. Wanneer men bijvoorbeeld met een bed een kamer wil uitrijden zal men steeds rekening moeten houden met de nodige draaicirkels. De breedte van de gang zal steeds bepalen of men met een vrije doorgang van 105 à 110 cm (kamerdeur) met het bed de gang in kan rijden of niet.

In functie van de regelgeving met betrekking tot de erkenning en de brandveiligheid moeten gangen van woonzorgcentra een minimale breedte van 180 cm te hebben.

De vrije doorgangsbreedte moet tussen de leuningën beschikbaar zijn (en niet tussen de wanden) zodat men de volledige netto ruimte krijgt om comfortabel te kunnen circuleren.

### Rustpunten

Gangen op de afdeling worden gebruikt door de bewoners zoals ze de leefruimten gebruiken. Naast de functionele eisen komt het sociale aspect van de ontmoeting tijdens het wandelen, het onderweg zijn naar een vriend of vriendin enkele kamers verder... in beeld.

Heel vaak zal spontaan een zithoekje ontstaan waar enkele stoelen of zetels geplaatst worden. Bewoners zoeken elkaar op en zullen gangen of grote circulatiepunten aangename plaatsen vinden om te vertoeven, vaak puur omwille van de aanwezige levendigheid.

Wanneer deze zithoekjes bovendien een eigen aankleding krijgen, zijn ze niet alleen uitnodigend, maar ondersteunen ze ook de oriëntatiemogelijkheden van de bewoner op de afdeling. Specifiek voor personen met dementie is het bovendien belangrijk om bij grotere afdelingen extra zithoeken op de gang te voorzien, elk met een eigen sfeer.

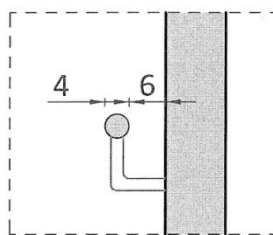
Voldoende rustpunten, onder de vorm van een zitelement, zorgen er ook voor dat bewoners gedurende het zich verplaatsen een moment krijgen waarop ze op adem kunnen komen. Niet iedereen kan namelijk dezelfde route op gelijk tempo of met gelijke tred doorkruisen.

Deze rustpunten mogen echter nooit de looproute versperren. Dit kan door in de gangen plaatselijk een verbreding van de gang te voorzien, nissen in te werken, open ruimten te koppelen aan de gangen... Is er bovendien vanaf deze zithoeken ook zicht naar buiten toe, dan vormt dit een grote meerwaarde.

### Leuningën

Gangen (circulatieroutes) kunnen soms lang zijn in de ogen van een minder mobiele bewoner. Naast het inlassen van rustmomenten dient hiervoor elke gang uitgerust te worden met leuningën. Deze bieden de nodige ondersteuning om de verplaatsing comfortabel mogelijk te maken.

Leuningën moeten aan beide zijden van gangen aanwezig zijn en continue doorlopen (onderbroken ter hoogte van deuren en doorgangen). De hoogte is optimaal afgestemd op de gemiddelde gebruiker. Hiervoor wordt steeds een gemiddelde voorzien van 85 à 95 cm ten opzichte van het vloerplan.



© Enter vzw

Leuningen hebben optimaal een ronde of ovale vormgeving met een diameter van 4 cm à 5 cm. Tussen de wand en de leuning is een 5 cm à 6 cm vrije ruimte die toelaat goed greep te hebben zonder met de hand tegen de wand te botsen.

Leuningen liggen niet alleen goed in de hand, ze voelen best ook niet koud aan. Ook de kleurkeuze voor de wanden kunnen een invloed hebben op de zichtbaarheid ...

### **Stootranden**

Omwille van de grote passage met o.a. hulpmiddelen en andere toestellen, worden de wanden in een gang beschermd met stootranden en hoekprofielen. Ook in functie van het onderhoud en de duurzaamheid vormen deze elementen een belangrijk detail.

### *Materiaalkeuze*

De keuze van afwerkingmaterialen voor de gangen zijn een belangrijk element om een extra toets te kunnen geven aan de herkenbaarheid of de huiselijkheid.

Visueel contrast tussen de wanden en de vloeren is noodzakelijk.



Daarnaast maken kleine details vaak een groot verschil. Vermijdt bijvoorbeeld geluidslast, die ontstaat door met karren door de gangen te rijden, door de diepte van de voegen van de bevoering te optimaliseren. Ook voor het gebruik van verrijdbare tilliften is een voegloze vloerafwerking noodzakelijk voor een comfortabel gebruik.

### **Verlichting**

Circulatieroutes hebben steeds nood aan een goede verlichting. Obstakels worden duidelijker, worden sneller opgemerkt, ook het ontmoeten van mensen en herkennen van personen wordt ondersteunt.

Naast een algemene verlichting, die bovendien niet verblindend mag zijn, kan accentverlichting zorgen voor een betere zichtbaarheid en de ondersteuning van een huiselijker karakter van de ruimten.

[Zintuiglijk comfort >>](#)

### 5.3.3 Gemeenschappelijk sanitair



Het gemeenschappelijk sanitair op de afdeling kan gebruikt worden door iedereen; bewoners, bezoekers en personeel. Om deze reden dient minstens één toilet dan ook afgestemd te zijn om ondersteuning te geven aan personen met beperkingen.

In praktijk zien we meestal dat een sanitair blok over minimaal één standaard toilet en één rolstoeltoegankelijk toilet beschikt.

Uitgaande van het gebruikscomfort blijkt wel, dat voor het toiletbezoek van bewoners met een grotere zorggraad gebruik gemaakt wordt van de private of de gemeenschappelijke badkamer. Hier is meer een functionelere ruimte die tevens het gebruik van hulpmiddelen mogelijk maakt.

#### Locatie en bereikbaarheid

Optimaal gezien is het gemeenschappelijk sanitair centraal gelegen op de afdeling, kortbij de gemeenschappelijke verblijfsruimten.

Uit praktijk blijkt ook dat ze best niet direct gelegen zijn ter hoogte van het onthaal of de verpleegpost van een afdeling. Dit enerzijds omwille van het zicht op deze ruimten en de personen die het toilet gebruiken, maar vooral omwille van de grote circulatieknoop die ontstaat.

Zijn deze sanitaire ruimten vlot bereikbaar en zichtbaar vanuit de leefruimten dan zullen zij langer zelfstandig gebruikt worden. Dit vormt een belangrijk aspect in functie van de ondersteuning van de zelfstandigheid van de bewoners.

Sanitaire ruimten worden vaak voorzien van een voorgelegen sasruimte. Ook deze sasruimte mag geen knelpunt vormen voor de bewoners of bezoekers van de afdeling.

#### Multifunctioneel toilet

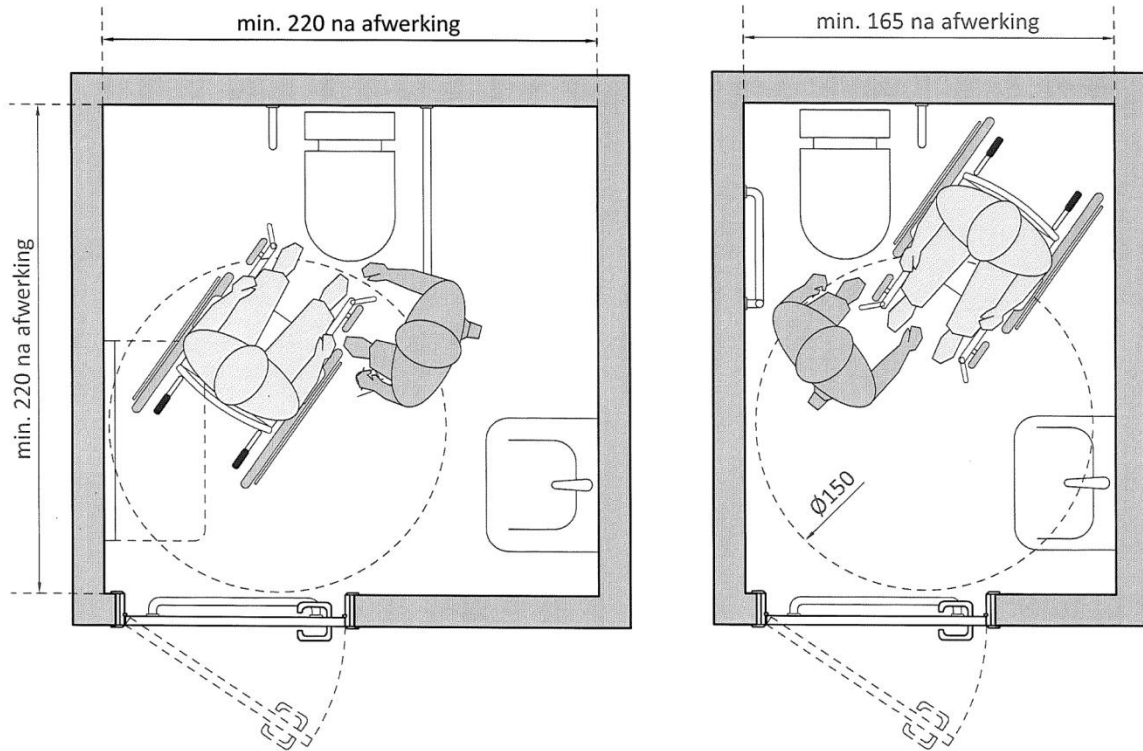
Bij voorkeur wordt gekozen voor een multifunctioneel toilet. Minimaal is een rolstoeltoegankelijk toilet vereist.

De dimensionering van de toiletruimte moet gebruikruimte bieden voor de uit te voeren activiteiten. In de ruimte is minimaal een draairuimte met een diameter van 150 cm, minstens één transferzijde en een handwastafel aanwezig.

[Gebruik van een toilet >>](#)

De wastafel staat best in de toiletruimte zelf. Dit enerzijds omwille van het privacy aspect maar anderzijds ook om water binnen handbereik te hebben.

Multifunctioneel en rolstoeltoegankelijk toilet:



© Enter vzw

In deze ruimte zullen transfers voornamelijk manueel uitgevoerd worden, mits ondersteuning van één of twee personen. Daarnaast zal ook steeds de ruimte aanwezig moeten zijn voor het plaatsen van een (ongebruikte) rolstoel. Kan deze in de toiletruimte blijven staan, dan geeft men de toiletbezoeker een grotere privacy.

Is er slechts één aangepast toilet aanwezig, dan is het aangewezen om een multifunctioneel toilet te voorzien met een dubbele transferzijde. Dit laat betere gebruikruimte toe als twee zorgverleners hulp moeten bieden of om de ongebruikte zijde te gebruiken voor het plaatsen van een rolstoel.

### Concrete en specifieke ontwerpcriteria

Voor concrete ruimtelijke aanbevelingen en specifieke ontwerpcriteria (maatvoering, principes, voorbeelden ...) verwijzen we door naar het 'Handboek toegankelijkheid van publieke gebouwen': [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .



### 5.3.4 Gemeenschappelijke eet – en leefruimte



Eet- en leefruimten maken deel uit van de dagelijks bezochte ruimten van zowel bewoners als bezoekers. Ze maken voor een groot stuk deel uit van de sociale context waarin bewoners verblijven in de voorziening.

Het zijn naast ontmoetingsplekken ook ruimten waar men een grotere activiteit verwacht. Heel vaak worden deze ruimten multifunctioneel ingezet: eetmomenten, verblijven, ontvangen van

bezoekers, dagactiviteiten ... Om deze reden dienen zij vanaf de start optimaal ontworpen te worden om ruimtelijk meerdere activiteiten en een grotere groep mensen te kunnen plaatsen.

De keuze om deze functies (eet- en leefruimte) al dan niet samen te voorzien of op te delen is steeds afhankelijk van de interne werking. Wel zal deze keuze mee de ruimtelijke context beïnvloeden.

Voor personen met dementie vormen de gemeenschappelijke leefruimten een zeer belangrijke schakel in het alledaagse verloop. Voornamelijk aspecten met betrekking tot herkenbaarheid, sfeer en huiselijkheid zullen hiervoor van belang zijn.

#### Locatie

De gemeenschappelijke eet- en leefruimten zijn gelegen op een centraal punt op de afdeling:

- een goed zicht vanuit de verpleegpost op het alledaags gebeuren of met andere woorden een toezichtmogelijkheid, wordt vaak als belangrijk punt vooropgesteld.
- ook de aansluiting van deze gemeenschappelijke verblijfsruimten op een buitenruimte of terras wordt als prioritair aanzien.
- Vanuit de gemeenschappelijke verblijfsruimten is een directe en zichtbare relatie met het sanitair.

Worden deze functies elk in een eigen aparte ruimte voorzien, dan zijn zij optimaal gezien ook dicht bij elkaar gelegen. Zo worden loopafstanden beperkt.

Leefruimten zijn ontmoetingsruimten. Het zicht op bedrijvigheid is omwille van het sociale aspect niet onbelangrijk. Bewoners wensen daarom vaak dat deze ruimten nabij de toegang tot de afdeling gelegen zijn (meer zicht op passage of activiteiten). Dit zorgt er ook voor dat bezoekers geen te lange afstanden moeten afleggen om deze ruimte te bereiken. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is steeds dat de locatie geen knelpunt mag vormen voor de algemene circulatie (teveel kruisende passage).



## **Maatvoering van de ruimte**

Eet- en leefruimten worden gebruikt voor heel wat activiteiten met een grote groep mensen (bewoners, bezoekers ...). Hoofdactiviteiten zijn steeds een maaltijd nuttigen en tijdelijk verblijven en bezoek ontvangen.

Het functionele aspect zal steeds moeten primeren. De nodige gebruiksruimte ter hoogte van tafels, stoelen en/of zetels moet steeds minimaal gegarandeerd zijn.

Hou voor het dimensioneren van verblijfsruimten ook steeds rekening met een groot gebruik van hulpmiddelen en de aanwezigheid van meerdere personen tegelijk. Dit is in eerste instantie cruciaal om het personeel alle taken zonder knelpunten te laten uitvoeren, maar ook voor de passage van bewoners en vrijwilligers.

[Zorgverlening en het gebruik van verplaatsingshulpmiddelen >>](#)

[Gebruik van tafels en stoelen >>](#)

De dimensionering van de ruimte dient dus steeds afgestemd te worden op flexibele inrichtingsmogelijkheden:

- In een zitruimte moet plaats voorzien worden voor zetels (één- en meerzit), meerdere salontafels en stoelen, een televisiehoek, het plaatsen van rolstoelen of comfortstoelen...;
- In een eetruimte zijn tafels en stoelen de basisinrichting, karren worden gebruikt voor de bedeling van maaltijden. Tafels moeten vlot bereikbaar zijn door de zorgverlener, karren mogen niet in de weg staan;
- In elke ruimte moet men vlot kunnen circuleren, rekening houdend met de aanwezigheid van het nodige meubilair;

Ook de aanwezigheid van meerdere toegangen tot de ruimte, of opdeelbaarheid van de ruimte door een flexibele wand moet mee ingerekend worden vanaf de start. Dit zal zich voornamelijk resulteren in de noodzaak om meer circulatiezones en -routes te voorzien doorheen de ruimte om het functioneel gebruik te ondersteunen met als gevolg een ruimtevergroting.

Vanuit de verschillende (functionele) delen van de ruimte loopt er een directe route naar de toegangsdeur zonder scherpe richtingswissel of passage tussen ander meubilair zoals salontafel of zetels.

## **Vormgeving**

Ook de wijze waarop de ruimte vormelijk voorkomt kan het gebruik en de belevingswaarde van de ruimte beïnvloeden.

### *Open of gesloten*

Afhankelijk van de afdeling, kan gekozen worden voor een open dan wel meer gesloten ruimte ten opzichte van de gang. Een open structuur, waarbij de gang en de leefruimte in elkaar overlopen, zal steeds de algemene oriëntatie en het overzicht ondersteunen.

Bij een open ruimte kan het in sommige gevallen een meerwaarde vormen om het eetgedeelte tijdelijk te kunnen scherm van de voorbijkomende passage op de circulatieroutes (bv. met gordijn);

Bij een grotere afdeling kan het echter nodig zijn om te kiezen voor een meer gesloten structuur om een teveel aan omgevingsprikkels in de woonkamer te vermijden. Zorg bij een gesloten ruimte steeds voor voldoende door- en inblikmogelijkheden naar de gangen toe (via een raam en glazen deur ...) zodat visueel contact met de omgeving mogelijk blijft.

#### *Herkenbare zit- en eethoek*

Bewoners hebben nood aan de herkenbaarheid van een zithoek of een eethoek. Hoewel eet- en leefruimte duidelijke op elkaar aansluiten verschillen ze op vlak van ruimtegebruik sterk (andere meubels, andere activiteiten). De gemeenschappelijke leefruimte heeft daarom best een duidelijk van elkaar te onderscheiden eet- en zitgedeelte (salon). Er wordt echter best zoveel mogelijk het contact tussen de verschillende functies van de ruimte behouden (doorzicht, circulatieroutes...). Is er een kitchenette aanwezig, dan sluit deze altijd aan bij het eetgedeelte.

Zijn het eet- en leefgedeelte niet duidelijk genoeg onderscheiden van elkaar, dan wordt de ruimte, gezien de omvang en het minder gedifferentieerde karakter, vaak minder gezellig.

#### *Flexibele inrichtbaarheid*

Naargelang het aantal bewoners zal men flexibel moeten kunnen omspringen met de inrichting van de ruimte. Stem daarom de inrichtingsmogelijkheden van de ruimte (aantal en grootte van het meubilair) af op het maximale bewonersaantal en op de verschillende activiteiten die er kunnen voorkomen. Dit zal mee bepaald worden door de grootte en de vormgeving van de ruimte.

Rechthoekige en vierkante ruimten zijn meestal moeilijker in te richten dan een L-vormige ruimte. Deze laatste zal vaak veel meer de huiselijkheid ondersteunen door het perspectief dat in de ruimte ontstaat (hoekjes ontstaan vrijwel spontaan).

De inrichtingsmogelijkheden zullen vaak ook bijdragen aan het creëren van een huiselijke sfeer.

#### **Kitchenette**

De aanwezigheid van een kitchenette is een meerwaarde voor alle bewoners, maar specifiek voor bewoners met dementie. De herkenbaarheid van 'de keuken' en het werken rondom maaltijden is in het bijzonder voor deze personen van belang om het dagelijkse ritme als ankerpunt te kunnen behouden.

Bovendien bevorderen de mogelijkheden die ontstaan rondom voeding en drank (tussentijds koffie zetten, iets opwarmen, iets bijkruiden, ...) in sterke mate de huiselijke, gezellige en bovenal herkenbare sfeer van de gemeenschappelijke leefruimte.

De kitchenette wordt het beste niet enkel tegen één wand aangebouwd maar vormelijk als een kookeiland opgevat zodat een zorgverlener tijdens het 'koken' het zicht op de ruimte blijft behouden.

Een belangrijk punt om de kitchenette bruikbaar te maken voor alle bewoners is de toegankelijkheid van het keukenmeubel (bereikbaar, onderrijdbaar, vlot bedienbaar) en de veiligheid:

- een beveiligd fornuis met timer, dat niet door een persoon met dementie kan worden opgestart (bv. twee knoppen in te drukken; aan- en uitschakelen elektriciteit op onbereikbare plaats, ...);
- enkele hoger gelegen afsluitbare kasten voor het opbergen van potentieel gevaarlijke spullen zodat deze niet bereikbaar zijn voor personen met dementie.

### **Huiselijkheid**

Net zoals in een thuissituatie vormt de beleving van de ruimte een belangrijk aspect om de woonkwaliteit te kunnen garanderen. Een ongezellige ruimte zal niet aanspreken om er te verblijven. Deze zal minder mogelijkheden scheppen tot ontmoeten en kan zo groter isolement voor de bewoners tot gevolg hebben. Huiselijkheid is dus van belang omwille van de sociale waarde die hierbij hoort.

Niet alleen de vormgeving van de ruimte, maar ook het materiaalgebruik bij de afwerking, de keuze van kleurgebruik of de details zoals de kasten en of tafels, de verlichting ... zijn hiervoor van belang.

[Zintuiglijk comfort >>](#)

Vanuit de verblijfsruimten moet een maximaal zicht naar buiten nagestreefd worden. De aansluiting op een buitenruimte zorgt er meestal ook voor dat er een betere lichtinval is en dat er vanuit verschillende plaatsen in de ruimte een aangenaam zicht naar buiten mogelijk is.

[Gemeenschappelijke buitenruimte >>](#)

Ook de tv-hoek vormt een belangrijk element. Voorzie een goede oriëntering zodat er geen knelpunt ontstaat in functie van lichtinval (verblinding).

### 5.3.5 Gemeenschappelijke buitenruimte



Voor het welbevinden van de bewoners zijn buitenlucht en buitenlicht belangrijk. Gebruik kunnen maken van een buitenruimte heeft dan ook een grote waarde voor het wooncomfort voor bewoner, maar ook voor de bezoekers. Elke afdeling beschikt best over een eigen (afgesloten) buitenruimte.

Het is niet altijd mogelijk deze aan te sluiten op de gemeenschappelijke leefruimten maar optimaal gezien is ze wel aanwezig.

#### Locatie

Een gemeenschappelijke buitenruimte sluit het best rechtsreeks aan op de gemeenschappelijke leefruimte. Is dit niet mogelijk, dan is de toegang vanuit de gemeenschappelijke gang een optie. Een afgelegen buitenruimte wordt zelden gebruikt en zal op momenten dat het buitenklimaat het niet toelaat ook geen meerwaarde geven aan de verblijfsruimten (geen licht en zicht).

De buitenruimte kan zowel een tuin zijn, een terras of een balkon op de verdieping. Omdat de weersomstandigheden het niet altijd mogelijk maken een buitenomgeving te gebruiken kan ook een wintertuin een meerwaarde bieden. Een beschermt of overdekt deel van de buitenruimte kan ook hier een antwoord op geven. Deze kan de overgang vormen tussen de gemeenschappelijke leefruimte of gang en de buitenruimte.

Om frustratie bij personen met dementie te vermijden (omwille van het niet weg kunnen), is er vanuit de buitenomgeving geen contact mogelijk met de straat, een parkeervoorziening of andere publieke ruimten. Is er wel contact mogelijk, dan wordt het zicht op deze locaties belemmerd om het contact te vermijden. Uitzicht op de ruimere omgeving is echter altijd een meerwaarde. Dit wordt best geboden vanuit de delen van de buitenruimte die zichtbaar zijn vanuit de leefruimtes en waar controlemogelijkheden door zorgverleners groter zijn.

Het zicht op een buitenruimte zoals een terras of tuin of de wijde omgeving, vormt een belangrijke meerwaarde voor iedereen. Let wel, wanneer personen met dementie op een hoger gelegen verdieping verblijven, vormt het zicht op de omgeving een aandachtspunt. Heeft men enkel zicht (omwille van omstandigheden en/ of omwille van de hoogte) op lucht of op een weinig betekenisvolle beeld, dan geen verliezen zij volledig het contact met de buitenomgeving.

#### Toegang tot de buitenruimte

Een goede bereikbaarheid van de buitenruimte zal het zelfstandig gebruik ervan langer ondersteunen. De toegang tot de buitenruimte is vlot bereikbaar en duidelijk zichtbaar in de (leef)ruimte of van op de gang. Is er geen deur dan kan de toegang ook verlopen via een schuifraam. Aandachtspunten hiervoor zijn steeds: de wijze van bediening van de hendel en de drempelloze overgang tussen binnen en buiten (max. 2cm).

[Toegang tot een ruimte >>](#)

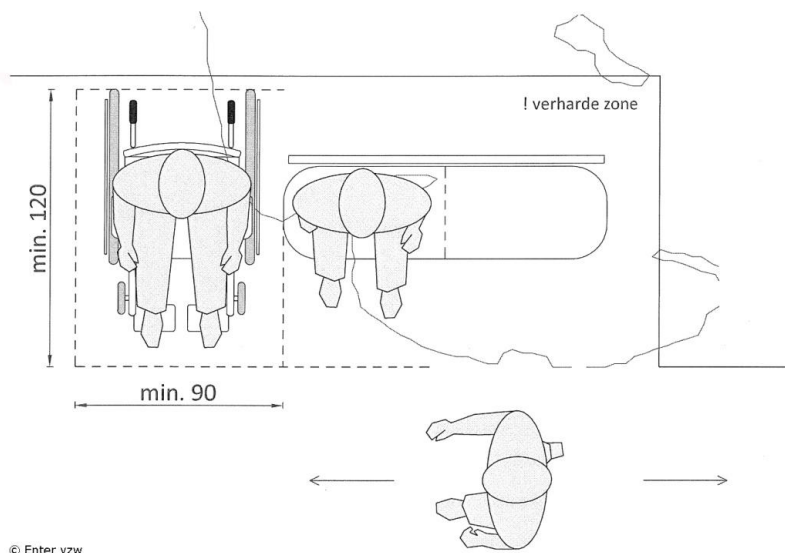
## Maatvoering en vormgeving

Zowel voor het terras, de tuin als voor een wintertuin is voldoende bewegingsvrijheid voor de bewoners van belang. Elke buitenruimte voorziet minstens in een voldoende grote verharde zone voor het plaatsen van stoelen en tafels en het vlot circuleren daar rond.

In de tuin lopen voldoende brede paden en zijn op regelmatige afstanden rustpunten, voorzien, bijvoorbeeld onder de vorm van een bank.

Buitenpaden contrasteren met de omliggende bodems of groenzones en zijn optimaal gezien voorzien van een duidelijke rand (contrasterend, verschil in hoogte ...). Vermijd obstakels in de hoogte waar mensen tegen op kunnen botsen. Zorg in dit opzicht ook steeds voor een goed onderhoud van het groen zodat overhangende of uitstekende takken geen knelpunt kunnen vormen.

Zitbanken zijn comfortabel en steeds buiten de loopzone gelegen. Voorzie optimaal ook regelmatig een vrije ruimte van 150x150cm (min. 120x140cm) naast de bank zodat ook een bewoner in een rolstoel kan plaatsnemen.



Om de privacy van de bewoners zoveel mogelijk te respecteren is het belangrijk dat de vormgeving van de buitenruimte de keuze laat om met anderen of alleen te zitten. Voorkom groepsdruk door het plaatsen van meerdere tafels, stoelen en banken.

Voor personen met dementie zijn volgende extra aandachtspunten van belang:

- De tuin is goed overzichtelijk en biedt enkele duidelijke oriëntatiepunten. Van op de meeste punten in de tuin is de toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte zichtbaar;
- Op andere punten brengt een circulair pad de bewoner terug in de richting van de woonkamer;
- Voorkom doodlopende paden of paden die leiden naar deuren waar bewoners geen toegang toe hebben (bv. deur voor brandweer of materiaalhoek). Camoufleer deze deuren door ze zoveel mogelijk visueel te laten opgaan in de omgeving.

## **Beplanting en afscherming**

Net zoals in de binnenruimten is de beleving van de buitenruimte voor alle bewoners van belang. Voor buitenruimten gelegen op een gelijkvloers niveau is de aanwezigheid van beplanting en een degelijke afscherming vaak vanzelfsprekend opgenomen. De mogelijkheden om ook een terras of balkon aan te kleden worden echter vaak over het hoofd gezien. Dit moet echter steeds op een veilige manier kunnen gebeuren.

### *Beplanting en groenvoorziening*

De tuin nodigt uit tot verkenning en activiteit. Ze bevat daarom voldoende verschillende attractieve elementen. Denk aan variatie in beplanting en kleur en bloei doorheen het jaar, fruitbomen, kruidentuin, een volièrre en/of dierenperk, een waterpartij, een voedertafel, ... Enkele plantenbakken op werkhoogte (bewoners moeten zich niet of minder bukken en zittend werk is mogelijk) zijn wenselijk om bewoners die het kunnen de mogelijkheid te bieden zelf enkele planten te onderhouden. Ook op een balkon of terras kan gewerkt worden met plantenbakken.

Voor personen met dementie zijn volgende extra aandachtspunten van belang:

- De aandacht dient veeleer naar de binnenkant dan naar de randen van de tuin te worden georiënteerd.
- Voorzie rondom vijvers een natuurlijk ogende omheining en/of beplanting die het zicht op het water niet wegneemt. Leg rondom een onverharde zone aan, eventueel met bodembedekker met een groot helderheids- of kleurcontrast ten opzichte van het pad.

### *Afscherming*

Omwille van de veiligheid voor alle bewoners, maar in het bijzonder voor personen met dementie (met wegloopgedrag) is een adequate afscherming belangrijk.

Ongewenste inkijk moet vermeden worden. Dit is voornamelijk van belang om de privacy van de private kamers te behouden. Wandelroutes lopen daarom niet rechtstreeks op de ramen toe, maar lopen er op voldoende afstand langs.

Afschermen naar de kamers toe is belangrijk maar ook het zicht vanuit de kamer naar buiten toe mag niet belemmerd worden.

De tuin of het terras wordt steeds afgesloten in functie van de veiligheid voor personen met wegloopgedrag. Bij voorkeur gebeurt dit op een zo natuurlijk mogelijke manier (bijvoorbeeld draad met planten ervoor) om de bewoners geen opgesloten gevoel te geven.

Ook de veiligheid in verband met valgevaar is een aandachtspunt voor terrassen op hoogte. Voornamelijk de vormgeving van de borstwering vraagt bijzondere aandacht. Enerzijds mag ze geen opgesloten gevoel geven, anderzijds moet vallen of klimmen vermeden worden. Hierin zit steeds een paradox vevat: een te sterke beveiliging leidt tot een opgesloten gevoel, wat net aanzet tot meer pogingen om weg te komen over de balustrade.

### 5.3.6 Zintuiglijk comfort



Termen zoals huiselijkheid en sfeer werden reeds bij meerdere thema's aangehaald. Voor het aanbieden van een comfortabele woonomgeving is er echter vaak meer nodig dan de louter ruimtelijke criteria.

Naast de architecturale aspecten is de aandacht voor de beleving van de ruimte een belangrijke voorwaarde om de woonkwaliteit te kunnen garanderen. Een logische ordening van de ruimte, het vermijden van een rommelige omgeving en het gebruik van kleur en materialen is hierbij van belang voor elke ruimte van een woonzorgcentrum.

Huiselijkheid of belevingswaarde houdt rechtstreeks verband met het thema toegankelijkheid, omdat het bijdraagt tot een vlot gebruik en vanzelfsprekend begrip en leesbaarheid van elke ruimten.

#### Visuele aspecten

##### *Kleur en contrast*

De leesbaarheid van ruimten verhoogt sterk wanneer door contrastwerking voldoende structuur gegeven wordt. Elementen zoals plinten, raam- en deurkozijnen maar ook vlakken zoals plafonds, vloeren en wanden kunnen in meer of mindere mate bijdragen.

Contrastwerking voor ruimten kan zowel bereikt worden door het gebruik van kleurcontrasten (warme vs, koude kleuren) als door gebruik van lichtcontrasten. Bij het gebruik van kleur moet steeds rekening gehouden worden dat ouderen koude kleuren (blauw, groen, paars...) moeilijker van elkaar kunnen onderscheiden dan warme (geel, oranje, rood ...) kleuren. Pastelkleuren zijn allemaal moeilijk van elkaar te onderscheiden.

Een goed contrast tussen vloer en wand en plafond zorgt ervoor dat hoeken van ruimten duidelijk zichtbaar zijn. Breng wat voor de bewoner betekenisvol of relevant is naar de voorgrond. Voorbeelden hiervan zijn meubilair, gebruiksvoorwerpen, kunst, de deur naar het sanitair ... Door deze contrasterend ten opzichte van de omgeving, vloer of wand te voorzien springen zij meer in het oog.

##### *Licht*

Het algemene lichtniveau bevordert steeds de zichtbaarheid en daarmee het visueel comfort. Licht is namelijk een essentiële voorwaarde voor een goede zicht- en leesbaarheid, maar ook voor het algemene welbevinden (stemming) en het ondersteunen van het slaap- en waakritme van de mens (natuurlijke evolutie van de kleur van het licht).

Voorzie in elke ruimte in voldoende daglicht. Zeker voor gemeenschappelijke leefruimten en zithoeken is dit een ontwerpmatig aandachtspunt van bij de start van het ontwerp.

Zorg voor een min of meer gelijke verdeling van daglicht in kamers, de gemeenschappelijke gangen en leefruimtes. De snelheid van aanpassing aan wisselende lichtniveaus is bij ouderen sterk verminderd waardoor ze extra gevoelig zijn voor verblinding.

Alle ruimten moeten altijd bijkomend een goede basisverlichting (kunstmatige) en accentverlichting hebben, zeker ter hoogte van de zones waar activiteiten plaatsvinden, zoals de tafels bij het eten, ter hoogte van de zetel, voor het lezen van een boek of de krant...

Ook hier moet verblinding vermeden worden. Dit vraagt in het bijzonder aandacht voor bewoners die zich in een liggende positie bevinden.

Vermijd in het bijzonder voor personen met dementie de aanwezigheid van schaduwen, zowel ten gevolge van dag- als kunstlicht, omdat deze angst kunnen oproepen. Voor personen met dementie is het ondersteunen van het slaap- en waakritme extra van belang. Voorzie in een algemene, maar dimbare, verlichting van 300 à 500 lux. Dit is van belang om de lichtsterkte te kunnen doen verminderen bij de middagrust en in de vooravond als voorbereiding op de nacht.

### **Auditieve aspecten**

De akoestische kwaliteiten van een ruimte zorgen ervoor dat het aangenaam is voor iedereen om gesprekken te voeren, muziek te beluisteren ... Zeker voor bewoners met auditieve problemen vormt dit een belangrijk element. In het bijzonder voor personen met dementie is het vermijden van onverwachte geluiden of een teveel aan galm essentieel.

Ook storende geluiden van buitenaf worden best zoveel mogelijk geweerd.

Besteed, zeker in grotere ruimten, voldoende aandacht aan de materiaalkeuzes voor wanden, plafonds en vloeren zodat nagalm beperkt wordt. Vermijd anderzijds ook een te droge akoestiek omdat dit de communicatie bemoeilijkt en de kwaliteit van muziek beperkt.

Kies ook steeds voor naadloze vloeren, zodat het verrijden van karren geen nodeloos geluid veroorzaakt. Dit is zeker van belang in gemeenschappelijke ruimten maar ook in sanitaire ruimten. Voorzie ook, in relatie tot de gekozen vloer, stoelen en zetels eventueel van een geluidsdempende onderzijde of voet. Vermijd structureel ook zoveel mogelijk dienstverkeer in en rond de gemeenschappelijke verblijfsruimten.

Is er een kitchenette aanwezig, voorzie dan in geluidsarme huishoudelijke apparaten (bv. vaatwasmachine, onderhoudsapparaten, ...).

### *Ringleiding*

De gemeenschappelijke eet- en leefruimte wordt meestal uitgerust met één of meer televisietoestellen. Aangezien een groot aantal van de bewoners gebruik maakt van een gehoorondersteuning (hoorapparaat) is het aangewezen om de ruimte(n) uit te rusten met een ringleiding. Een ringleiding zorgt ervoor dat slechthorenden met een hoortoestel het geluid van bijvoorbeeld de televisie kunnen beluisteren.



### **Tactiele aspecten**

De kwaliteit van materialen biedt vaak onbewust een meerwaarde aan alle bewoners.

Oppervlakten van zitmeubelen voelen comfortabel aan, bieden een zeker comfort en hebben een uitnodigende vormgeving. Stoffen of als stof aanvoelende bekleding van meubilair verdient de voorkeur. Vermijd metalen of plastieken oppervlakten, zeker ter hoogte van die delen van een meubel of voorwerp die men met de hand moet vastgrijpen zoals bijvoorbeeld armleuningen aan een stoel.

Let echter ook steeds op de onderhoudsmogelijkheden bij de keuze van bekledingsmaterialen voor stoelen en zetels omwille van het voorkomen van ongelukken (beperkte persoonlijke hygiëne van bewoners).

Vermijd ook steeds materialen met ruwe oppervlakken die schaafwonden kunnen opleveren zoals bijvoorbeeld plantenbakken, wanden langs de gangen ...

### **Geuren**

Geur bepaalt voor een groot deel onze gemoedstoestand. Onaangename geuren bijvoorbeeld in sanitaire ruimten beïnvloeden ons vaak sterker dan bijvoorbeeld de geuren rondom maaltijden of andere activiteiten die we als aangenaam ervaren.

Zeker in ruimten waar persoonlijke verzorging voorop staat en in gemeenschappelijke ruimten waar ook heel wat bezoekers komen moeten storende geuren zoals van urine of stoelgang vermeden worden.

In het bijzonder in de begeleiding van personen met dementie wordt actief met geuren en geurbeleving gewerkt.

## 5.4 Publieke ruimten

Alle ruimten van het gebouw die open staan voor iedereen, ook voor niet - bezoekers van een bewoner, hebben vanuit de activiteiten die erin voorkomen altijd een publiek gebruik. Het zijn deze ruimten die gelegen zijn buiten de afdelingen (woonruimte voor de bewoners). In functie van toegankelijkheid moeten we deze ruimten afstemmen op de collectieve bezoeker of gebruiker zoals ze voorkomen in alle andere gebouwen met een publieke functie.

Concreet bedoelen we hiermee dat bijvoorbeeld een cafetaria in een woonzorgcentrum vrijwel dezelfde doelstellingen moet bereiken als een cafetaria in een sporthal (verbruik) of dat een onthaalfunctie dezelfde criteria moet kunnen ondersteunen als bij een bibliotheek of gemeentehuis (ontvangst) ...

Daarnaast zal ook de bewoner zelf zich in deze zone manifesteren als bezoeker. Een belangrijk element is dat het zorgaspect op dat moment nauwelijks aan bod komt. In deze context zullen ruimten en gangen ruimtelijk en vormelijk wellicht een iets andere vormgeving krijgen, die beter aansluit bij de doelstellingen van een woonzorgcentrum. Ten opzichte van een ander gebouw zullen naast algemene elementen ook de aandachtspunten voor ouderen meer naar voor komen.

Binnen dit deel zoomen we algemeen in op:

[Buitenruimten >>](#)

[Toegang tot het gebouw >>](#)

[Circuleren in het gebouw >>](#)

[Signalisatie >>](#)

Binnen dit deel zoomen we iets concreter in op de volgende thema's:

[Onthaal >>](#)

[Cafetaria of polyvalente ruimte >>](#)

[Bezoekerssanitair >>](#)

Bij de thema's worden een aantal belangrijke aandachtspunten aangegeven. Voor meer ruimtelijke aanbevelingen en algemene ontwerpcriteria (maatvoering, principes, voorbeelden ...) verwijzen we door naar het 'Handboek toegankelijkheid van publieke gebouwen': [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .

### 5.4.1 Buitenruimten



De buitenruimten vormen het geheel van: parkeervoorzieningen, fietsenstallingen, toegangspaden, publieke pleinen of tuinen ... Ruim en omvangrijk of juist zeer beperkt, maken ze steeds deel uit van de woonzorgcentra en hun omgeving.

Ze vormen steeds een belangrijke schakel binnen de bereikbaarheid van het gebouw. Voor heel wat gebouwen zullen ze ook structurerend werken en het intuïtief gebruik ondersteunen. Zo worden ook de meest elementaire zaken zoals de parkeervoorzieningen en de hoofdtoegangen op het terrein vlotter traceerbaar.

#### Bereikbaarheid van het gebouw

Het eenvoudig kunnen 'vinden' van het gebouw vanuit de omgeving hangt af van verschillende factoren zoals de ligging, de bekendheid, het intuïtief lezen van de omgeving, de zichtbaarheid ... Is het gebouw minder evident gelegen, zorg dan voor een goede signalisatie op de openbare weg, vanaf de halteplaats, het stadscentrum, enz.

Zorg ook steeds voor een goede signalisatie op het terrein zelf. Geef de locatie van de parkeervoorziening, de fietsenstalling, de toegang voor leveranciers, de hoofdtoegang tot het gebouw, enz. duidelijk aan.

#### Parkeervoorzieningen

Parkeervoorzieningen worden voor de meeste gebruikers aanzien als 'bezoekers parkeerplaatsen', een zone waar externen hun wagen kunnen stallen. Er zijn echter meerdere wijzen waarop bezoekers de voorziening gebruiken zoals met het openbaar vervoer, met de fiets of te voet.

Het eigen wagengebruik van de bewoners zal niet meer (of zeer zelden) voorkomen. Bewoners worden gebracht of gehaald waarbij een voorrijdmogelijkheid – een zone waarbinnen men tot aan de deur kan rijden, daar iemand kan afzetten en pas daarna gaat parkeren – een essentieel element vormt in de algemene bereikbaarheid. Loopafstanden worden op deze wijze beperkt. Het voorzien van een zitelement zoals een bank zorgt er voor dat het 'wachten op de parkeerder' op een comfortabele manier kan plaatsvinden.

Als streefdoel moet iedereen de mogelijkheid hebben om op een comfortabele, zelfstandige manier gebruik te maken van de parkeervoorziening. Voor automobilisten houdt dat onder andere in dat gezorgd wordt voor goed bereikbare aangepaste- en/of comfortparkeerplaatsen. Voor fietsers betekent dat een goede inplanting van de fietsenstalling en voldoende ruimte voor alternatieven zoals scooters.

Voorbehouden parkeerplaatsen voor personen met een beperking mogen alleen gebruikt worden door personen die in het bezit zijn van een geldige parkeerkaart

voor gehandicapten. Ook veel personen zonder dergelijke parkeerkaart hebben echter behoefte aan een comfortabele of een aangepaste parkeerplaats. Denk aan ouderen die minder goed te been zijn, personen met problemen aan de luchtwegen of allergieën, gezinnen met jonge kinderen die met een buggy in en uit de auto moeten, zwaarlijvige personen ... Reserveer voor die groep een aantal comfortplaatsen.

### **Toegangspaden**

Toegangspaden zijn de looproutes naar de toegang tot het gebouw (op het eigen terrein). Ze verbinden de verschillende buitenruimten met de toegang van het gebouw.

Ook de verbinding tussen de parkeervoorziening en de toegang tot het gebouw vormt een belangrijke schakel. De aansluiting van de parkeervoorziening op de omringende looproutes is daarom een belangrijk aandachtspunt. Ze moeten voor iedereen bruikbaar en veilig zijn, dus ook voor ouderen met een wandelstok, ouders met een kinderwagen en rolstoelgebruikers.

Ze vormen een veilige loopzone, zijn drempelloos, voldoende breed voor kruisende passage (min. 150 cm, optimaal 180 cm) en hebben een goede ondergrond.

Toegangspaden volgen steeds een logische weg en hebben een duidelijke structuur. Belangrijke aandachtspunten zijn steeds richtingsveranderingen en niveauverschillen.

### **Algemene ontwerpcriteria**

Meer informatie met betrekking tot het thema 'buitenruimten' kan je terugvinden op de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .

Bekijk hiervoor o.a. volgende thema's:

[\(Loop\)routes: toegangspaden, materiaalgebruik en afwerking en geleiding](#)

[Parkeren](#)

[Toegang\(en\)](#)

## 5.4.2 Toegang tot het gebouw



De toegang tot het gebouw vormt de fysieke en mentale 'poort' naar de voorzieningen, diensten, ruimten ... die in het gebouw gelegen zijn.

De toegang vormt ook vaak het 'uithangbord' voor de dienstverlening en staat symbool voor de 'openheid' van het gebouw naar de buitenwereld toe. Een uitnodigende toegang verlaagt de drempel voor elke bezoeker, maar zorgt er ook voor dat de leefomgeving van de bewoners aangenaam kan

zijn.

De vormgeving, het kleurgebruik en de signalisatie zullen steeds bijdragen tot een betere herkenbaarheid. Door de toegang goed in het zicht te voorzien, vergroot ook de oriëntatiemogelijkheid vanaf het openbaar domein, de parkeervoorziening ...

### Locatie

Vanaf de openbare weg is de toegang tot een gebouw het eerste punt waarop we ons oriënteren. Eens op het terrein moeten bezoekers de toegang tot het gebouw ook eenvoudig kunnen traceren. Naast de organisatie van de buitenruimte en de toegangspaden zal ook de locatie, de zichtbaarheid en de vormgeving van de toegang hiertoe bijdragen.

Als verschillende wegen naar dezelfde (hoofd)toegang leiden, moet deze ook vanuit elke richting duidelijk herkenbaar zijn. De manier waarop en waar de toegang is ingepland in het gebouw vormt dan ook voor de meeste bezoekers een ankerpunt.

Voorzie de (hoofd)toegang tot het gebouw dan ook best op een centrale plaats. Zorg vormelijk voor een accent zoals een luifel, verschil in materiaalgebruik, een accentverlichting, naamaanduiding van het gebouw, enz. Zo zal hij visueel ook sneller opvallen. De toegang sluit steeds drempelloos aan op een toegankelijk toegangspad.

### Eigenschappen van de toegang

De toegang als functie wordt steeds gevormd door volgende elementen:

- de effectieve toegangsdeur, die toegang geeft tot het gebouw;
- de eventueel aanwezige sassen, waardoor men de inkomhal kan bereiken;
- de inkomhal zelf als onthaalfunctie en oriëntatiepunt, van waaruit men zich verder doorheen het gebouw zal verplaatsen.

De drempelloosheid bij de overgang tussen binnen en buiten (toegangsdeur) moet steeds gegarandeerd zijn. Omwille van de grote groep ouderen die er comfortabel gebruik van moet maken (met of zonder verplaatsingshulpmiddelen) betekent dit voor een woonzorgcentrum ook concreet zonder niveauverschillen, een 0-marge.

De toegangsdeur is voorzien van een voldoende vrije doorgangsbreedte en hoogte. Een vrije doorgang van minimum 90 cm moet gegarandeerd zijn, een bredere doorgang van min. 120 cm zorgt ervoor dat iedereen op een comfortabele wijze kan

passeren, ook wanneer twee personen naast elkaar lopen en bij eventueel kruisende passage.

Optimaal gezien wordt gebruik gemaakt van een automatische schuifdeur. Een goed afgestemde sensor met een voldoende lange openingstijd (uitgaande van een tragere verplaatsingssnelheid) zijn belangrijk. Dit zorgt ook voor een vlotte passage zonder dat er manuele handelingen moeten uitgevoerd worden voor het openen of sluiten van de deur.

Deuren in glas hebben een goede contrastmarkering (op drie hoogten) zodat ze visueel traceerbaar zijn.

Een overdekte toegangsdeur laat steeds toe het gebouw binnen of buiten te gaan via een overdekte zone. Zo staat men ook comfortabel indien men even moet wachten voor men kan binnengaan (bel, parlofoon...). Dit kan door bijvoorbeeld een luifel of een sas te voorzien. De binnenruimte van een sas beschikt over een minimale diepte van 150 cm en bij voorkeur minimum 180 cm, zodat men ook als rolstoelgebruiker met begeleider kan halt houden indien nodig.

### **Afwerking van de toegang**

Zorg ter hoogte van de toegang steeds voor een duidelijke vermelding van de naam van het gebouw, het huisnummer en eventueel belangrijke gegevens zoals contactgegevens, dienstverlening, enz.

Wanneer men zich moeten aanmelden om toegang te krijgen tot het gebouw is ook de bel of parlofoon vlot bereikbaar, geplaatst is op een goede hoogte tussen 90 cm en 120 cm ten opzichte van de vloer en vlot bedienbaar is (duidelijk zichtbaar, voldoende grote knoppen ...).

De toegang is ook steeds goed verlicht. Dit bevordert de herkenbaarheid, maar is ook een veiligheidsaspect.

### **Inkomhal als schakelruimte**

Eens de toegangsdeur gepasseerd komen we in een zone van het gebouw terecht waar we ons zullen heroriënteren voor we verder gaan. Vanaf daar zoeken we het onthaal of zetten we onze weg verder naar de andere delen zoals een afdeling of een polyvalente ruimte.

De inkomhal vormt op die manier steeds een functionele schakel. De belangrijkste criteria voor de inkomhal zijn voornamelijk:

- een duidelijke leesbaarheid van de ruimte, overzichtelijk en met een logische structuur;
- het voorzien van voldoende circulatieruimten om zowel doorgaand verkeer als stilstaand verkeer toe te laten;
- een duidelijke zonering voor onthaalfunctie en andere nevenactiviteiten, een duidelijke aansluiting op de circulatieroutes (horizontaal en verticaal) in het gebouw.

Specifiek voor personen met dementie zorgt de toegangsdeur(en) op gebouwniveau een aandachtspunt in functie van de veiligheid en wegloupedrag. Dit is bovendien van cruciaal belang wanneer er geen permanente onthaalfunctie is en de omgeving

de persoon die het gebouw verlaat onvoldoende kan opvangen. Om bewoners met dementie maximale bewegingsvrijheid te geven in de publieke zone is het raadzaam in een (elektronische) beveiliging te voorzien van de toegangsdeur.

Ook de principes van 'exit design' kunnen op de toegang/ uitgang van het gebouw toegepast worden om frustratie bij personen met dementie te vermijden.

[Circuleren op de afdeling >>](#)

Dit is echter een complex gegeven en dient altijd situationeel bekeken te worden. Zeker ter hoogte van de toegang tot het gebouw ontstaan hierdoor onoplosbare conflicten in functie van de algemene toegankelijkheid voor iedereen.

### **Kleinschalige woonprojecten**

Specifiek voor woonzorgcentra waar uitsluitend personen met dementie verblijven, kan er gekozen worden om de voorziening en dus ook het gebouw zowel conceptueel als architecturaal op een heel andere wijze te ontwerpen.

Wordt er gekozen voor een woonhuismodel, waarbij de 'archetypische woning' als uitgangspunt wordt genomen, dan zullen er meerdere hoofdtoegangen naar voor komen, één tot elke woning (of afdeling) op zich. Niet voor elke woning is het namelijk wenselijk een volwaardige onthaalfunctie te voorzien. Het gevolg hiervan is echter dat, in functie van de veiligheid en het veiligheidsgevoel van de bewoners, de toegang afgesloten is. Net zoals bij een woning, bellen bezoekers aan en vragen toestemming om de woning (afdeling) te betreden.

Om de vindbaarheid van de eigen woning (afdeling) voor de bewoner te ondersteunen moet de toegang met de eventuele voorliggende tuin voldoende van de andere woningen verschillen.

### **Algemene ontwerpcriteria**

Meer informatie met betrekking tot het thema 'toegang tot het gebouw' kan je terugvinden op de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be).

Bekijk hiervoor o.a. volgende thema's:

[Toegang\(en\)](#)

### 5.4.3 Onthaal



De 'onthaalfunctie' van een woonzorgcentrum vertaalt zich meestal in een onthaalbalie of ontvangstruimte. Hier kunnen bezoekers en bewoners zich aanmelden of informatie vragen.

Voor de algemene werking kan het onthaal ook fungeren als een controlepunt voor wie het gebouw binnen en buiten gaat. Organisatorisch zal het onthaal meestal een belangrijke link vormen naar de meer achterliggende administratieve functies (boekhouding, directie, enz.)

Het onthaal vormt steeds een oriëntatiepunt in het gebouw. In veel woonzorgcentra zal in deze toegangszone de aansluiting gemaakt worden met een cafetaria, eventueel aanwezige nevenfuncties zoals een kapper, de doorstroom naar een dagcentrum, enz.

#### Bereikbaarheid

Vlot bereikbaar en traceerbaar zijn, zijn de basiseisen voor een goed onthaal. Optimaal gezien wordt zij voorzien ter hoogte van de hoofdtoegang tot het gebouw. Ze sluit steeds aan op of is gelegen langs de hoofdroute die bezoekers afleggen op weg naar hun specifieke doel in het gebouw.

#### Gebruiksruimten

Ter hoogte van het onthaal dient voldoende ruimte aanwezig te zijn voor het kunnen uitvoeren van de vereiste functies zowel als voor het circuleren.

Eenzijds mag de circulatieruimte (voor de personen die zich niet wensen aan te melden) niet verstoord worden. Anderzijds moet ter hoogte van een balie voldoende ruimte zijn om halt te kunnen houden of even plaats te nemen. Een vrije zone langs de balie van min. 120 à 150 cm breed, laat een comfortabel gebruik ervan toe.

[Circuleren in het gebouw >>](#)

Indien een wachtruimte voorzien wordt, is er voldoende ruimte nodig om een zitmeubel of een tafel met stoelen te plaatsen en te gebruiken. Dit moet kunnen verlopen zonder de circulatieruimte voor doorgaand verkeer of de gebruiksruimte ter hoogte van de balie te hinderen.

#### Onthaalbalie

Er zal een groot verschil zijn tussen de ruimtelijke criteria die vereist zijn voor, bijvoorbeeld, een onthaal waar men enkel een mondelinge informatie kan vragen of een onthaal waar men documenten kan ontvangen of bespreken. Een onthaalbalie moet wel altijd uitnodigend zijn en ruimtelijk aansluiten op de vraag.

Kiezen tussen een open of een gesloten uitvoering van de balie hangt af van de eigen werking. Belangrijk is om ervoor te zorgen dat de 'geslotenheid' geen knelpunt vormt voor het gebruik.



Is het onthaal (als balie) afgesloten met een glazen wand, voorzie dan een openschuivend deel. Dit is een betere oplossing dan van een geluidsversterker of microfoon. Deze oplossingen geven vaak geen goede doorgave van het geluid en geven snel het gevoel van een onpersoonlijke behandeling.

Voorzie de balie van een dubbele hoogte. Zo kan men zowel vanuit een zittende positie (onder andere rolstoelgebruik, kleine gestalte) als een staande positie vlot contact leggen. De hoogte van het gedeelte bedoeld om staand te gebruiken bedraagt 110 cm, voor het verlaagde gedeelte (het blad vaneen tafel, baliemeubel) wordt een hoogte van 80 cm aanbevolen. Het verlaagde deel dient onderrijdbaar voorzien te worden: een vrije ruimte onder de balie van 70 cm hoog, min. 90 cm breed en min.60 cm diep.

### **Verlichting**

Licht speelt een belangrijke rol. Voorzie de balie (en de onthaalruimte) van een goede egale, indirecte basisverlichting.

Bijkomende accentverlichting boven de balie zorgt niet alleen voor een duidelijke herkenbaarheid, het bevordert ook een goede communicatie.

### **Signalisatie**

Geef duidelijk aan waar men terecht kan voor ontvangst of informatie. Als de functie niet volledig duidelijk is (door de locatie of vormgeving) voeg dan een signalisatiebord toe met bijvoorbeeld 'Onthaal'.

Het onthaal vormt voor de meeste bezoekers ook de start van de route doorheen het gebouw. Ondersteun dit met een duidelijke signalisatie: maak een aanduiding van de ligging van de afdelingen, de lift ...

[Signalisatie >>](#)

### **Algemene ontwerpcriteria**

Meer informatie met betrekking tot het thema 'toegang tot het gebouw' kan je terugvinden op de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .

Bekijk hiervoor o.a. volgende thema's:

[Inrichting: Onthaalruimten en meubilair](#)

## 5.4.4 Circuleren in het gebouw



De circulatieruimten zoals gangen, deurdoorgangen en sassen in de publieke zone vormen de spil van het gebouw. Het zijn de zones die alle ruimten, afdelingen en verdiepingen onderling met elkaar verbinden.

Niet alleen hun dimensie, maar ook de wijze waarop zij afgewerkt zijn, kunnen een belangrijk element vormen voor een vlot gebruik door bezoekers en bewoners.

De circulatieruimten vormen het geheel van: gangen en sassen, trappen en liften, deuren en toegangen tot de ruimten ... waarin we ons voortbewegen zowel horizontaal als verticaal.

Daarnaast is er ook in de verschillende ruimten circulatieruimte nodig om de activiteiten te kunnen uitvoeren. Deze komen in de publieke zone voornamelijk voor in de inkomhal, cafetaria ... Deze worden binnen dit thema minder besproken en zijn te vinden onder de specifieke thema's zelf.

### Logische opbouw

Gangen en routes volgen optimaal een eenvoudige weg doorheen het gebouw. Zo vormen zij voor iedereen een leidraad en geen doolhof.

Door bijvoorbeeld al tijdens het ontwerpen rekening te houden met logische structuren, rechtlijnige vormgeving en organisatie zal ook de behoefte aan (extra) signalisatie en bewegwijzering beperkt blijven.

De opbouw en de structuur van gangen en sassen vormt een natuurlijke gidslijn doorheen het gebouw. Ze zorgen ervoor dat bezoekers zich snel in een ruimte kunnen oriënteren en deze intuïtief kunnen gebruiken. Optimaal worden loopafstanden tot een functie in het gebouw steeds beperkt.

In de ruimten zelf dient op voldoende plaatsen goede circulatieruimte voorzien te worden om een activiteit te kunnen uitoefenen (bijvoorbeeld verplaatsing tussen meubilair of van de toegang naar een bureau...).

Binnen het circuleren door het gebouw vormen zaken zoals richtingsveranderingen, en het nemen van niveaoverschillen een belangrijke aandachtspunten.

### Horizontaal circuleren

Horizontaal circuleren houdt zich voortbewegen op eenzelfde niveau in. In een woonzorgcentrum betekent dit ook voor de publieke zone drempelloos (0-marge).

Ruimtelijk en naar afwerking toe zal het horizontaal circuleren vrijwel dezelfde aandachtspunten hebben als de semipublieke gangen.

[Circuleren op de afdeling >>](#)

## **Verticaal circuleren**

De meeste woonzorgcentra beschikken over meer dan één bouwlaag waardoor verticale circulatie over de verschillende verdiepingen vereist is. Verticaal circuleren in het gebouw betekent steeds verdiepingsoverbruggend en gebeurt daardoor steeds door een combinatie van trappen en liften.

In een woonzorgcentrum is het gebruik van de liften een grotere prioriteit dan de trappen. Dit niet alleen omwille van de grote groep ouderen die aanwezig zijn, maar ook omwille van de snelheid van het zich verplaatsen en het daarbij horende comfort. Trappen worden in de meeste gevallen ook voornamelijk gebruikt door bezoekers of personeel.

Plaats trappen en liften steeds centraal in het gebouw. Ze worden ingeplant op een logische plek, goed zichtbaar en vlot lokaliseerbaar vanaf de looproute. De toegang of uitgang tot liften sluit altijd aan op centrale punten zoals bijvoorbeeld een algemene circulatieroute doorheen het gebouw, een inkomhal of een algemene toegangszone of sas tot een afdeling.

Liften zijn steeds rolstoeltoegankelijk (optimaal gezien zonder hulp) en beschikken over het nodige gebruikscomfort. Dit betekent steeds dat de interne afmetingen van de kooi een minimale breedte van 110 cm en een minimale diepte van 140 cm moet hebben. Omwille van een groter comfort is minimum één (publieke) lift geschikt voor liggend vervoer.

Hoewel liften en trappen altijd een onderdeel vormen van de publieke zone van het gebouw maken ze steeds de verbinding tussen het publieke en het semipubliek deel. Liften komen nooit rechtstreeks op een afdeling uit, maar steeds in een sas. Trappen daarentegen vormen voor het personeel vaak een belangrijke spil en zullen meestal wel bereikbaar zijn van op de afdelingsgang.

Wanneer liften wel rechtstreeks uitkomen op een afdeling (en dus niet via een voorgelegen sasruimte) kan een knelpunt met betrekking tot de beveiliging en de controle van bewoners en in het bijzonder voor bewoners met dementie (wegloopgedrag) ontstaan. Net zoals de toegang tot trappenhallen vormt het (beveiligd) gebruik van de liften dan ook een aandachtspunt, zoals het gebruik van code, badges, tegelijk bedienen van twee (druk)knoppen ...

Ook de principes van 'exit design' kunnen op dit niveau van het gebouw toegepast worden om frustratie bij personen met dementie te vermijden.

[Circuleren op de afdeling >>](#)

Trappen zijn steeds voldoende breed, goed beloopbaar, zijn voorzien van contrastmarkeringen en een goede trapleuning aan beide zijden van de trap.

## **Deuren**

Ook deuren maken in de meeste gebouwen onderdeel uit van obstakels die voorkomen op de route doorheen het gebouw. Alle deuren in de publieke zone moeten rolstoeltoegankelijk zijn. In functie van een vlot gebruik (publieke zone) zal de zichtbaarheid en herkenbaarheid hierin meestal een minder belangrijke rol spelen ten opzichte van de bediening.

[Toegang tot een ruimte >>](#)  
[Manueel bedienbare deuren >>](#)

### **Visuele accenten**

Vanuit de circulatieruimten wordt de aansluiting voorzien naar de verschillende afdelingen, toegangen tot (dienst)ruimten, enz. Voorzie op al deze punten een duidelijke signalisatie zodat men weet of er een toegang is tot een ruimte, welke ruimte men betreedt, waar men binnen en buiten kan...

Contrasten tussen vloeren en wanden, maar ook een contrast tussen de plint en de aanliggende wand zullen onrechtstreeks een sturend effect hebben waardoor de zichtbaarheid en de leesbaarheid van de ruimte vergroot. Het intuïtief gebruik van de route wordt hierdoor geoptimaliseerd.

Zorg er ook voor dat bezoekers (en bewoners) door deze visuele accenten bijvoorbeeld makkelijk geleid worden vanuit de inkomhal naar de lift die toegang geeft tot afdelingen gelegen op de verdieping(en).

Bij het voorzien van visuele contrasten en de wijze waarop moet echter steeds een afweging gemaakt worden tussen de toegankelijkheidsdoelstellingen en de mogelijke knelpunten die ontstaan voor de veiligheid voor personen met dementie.

[Signalisatie >>](#)

### **Algemene ontwerpcriteria**

Meer informatie met betrekking tot het thema 'circuleren in het gebouw' kan je terugvinden op de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .

Bekijk hiervoor o.a. volgende thema's:

[\(Loop\)routes: binnenroutes](#)

[Niveaoverschillen](#)

## 5.4.5 Cafetaria of polyvalente ruimte



De cafetaria en/of polyvalente ruimte kunnen zowel functioneel als vormelijk op verschillende manieren geïntegreerd worden in een woonzorgcentrum.

Ze kunnen voorkomen als een onafhankelijk werkende entiteit of deel uitmaken van de werking van het woonzorgcentrum.

De benaming ervan of de mogelijke activiteiten die er kunnen plaatsvinden worden meestal gebruikt in aansluiting op de werking van het woonzorgcentrum, doch in vele gevallen krijgen zij een eigen naam als café, bistro...

Omwille van het gebruik, maar ook omwille van de vormgeving en de locatie in het gebouw, zullen deze ruimten steeds een publiek karakter hebben. Ze zullen een grotere groep en variërende gebruikers moeten kunnen opvangen.

### Locatie en bereikbaarheid

De cafetaria sluit in de meeste woonzorgcentra aan op de publieke delen van het gebouw. Ze staat zowel open voor externen (uit de omgeving) als voor bezoekers en bewoners van het woonzorgcentrum. Polyvalente ruimten worden vaak ook ingezet voor andere activiteiten voor buurtbewoners, organisaties ...

De locatie van deze ruimten bepaalt dan ook vaak de bereikbaarheid of het gebrek hiervan. Ze dienen steeds een dubbele bereikbaarheid te ondersteunen, zowel van binnenuit als van buitenaf. De ligging van de cafetaria sluit veelal aan bij de straatzijde van het gebouw, dichtbij het onthaal gelegen. Op die manier sluit zij zowel aan op de omgeving als op de interne werking.

Specifiek voor personen met dementie is het in de publieke zone van het gebouw van groot belang om een (ruimtelijke) ondersteuning te krijgen. De cafetaria of polyvalente ruimte is ook voor hen een schakel binnen de woonomgeving. Optimaal is er voor deze personen vanuit cafetaria een goed zicht op de weg naar de afdelingen.

Zeker voor een woonzorgcentrum waar heel wat bewoners met dementie aanwezig zijn is dit een belangrijk planmatig en organisatorisch gegeven op gebouwniveau.

### Inrichting en gebruik

Om tegemoet te komen aan het gebruik, zijn er drie ruimtelijke aspecten waarmee men rekening dient te houden:

- ruimte om inrichtingselementen te plaatsen: een tafel, een kast, een automaat, een (tijdelijk) infobord, enz.;
- ruimte om inrichtingselementen te gebruiken: voor een automaat moet je plaats kunnen nemen, aan een tafel moet je kunnen zitten en iets nuttigen, rond een infobord moet je ruimte hebben om het te bekijken en te lezen, enz.;

- circulatieruimte: we hebben vrije ruimte nodig om ons langs en tussen inrichtingselementen te verplaatsen: van de deur naar de tafel, van de tafel naar een toeg, enz.

De tafels en stoelen zijn optimaal rechtlijnig of op een logische wijze opgesteld. Zo is het voor iedereen eenvoudig om te kunnen circuleren doorheen de ruimte. Optimaal wordt ook minimaal een zone vrijgehouden voor louter circuleren naar bijvoorbeeld de toegang tot de ruimte, een bedieningstoeg...

Algemene punten met betrekking tot het vlot circuleren zijn onder andere terug te vinden onder:

[Gebruik van een loophulpmiddel >>](#)

[Gebruik van een rolstoel >>](#)

[Gebruik van tafels en stoelen >>](#)

### **Toeg of bedieningszone**

Een cafetaria en heel wat polyvalente ruimten zijn uitgerust met een toeg of bedieningsfunctie. Men kan er terecht voor het ophalen van een drankje of een hapje.

Naast een goede bereikbaarheid moet deze toeg natuurlijk ook goed bruikbaar zijn:

- Een deel van de toeg is verlaagd en onderrijdbaar (een vrije zone van minimum 70 cm hoog, 60 cm diep en 90 cm breed) zodat ook rolstoelgebruikers bediend kunnen worden.
- Is er een buffetzone dan is deze best rechtlijnig (of in een U- of L- vorm).
- Een buffet waar men bijvoorbeeld gebruik maakt van een plateau, is ook over de volledige lengte onderrijdbaar. Zo kan iedereen het buffet gebruiken en kan men makkelijker zelf kiezen.

Om aan een toeg of buffet drank of voedsel te kunnen krijgen of aannemen is het belangrijk af te stemmen op de gemiddelde reikzone van een persoon. Deze gemiddelde reikzone is voor iedereen zowel vanuit staande als zittende positie een goede maat:

- De horizontale afstand vanaf de rand tot aan de etenswaren is maximum 60 cm diep, zodat we iets kunnen vastpakken.
- In de hoogte hebben we een algemeen bereik tussen 40 cm en 140 cm ten opzichte van de vloer. Dit is een belangrijk element als er automaten of rekken zijn waar men iets kan uitnemen.

### **Akoestisch comfort in de ruimte**

Indien de polyvalente ruimte gebruikt wordt voor feestjes, vormingsnamiddagen... is het aangewezen om de ruimte uit te rusten met een ringleiding. Aangezien een groot aantal van de bewoners gebruik maakt van een hoorapparaat kan de ringleiding ervoor zorgen dat bewoners met een hoortoestel het geluid van bijvoorbeeld de microfoon, een televisietoestel... versterkt kunnen horen. Storend achtergrondgeluid wordt gefilterd.

Daarnaast zijn ook de akoestische kwaliteiten van de ruimte van belang voor heel wat bewoners. Ook wanneer personen niet afhankelijk zijn gehoorondersteuning

moet het een aangename ruimte blijven waar een goede verstaanbaarheid voorop staat zowel voor grotere activiteiten als voor individuele gesprekken. Specifiek voor personen met dementie vormt dit een extra aandachtspunt gezien storende geluiden, ... ongewenste prikkels kunnen veroorzaken (extra belasting door spanningopbouw).

### **Bezoekerssanitair**

In de buurt van de polyvalente ruimte of cafetaria dient een makkelijk vindbaar en goed bereikbaar bezoekerssanitair voorzien te worden.

[Bezoekerssanitair >>](#)

### **Buitenruimte**

Een cafetaria of een polyvalente ruimte heeft meestal ook een eigen buitenruimte zoals een terras of een tuin. Ook deze dient optimaal bereikbaar en bruikbaar te zijn.

Een drempelloze bereikbaarheid is een cruciaal gegeven. De overgang tussen binnen en buiten (max. 2 cm, afgerond of afgeschuind) is een aandachtspunt, zeker indien dit verloopt via bijvoorbeeld een schuifraam.

Daarnaast moet de beschikbare buitenruimte ook een goede ondergrond hebben en voldoende groot zijn (dimensioneel afgestemd) om te kunnen gebruiken met tafels en stoelen, een activiteit te kunnen laten doorgaan, circuleren ...

Specifiek voor personen met dementie is deze zone een aandachtspunt voor weglooptgedrag van deze personen. Optimaal gezien vormt deze buitenruimte dan ook een afgesloten zone. Deze keuze zal echter steeds deel moeten uitmaken van een afweging die gemaakt moet worden in functie van de keuze van de uitbating van de cafetaria (ook door externen van buitenaf bereikbaar).

### **Algemene ontwerpcriteria**

Meer informatie met betrekking tot het thema 'cafetaria of polyvalente ruimte' kan je terugvinden op de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .

Bekijk hiervoor o.a. volgende thema's:

[Inrichting: meubilair](#)



### 5.4.6 Bezoekerssanitair



De functionaliteiten van het bezoekerssanitair in de publieke zone komen vrijwel overeen met deze die bereikt moeten worden voor het gemeenschappelijk sanitair in de semipublieke zone (op de afdeling) van het gebouw.

In elk sanitair blok voor bezoekers dient minstens één aangepast toilet voorzien te zijn. Een multifunctionele ruimte zal voor heel wat bezoekers ook een meerwaarde vormen.

#### Algemeen

De belangrijkste aandachtspunten zijn:

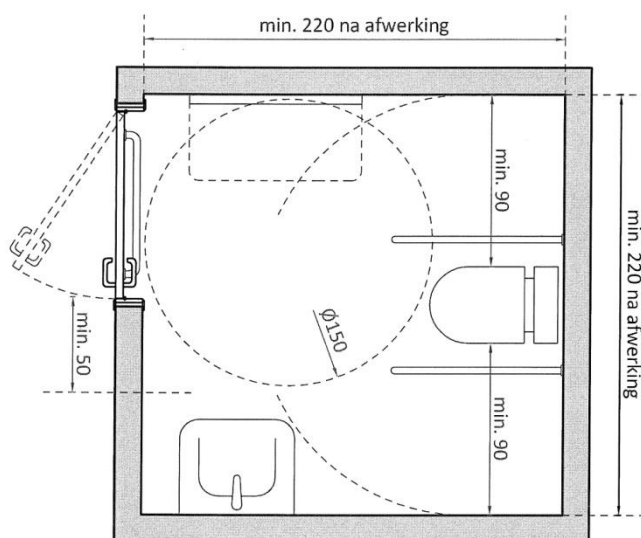
- een goede locatie en bereikbaarheid;
- een duidelijke signalisatie;
- een vlotte en drempelloos toegankelijkheid;
- een goede ruimtelijke organisatie en plaatsing van de toestellen.

Het aangepast toilet steeds nabij of in de buurt van het onthaal, de toegang tot de cafetaria en/of de polyvalente ruimte gelegen.

Het aangepast toilet voldoet aan de ruimtelijke kwaliteiten zoals aangegeven bij het gemeenschappelijk sanitair in de semipublieke zone.

[Gemeenschappelijk sanitair >>](#)

Net zoals het aangepast toilet op de afdeling wordt ook deze ruimte optimaal voorzien van twee vrije transferzijde aan de toiletspot zodat de ruimte voor een grotere groep bruikbaar is.



© Enter vzw

Door hun specifieke organisatie met het oog op rolstoeltoegankelijkheid lenen deze aangepaste toiletten zich optimaal als een multifunctioneel bruikbare ruimte.



Door de ruimte extra uit te rusten met een opklapbare verzorgingstafel betekent dit onder meer een comfortverhoging voor bezoekers met kleine kinderen.

**Algemene ontwerpcriteria**

Meer informatie met betrekking tot het thema 'bezoekerssanitair' kan je terugvinden op de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .

Bekijk hiervoor o.a. volgende thema's:

[Sanitair: toilet](#)

## 5.4.7 Signalisatie



De algemene signalisatie in het publieke deel van het gebouw zal de bezoeker ondersteunen om de hoofdonderdelen van het gebouw te kunnen vinden zoals de toegang tot een afdeling, de lift, de trap, enz.

Signalisatie voorziet de gebruiker van de nodige informatie, zodat hij op een eenvoudige manier zijn weg kan vinden doorheen het gebouw. Basisinformatie moet aanwezig zijn op cruciale momenten zoals beslissingspunten. Daar waar de ruimte zichzelf uitwijst hoeft ze in principe niet toegevoegd te worden.

Zeker voor de bewoners, maar ook voor de bezoekers van een woonzorgcentrum zorgt signalisatie voor een goede ondersteuning van het dagelijks circuleren in en buiten de afdeling.

### Locatie

Goede signalisatie is nodig doorheen het volledige publieke deel van het gebouw. Besteed bijzondere aandacht aan de meest kritieke plaatsen zoals ter hoogte van de hoofdtoegangen, aan de onthaalruimten, bij richtingsveranderingen in gangen en sassen, de verschillende verdiepingen, de toegang tot een afdeling enz.

Plaats bewegwijzering (borden) steeds op een logische plek en op een traceerbare hoogte in de ruimte. Signalisatie die men reeds van veraf moet kunnen zien, bijvoorbeeld in grote hallen, hangt optimaal op een hoogte van 220 cm. Signalisatie op kleine leesafstand zoals bijvoorbeeld een naambordje aan de toegang tot een ruimte wordt voorzien tussen 140 cm en 160 cm hoogte.

Belangrijke punten in een woonzorgcentrum zijn minstens: de buitenruimten, het onthaal, de cafetaria, de lift, de trap en de toegangen tot de verschillende afdelingen.

### Vormgeving

Signalisatie kan op verschillende manier uitgewerkt worden. Een aantal belangrijke eigenschappen zorgen ervoor dat ze herkenbaar en traceerbaar is:

- Kies steeds voor eenzelfde principe doorheen het gehele gebouw;
- Voorzien steeds inhoudelijk een combinatie van tekst en pictogrammen;
- Gebruik zoveel mogelijk hetzelfde lettertype, dezelfde stijl van pictogrammen; hetzelfde type en systeem van de borden;
- Voorzie een goed contrast tussen de borden en de inhoud, alsook emt de achtergrond of omgeving.

De vormgeving en leesbaarheid zal ook ondersteund worden door kleurgebruik. Het gebruik van contrasterende kleuren voor de deurkaders, de wanden en de plinten zullen zeker helpen om de route doorheen het gebouw vlot te vinden. Dit betreft echter eerder een element met betrekking tot de belevingswaarde van signalisatie-elementen.

### **Borden voorzien**

Signaleer enkel de meest belangrijke ruimten, die betreedbaar zijn voor bezoekers en bewoners. De ligging van de ruimten voor het personeel zijn ook belangrijk (nummering of naamgeving deuren), maar de weg ernaartoe is voor bezoekers een onbelangrijke boodschap en werkt eerder verwarrend. Het maakt dan ook geen deel uit van een basissignalisatie.

Ruimten waar bezoekers of bewoners geen standaard toegang tot hebben, bijvoorbeeld enkel onder begeleiding, gaan optimaal meer op in het algemeen beeld van de gang of de inkomhal. Is er toch enige signalisatie van deze ruimten gewenst, dan kan deze uitgevoerd worden met een eerder eenvoudig (en ander dan het algemene) principe.

Signalisatie moet ook steeds in twee (of meerdere) richtingen werken. Het gaat niet alleen om het leiden van bezoekers naar een afdeling, maar het betreft ook de ondersteuning van het circuleren van de bezoeker doorheen het gebouw, binnen en buiten de afdeling. Zowel de weg naar een doel als de weg terug is van belang. Een voorbeeld hiervan is onder andere de weg vanaf de toegang tot de afdeling naar de cafetaria of de polyvalente ruimte ... .

In het bijzonder voor personen met dementie is dit een aandachtspunt gezien het begrijpen van de ruimten, het herkennen van activiteiten ... een knelpunt kan vormen.

### **Leesbaarheid**

De inhoud van de signalisatieborden moet steeds duidelijk leesbaar zijn. Gebruik een eenvoudige taal en algemeen bekende begrippen. Voor de bewoners van een woonzorgcentrum is dit van groot belang gezien het ondersteunen van het cognitief (begrip) maar ook het visueel vermogen voor de meeste ouderen een aandachtspunt vormt.

Een aantal elementen dragen bij aan een goede basisuitvoering:

- Voorzie de geschreven inhoud in een voldoende grote hoogte van de letters (1/100 van de leesafstand en optimaal min. 5 cm hoog).
- Gebruik een schreefloos lettertype zoals bijvoorbeeld Helvetica Bold, Verdana, of Arial. Zeker in een gebouw waar veel ouderen komen, die vaak visuele beperkingen hebben, is dit een belangrijk aandachtspunt.
- Ondersteun de tekstuele inhoud ook met een herkenbaar pictogram zoals de lift of het toilet. Figuurlijke elementen ondersteunen ook steeds personen met cognitieve en mentale problemen (vaak knelpunten in functie van het begrip, verward zijn ...).
- Het gebruik van een goed contrast (verschil in helderheid) voor de signalisatieborden zal de leesbaarheid bepalen. Om te weten of er goede kleuren gebruikt zijn kan je een eenvoudige test doen: het omzetten naar grijswaarden toont altijd of er voldoende contrast aanwezig is.

Een goede basisverlichting in de ruimte zorgt ervoor dat er geen schaduw valt op de cruciale punten zoals daar waar signalisatie aanwezig is. Let erop dat door de lichtinval van buitenaf of door de accentverlichting geen hinderende schittering of reflectie ontstaat. Deels kan dit verholpen worden door matte of niet blinkende

materialen te gebruiken voor de borden of ondergrond waarop men de informatie aanbrengt.

### **Belevingswaarde van signalisatie**

Het aspect belevingswaarde zal voornamelijk omwille van de herkenbaarheid voor de bewoners en hun bezoekers ingezet worden. Elementen zoals een specifieke kleur aan de wand of deuren in combinatie met een tekening of een figuratief element voor een specifieke afdeling zullen vaak sneller herkenbaar zijn voor bezoekers en bewoners dan een tekst op een signalisatiebord.

Naast het gebruik van kleuren, figuren ... kan ook de aankleding van de ruimte zoals gangen ondersteuning geven om de bewoner of bezoeker duidelijk herkenbare oriëntatiepunten aan te reiken.

Zeker voor personen met dementie kunnen bovenstaande elementen een belangrijke meerwaarde vormen omdat zij veel meer dan anderen aangewezen zijn op herkenbare aanknopingspunten. Let wel, in functie van het begrip is het van belang dat dergelijke vormen van signalisatie (bijvoorbeeld kleur in combinatie met een figuratief gegeven) of aankleding van de ruimte voldoende verscheiden zijn.

Gezien voor personen met dementie het aspect kleur, vorm ... nooit doorslaggevend is, is het van belang altijd een combinatie met een figuratief beeld te maken.

### **Algemene ontwerpcriteria**

Meer informatie met betrekking tot het thema 'signalisatie' kan je terugvinden op de website [www.toegankelijkgebouw.be](http://www.toegankelijkgebouw.be) .

Bekijk hiervoor o.a. volgende thema's:

[Signalisatie](#)

## Bronnen

### Schema's en tekeningen

Alle schema's en tekeningen, opgenomen in deze inspiratiebundel, zijn ontwikkeld door Enter vzw, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid. De weergegeven maten zijn altijd in cm en na afwerking, tenzij anders vermeld.

Schema's en tekeningen: © Enter vzw

### Bezoeken in het kader van de opdracht (Enter, Vipa):

Voor de sector ouderen bezochten we volgende voorzieningen:

- Woon- en zorgcentrum Cocoon – Antwerpen
- Woon- en zorgcentrum O.L.V. van Antwerpen – Antwerpen
- Woon- en zorgcentrum Wedbos – Geel
- Woon- en zorgcentrum Hoevezavel – Lommel
- Woon- en zorgcentrum De Liberteyt – Wondelgem
- Woon- en zorgcentrum Domino – Gent
- Huis Perrekes vzw – Geel
- Woon- en zorgcentrum De Bijster – Essen
- Woon- en zorgcentrum Cantershof – Hove
- Revalidatieziekenhuis Hof Ter Schelde – Antwerpen
- Expertisecentrum dementie Vlaanderen vzw

Met dank aan de contactpersonen voor de goede ontvangst, de gesprekken die konden gevoerd worden met de verantwoordelijken en de toestemming die we kregen om de foto's die we namen tijdens deze bezoeken, te gebruiken in deze inspiratiebundel.

Let wel, we kozen ervoor om zoveel als mogelijk sectorspecifieke foto's te gebruiken, zodat deze een sectorspecifiek beeld geven. De ideale foto nemen inzake toegankelijkheid is vandaag vaak spijtig genoeg nog onmogelijk. De beelden zijn dan ook altijd bedoeld als sfeerbeeld en niet als goed of slecht voorbeeld. Om hieraan tegemoet te komen, hebben we de pro's of contra's van de aspecten van toegankelijkheid van het beeld toegelicht onder de vorm van een 'noot', dit zonder uitspraken te doen over goed en fout ten opzichte van de betrokken voorzieningen.

### Foto's:

Alle foto's © Enter vzw, met uitzondering van:

- Foto pagina 65: Woonzorgcentrum Sint-Anna, Veurne - ©Sint-Anna Veurne
- Foto pagina 80: Woonzorgcentrum De Zilverberg, Roeselare - ©Stefan Dewickere en Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw
- Foto pagina 91: Woonzorgcentrum Huize Perrekes, Geel - ©Stefan Dewickere en Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw
- Foto pagina 115, 160: Woonzorgcentrum Sint-Jan Berchmanstehuis, Hamont - ©Stefan Dewickere en Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw
- Foto pagina 150: Woonzorgcentrum Sint-Anna, Veurne - ©Sint-Anna Veurne
- Foto pagina 163: Woonzorgcentrum Morgenster, Sijsele - ©Erik Stroobants

**Literatuur m.b.t. het thema toegankelijkheid en zorgruimten:**

- De menselijk maat : prof. Ir. A.j.h.haak / Delft University Press 2005
- Betere werkruimte – een leidraad bij het ontwerpen van aangepaste ruimten voor het verzorgen van mensen / S.L.M. Remijn en M.M.G. van den Wildenberg – 1999.
- Arjo Handboek voor architecten en ontwerpers – tweede editie.
- Pressalit care - Ontwerpgids voor badkamers – derde versie.
- Stichting VAC punt wonen - Gebruikerstoets wonen en zorg – derde herziene uitgave.
- Literatuur m.b.t. het thema dementie:
- Dalke, H., Corso, A., Stott, L., Dusmohamed, H., Hunt, R. (2011). Living with dementia: can design make a difference? London: Kingston University.
- Fleming, R., Crookes, P. & Sum, S. (2008). A review of the empirical literature on the design of physical environments for people with dementia. Onuitgegeven document. Sidney: The University of New South Wales.
- Marquardt, G. (2007). Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Berlin: Logos Verlag.
- Van Liempd, H., Hoekstra, E., Jans, J., Huibers, L. en van Oel, C. (2009). Evaluatieonderzoek naar de kwaliteit van de huisvesting van kleinschalige woonvormen voor ouderen met dementie. Eindrapportage. Utrecht: Vilans en Akta.

## In deze reeks

Toegankelijkheid van woonzorgcentra, inclusief dementiespecifieke aanbevelingen

Toegankelijkheid van ziekenhuizen

Toegankelijkheid van voorzieningen voor preventieve en ambulante gezondheidszorg

Toegankelijkheid van voorzieningen voor gezinnen met kinderen

Toegankelijkheid van voorzieningen voor algemeen welzijnswerk

Toegankelijkheid van voorzieningen voor bijzondere jeugdbijstand

Toegankelijkheid van voorzieningen voor personen met een handicap

## Colofon

© 2011 Enter

De inspiratiebundel werd gerealiseerd door Enter in opdracht van VIPA, Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden.

Herziene versie 2011, met toevoeging van dementiespecifieke aanbevelingen voor woonzorgcentra. De toets in functie van dementiespecifieke aandachtspunten gebeurde in samenwerking met het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw.

Eindredactie:

Enter vzw, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid

Belgiëplein 1

3510 Hasselt

© Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

## Toegankelijkheid van woonzorgcentra

Een toegankelijk gebouw realiseren hoeft niet altijd moeilijk te zijn. In opdracht van het **VIPA** ontwikkelde **Enter, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid** voor elke zorg- en welzijnssector een inspiratiebundel toegankelijkheid.

Deze inspiratiebundel voor de sector ouderen is een praktische instrumenten die een leidraad vormt voor de bouw van nieuwe én te verbouwen woonzorgcentra en infrastructuur voor ouderen. Je kan er algemene en sectorspecifieke toegankelijkheidsprincipes in terugvinden aan de hand van voorbeelden, simulatieschetsen, concrete tips en uitleg over het hoe, wat en waarom.

Zo willen we bouwheren en ontwerpers informeren, inspireren en ondersteunen om op een doordachte wijze werk te maken van een optimale toegankelijkheid.

**Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid,**

**Enter vzw**

Belgiëplein 1

3510 Hasselt



**Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden  
Aangelegenheden, VIPA**

Koning Albert II-laan 35 bus 34

1030 Brussel

Tel. 02 553 32 41

