



Inspiratiebundel Toegankelijkheid van ziekenhuizen

©Een publicatie van

Enter
Vlaams Expertisecentrum
Toegankelijkheid

VIPA
Steun voor uw zorg- en wetzijnsinfrastructuur

Voorwoord

Deze **'Inspiratiebundel Toegankelijkheid van ziekenhuizen'** 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

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 ziekenhuizen?
- Deel 2 > Wat zijn de wettelijke voorschriften voor toegankelijkheid, concreet voor de ziekenhuizen?
- 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 ziekenhuizen?

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

1	Toegankelijkheid van ziekenhuizen	8
1.1	Toegankelijkheid in de gebouwde omgeving	8
1.2	Ontwerpen voor een ruimer gemiddelde	9
1.3	Voordelen van een toegankelijk ziekenhuis	12
1.4	Psychiatrische ziekenhuizen	12
1.5	'Toegankelijkheid van ziekenhuizen, geef jouw mening!'	14
2	Regelgeving toegankelijkheid	16
2.1	De Vlaamse stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid	16
2.1.1	Toepassingsgebied voor voorzieningen met kamers / wooneenheden (residentiële opvang)	18
2.1.2	Draagwijdte van de normen	21
2.1.3	Verplichte advisering	21
2.1.4	Ondersteunende instrumenten voor de praktijk	22
2.2	De Gewestelijke Stedenbouwkundige Verordening (Brussel)	22
3	Toegankelijkheid in het bouwproces	24
3.1	Ankerpunten voor de vijf bouwfases	24
3.2	Kernthema's voor het ontwerpen en bouwen	25
3.2.1	Keten van toegankelijkheid respecteren	26
3.2.2	Ergonomie als referentie voor de maatvoering van voorwerpen en ruimten	27
3.2.2.1	Basishandelingen van een persoon (zonder beperking)	29
3.2.2.2	Gebruik van een loophulpmiddel	31
3.2.2.3	Gebruik van een (manuele) rolstoel	32
3.2.2.4	Gebruik van bedieningselementen en apparaten	41
3.2.2.5	Gebruik van tafels en stoelen	43
3.2.2.6	Zorg of hulp verlenen	46
3.2.2.7	Gebruik van een verrijdbare tillift	51
3.2.2.8	Gebruik van een plafondlift	56
4	Ruimtelijke vertaling van toegankelijkheid	59
4.1	Private ruimten	59
4.1.1	De ziekenhuiskamer	60
4.1.2	Verblijfszone in een ziekenhuiskamer	64
4.1.3	Sanitaire cel van de ziekenhuiskamer	69
4.1.3.1	Ruimte voor zorgverlening aan een wastafel	74
4.1.3.2	Ruimte voor zorgverlening aan een toilet	76
4.1.3.3	Ruimte voor zorgverlening aan een douche	80
4.1.4	Toegang tot de ziekenhuiskamer	82
4.2	Algemene ruimten in ziekenhuizen	89
4.2.1	Ankerpunten voor psychiatrische ziekenhuizen	89
4.2.2	Parkeervoorzieningen	91

4.2.2.1	Parkeervoorzieningen algemeen	91
4.2.2.2	Voorrijdmogelijkheid	94
4.2.2.3	Standaard en comfort parkeerplaats	96
4.2.2.4	Aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaats	101
4.2.3	Toegang tot het gebouw	104
4.2.3.1	Toegang tot het gebouw, algemeen	104
4.2.3.2	Toegangsdeur	107
4.2.3.3	Inkomhal	111
4.2.4	Circuleren in en rond het gebouw	113
4.2.4.1	Toegangspaden (buitenruimten)	113
4.2.4.2	Horizontaal circuleren (binnenruimten)	117
4.2.4.3	Toegangsdeur tot een ruimte	121
4.2.4.4	Verticaal circuleren (binnenruimten)	125
4.2.5	(Onthaal)balies	130
4.2.6	Wachtruimten	135
4.2.7	Bezoekerssanitair	140
4.2.7.1	Bezoekerssanitair algemeen	140
4.2.7.2	Standaard en comfort toilet	142
4.2.7.3	Aangepast toilet	144
4.2.8	Ontvangst- en consultatieruimten	152
4.2.9	Omkleedruimten	155
4.2.9.1	Omkleedruimten algemeen	155
4.2.9.2	Standaard en comfort omkleedruimte	159
4.2.9.3	Rolstoeltoegankelijke omkleedruimten	163
4.2.10	Signalisatie	167
4.2.10.1	Algemene principes van signalisatie	167
4.2.10.2	Bewegwijzerings- en informatieborden	169
Bronnen en illustratieverantwoording		175

1 Toegankelijkheid van ziekenhuizen

Onze bebouwde omgeving vormt een belangrijk deel van ons dagelijks leven. We wonen in een huis, werken in een kantoorgebouw, bewegen ons doorheen straten en pleinen, ... Daarnaast moeten we ook de mogelijkheid hebben om te communiceren, informatie te verkrijgen, gebruik te maken van diensten en voorzieningen, ...

Het thema 'toegankelijkheid' komt terug in elk van deze aspecten. Bijgevolg heeft het niet enkel betrekking op de fysieke aspecten van onze omgeving, maar ook op minder tastbare zaken zoals psychosociale, cognitieve, informatieve en communicatieve aspecten. De verwevenheid en het aanvullende karakter van elk van die deelaspecten zorgen ervoor dat wij als gebruikers mogelijkheden krijgen om te functioneren.

Toegankelijkheid is dus veel meer dan een gebouw betreedbaar maken voor rolstoelgebruikers of personen met een zichtbare beperking. Het gaat erom dat we er van bij de start van het ontwerpproces van uitgegaan dat het gebouw of een omgeving voor iedereen makkelijk, comfortabel en gebruiksvriendelijk is.

1.1 Toegankelijkheid in de gebouwde omgeving

Bij een publiek gebouw of ruimte staat het onafhankelijk en zelfstandig kunnen gebruiken van een ruimte of omgeving door iedereen centraal. Het betekent dat een persoon niet gedwongen wordt om hulp te vragen, omwille van de ontoegankelijkheid. Wie wil kan beroep doen op hulp van derden, maar het moet niet.

In de praktijk blijkt dat er een waaier van gebruikers en situaties zijn die nood hebben om op een veilige en comfortabele wijze gebruik te maken van een gebouw, omgeving of dienstverlening. Denken we maar aan leveranciers, iemand met een tas op wielen, een ouder met een kindwagen, een tijdelijke handicap/ beperking, het gebruik van grotere machines, serveerwagens, noodsituaties (brancards) ... Allen hebben we baat bij een drempelvrije ruimte die door een goede toegankelijkheid de aanwezige activiteiten en diensten ondersteunt.

Kernthema's

Een toegankelijke omgeving of gebouw begint met een goede bereikbaarheid. Het gaat hier ondermeer om de ligging, de nabijheid van openbaar vervoer en diensten, de toegankelijkheid van het publiek domein zoals de oversteekplaatsen, stoepen, parkeerplaatsen, voorrijdmogelijkheid...

Voor we kunnen deelnemen aan de diensten en activiteiten moeten we een gebouw kunnen betreden. Dit betekent onder meer dat de weg ernaartoe, de toegang, de interne circulatie ... in verschillende dimensies van het begrip de ruimte drempel- en obstakelloos zijn.

Enmaal 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 maatvoering van deuren of gangen. De aanwezige voorzieningen, de aankleding en de wijze van afwerking zijn hiervoor van belang.

Tenslotte is ook het begrijpen aan de orde. De leesbaarheid van een ruimte en de logica van het plan maken dat bezoekers al dan niet op een vanzelfsprekende wijze ‘geleid’ worden. Extra informatiebronnen, zoals bijvoorbeeld een duidelijke signalisatie, zijn een extra steun om zijn weg te vinden. Het spreekt vanzelf dat ook wanneer informatietechnologie, elektronische toepassingen en apparaten, nieuwe ICT toepassingen ... ingezet worden, ook mensen die niet vertrouwd zijn met deze systemen er eenvoudig gebruik van kunnen maken.

Universal Design of Ontwerpen voor iedereen

Het maken van initiële ontwerpbeslissingen ligt aan de basis van de uiteindelijke kwaliteiten van een gebouw of omgeving. De wijze waarop ontwerpers en bouwheren deze beslissingen aansturen is van groot belang voor het bereiken van een goede toegankelijkheid.

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.

Ook de benadering van het begrip handicap is geëvolueerd. Waar men vroeger uitging van de persoon (met een beperking) als oorzaak van het probleem, wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie de ‘handicapsituatie’ als uitgangspunt gehanteerd. Hierbij wordt het meer mensgericht ontwerpen ondersteund: iedereen kan zich in een situatie bevinden waarbij hij/zij niet optimaal gebruik kan maken van de omgeving.

Deze nieuwe ontwerpmethodiek of filosofie wordt Universal Design (USA), Design for All (Europa) of Ontwerpen voor iedereen (Vlaanderen) genoemd. Dit betekent dat we een omgeving, een object, een dienstverlening ... zo ontwerpen, dat ze evenwaardige mogelijkheden creëert voor alle gebruikers, jong en oud, met of zonder beperking.

Het kiezen voor deze ontwerpstrategie van ‘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!

Meer informatie over ‘Universal Design’ kan je terugvinden op de website:

www.toegankelijkgebouw.be

1.2 Ontwerpen voor een ruimer gemiddelde

De term ‘ziekenhuis’ omvat heel wat verschillende soorten en types gebouwen. Het betreft echter altijd een gebouw of gebouwen waar op een professionele manier medische gezondheidszorg verleend wordt. Ziekenhuisgebouwen brengen een kluwen van eisen en doelstellingen met zich mee voor heel wat verschillende gebruikers, gedifferentieerde gebruikerszones en grote bezoekersstromen. Omwille van hun functie en de dienstverlening die erin voorkomt, zijn ze bij uitstek een publiek gebouw met een bijzondere maatschappelijke functie.

De differentiatie van gebruikers die in het gebouw voorkomen (bezoeker, patiënt, personeel) is groot, misschien wel in de meest ruime zin van het woord. Binnen het grote bezoekersaantal zal de waaier aan individuele mogelijkheden van zowel personen met en zonder (tijdelijke) beperking doorheen het hele gebouw duidelijk naar voren komen.

Meer dan in andere gebouwen kan je in ziekenhuizen verwachten dat bezoekers en patiënten gebruik maken van extra hulpmiddelen zoals een rolstoel, een infuusstandaard aan de hand, een looprekje, krukken ... Voor een grote groep zal dit bovendien ook slechts een tijdelijke situatie zijn. Wie niet gewoon is gebruik te maken van dergelijke hulpmiddelen, zal deze ook heel wat minder precies kunnen hanteren. Niet alleen het (onbekende) hulpmiddel vormt dan een beperking, maar ook de ruimte waarin men zich moet begeven.

In tegenstelling tot andere zorggebouwen, is het operationele of acute karakter (medische aspect) van de zorg (consultatie van artsen, verlenen van zorg of behandeling) wezenlijk aanwezig in heel wat delen van het gebouw. Ook hier moeten ruimtelijk verschillende eisen en noden opgevangen worden om een goede zorgverlening te kunnen ondersteunen.

Het ontwerp van 'ruimte' hangt inherent samen met de diensten, activiteiten of handelingen die we erin moeten kunnen uitvoeren. Op zijn beurt moeten deze afgestemd worden op de (veelheid aan) personen die deze handelingen (tegelijk) moeten kunnen uitvoeren. Het comfort waarmee dit kan gebeuren zal namelijk steeds afhankelijk zijn van het aanbod dat niet alleen ruimtelijk, maar ook op andere vlakken (sociaal, economisch, communicatief, kwaliteit van de dienstverlening...) gecreëerd wordt,

Het belang van de integrale toegankelijkheid van het gebouw voor iedereen lijkt, door de grote gebruikseisen, evident. Een fundamenteel verschilpunt ten opzichte van elk ander gebouw met een publieke functie is dat het 'zorgaspect' een cruciale rol speelt en inherent deel uitmaakt van toegankelijkheid.

Ondersteunende ruimten

De architectuur van een gebouw moet ondersteunend werken op alle vlakken en voor iedereen. Het realiseren van een goede toegankelijkheid, gericht op het zelfstandig of met hulp kunnen handelen van een persoon (met of zonder beperking) vormt de basis voor elk ruimte in het gebouw. Afhankelijk van de zone van het gebouw, zullen bepaalde grenzen van zorg naar voor komen die een verschillende benadering vragen:

Publiek deel

De grote bezoekersstroom en het gebruik van de ruimten is in deze zone van het gebouw vergelijkbaar met andere publieke ruimten zoals het openbaar domein, een stationsgebouw, een commerciële ruimte... Het betreft de algemene ruimten zoals circulatieruimten, de inkomhal, parkeervoorzieningen, wachtruimten, cafetaria, buitenruimten ... Het zorgaspect is slechts in beperkte mate aanwezig. Het zal zich voornamelijk weerspiegelen in de aanwezigheid van patiënten die zich tijdelijk doorheen het gebouw verplaatsen naar bijvoorbeeld een cafetaria, een bibliotheek, een winkeltje ...

(Semi)publiek deel: publiek gerichte zorgomgeving

Het semipublieke deel maakt deel uit van de publieke zone, maar zal zich onderscheiden omwille van de activiteiten en het beperkter aantal bezoekers die tegelijk aanwezig zijn in een ruimte. Het zijn ruimten zoals de consultatieruimten van een arts, onderzoeksruimten, behandelkamers ... Het zorgaspect komt hier al meer in beeld, maar beperkt zich nog in tijd en handelingen.

Private zone: privaat gerichte zorgomgeving

De private zone van het gebouw betreft ruimten waar patiënten voor korte of langere tijd verblijven voor behandeling of de ondersteuning van de genezing (hospitalisatie, dagopname,...). Het betreft voornamelijk de patiënten- of behandelkamer en de bijhorende

private sanitaire ruimte. Het zorgaspect maakt in deze zone inherent deel uit van het gebruik van de ruimten.

In elke zone van het gebouw, moet de puzzel 'ruimte' en het gebruik ervan, 'mensen' die erin handelen en het inzetten van 'hulpmiddelen' indien deze nodig zijn kloppen.

Comfortmarge

Het is duidelijk dat omwille van de specifieke context 'gezondheidszorg en welzijn' de ontwerper zowel ruimtelijk als vormelijk andere accenten moet leggen, zodat de kwaliteit van de ruimten beter aansluit bij de gebruikers en de activiteiten die erin voorkomen.

Binnen de toegankelijkheid van een omgeving of ruimte wordt te vaak enkel gesproken over 'aangepast voor personen met een beperking'. In de praktijk blijkt dat de gebruiker van een ziekenhuis zich vaak in een tussenmarge bevindt. Hoewel hij een gemiddelde gebruiker is, geen gebruiker met een beperking, kan hij geen beroep doen op de standaardvoorziening maar heeft hij ook nog geen nood aan het ander uiterste, de aangepaste voorziening.

Deze tussengroep bezoekers heeft nood aan een aantal extra elementen waarbij het standaard aanbod een 'upgrade' krijgt (standaard → comfort → aangepast) en daardoor universeel bruikbaar is. Het ondersteunt het belang van ontwerpen voor een gedifferentieerde gebruiker en de nood aan meer mensgerichte architectuur.

Dit aspect is van wezenlijk belang voor een aantal kritieke ruimten zoals een parkeerplaats, een toilet en een omkleedruimte. Doorheen de bundel komt hierdoor dan ook de term 'comfort...' naar voor om specifiek binnen de toegankelijkheidscriteria deze upgrade te kunnen realiseren.

Psychologische invloed van de omgeving

De complexiteit van een ziekenhuisgebouw uit zich niet enkel in functie van functioneel en comfortabel ruimtegebruik. Heel vaak komen enkel de fysieke aspecten in beeld, maar ook de cognitieve of psychische criteria zijn zeer bepalend voor een aangenaam ziekenhuisbezoek.

Een ziekenhuisbezoek kan zowel een positief als een negatief gevoel opwekken. Gaan we een pasgeborene bezoeken dan bevinden we ons meestal in positieve sfeer. Wanneer we bijvoorbeeld slechte onderzoeksresultaten te horen krijgen of emotionele verwarring ondervinden doordat een ziek familielid er slecht aan toe is ... bevinden we ons in een meer negatieve sfeer en wordt ook ons handelen beïnvloed. Een dergelijke situatie zorgt er namelijk voor dat het cognitief vermogen van een persoon onder druk komt te staan.

Alledaagse handelingen en initieel logische zaken worden hierdoor plots als niet meer zo logisch of als knelpunt ervaren. Het belang van een goede ruimtelijke ondersteuning komt hierdoor extra naar voor. Eenvoudige toegankelijkheidsaspecten kunnen ook voor deze situaties een ondersteuning geven, zoals bijvoorbeeld een eenvoudig gebruik van toestellen en apparaten, een logische route doorheen het gebouw, de aanwezigheid van goede signalisatie ...

Ontwerpers trekken voor het realiseren van zorggebouwen ook meer en meer de kaart van 'evidence based design' en het creëren van een 'healing environment'. Hierdoor wordt sterk aangegeven dat een zorgomgeving meer moet zijn dan een optelsom van puur medische technische aspecten.

Het ontwerp en de afwerking van een ruimte kan in belangrijke mate bijdragen aan de wijze waarop wij in ons handelen, gevoelsmatig en psychologisch beïnvloed worden. Onbewust nemen gebruikers van het gebouw heel wat ruimtelijke aspecten op die zowel een goede werkomgeving, een voorspoedig herstel als een aangenaam ziekenhuisbezoek ondersteunen.

1.3 Voordelen van een toegankelijk ziekenhuis

Ziekenhuizen en hun dienstverlening moeten borg staan voor een goede zorgverlening. Doorheen de gesprekken en bezoeken aan voorzieningen die we in het kader van deze opdracht deden, is iedereen het unaniem eens: het is onmogelijk iemand zorg te ontzeggen, ook niet omwille van een (fysiek) ontoegankelijke situatie.

Rekening houden met de diversiteit van de gebruikers en bezoekers van het gebouw vormt zowel op sociaal, economisch, communicatief ... als fysiek vlak een belangrijke basis.

Net als duurzaamheid is toegankelijkheid een kwaliteitsvereiste die niet meer weg te denken is. Ook 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. Doordat binnen toegankelijkheid ook de thema's veiligheid en comfort centraal staan, zal bovendien de tevredenheid van alle gebruikers van het gebouw toenemen.

Toegankelijkheid is een basisrecht geworden dat op vele vlakken afgedwongen wordt door bijvoorbeeld regelgeving en voorschriften zoals de antidiscriminatie wetgeving, de regelgeving toegankelijkheid van publieke gebouwen, het koppelen van toegankelijkheidsvoorschriften aan openbare aanbestedingen en lastenboeken ... Meer en meer komt het belang voor bepaalde types gebouwen, zoals gebouwen in de zorgsector, en wordt deze kwaliteit vastgelegd in normeringen.

De voordelen van een toegankelijke ruimte en organisatie in een zorgsetting zijn bovendien groot: meer mensen kunnen vlotter en zonder knelpunten gebruik maken van het gebouw en de ruimte. Zowel fysiek als cognitief worden drempels weggewerkt. Daarbij zal een toegankelijke omgeving, waarbij niet alleen de bezoeker en de patiënt maar ook de zorgverlener in beeld komt, ervoor zorgen dat er minder personeel ingezet moet worden om tekorten op te vangen. Handelingen kunnen ergonomisch, sneller en efficiënter uitgevoerd worden.

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

1.4 Psychiatrische ziekenhuizen

Het Vipa maakt in de opdeling van de sectoren een onderscheid tussen de twee groepen ziekenhuizen :

- Algemene en universitaire ziekenhuizen: algemene ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen en daghospitalisatie binnen een ziekenhuis
- Psychiatrische ziekenhuizen: psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en openbare psychiatrische ziekenhuizen

Tijdens de uitwerking van de bundel stelden we vast dat deze tweeledige opdeling terecht gemaakt wordt. Zeker wanneer we kijken naar de ruimtelijke vertaling. Omwille van een meer specifieke doelgroep patiënten en de aanwezigheid van een specifiekere zorgverlening in psychiatrische ziekenhuizen zien we namelijk dat er wezenlijke verschillen tussen deze twee groepen gebouwen zijn.

De opgenomen aanbevelingen in deze inspiratiebundel zijn in principe voor elk type gebouw basisvoorwaarden. In de praktijk blijkt dat voor een psychiatrisch ziekenhuis de uitvoering en

integratie van deze elementen minder evident is. De gesprekken die we voerden en de ervaringen die we opdeden tijdens de bezoeken aan psychiatrische ziekenhuizen bevestigen dat er inderdaad nood is aan een meer gedifferentieerd verhaal.

Gezien de meer complexe situatie van psychiatrische ziekenhuizen en de beperkte scope van de opdracht, konden we in deze bundel nog geen sluitend en pasklaar antwoord geven voor de toegankelijkheid van de psychiatrische ziekenhuizen.

Belangrijke verschilpunten

Niet alleen het ruimtelijke verhaal van een psychiatrisch ziekenhuis (gebouwtypologie), maar ook de wijze van dienstverlening heeft een heel ander verloop dan in een algemeen ziekenhuis. Dit zorgt ervoor dat we een aantal eenvoudige principes van toegankelijkheid niet overal op eenzelfde wijze kunnen toepassen.

Een aantal opvallende verschilpunten van de psychiatrische t.o.v. de algemene ziekenhuizen die hiertoe bijdragen zijn:

- Er is meer aandacht voor de geestelijke zorg dan voor het fysieke zorgaspect.
- Binnen de ruimtelijke organisatie is er meer nood aan 'kleinschaligheid in de grootheid' (belang van leefgroepen). Hierdoor ontstaan meer dan bij algemene ziekenhuizen meer gedifferentieerde (kleinere) gebouwen om tegemoet te komen aan zorgprofielen. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen is het gemeenschappelijke leven meer naar voor. Zowel intern in de gebouwen als op de site, zal de ruimte meer een thuisvervangende omgeving dan een ziekenhuisomgeving zijn.
- Architecturaal betekent deze kleinschaligheid ook dat, daar waar ziekenhuizen vaak grote gebouwcomplexen zijn, het beeld van een psychiatrisch ziekenhuis veel meer opgedeeld is uit verschillende klein gebouwen of afzonderlijke entiteiten. Dit sluit ook aan bij de initiële eis om verschillende leefgroepen niet met elkaar in contact te laten komen.
- In tegenstelling tot het vrij open karakter van een algemeen ziekenhuisgebouw, vormt de 'uitgankelijkheid' van de gebouwen en de directe omgeving van een psychiatrisch ziekenhuis een belangrijk aandachtspunt. Bezoekers- en patiëntenstromen gebeuren op een andere, meer gecontroleerde wijze. In veel opzichten ervaren buitenstaanders of bezoekers deze omgeving als 'gesloten' met specifieke ruimtelijke grenzen.

Bijkomend stellen we ook vast dat er op dit moment een sterke evolutie gaande is in de visie op de zorgverlening en de gebouwen (of de site), waar de sector zelf nog geen pasklaar antwoord op heeft. Dit weerspiegelt zich onder meer in de verschillende wijzen waarop (nieuwe) gebouwen ontwikkeld worden. Heel wat vernieuwende concepten en vormgeving van gebouwen worden ter discussie voorgelegd.

Deze elementen maken het niet eenvoudig om, net zoals voor de algemene en universitaire ziekenhuizen, vanuit het toegankelijkheidsthema een passend en correct antwoord te geven op de verschillende ruimtelijke elementen.

In de algemene inleiding van het deel 'Ruimtelijke vertaling van toegankelijkheid' in deze inspiratiebundel zijn een aantal wenken opgenomen met betrekking tot bruikbare thema's voor psychiatrische ziekenhuizen.

[Publieke en semipublieke ruimten >>](#)

1.5 'Toegankelijkheid van ziekenhuizen, geef jouw mening!'

Om met deze bundel inhoudelijk een concreet antwoord te kunnen geven op de toegankelijkheidsknelpunten die patiënten en bezoekers vandaag ondervinden tijdens het bezoek aan een ziekenhuis, realiseerde Enter een online bevraging (zomer 2011).

Hoewel de bevraging slechts een beperkte looptijd en draagwijdte had, konden we toch een aantal frappante conclusies trekken die de nood aan een goed toegankelijk ziekenhuisgebouw ondersteunen:

- De bevraging bevestigt de aanwezigheid van knelpunten.
- De antwoorden vanuit de bevrageden geven bovendien ook duidelijk aan dat de toegankelijkheid van het gebouw voor iedereen van belang is. Zowel bezoekers met als zonder beperking geven aan dat tijdens hun bezoek aan het ziekenhuis niet alles even vlot verloopt.
- De bevraging stelde vragen over 12 basisthema's van het ziekenhuisgebouw. Voor alle thema's was het duidelijk dat er knelpunten aanwezig zijn. De 12 bevragede thema's, in volgorde van het hoogste percentage knelpunten, zijn:
 - o Parkeervoorzieningen: 66,9%
 - o Wachtruimten en wachtzones: 60,4%
 - o Informatie en signalisatie: 58%
 - o Circuleren: 57,5%
 - o Ziekenhuiskamer: 55,2%
 - o Sanitaire cel van de ziekenhuiskamer: 43,6%
 - o Onthaal- en aanmeldbalies: 41%
 - o Bezoekerssanitair: 40,9%
 - o Consultatie en onderzoeksruimten: 38,2%
 - o Toegang tot het ziekenhuisgebouw: 37,8%
 - o Inschrijvingen en kassa's: 37,8%
 - o Cafeteria: 35,9%

De aangegeven percentages geven aan in welke mate de bevrageden moeilijkheden ondervinden bij het gebruik.

- We stellen vast dat ook de ziekenhuiskamer en de private sanitaire cel bovenaan het knelpuntenlijstje staat. Vrijwel alle bevrageden geven aan dat men tijdens het ziekenhuisverblijf problemen ondervindt met de aanwezige ruimte voor de verzorgverlening. Specifiek geven personen met een beperking bijkomend aan dat de ruimtelijke aspecten van de kamer i.f.v. rolstoelgebruik niet afdoende zijn. Ook de ruimte die ter beschikking is voor het ontvangen van bezoek en de sfeer van de kamer worden door iedereen in vraag gesteld.
- Bekijken we de knelpunten die aangegeven zijn, dan stellen we vast dat deze vrij gelijklopend zijn voor bezoekers met en zonder beperking (zowel het aantal en het soort). Zoals we verwachtten zien we wel, dat de aspecten die gekoppeld zijn aan de fysieke toegankelijkheid van het gebouw, alsook de beperkings specifieke eisen prominenter naar voor komen (zie tabel knelpunten).

De detailresultaten van de bevraging gaven ons een beter zicht op de noodzakelijk te behandelen thema's in deze inspiratiebundel en vormden dan ook een basis voor de uitwerking. Daarnaast werden ook heel wat niet ruimtelijk gebonden knelpunten aangegeven zoals bijvoorbeeld de betaalbaarheid van de parking, de kwaliteit van de dienstverlening (dokters, verpleging), de lange wachttijden, de algemene organisatie ... Deze elementen dragen inderdaad bij aan een aangenaam ziekenhuisbezoek. Deze bundel focust echter voornamelijk op de toegankelijkheid van de ruimte.

Een volledige overzicht van de bevraging kan teruggevonden worden op de website van Enter, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid (www.entervzw.be).

Belangrijke knelpunten per thema

Thema gebouw	Knelpunt* bij gebruik voor	
	Bezoekers zonder beperking	Bezoekers met beperking
Parkeervoorzieningen	Afwezigheid voorrijdmogelijkheid Gebruik ticket- en slagboomautomaten Gebruik standaard plaats	Afwezigheid voorrijdmogelijkheid Gebruik ticket- en slagboomautomaten (mis)gebruik aangepaste plaatsen
Wachtruimten	Locatie Ruimte (Zit)comfort Bezoekerssanitair nabij	Ruimte (Zit)comfort Circuleren in de ruimte Bezoekerssanitair nabij
Informatie en signalisatie	Aanwezigheid Algemene vormgeving	Aanwezigheid Algemene vormgeving Automatische deuren
Circuleren	Moeilijk de weg vinden Rustpunten Locatie liften, trappen, gangen Contrasten	Moeilijk de weg vinden Rustpunten Locatie liften, trappen, gangen Algemeen gebruik lift
Ziekenhuiskamer	Ruimte voor zorgverlening Ruimte voor bezoek Zicht naar buiten, sfeer	Ruimte voor zorgverlening Ruimte voor bezoek Gebruik inrichtingselementen Sfeer
Sanitaire cel ziekenhuiskamer	Afwezigheid van een badkamer Ruimte voor zorgverlening	Afwezigheid van een badkamer Algemeen gebruik Afwezigheid hulpmiddelen
Onthaal- en aanmeldbalies	Informatieverstrekking	Gebruik balie Verstaanbaarheid Bezoekerssanitair nabij
Bezoekerssanitair	Locatie(s) in het gebouw	Locatie(s) in het gebouw Aangepaste toiletruimte (algemeen)
Consultatie- en onderzoeksruimten	Inrichting omkleedruimte Gebruik omkleedruimte	Toegang tot de ruimte Algemeen gebruik van de ruimte Inrichting omkleedruimte Gebruik omkleedruimte (algemeen)
Toegang tot het ziekenhuis	Gebruik draaikruisdeur Toegangspaden	Gebruik draaikruisdeur Toegangspaden Bediening (alternatieve) deur
Inschrijvingen en kassa's	Ticket- en inschrijfautomaten	Gebruik balies Ticket- en inschrijfautomaten Betaalautomaten Oproepsysteem
Cafetaria	Gebruik bedieningstoog en toestellen Circuleren tussen tafels en stoelen	Gebruik bedieningstoog en toestellen Betaalautomaten Circuleren tussen tafels en stoelen Gebruik tafels en stoelen Bezoekerssanitair nabij

*In het schema werden de belangrijkste knelpunten aangegeven

2 Regelgeving toegankelijkheid

Toegankelijkheid zit vervat in verschillende wettelijke bepalingen die niet exclusief verbonden zijn aan één thema of sector. Het is bovendien een thema bij uitstek dat grensoverschrijdend is. Er zijn heel wat internationale en Europese regelgevingen die dit thema behandelen, die ook op lokaal niveau tot uiting komen.

Kijken we specifiek naar toegankelijkheid en bouwen, dan is dit in België een gewestmaterie. Concreet wil dit zeggen dat elk gewest bevoegd is voor zijn grondgebied en zijn eigen bepalingen oplegt. Er is dus een verschillende regelgeving voor Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Hoewel de grote basislijnen in de 3 gewesten gelijk lopen, zijn er in de toepassing en de inhoudelijke details van de regelgeving verschillen aanwezig.

Let wel, aangezien het VIPA, het Vlaams infrastructuurfonds voor Persoongebonden aangelegenheden niet actief is in Wallonië, geven we enkel aan wat er in Vlaanderen en Brussel van toepassing is.

2.1 De Vlaamse stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid

In Vlaanderen is sinds 2010 een regelgeving met betrekking tot de toegankelijkheid van publieke gebouwen van kracht. Deze regelgeving vervangt de sterk verouderde federale wetgeving van 1975 en het KB van 9 mei 1977, die de toegang van gehandicapten tot gebouwen toegankelijk voor het publiek regelde.

Het 'Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van een gewestelijke stedenbouwkundige verordening betreffende toegankelijkheid' van 5 juni 2009 of kortweg de Vlaamse stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid, is in werking getreden op 1 maart 2010. Een aantal wijzigingen zijn van kracht sinds 31 maart 2011.

Deze Vlaamse regelgeving is gekoppeld aan de Vlaamse Codex Ruimtelijke Ordening (VCRO), meer concreet de bepalingen met betrekking tot het vergunningsbeleid. De regelgeving is van toepassing als je een stedenbouwkundige vergunning aanvraagt of een melding vereist is voor het uitvoeren van werken aan een publiek toegankelijk gebouw. Ook de voorzieningen voor preventieve en ambulante gezondheidszorg zijn publiek toegankelijke gebouwen, je zal dus rekening moeten houden met deze regelgeving wanneer je werken uitvoert.

Het louter volgen van de regelgeving volstaat niet altijd om een volwaardige toegankelijkheid voor iedereen te realiseren. Ook in deze regelgeving is de toegankelijkheid omschreven vanuit een vrij algemeen perspectief voor heel wat verschillende types van gebouwen, waardoor de bepalingen minimaal zijn. Het koppelen van deze regelgeving aan de bouwvergunning, zorgt ervoor dat er alleen op plan afleesbare normen worden opgelegd.

Net daarom werd deze inspiratiebundel ontwikkeld, zodat we oplossingen voor toegankelijkheidsthema's kunnen aanreiken die op maat gesneden zijn van de betrokken voorzieningen.

Voor welke gebouwen is de regelgeving van toepassing?

De Vlaamse stedenbouwkundige verordening toegankelijkheid is van kracht voor gebouwen die:

- één een publiek toegankelijke functie omvatten;

- **én** gelegen zijn in Vlaanderen;
- **én** waar vergunningsplichtige werken/ handelingen aan gebeuren (aanvraag tot stedenbouwkundige vergunning is verplicht).

Afhankelijk van het type gebouw zijn er specifieke criteria die bepalen of het gebouw onder het toepassingsgebied valt of niet en in welke mate de normen op het volledig gebouw of op slechts een deel ervan moeten worden toegepast.

Algemeen vertrekt de regelgeving van een 3-tal bestemmingen, namelijk:

- een toeristische verblijfsaccommodatie;
- wonen of voor welzijns- en gezondheidsvoorzieningen;
- elke andere publiek toegankelijke functie.

Onderstaand schema geeft op een beknopte wijze weer welk type gebouw vervat zit in welk basisartikel van de regelgeving:

Vlaamse Stedenbouwkundige Verordening Toegankelijkheid		
Publiek toegankelijk* gebouw, gelegen in Vlaanderen (art. 2, §1)		
Uitvoeren van vergunningsplichtige of meldingsplichtige handelingen (Uitgezonderd handelingen zoals beschreven in art. 2, §2, punt 1, 2 en 3)**		
Bestemming gebouw		
Art. 3:	Art. 4:	Art. 5:
gebouwen met een algemene publieke functie, anders dan deze vervat in art. 4 en 5	gebouwen bestemd voor een toeristische verblijfsaccommodatie**	gebouwen bestemd voor een meergezinswoning, kamerwoningen, studentenhuizen en studentengemeenschapshuizen, gezondheidsinstellingen, welzijnsinstellingen, internaten en strafinrichtingen (met kamers en/of wooneenheden)**

* *Publiek toegankelijk: deze definitie is opgenomen onder art. 1, punt 15 van het besluit.*

***Als het beschermde monumenten, landschappen ... betreft, moet er een afweging gemaakt worden tussen de erfgoedwaarde en de toegankelijkheid van het betreffende gebouw (art.2 §2 punt 3 – advisering erfgoed).*

Let wel, de regelgeving heeft niet als doel dat bestaande gebouwen, waar geen werken aan voorzien zijn, aangepast worden!

2.1.1 Toepassingsgebied voor voorzieningen met kamers / wooneenheden (residentiële opvang)

De gebouwen van voorzieningen die volledig of deels residentiële opvang huisvesten, vallen onder het toepassingsgebied voor 'wonen' (art. 5, 3^e alinea van de verordening).

Het aantal kamers / wooneenheden in combinatie met het aantal niveaus waarop de toegangsdeuren tot deze kamers / wooneenheden gelegen zijn, bepaalt of het gebouw moet voldoen aan de normen of niet.

Onderstaande schema geeft het toepassingsgebied op beknopte wijze weer:

Vlaamse Stedenbouwkundige Verordening Toegankelijkheid		
Aftoetsing	Publiek toegankelijk gebouw* in Vlaanderen	
	Uitvoeren van vergunningsplichtige of meldingsplichtige handelingen (Uitgezonderd handelingen zoals beschreven in art. 2, §2, punt 1, 2 en 3)	
Type gebouw	Art. 5: gezondheidsinstellingen met kamers of wooneenheden, welzijnsinstellingen met kamers of wooneenheden** , internaten die verbonden zijn aan onderwijsinstellingen, internaten die onder de bevoegdheid vallen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap of strafinrichtingen.	
Criteria:	19 of minder kamers / wooneenheden en / of toegangsdeuren tot kamers / wooneenheden over minder dan 2 niveaus	≥ 20 kamers / wooneenheden en toegangsdeuren tot kamers / wooneenheden over > 2 niveaus
Draagkracht:	Geen	Uitgebreid:
	Het gebouw valt niet onder de toepassing en moet niet voldoen.	Alle gemeenschappelijke delen van het gebouw, met inbegrip van de toegangsdeuren tot elke kamer / wooneenheid moeten voldoen.
Verplicht advies:	Geen	Indien publiek toegankelijke oppervlakte ≥ 7500 m ² (art. 34 §1) en/ of 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 niveaoverschillen 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 ...’**

‘En’ criterium

Een belangrijk gegeven is dat zowel het aantal kamers als het aantal niveaus samen bepalen of een gebouw valt onder het toepassingsgebied van de verordening:

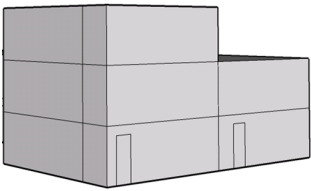
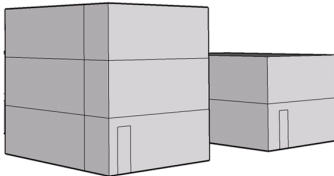
- Er zijn minimum 20 kamer / wooneenheden.
- **En** de toegangsdeuren tot deze kamers / wooneenheden zijn gelegen over meer dan twee niveaus.

Als er dus aan één van beide criteria niet voldaan is, valt het gebouw niet binnen het toepassingsgebied van het besluit. Er kunnen zowel te weinig kamers in het gebouw aanwezig zijn en er kunnen te weinig niveaus zijn. Met andere woorden, er moet dan geen gevolg gegeven worden aan de regelgeving toegankelijkheid, er moeten er geen normen worden toegepast

Tellen van kamers / wooneenheden en niveaus

Alle kamers / wooneenheden die in het gebouw aanwezig zijn, worden opgeteld om het aantal te bekomen.

Bestaat het gebouw uit meerdere aparte delen, dan worden alle kamers / wooneenheden van de gebouwen die één fysiek aansluitend geheel vormen samen geteld, ondanks de aanwezigheid van verschillende (aparte) toegangen.

Fysiek aaneensluitend	Niet fysiek aaneensluitend
	
<p>Het gebouw bestaat uit 2 fysiek aaneensluitende delen, met twee aparte toegangen.</p>	<p>Het gebouw bestaat uit 2 aparte delen.</p>
<p>→ Je moet het aantal kamers / wooneenheden in beide delen samen tellen.</p>	<p>→ Je moet voor elk gebouw apart het aantal kamers/ wooneenheden tellen, elk gebouw zal apart afgetoetst moeten worden.</p>

Niveaus:

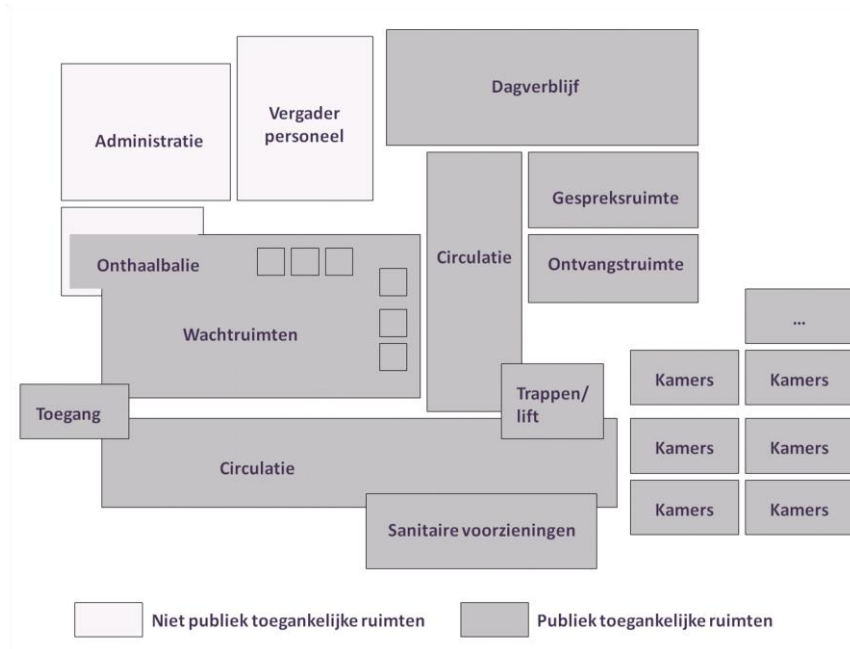
Bij het tellen van het aantal niveaus waarop de toegangsdeuren tot de kamers / wooneenheden gelegen zijn, moet elk niveaoverschil dat zich voordoet meegeteld worden. Ook een tussenniveau zal als niveau aanzien worden. Zo zijn bijvoorbeeld een gelijkvloers, een tussenniveau en een eerste verdieping 3 niveaus. Het gaat dus niet per definitie om het aantal bouwlagen.

Alle gemeenschappelijke delen

Wanneer het toepassingsgebied van kracht is, moeten alle publiek toegankelijke of gemeenschappelijke delen voldoen aan de normbepalingen. Deze omvatten delen van het gebouw

zoals het onthaal, de algemene circulatieroutes, de wachruimten, gemeenschappelijke leefruimten, gemeenschappelijke sanitaire voorzieningen of ruimten zoals een gespreksruimte en een eetruimte.

Welke ruimten in het gebouw worden aanzien als publiek toegankelijke of gemeenschappelijke delen is vrij eenvoudig na te gaan. Alle ruimten waar een bezoeker, een resident of een cliënt kan komen of verblijven vallen hieronder. Hieronder geven we een voorbeeldplan van een nieuwbouw voorziening met de publiek en de niet publiek toegankelijke ruimten:

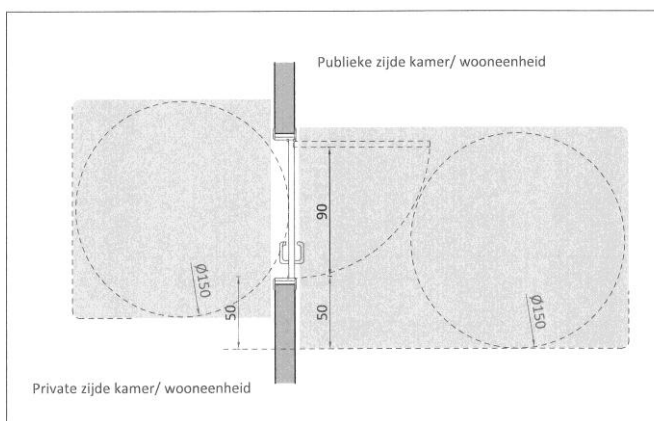


Inclusief de toegangsdeur tot de kamers / wooneenheden:

Voor welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zijn de normen die van toepassing zijn voor de toegangsdeuren tot de kamers/ wooneenheden van toepassing aan beide zijden van de deur.

Dit betekent dat er ook altijd een goede bereikbaarheid en bruikbaarheid aan de binnenzijde van de deur gegarandeerd moet worden door de aanwezigheid van een vrije draairuimte en een voldoende grote zijdelingse opstelruimte. Dit is een aandachtspunt voor voorzieningen met residentiële opvang.

Volgende principeschets toont wat we hiermee bedoelen, ongeacht of de deur naar buiten of binnen open draait:



2.1.2 Draagwijdte van de normen

De normbepalingen zijn van toepassing op de delen van het gebouw die binnen het toepassingsgebied vallen (zie schema's opgenomen in punt 2.1.1 en 2.1.2).

Dit houdt onder meer in dat de normen niet van toepassing zijn voor ruimten die uitsluitend bedoeld zijn voor gebruik door personeel zoals administratie, opslagruimten, archiefruimten of technische ruimten. Ook de private kamer waar een kind, een volwassene of een gezin verblijft wordt niet aanzien als publiek toegankelijk. Met uitzondering tot de binnenzijde van de toegangsdeur, worden er geen normen opgelegd voor de binnenruimte van een kamer (wijze van inrichting, maatvoering...).

De normbepalingen zijn (alleen) van toepassing daar waar werken gebeuren (nieuwbouw volledig, verbouwen, uitbreiden en herbouwen kan deels zijn). Ze leggen per gebouwonderdeel bepaalde maatvoering, aantallen of principeoplossingen op voor de volgende gebouwonderdelen (art. 6 tot en met 35 van het besluit):

- algemene gebruiksruimten;
- toegangspaden (buitenruimten) en loopspaden (binnenruimten);
- niveauverschillen (trap, helling, lift);
- toegangen en deuren;
- parkeren;
- vast meubilair en inrichtingselementen (onthaalbalie);
- sanitair (bezoekersanitair);

Dubbele maatvoering

In de bepalingen zijn zowel ruwbouw- als afwerkingsmaten opgenomen:

- Doordat de verordening gekoppeld is aan de stedenbouwkundige vergunning kunnen alleen op plan afleesbare elementen opgenomen zijn. Om controleerbaar te zijn bij de beoordeling van de vergunningsaanvraag, moet je elementen (zoals 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 altijd afhankelijk van de afwerking.

Een dubbele maatvoering dus om deze 2 criteria met elkaar te kunnen verzoenen: ruwbouw controleerbaar op plan en afwerking controleerbaar na uitvoering.

Voor gedetailleerde informatie en de inhoud van de normen kan je terecht op de website www.toegankelijkgebouw.be. Onder het item 'Regelgeving' kan je de volledige inhoud van de regelgeving en meer verduidelijking per artikel terugvinden.

2.1.3 Verplichte advisering

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

De voorzieningen met een OCMW, gemeente of elke andere overheid als eigenaar of uitbater, vallen dus onder deze categorie. Voorzieningen van vzw's of private initiatiefnemers vallen hier niet onder.

Kiezen voor een uitgebreider advies op maat is altijd een meerwaarde. Het zorgt voor een begeleiding doorheen het volledige ontwerp- en bouwproces. Gespecialiseerde toegankelijkheidsadviseurs gaan in nauw overleg met de bouwheer en ontwerper na hoe de

toegankelijkheidsprincipes optimaal kunnen geïntegreerd worden in het project, van ontwerp tot en met de uitvoering.

In Vlaanderen zijn vier adviesbureaus actief waar je terecht kan voor een verplicht of een vrij (totaal) advies:

- Adviesbureau Toegankelijke Omgeving (ATO), www.ato-vzw.be
- Centrum Toegankelijkheid van de Provincie Antwerpen (CTPA), www.provant.be/welzijn/toegankelijkheid
- Toegankelijkheidsbureau vzw, www.toegankelijkheidsbureau.be
- Westkans vzw, 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 ontwikkeld.

Op deze 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 van publieke gebouwen
- Integrale tekst en toelichting met betrekking tot het besluit
- Checklist en quickscan
- Advisering

2.2 De Gewestelijke Stedenbouwkundige Verordening (Brussel)

Net zoals in Vlaanderen is ook voor Brussel de toegankelijkheid van publieke gebouwen gekoppeld aan het Brussels Wetboek van Ruimtelijke Ordening (BWRO). Ook hier zal men bij het indienen van een stedenbouwkundige vergunning moeten voldoen aan de bepalingen.

Toegankelijkheid is een onderdeel van 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)' of kortweg, de Gewestelijke stedenbouwkundige verordening. In vergelijking met de Vlaamse situatie is het thema toegankelijkheid opgenomen in 2 specifiek delen:

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

Titel IV omvat de bepalingen die van belang zijn voor de publieke gebouwen. Deze regelgeving bepaalt het toepassingsgebied op basis van de vergunningsplicht en een lijst van gebouwen die

publiek toegankelijk zijn. De meeste welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zijn vervat onder titel IV, artikel 1, §3 3°, 6°, 11° en 12°:

- 3° gebouwen voor bejaarden en/of gehandicapten;
- 6° ziekenhuizen, klinieken, poliklinieken, verzorgingscentra en gelijkgestelde centra, centra voor medische, sociale en gezinshulp en voor geestelijke gezondheidszorg, funeraria;
- 11° strafinstellingen en instellingen voor heropvoeding;
- 12° de opvanginstellingen, onderwijs- en opleidingsinstellingen, met inbegrip van internaten en instellingen voor peuter- en kleuteropvang.

De normbepalingen zijn, net zoals in Vlaanderen, van toepassing bij vergunningsplichtige werken (nieuwbouw volledig, verbouwen, uitbreiden en herbouwen). Ze leggen bepaalde maatvoering, aantallen of principeoplossingen op voor een 5-tal grote onderdelen, namelijk:

- Normen met betrekking tot de toegang tot algemene elementen;
- Normen met betrekking tot de toegang tot de gebouwen:
 - o internationaal symbool voor toegankelijkheid
 - o toegangsweg
 - o toegangshelling
 - o toegangsdeur
- Normen met betrekking tot de toegang tot parkeerruimten:
 - o parkeren voor personen met een beperkte mobiliteit
- Normen met betrekking tot de verplaatsing binnenin de gebouwen;
 - o markering
 - o gangen
 - o binnendeuren
 - o liften
 - o trappen
- Normen met betrekking tot uitrustingen:
 - o toiletten
 - o badkamers, douchecellen en kamers
 - o openbare uitrustingen
 - o loketten
 - o stoelen

De volledige tekst van de Brusselse stedenbouwkundige verordening is terug te vinden via www.toegankelijkgebouw.be of via website www.rru.irisnet.be.

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 bouwfasen

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

	uitvoeringsfouten te voorkomen. <ul style="list-style-type: none"> • Toets de toegankelijkheid af als een belangrijk onderdeel van de oplevering, bijvoorbeeld door externe controle door de toegankelijkheidsexpert
5 Ingebruikname gebouw	
Het gebouwmanagement met oog voor het behoud van het comfort en de toegankelijkheid moet behouden blijven.	<ul style="list-style-type: none"> • Schrijf voor het management van het gebouw een draaiboek met betrekking tot toegankelijkheid uit. • Voorzie in het onderhoud van toegankelijkheidsknelpunten. • Aandacht bij toegankelijkheid voor de evacuatieplannen bij calamiteiten.

**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 gebruikaspect meestal niet ten goede komen.

3.2 Kernthema's voor het ontwerpen en bouwen

Een basisfilosofie of idee omzetten in de (bouw)praktijk is niet altijd zo gemakkelijk als het lijkt. Ook voor de toegankelijkheid mogen we dit zeker niet onderschatten.

Vooraf ook wanneer we dit op een mooie en vanzelfsprekende manier bekomen is

In deel 3 van deze inspiratiebundel bespreken we het belang van het procesverloop als garantie om toegankelijkheid op een kwaliteitsvolle manier te realiseren en vooral te integreren in een gebouw. Naast belangrijke ankerpunten in het proces stoelt toegankelijkheid ontwerpmatig op het toepassen en het garanderen van een aantal kernthema's die als leidraad tijdens het ontwerp en de uitvoering gehanteerd kunnen worden.

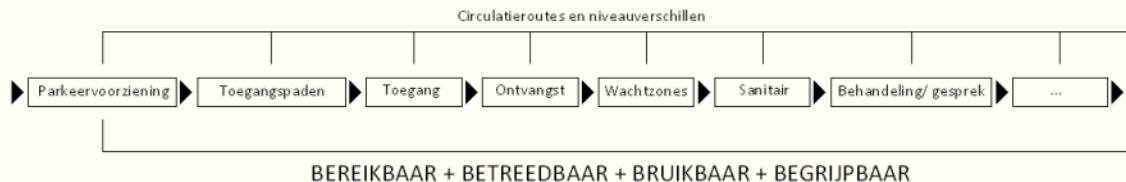
Universal Design als ontwerpstrategie inzetten is de basis. De zeven principes van Universal Design helpen ons om een concept, een gebouwontwerp of de uitvoering van een detail te toetsen aan de vooropgestelde kwaliteit.

Daarnaast zijn er nog drie kernthema's die aan de basis liggen van een goed toegankelijk gebouw:

- Respecteer de keten van toegankelijkheid.
- Gebruik ergonomische principes als referentie voor de maatvoering van voorwerpen en ruimten.
- Maak goede en bewuste keuzes bij het sluiten van compromissen.

3.2.1 Keten van toegankelijkheid respecteren

Een keten is zo sterk als zijn zwakste schakel. Elk onderdeel van een gebouw, zowel structurele elementen als afwerkings-elementen, vormt een schakel in een groter geheel. De keten van toegankelijkheid waakt erover dat elke route die gebruikers moeten afleggen, elk gebouwonderdeel dat je passeert, elke activiteit die je wenst uit te voeren in de gebouwde omgeving of in en rond het gebouw of elk voorwerp dat je gebruik voor iedereen bereikbaar, betreedbaar en bruikbaar is zonder belemmeringen.



Als één van de 'schakels' in een gebouw of omgeving niet toegankelijk is, wordt de keten van toegankelijkheid doorbroken. In de praktijk kan dat betekenen dat het gebruik van het gebouw voor bepaalde personen onmogelijk is!

Bereikbaarheid, betreedbaarheid, bruikbaarheid en begrijpbaarheid

Het gebruik van een omgeving of gebouw begint met een goede bereikbaarheid. Het gaat hier ondermeer om de ligging, de nabijheid van openbaar vervoer en diensten, de toegankelijkheid van het publiek domein zoals de oversteekplaatsen, de stoep, parkeerplaatsen, de aanwezigheid van een voorrijdmogelijkheid...

Voor we kunnen deelnemen aan de activiteiten of gebruik kunnen maken van de dienstverlening, moeten we een gebouw kunnen betreden. Dit betekent onder meer dat de toegang, de interne circulatie, deuren en doorgangen... drempel- en obstakelloos zijn. Betreedbaarheid is een belangrijke onwetmatige peiler. Knelpunten die dit bemoeilijken kunnen vaak niet of moeilijk worden opgelost eens in uitvoering of na oplevering.

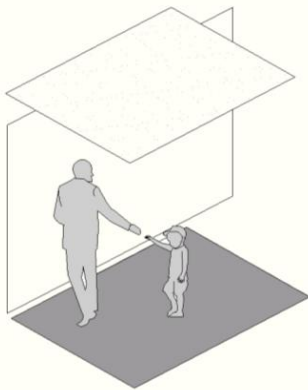
Enmaal in het gebouw of een specifieke ruimte aangekomen, moeten we ook vlot en veilig gebruik kunnen maken van de dienstverlening. Het gaat hier om meer dan maatvoering van deuren of gangen. De aanwezige voorzieningen zoals een balie of een ontvangstmeubel, de afwerking en de aankleding van de ruimten en de bruikbaarheid van toestellen of vast meubilair zijn hiervoor van belang.

Ten slotte is ook het begrijpen aan de orde. De leesbaarheid van een ruimte en de logica van het gebouw zorgen ervoor dat bezoekers op een vanzelfsprekende wijze geleid worden. Informatiebronnen zoals een duidelijke signalisatie zijn een extra steun om de weg te vinden. Het spreekt vanzelf dat ook als we gebruik maken van informatietechnologie, elektronische toepassingen en apparaten, deze ook leesbaar en eenvoudig bruikbaar moeten zijn voor mensen die niet of minder vertrouwd zijn met deze systemen of een visuele, auditieve of andere beperking hebben.

Bovenstaande elementen tonen aan dat de keten vervat zit in verschillende grote en kleine onderdelen van een gebouw. Het is daarom van het grootste belang dat bij de afweging van de keuzes die gemaakt worden in een ontwerp- en bouwproces het garanderen van de keten voorop staat en op regelmatige momenten concreet afgetoetst wordt.

3.2.2 Ergonomie als referentie voor de maatvoering van voorwerpen en ruimten

Het comfort waarmee we door een gebouw heen lopen, handelingen kunnen uitvoeren of contacten kunnen leggen zal niet alleen afhankelijk zijn van het aanbod van de dienstverlening (sociaal, economisch, communicatief, kwaliteit van de dienstverlening...) maar ook van de vormgeving van de ruimten waarin dit kan gebeuren.



In elke ruimte moet de puzzel 'ruimte' en het 'gebruik door mensen' die erin handelen, kloppen. Het ontwerp hangt inherent samen met de diensten, activiteiten of handelingen die we erin moeten kunnen uitvoeren. Dit begint al vanaf de eerste lijn die gezet wordt.

Ergonomie is de studie van de mens in relatie tot zijn omgeving en anderen. Het is voornamelijk bekend in arbeidssituaties, voor de veiligheid en de gezondheid van werknemers, maar zit vervat in elk aspect van ons dagelijks leven. Lopen, zitten, liggen, praten, kijken... er is geen seconde dat we geen handeling als dusdanig uitvoeren.

De menselijke maat, de verhoudingen van het menselijk lichaam en de fysieke en cognitieve mogelijkheden die we hebben zal voor heel wat elementen een referentie vormen (inclusief hulp of het gebruik van hulpmiddelen).

Ontwerpen met oog voor toegankelijkheid is dan ook altijd ontwerpen met oog voor het menselijk handelen zodat we niet inboeten op ergonomie.

Veel voorkomende (persoonsgebonden) handelingen

Omdat het geheel van gebouwonderdelen zoals wanden, vloeren, vaste objecten... ruimtelijk grenzen opwerpen, moeten deze afgestemd worden op realistische gebruikscriteria. Tijdens de ontwerpfase komen de noodzakelijke 'functionele eisen' die bezoekers, cliënten en/ of patiënten van een specifieke ruimte of gebouw de mogelijkheid geven om ruimten, maar ook objecten, goed te kunnen gebruiken nog te weinig naar voor.

Het belang van sanitaire ruimten is meestal duidelijk. Voor het gebruik van trappen, gangen, manoeuvreerruimten in functieruimten... worden deze functionele eisen sneller over het hoofd gezien. Hierdoor ontstaat al vanaf de start een te beperkt gedimensioneerde plan, met als gevolg een beperkte inzetbaarheid en flexibiliteit van de ruimten nadien.

Een ideale ruimte is afgestemd op ieders mogelijkheden. Omdat dit in de praktijk weinig haalbaar is, werken we met gemiddelden. Principes van toegankelijkheid zorgen ervoor dat dit gemiddelde uitgangspunt vertrekt vanuit een realistischer beeld van de diversiteit aan mensen en niet vanuit de 'actieve, ideale' mens. Het zorgt er dus voor dat een gebouw of een ruimte meer ontworpen is voor iedereen of 'Universal Designed'.

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

[Basishandelingen van een persoon \(zonder beperking\) >>](#)

[Gebruik van een loophulpmiddel >>](#)

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

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

Deze veel voorkomende handelingen zijn een referentie voor elke ruimte, ongeacht wat er in gebeurt, wie er in verblijft. Ze vormen dan ook de basis voor de ruimte- of functiespecifieke toegankelijkheidsaanbevelingen die verder in deel 4 van deze inspiratiebundel opgenomen zijn.

Ruimte voor zorgverlening

In een ziekenhuiskamer staan ergonomie en zorgverlening centraal. Een comfortabele 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 of patiënt is dit essentieel.

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 met een bepaalde ruimtelijke impact (zoals een rolstoel of een tillift) niet wegdenken. Van groot belang voor het gebruik ervan is de aanwezigheid van een 'toestel' en een zorgverlener, in sommige gevallen zelfs twee.

Zorgverlening en het gebruik van verplaatsingshulpmiddelen:

Het kunnen verlenen van zorg en daarbij horend de inzetbaarheid van hulpmiddelen, is altijd afhankelijk van een aantal functionele doelstellingen:

- een doel kunnen 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 gebruiksruimte nodig om de gewenste handelingen effectief te kunnen verrichten.

Vaak komen deze bovenstaande 'functionele eisen' tijdens een ontwerpproces niet of te weinig naar voor. In sanitaire ruimten worden ze sneller herkend. In leefruimten, kamers... zien we deze functionele eisen wat sneller over het hoofd. Een te beperkt gedimensioneerde ruimte, met als gevolg een beperkte inzetbaarheid in gebruik is het gevolg.

Zorgverlening en het gebruik van inrichtingselementen:

Voor de bepaling van de afmeting 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 altijd omgezet worden in een nodige vrije 'vloeroppervlakte'.

De ruimtelijke grenzen worden voor de duidelijkheid meestal schematisch, rechthoekig of onder de vorm van draairuimten weergegeven.

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

Belangrijke voorwaarden voor een degelijke ruimte voor het gebruik van tilliften, hulpmiddelen zijn:

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

Om wat meer inzicht te krijgen in het ruimtegebruik voor zorgverlening, zoomen we concreter in op volgende thema's:

[Ruimte voor zorgverlening, algemeen >>](#)

[Zorg of hulp verlenen >>](#)

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

[Gebruik van een plafondlift >>](#)

3.2.2.1 Basishandelingen van een persoon (zonder beperking)

Komen we naar het ziekenhuis voor het ondergaan van een medisch onderzoek of een behandeling dan zullen we in vele gevallen ons moeten bukken, ons uitkleden, op een tafel gaan zitten of liggen.

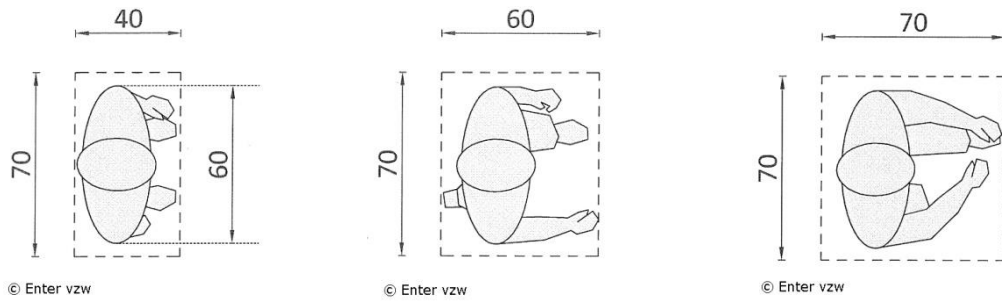
Om deze handelingen te kunnen uitvoeren moet we ook als persoon zonder beperking of die geen gebruik maakt van een loophulpmiddel voldoende ruimte krijgen om dit op een comfortabele wijze te kunnen doen. Zeker wanneer we gebruik maken van een toilet of een omkleedruimte waar slechts een beperkte ruimte ter beschikking staat. Een minimaal comfort van handelen moet echter altijd gegarandeerd zijn.

Basisruimte voor stilstaan en bewegen

Bij het uitvoeren van handelingen maken we met ons lichaam heel wat bewegingen. Niet iedereen stapt of beweegt op dezelfde manier en ook voor personen die zich onzeker bewegen of evenwichtsstoornissen hebben is een marge aangewezen.

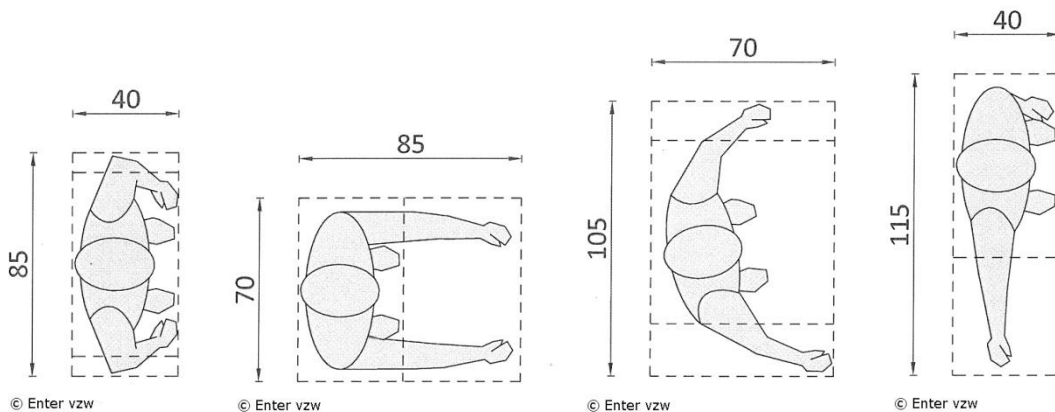
Om de ruimten goed vorm te geven moet er altijd uitgegaan worden van zowel de gebruiksruimte die we stilstaand nodig hebben als die we gebruiken tijdens het bewegen. Dit is nooit de netto ruimte die we met ons lichaam innemen. Daarom moeten we rekening houden met gebruiksmarges.

Stilstaan, wandelen en bukken:



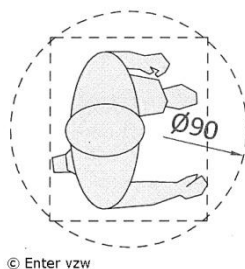
De voornaamste handelingen die we vanuit volledig staande positie uitvoeren zijn vergelijkbaar met het aan- en uittrekken van een broek, het oprapen van een papiertje op de grond, het aan- en uittrekken van een jas, T-shirt of trui.

Ter plaatse bewegen met de armen:



Doen we een jas aan of uit, dan hebben we een ruimte nodig die op romphoogte voldoende breed is. Deze zone kan overlappen met bijvoorbeeld de aanwezigheid van een zitelement.

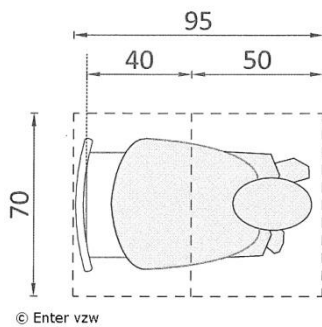
Hebben we spullen bij (een tas, papieren ...), willen we een jas uitdoen en ophangen of willen we plaatsnemen op een stoel, dan maken we niet alleen ter plaatse bewegingen met armen en benen maar zullen we ook rond onze as draaien. We nemen hiervoor gemiddeld een zone van 90 x 90 cm in. Deze zone laat ons toe om in alle richtingen basishandelingen uit te voeren.



Gebruiksruimte vanuit zittende positie

De voornaamste handelingen die we vanuit zittende positie uitvoeren zijn vergelijkbaar met het aan- en uitdoen van schoenen, het opnemen van een tas die naast onze stoel geplaatst is, ... Hiervoor

zullen we voorwaarts en naar beneden grijpen en bukken. Om deze handeling te kunnen uitvoeren zullen de voeten meer naar voor komen en zal onze romp voorwaarts verplaatsen. Ter hoogte van een zitelement is hiervoor een voorliggende vrije zone van min. 50 cm noodzakelijk.



3.2.2.2 Gebruik van een loophulpmiddel

Een groot deel van de bezoekers van een ziekenhuis beschikt voor korte of lange tijd over een beperkte mobiliteit. Om de persoon gedurende deze periode te ondersteunen kan gebruik gemaakt worden van een loophulpmiddel. Onder een loophulpmiddel verstaan we een niet aan het lichaam bevestigde voorziening waarop de persoon is aangewezen om te kunnen staan of stappen.

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

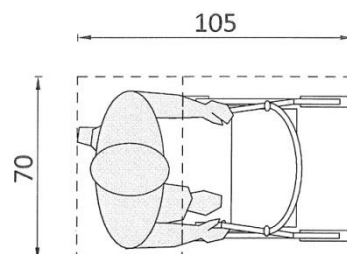
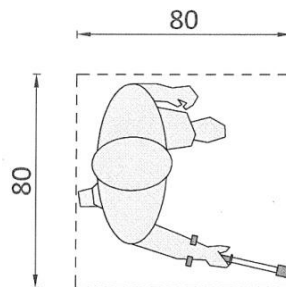
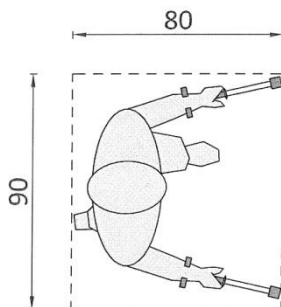
Gebruik van een loophulpmiddel

Omwille van de meer complexe handelingen die we moeten uitvoeren met een hulpmiddel, is extra manoeuvreerruimte van belang. Van de bestaande loophulpmiddelen vraagt 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 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 voorzien zijn.

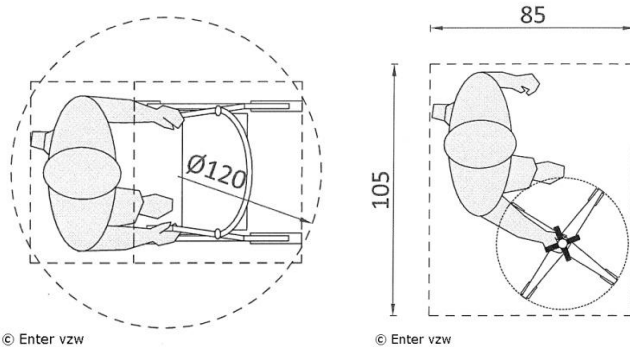
Zich lopend verplaatsen met een stok of driepoot:

- strook min. 80 cm breed;
- maken van een 180° bocht: draaicirkel met \varnothing min. 110 cm (uitgaande van onzekere bewegingen).

Zich lopend verplaatsen met een looprek of rollator:

- een strook min. 70 cm breed;
- maken van een 180° bocht: draaicirkel met \varnothing min. 125 cm (uitgaande van onzekere bewegingen).

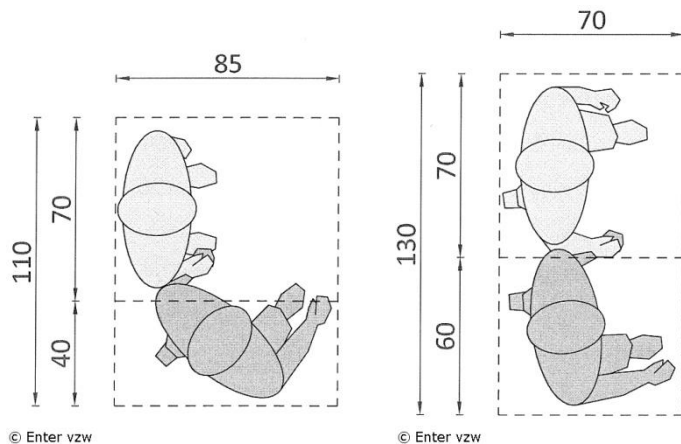
Zich lopend verplaatsen met een infuusstandaard:
gebruiksruimte min. 105 cm (B) x 85 cm (D).



Zich verplaatsen met ondersteuning van één of twee hulpverleners

In sommige gevallen is er bij het lopen ondersteuning van één of twee hulpverleners vereist. Als hulpverlener manuele ondersteuning bieden door in te haken aan één zijde kan zowel schuin als naast de persoon:

- korte verplaatsing: gebruiksruimte min. 110 cm (B) x 85 cm (D)
- verplaatsing over langere afstand: gebruiksruimte min. 130 cm (B) x 70 cm (D).



3.2.2.3 Gebruik van een (manuele) rolstoel

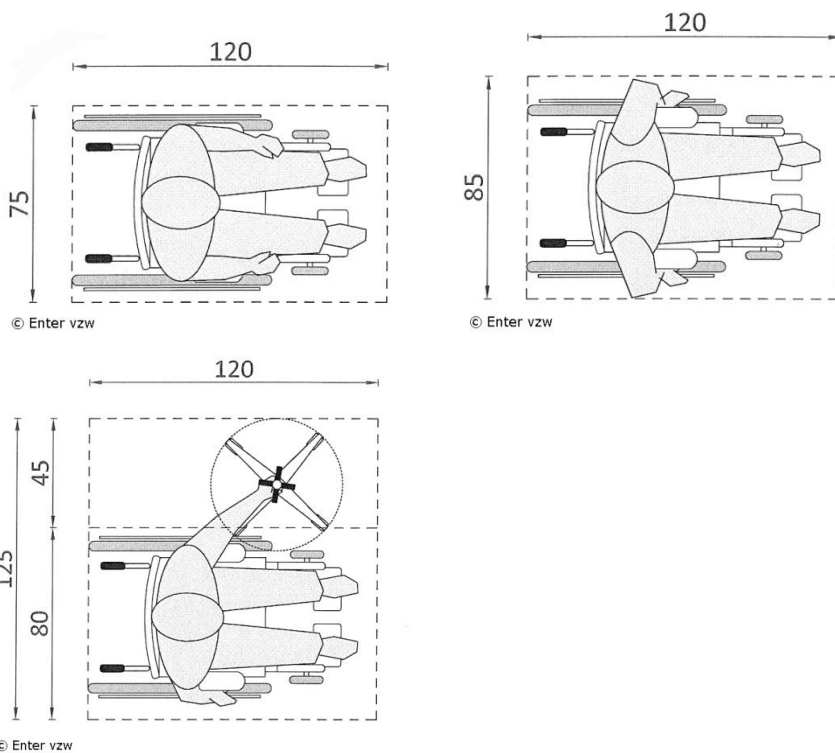
Naast loophulpmiddelen maakt een groot deel van de ziekenhuisbezoekers of patiënten (tijdelijk) gebruik van een rolstoel. Sommigen kunnen zich nog zelfstandig verplaatsing, anderen moeten geholpen worden door anderen.

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. Bij een elektrische rolstoel verloopt dit via een joystick.

Een rolstoelgebruiker zal stilstaand minder ruimte in de breedte innemen dan in beweging:

- stilstaand: gebruiksruimte min. 75 cm (B) x 120 cm (D)
- in beweging: gebruiksruimte min. 85 cm (B) x 120 cm (D)
- met een infuusstandaard: gebruiksruimte min. 125 cm (B) x 120 cm (D)



Een elektrische rolstoel neemt door de bedieningswijze minder breedte in beslag:

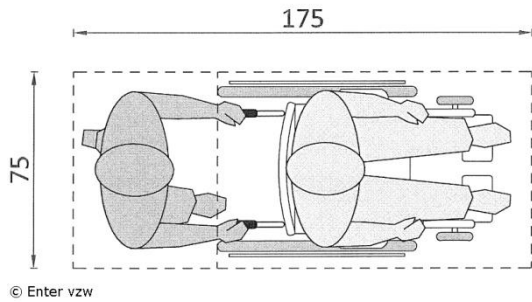
- gebruiksruimte min. 70 cm (B) x 130 cm (D)

Rolstoelgebruik met hulp

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

Een rolstoelgebruiker met hulp zal in de diepte meer plaats innemen:

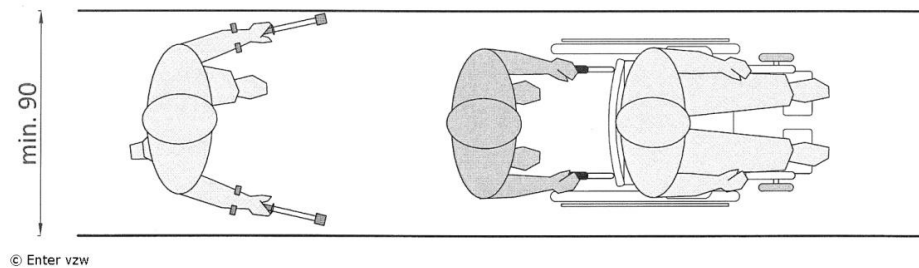
- gebruiksruimte min. 75 cm (B) x 175 cm (D)



Circuleren in de ruimte

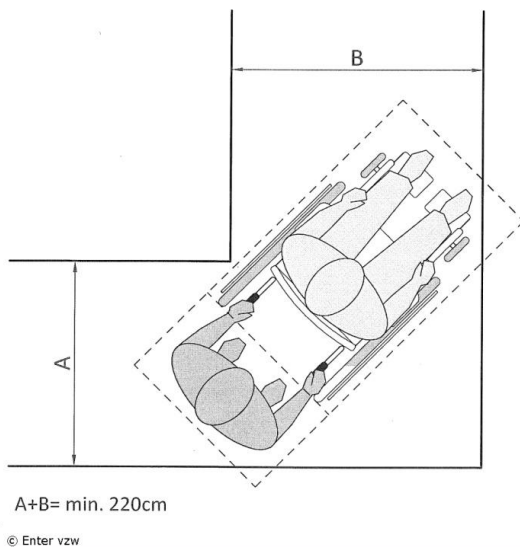
Om zich te kunnen verplaatsen moet, naast de effectieve breedte van een rolstoel, voldoende ruimte in de breedte beschikbaar zijn. Net zoals voor een persoon zonder beperking, is het namelijk niet voor iedereen even evident om zich heel precies te bewegen. Er is altijd een bewegingsmarge nodig.

Om een rechtlijnige beweging te maken heeft men gemiddeld 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 breder moeten zijn dan bij een rechtlijnige beweging. Een algemene vuistregel voor het nemen van een rechte hoek (90°) is altijd dat:

- $A + B = \text{min. } 220 \text{ cm}$, waarbij A altijd min. 90 cm is

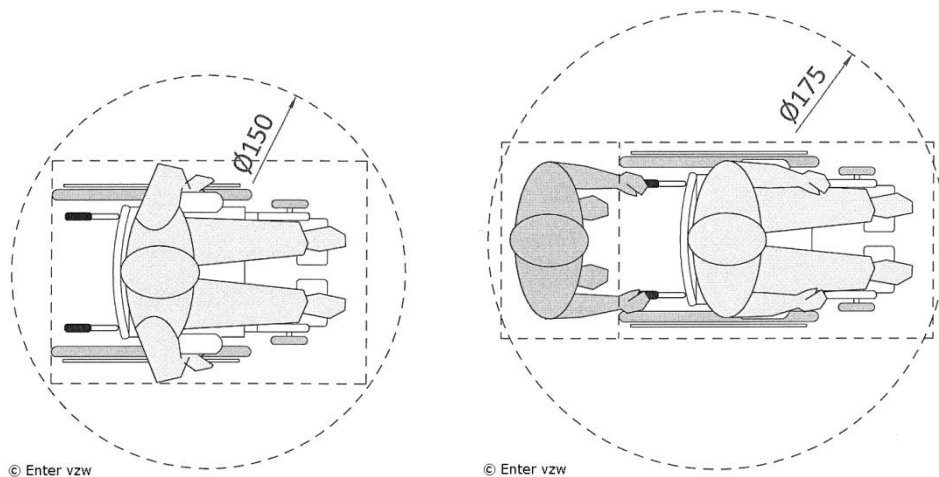


Manoeuvreren in de ruimte

Zowel om activiteiten of complexe handelingen uit te voeren als om van richting te veranderen zal men manoeuvreren in de ruimte. Om vanuit één punt van richting te veranderen moet een bepaalde vrije zone aanwezig zijn. Als hierbij hulp van anderen noodzakelijk is, dan zal dit een impact hebben op de afmeting van deze ruimte.

Aan de hand van draaicirkels wordt duidelijk gemaakt welke ruimte nodig is om als rolstoelgebruiker (al dan niet met hulp) handelingen te kunnen uitvoeren. Ook in situaties waarbij de hulpverlener tijdens het draaien aan de zijkant van de rolstoel gaat staan is de genoemde draaicirkel voldoende:

- Zelfstandige rolstoelgebruiker: draaicirkel met \varnothing min. 150 cm
- Rolstoelgebruiker met hulp: draaicirkel met \varnothing min. 175 cm



Simulatievoorbeelden:

[Zelfstandig een deur openen en sluiten \(rolstoelgebruiker\) >>](#)

[Zelfstandig een transfer uitvoeren \(rolstoelgebruiker\) >>](#)

Onderrijdbaarheid

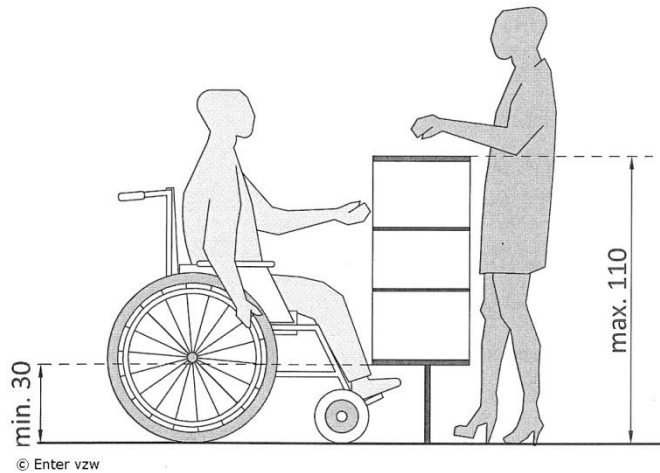
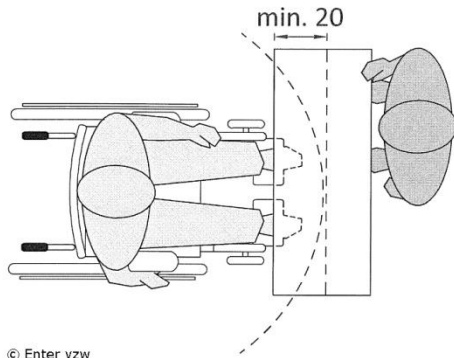
Terwijl men zich verplaatst tussen objecten of tijdens het circuleren zal men niet altijd de meest optimale vloeroppervlakte ter beschikking kunnen krijgen.

Omwille van de ruimtelijke beperking, zal een rolstoelgebruiker zich in deze situatie moeten verplaatsen aan de hand van steekbewegingen (korte voor en achterwaartse bewegingen). Dit vraagt heel wat coördinatie, energie en handeling. Daarnaast is niet iedereen in de mogelijkheid om deze bewegingen uit te voeren.

In sommige gevallen zal het onderrijdbaar zijn van bepaalde meubels of objecten een oplossing zijn. Onderrijdbaarheid van een object betekent dat het mogelijk is om als rolstoelgebruiker met de voetsteunen (beperkt) of met de onderbenen (volledig) onder een object te passeren of plaats te nemen.

Beperkt onderrijdbaar

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



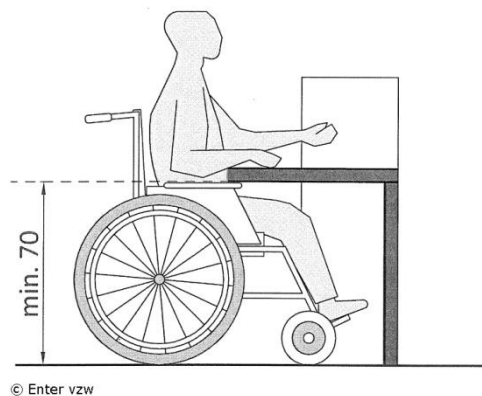
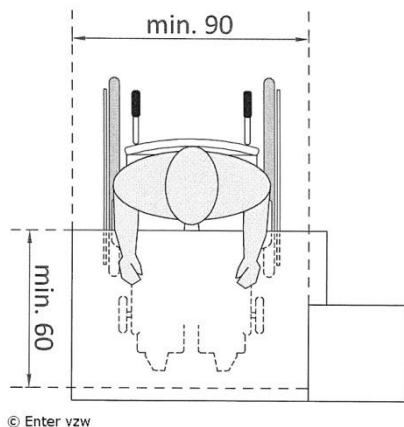
Voorbeelden van plaatsen waar een beperkte onderrijdbaarheid toegepast kan worden zijn: aan een toilet, aan een verdiepte kastplint of aan een automaat.

Onderrijdbaar

Volledige onderrijdbaarheid vereist een vrije ruimte met een diepte van 60 cm en een hoogte van 70 cm. Het zorgt ervoor dat een rolstoelgebruiker met de volledige voetsteunen en benen onder een object door kan.

De vormgeving van tafels is van groot belang om de volledige onderrijdbaarheid te kunnen garanderen. Er zijn een aantal elementen waar men rekening mee kan houden bij bijvoorbeeld de aankoop, namelijk:

- de manier waarop de poten uitgevoerd zijn (positie);
- de vrije hoogte onder de dwarsbalken die het tafelblad dragen;
- de dikte van het tafelblad zelf (max. 10 cm).



Voorbeelden van plaatsen waar een volledige onderrijdbaarheid toegepast kan worden zijn: aan een tafel, een onthaalbalie of een wastafel.

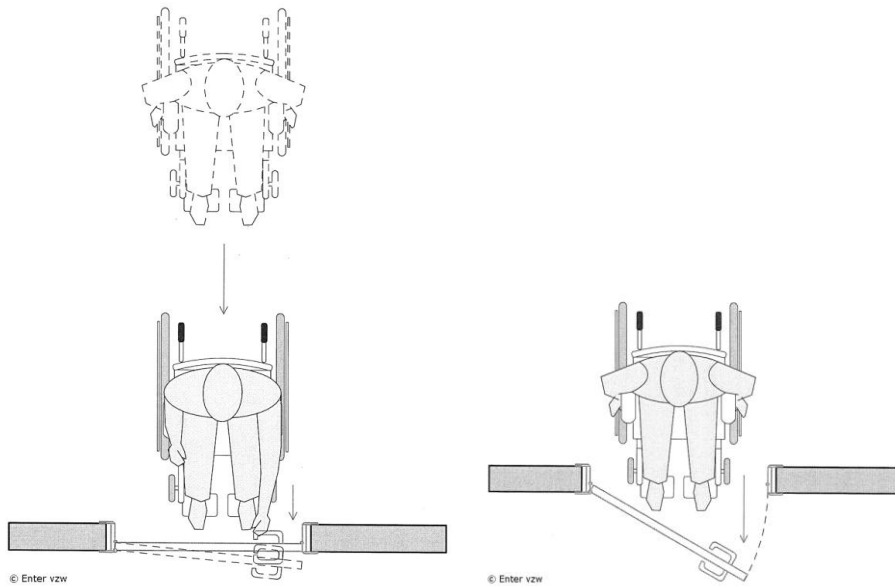
3.2.2.3.1 Zelfstandig een deur openen en sluiten (rolstoelgebruiker)

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

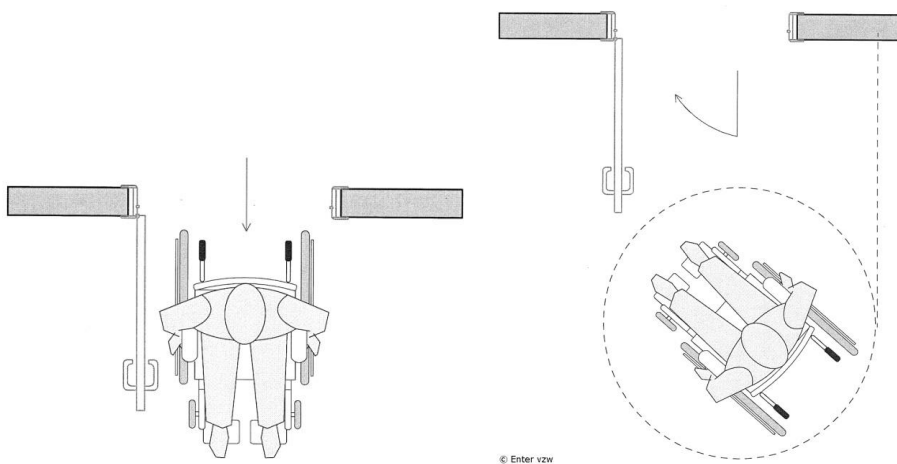
Een deur openen vanaf duwzijde

De rolstoelgebruiker

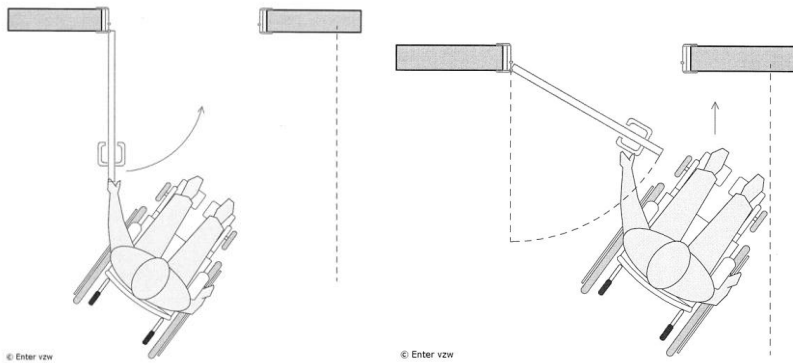
1. verplaatst zich naar de deur. Hij gebruikt de ruimte voor de deur om de deurkruk vast te nemen en de deur te openen (kan ook meer zijdelings zijn). Na het ontsluiten van de schieter kan de deur met een beperkte beweging van de rolstoel verder opgeduwd worden.



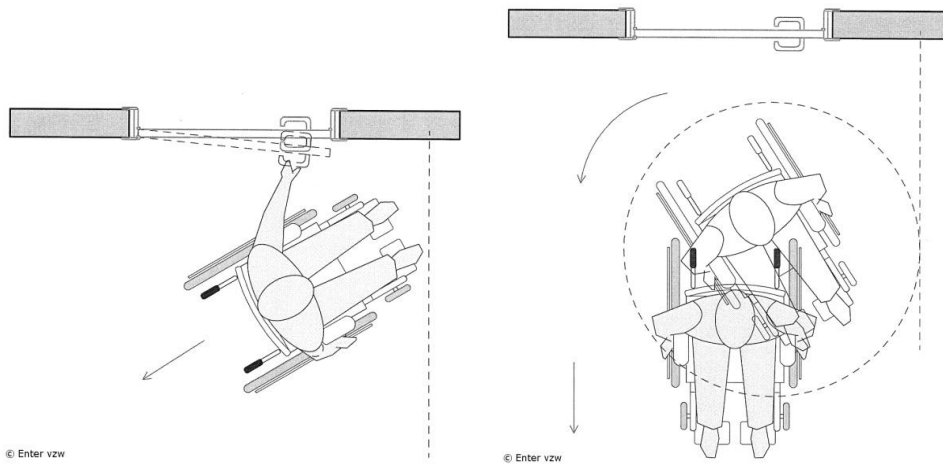
2. Hij passeert de deur. In de aangrenzende ruimte draait hij de rolstoel terug in de richting van de deur door gebruik te maken van de manoeuvreerruimte. Een draaicirkel van 150 cm doorsnede biedt voldoende ruimte hiervoor.



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.



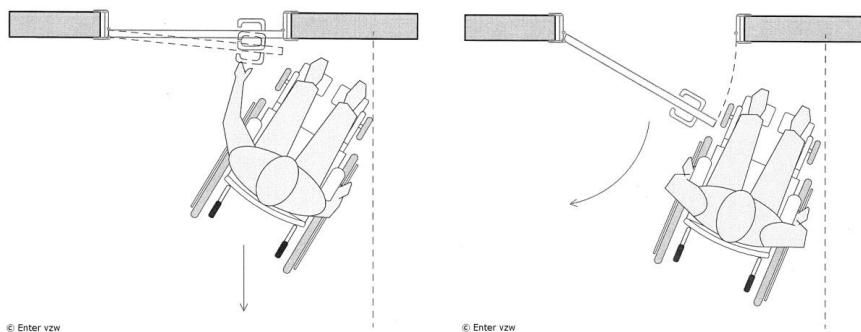
4. Met de deurklink in de hand duwt hij de deur verder toe en sluit de deur door zijdelings plaats te nemen. Na het sluiten van de deur moet hij opnieuw manoeuvreren om verder te gaan. Ook hier doet hij beroep op de aanwezigheid van een draaicirkel van 150 cm doorsnede.



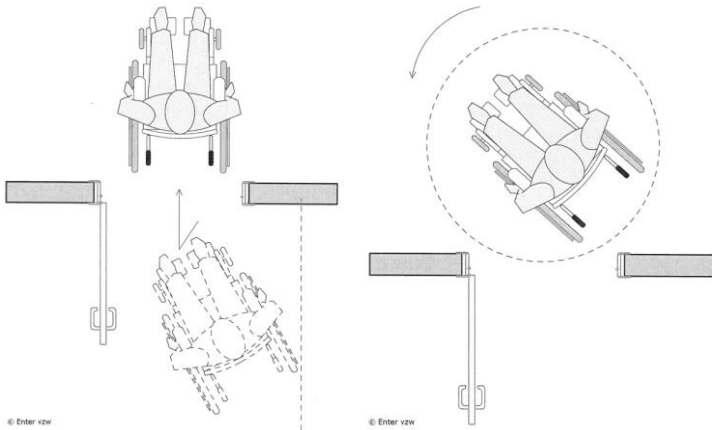
Een deur openen vanaf trekzijde (meest cruciale zijde van de deur)

De rolstoelgebruiker

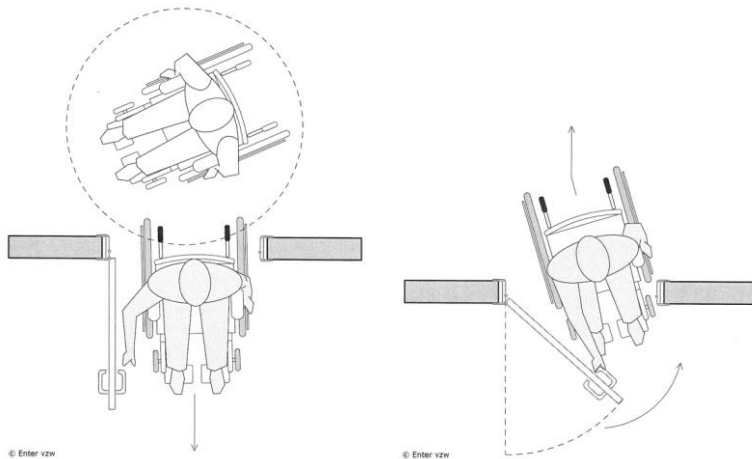
1. verplaatst zich naar de deur. Hij gebruikt de zijdelingse opstelruimte om de rolstoel naast de deur te plaatsen en de deurkruk vast te nemen. De deur kan met een beperkte beweging naast de rolstoel opengetrokken worden.



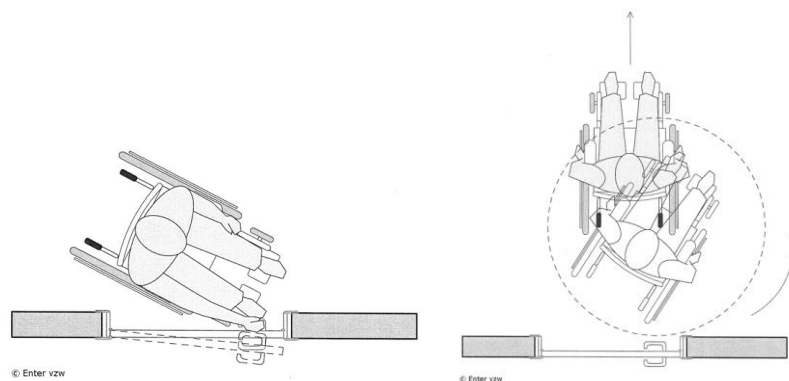
- Hij passeert de deur. In de aangrenzende ruimte draait hij de rolstoel terug in de richting van de deur door gebruik te maken van de manoeuvreerruimte. Een draaicirkel van 150 cm doorsnede biedt voldoende ruimte hiervoor.



- 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.



- 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.

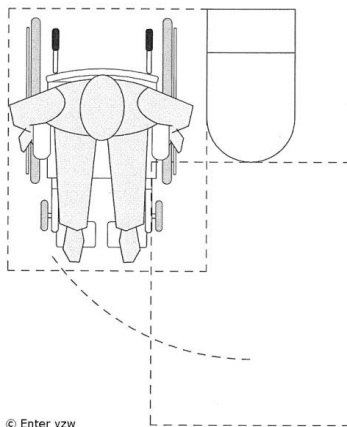


3.2.2.3.2 Zelfstandig een transfer uitvoeren (rolstoelgebruiker)

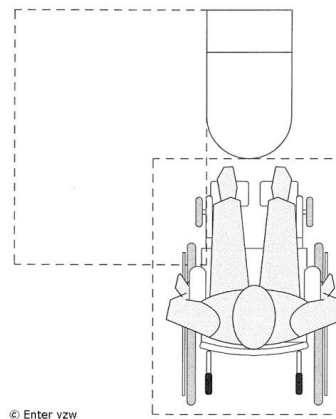
Wie gebruik maakt van een rolstoel, maar zichzelf nog zelfstandig kan voorbewegen, zal meestal ook nog de mogelijkheid hebben om zelfstandig een transfer uit te voeren. Een transfer is de verplaatsing die men maakt van de rolstoel naar een bed, een stoel, een toiletpot ... en terug.

Een transfer kan gebeuren vanuit verschillende posities: voorwaarts/ schuin of zijwaarts ten opzichte van het object.

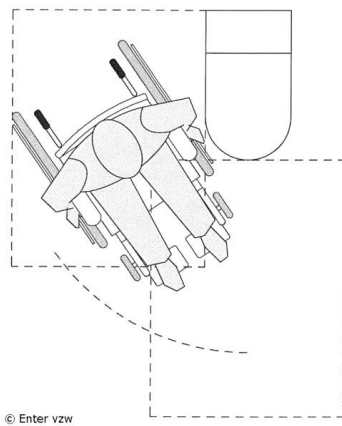
Transfer vanuit een zijdelingse positie



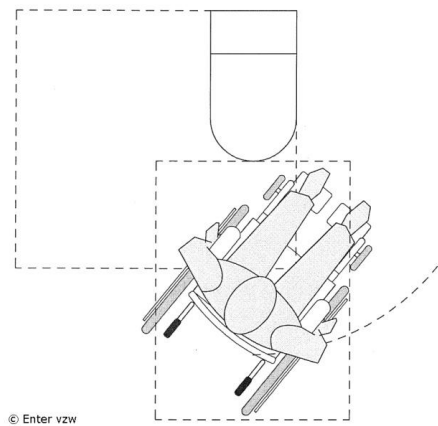
Transfer vanuit een voorwaartse positie



Transfer vanuit een positie schuin naast



Transfer vanuit een positie schuin voor



3.2.2.4 Gebruik van bedieningselementen en apparaten

Bedieningselementen en apparaten omvatten het geheel van details die we hanteren tijdens het gebruik van een gebouw of object zoals deurklinken, het bedienen van betaalautomaten, kaartlezers, inwerpleuven, gebruikstoestellen, schakelaars en stopcontacten, het gebruik van een deurbel, het openen en sluiten van een kast ...

Hoewel ze geen structurele bouwelementen zijn, ondersteunen ze altijd het gebruik van het gebouw en zijn ruimten of diensten. Daardoor hebben ze een grote invloed op de toegankelijkheid van een gebouw.

Gebruik maken van ...

Iets bedienen vraagt het uitvoeren van een handeling. De handfunctie staat hierin centraal. Een persoon moet met de arm kunnen reiken of grijpen naar het toestel en naar de knoppen.

Om dit voor iedereen vlot te laten verlopen gaan we uit van de bedieningshoogte en reikzone van de gemiddelde gebruiker. Deze is gebaseerd op zowel het gebruik vanuit zittende als vanuit staande positie, onafhankelijk van een persoon met een grote of kleine gestalte en met of zonder hulpmiddel.

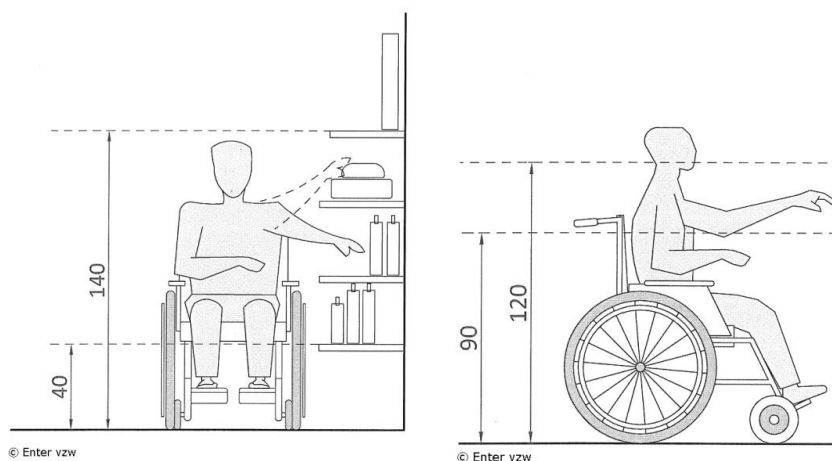
Het kunnen bedienen van een toestel, knop, gleuf, schakelaar of gebruik kunnen maken van een automaat ... is afhankelijk van de volgende zones:

- verticaal: de rijkhoogte
- horizontaal: de rijkdiepte en rijkwijdte

Gemiddelde reikhoogte (verticaal)

De zone waarbinnen we verticaal kunnen reiken is van belang voor het bedienen van heel wat objecten en meubels.

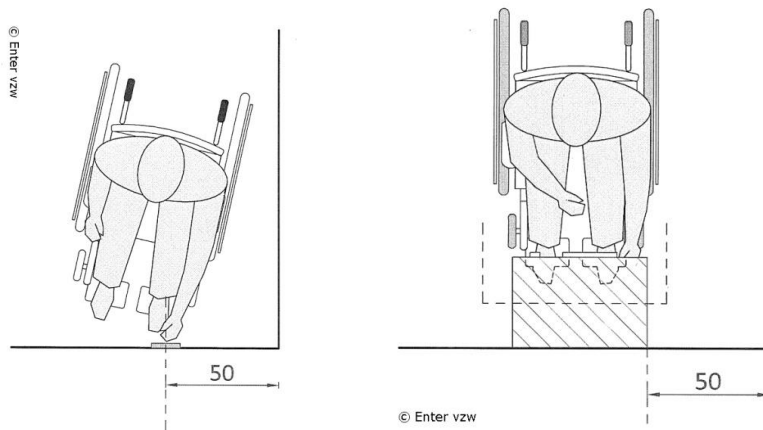
De gemiddelde zone die we kunnen bereiken in bijvoorbeeld een kast, schappen, een balie ... is gelegen tussen 40 en 140 cm ten opzichte van het vloerniveau.



De gemiddelde bedieningshoogte voor het bedienen van schakelaars en stopcontacten, gleuven, knoppen aan drankautomaten, een deurkruk ... is gelegen tussen 90 en 120 cm ten opzichte van het vloerniveau.

De vrije zone die voor de schakelaar, een toestel, een automaat ... aanwezig is, zorgt ervoor dat we ons goed kunnen positioneren met of zonder een hulpmiddel. De gemiddelde afstand die nodig is t.o.v. een hoek of een ander object om zich correct ter hoogte van een bedieningselement te kunnen plaatsen is min. 50 cm. Let wel, voor een scootmobiel is een zone van min. 100 cm noodzakelijk.

Voor het bedienen van knoppen, schakelaars, ... is dit de afstand gemeten vanaf de as van de knop. Voor het bedienen van toestellen is dit de afstand gemeten vanaf de rand van het toestel.

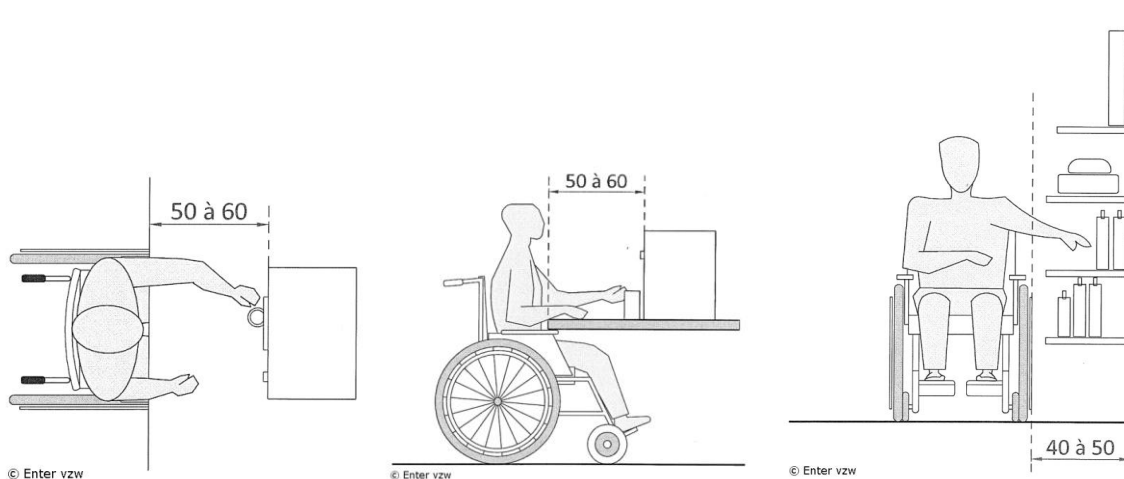


Gemiddelde reikdiepte en wijdte (horizontaal)

De zone waarbinnen we horizontaal kunnen reiken is van belang voor het gebruiken van bijvoorbeeld een brochurerek, de sloten van lockers, de hoogte van legplanken en schappen ...

De horizontale bereikbaarheid omvat zowel een voorwaartse als een zijdelings gelegen zone die van belang is zodat ook de elementen zoals een werkblad, een bedieningstoog in een cafetaria of inschrijving aan een loket kunnen gebruikt worden.

De gemiddelde reikdiepte is gelegen op maximaal 50 à 60 cm (vanaf de rand van een blad of toestel) op voorwaarde dat het blad of toestel onderrijdbaar is.



De gemiddelde reikwijdte (horizontaal zijdelings) is zeer afhankelijk van persoon tot persoon, een gemiddelde voor rolstoelgebruikers is een zone van maximaal 40 à 50 cm gemeten vanaf de rand van de rolstoel.

3.2.2.5 Gebruik van tafels en stoelen

Tafels en stoelen komen in heel wat ruimten van het ziekenhuis voor. Het algemeen gebruik ervan moet voor iedereen comfortabel zijn.

Het gebruik van deze tafels, stoelen en zetels is zowel zelfstandig als met hulp (of hulpmiddelen) van belang. Deze gebruikruimte bepaald mee de afmetingen en de vorm van een bepaalde (zone van een) ruimte.

Netto-bruto verhouding

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

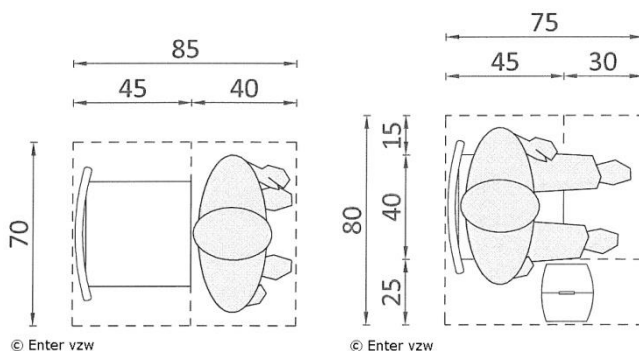
Bij het dimensioneren van een ruimte in functie van de inrichting en de circulatiemogelijkheden is het van belang dat we uitgegaan van meubilair zoals een tafel en stoel in gebruik.

Dit zal nog grotere implicaties hebben als er meerdere tafels en stoelen in dezelfde ruimte geplaatst worden. Ook de wijze waarop meubilair opgesteld is, is belangrijk om rekening mee te houden. Een lineaire opstelling van tafels zal bijvoorbeeld minder circulatieruimte vragen dan een opstelling van de individuele tafeltjes op zich (als eiland).

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 ook voor het gebruik van een tafel gebruik maken van hun eigen rolstoel.

Gebruiksruimte van een zitelement

Een zitelement zoals een stoel (stevig en duurzaam) heeft een gemiddelde afmeting van 45 à 50 cm (D) x 50 à 55 cm (B). Een zithoogte van 45 à 55 cm is voor de meeste gebruikers een goede hoogte. In gebruik nemen we als zittende persoon zowel zijdelings als vooraan ruimte in.



Stoelen worden niet rechteerks tegen de wand geplaatst zodat er altijd een marge aanwezig is om bijvoorbeeld toe te laten dat tijdens het plaatsnemen de stoel beperkt verschuift.

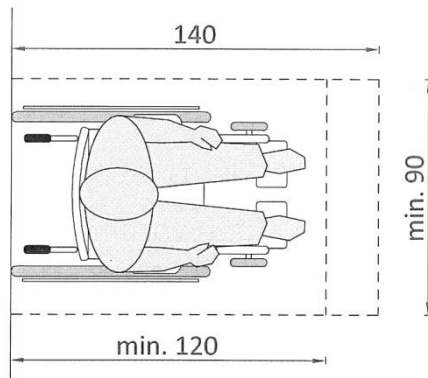
Hebben we spullen of tassen bij, dan plaatsen we deze graag naast ons in plaats van onder de stoel of aan de voeten daarom is extra ruimte in de breedte van belang. De zijdelingse armruimte zorgt er mee voor dat hier op vloerniveau ruimte voor is.

Voor het type meubilair waarbij een aantal stoelen vast aan elkaar verbonden zijn, is het belangrijk het gebruik te toetsen aan de nodige gebruikruimte zijdelings ten opzichte van het zitoppervlak.

Zitelementen waar men maar korte tijd gebruik van maakt zullen vaak van een ander type zijn dan wanneer men er langere tijd op zit. Het comfort van een stoel wordt verhoogd door armleuningen. De kleur van het meubilair contrasteert altijd met de omgeving zodat ze vlot herkenbaar zijn.

Vrije ruimte voor rolstoelgebruikers

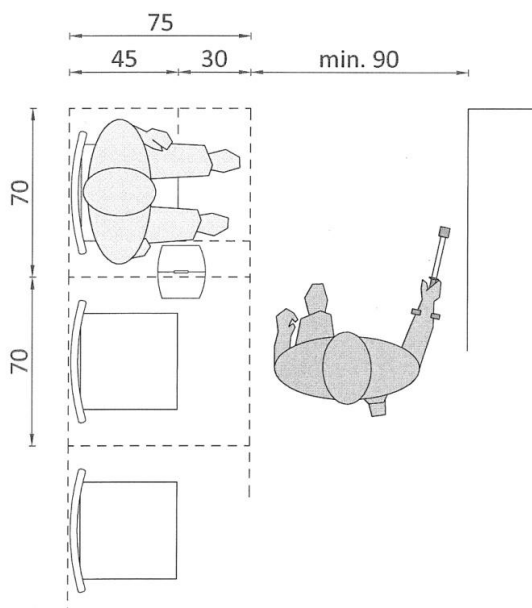
Ook een rolstoelgebruiker komt op plaatsen waar zitelementen gebruikt worden. De meeste personen in een rolstoel zullen geen gebruik maken van de voorziene zitelementen daarom het belangrijk om aan de tafel een vrije zone te voorzien. Zo kunnen ook rolstoelgebruikers op een eenvoudige manier plaatsnemen. Om goed bruikbaar te zijn is deze vrije zone min. 90 cm (B) x 120 cm (D), best 90 cm (B) x 140 cm (D) groot gezien manoeuvreren op een beperkte ruimte niet altijd even gemakkelijk is.



© Enter vzw

Circuleren tussen zitelementen

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 stoel te kunnen lopen, te kunnen rijden met een rolstoel (al dan niet met hulp), ergens tussen te kunnen passeren... Een minimale vrije breedte van 90 cm, beter 100 à 110 cm is noodzakelijk om comfortabel en zonder de anderen personen te storen.

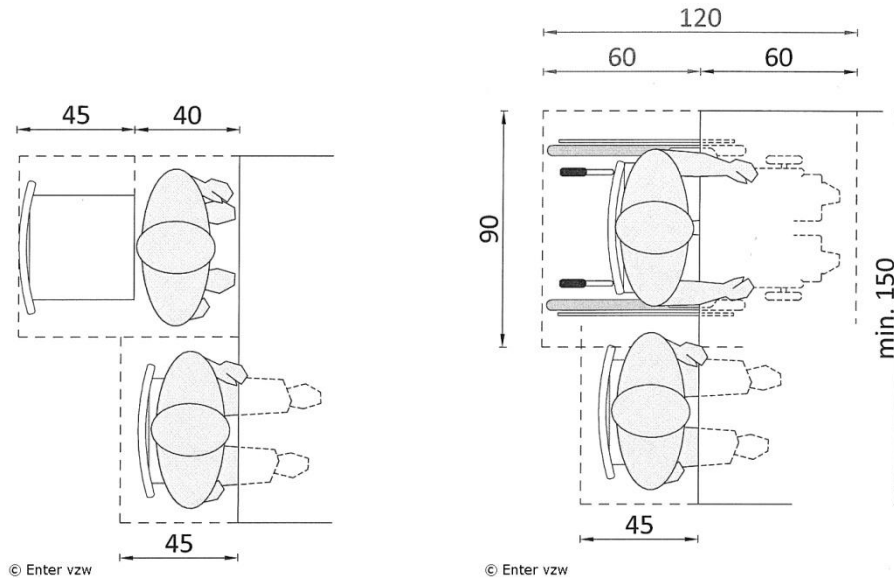


© Enter vzw

Gebruiksruimte van een tafel (met stoelen)

De afmetingen van stoelen en tafels kunnen sterk verschillen. Hier dient altijd rekening mee gehouden te worden om gebruiksruimten te bepalen.

Een persoon die aan een tafel zit neemt gemiddeld een ruimte van 70 cm (B) x 45 cm (D) in. Om recht te kunnen komen aan tafel is een extra diepte van 40 cm nodig. Om aan een tafel plaats te nemen moet er bovendien de mogelijkheid zijn om de stoel voldoende ver achteruit te plaatsen.

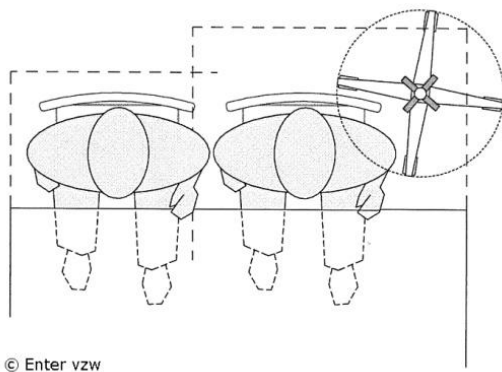


De onderrijdbaarheid van een meubel, zoals een tafel, laat toe om er ook als rolstoelgebruiker ongehinderd gebruik van te kunnen maken:

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

Om eventueel meerdere rolstoelgebruikers op een goede manier plaats te laten nemen aan een tafel (tegenover elkaar, naast elkaar) moet de tafel voldoende diep zijn (min. 120 cm).

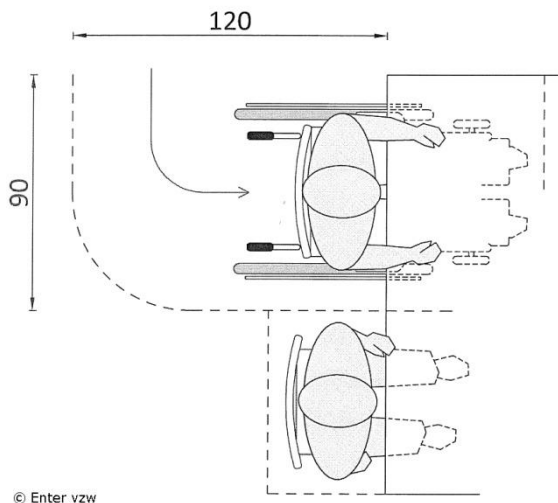
Ruimtelijk neemt een rolstoelgebruiker, wanneer hij plaats neemt aan tafel, in de breedte meer plaats in dan een persoon die op een stoel zit. Wanneer een persoon een infuusstandaard met zich meedraagt, of ruimte nodig heeft om een kruk of een rollator te plaatsen, zal dit ruimtelijk vergelijkbaar zijn met de afmeting die een rolstoelgebruiker in neemt.



Circuleren tussen tafels en stoelen

Om vlot tussen tafels te passeren is een breedte van min. 90 cm nodig. Moeten er bovendien haakse manoeuvres gemaakt worden dan zijn de verhoudingen van belang. Dit geldt niet alleen voor een rolstoelgebruiker, maar ook voor personen die een loophulpmiddel gebruiken.

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. Dit komt overeen met de ruimte die nodig is voor het maken van een bocht van 90°. Indien er naast de rolstoel een stoel opgesteld staat is deze diepte nodig vanaf de achterzijde van de stoel.



De circulatieruimte vormt meestal een knelpunt bij het gebruik van tafels die opgesteld zijn in reeksen of rijen. Hierbij gaat men er vaak van uit dat mensen langs de lange zijde van de tafels manoeuvreren en niet tussen de tafels door. Worden de tafels op verschillende momenten en gedurende een verschillende periode gebruikt, dan is het ruimtegebruik wisselend en kan je multifunctioneel ruimtegebruik moeilijk garanderen. Je weet namelijk nooit wie waar zal plaatsnemen en welke ruimte op welk moment noodzakelijk is.

3.2.2.6 Zorg of hulp verlenen

Naast de ruimte voor hulpmiddelen, moeten zorgverleners op een ergonomische en goede manier taken kunnen uitvoeren. Hiervoor hebben ze voldoende gebruiksruimte nodig om als persoon te kunnen manoeuvreren.

Ook als een ouder een kind helpt bij een aantal handelingen of een andere persoon assisteert, is een bepaalde minimumruimte nodig om te kunnen helpen.

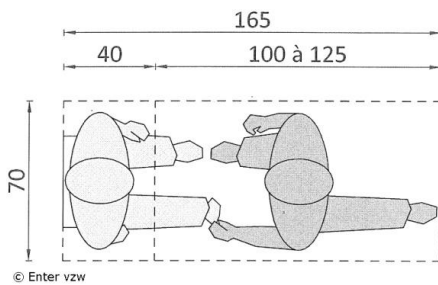
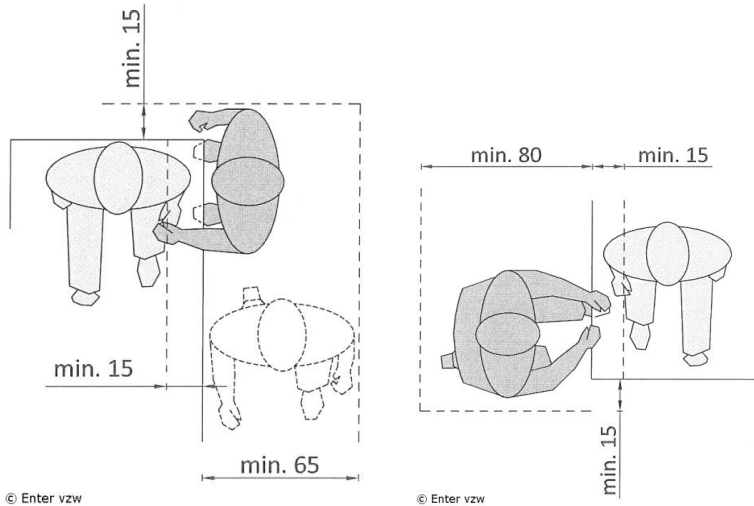
Gebruiksruimte zorgverlening

Om aan een zittende of liggende persoon zorg te kunnen verlenen is voldoende vrije ruimte nodig naast, voor of zijdelings t.o.v. de zorgvrager.

Om als zorgverlener handelingen te kunnen uitvoeren is de volgende ruimte nodig:

- Zijdelingse handelingen: vrije strook van min. 65 cm breedte naast het bed of de zetel;
- Zijdelings een verlengde strook van min. 10 cm aan het hoofd- en voeteneinde voor het bereiken van deze zones;

- Voor het uitvoeren van rechtop en voorovergebogen handelingen: een vrije strook van min. 80 cm breedte naast het bed of de zetel;
- Voorwaarts en bukkende handelingen: een vrije zone van min. 125 cm diepte en 80 cm breedte.



In de meeste gevallen is de netto ruimte die de zorgverlener nodig heeft om zich te verplaatsen voorbij de zorgvrager niet voldoende en is er bijkomend extra ruimte nodig voor het plaatsen van medische toestellen, verzorgkarren, ...

Onderstaanbaarheid

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

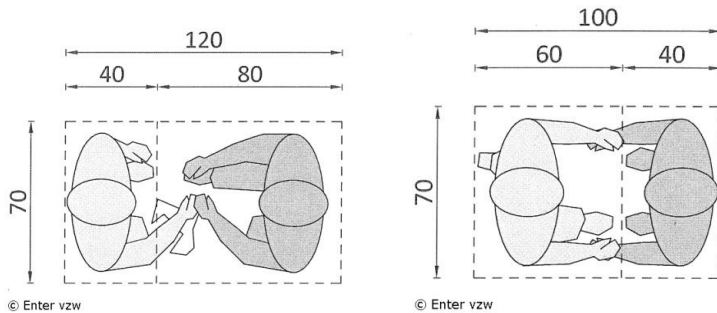
Om een goede werkhouding aan te kunnen nemen is het nodig dat de zorgverlener de voeten deels onder bijvoorbeeld het bed of de kast kan plaatsen. Dit vereist een vrije hoogte van minimum 15 cm (beter 20 cm) en een vrije diepte van 15 cm en dit bij voorkeur over de volledige lengte van het inrichtingselement.

Ook voor het gebruik van verplaatsingshulpmiddelen zoals tilliften is een goede onderrijdbaarheid van belang.

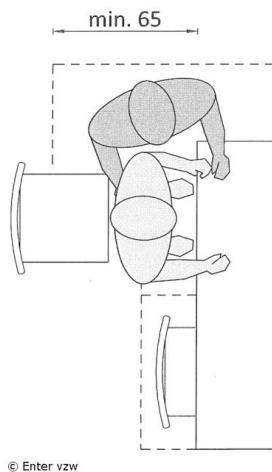
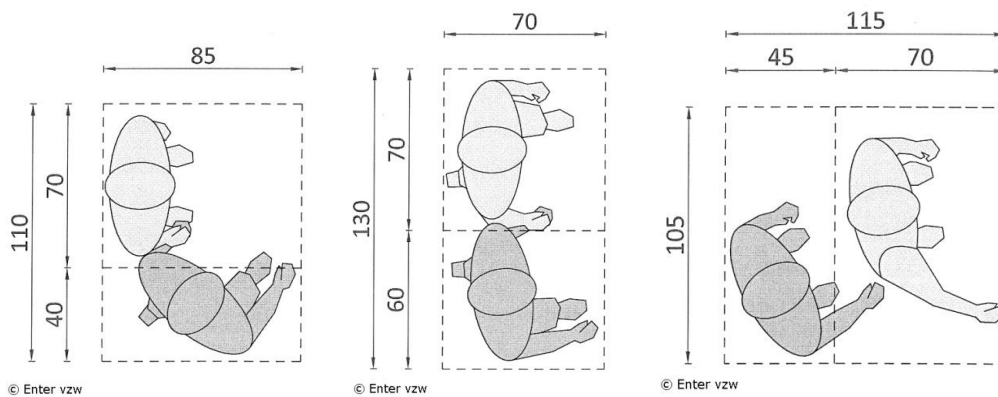
Gebruiksruimte bij het verlenen van hulp

Om een kind of een oudere persoon te helpen met een aantal basisactiviteiten zoals omkleden of een jas aandoen is voldoende ruimte nodig om als hulpverlener te kunnen handelen.

In de meeste gevallen is bij hulp aan de voorzijde van een persoon een extra zone van 80 cm nodig voor de hulpvrager. Als hulpverlener een persoon manuele ondersteuning bieden langs voor- of achterzijde vraagt een gebruiksruimte van min. 70 cm (B) x 100 cm (D).



Bij zijdelingse hulp of hulp achteraan een persoon, een extra zone van 40 à 65 cm.

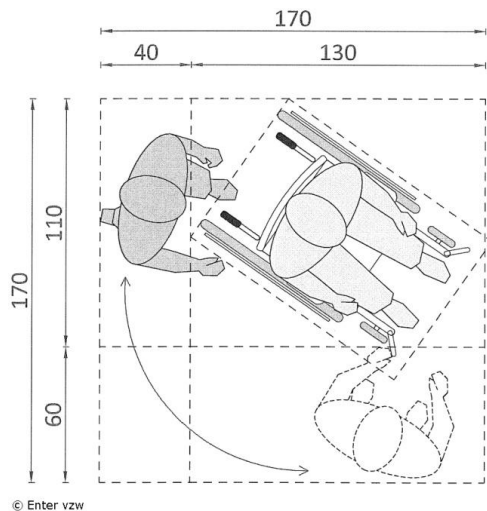


Een transfer uitvoeren met manuele ondersteuning

Een transfer van een zorgvrager kan bestaan uit zich verplaatsen, gaan staan, gaan zitten en/of liggen. Bij elke verzorgende activiteit vinden transfers in één of andere vorm plaats. Een transfer kan door een persoon zowel zelfstandig uitgevoerd worden als met hulp.

Bij een verplaatsing gaat de zorgvrager zelfstandig of met hulp van de ene naar de andere plaats (bijvoorbeeld van rolstoel naar bed). Bij het overzetten gaat de zorgvrager van de ene naar de andere houding of positie (bijvoorbeeld van zitten naar liggen).

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



Simulatievoorbeeld:

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

Waarom een manuele transfer?

Zolang een zorgvrager nog actief kan meehelpen bij het uitvoeren van een transfer is het aangewezen deze zelfstandigheid te ondersteunen en zal manuele hulp geboden worden door een zorgverlener. Redenen hiervoor zijn:

- een manuele tilhandeling neemt minder tijd in beslag omdat het gebruik van een hulpmiddel meer handelingen vereist;
- de actieve functies van een zorgvrager moeten zoveel mogelijk worden ondersteund;
- de zorgvrager is minder afhankelijk van anderen en hulpmiddelen.

Let wel, om zorgverleners te ontlasten, maar ook voor het comfort voor de zorgvragers is het belangrijk op het juiste moment over te schakelen naar het gebruik van een tillift.

3.2.2.6.1 Een transfer uitvoeren met manuele ondersteuning

Stel

Een persoon is rolstoelafhankelijk voor zijn verplaatsing.

Om transfers uit te voeren, bijvoorbeeld van een rolstoel naar een bed of terug, kan hij nog gebruik maken van een beperkte sta- en stapfunctie. Ondersteuning van een zorgverlener is echter noodzakelijk voor het maken van een verplaatsing.

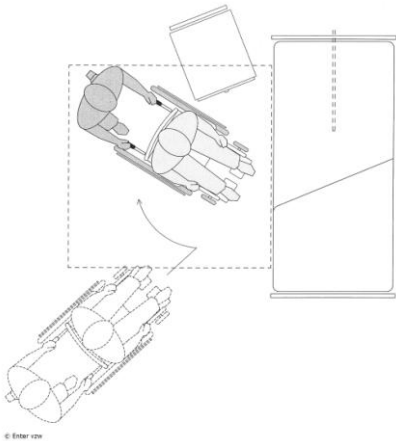
Om deze ondersteuning te kunnen geven moet de zorgverlener verschillende opeenvolgende handelingen uitvoeren. In volgend voorbeeld illustreren we deze handelingen.

Transfer van rolstoel naar bed

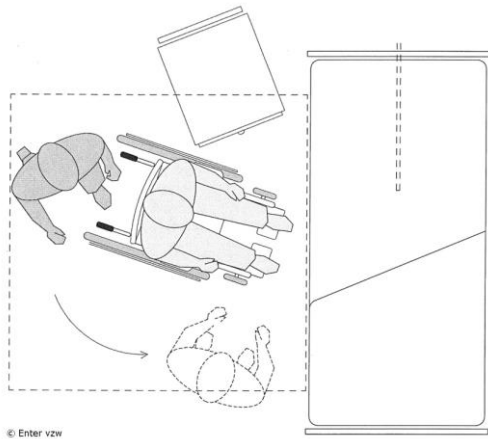
De zorgverlener:

1. verplaatst de zorgvrager in de rolstoel naar de kamer, de zorgverlener opent de deur en rijdt de kamer binnen;

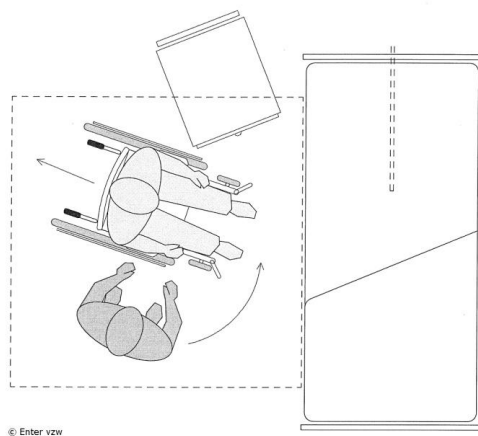
- rijdt met de rolstoel tot aan het bed en plaatst de rolstoel in een goede positie ter hoogte van het bed.



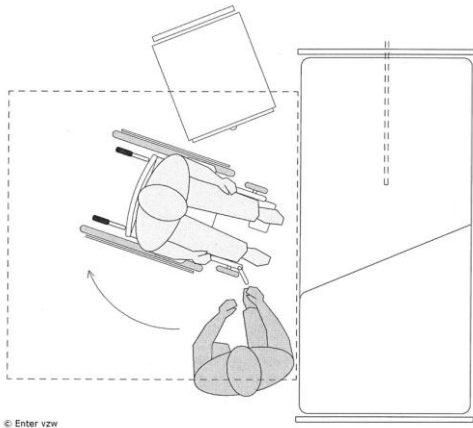
- komt achter de rolstoel uit om zich te positioneren tussen het bed en de rolstoel.



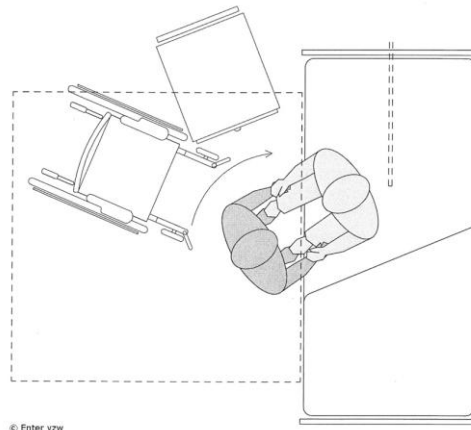
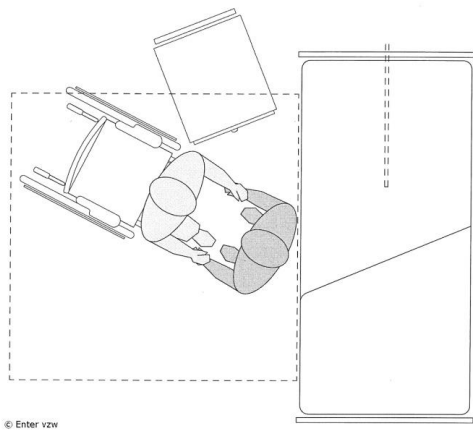
- verplaatst de rolstoel naar achter om zich te kunnen positioneren tussen het bed en de rolstoel.



- 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.



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 en maakt dan eend raaiende beweging.



3.2.2.7 Gebruik van een verrijdbare tillift

Wanneer een zorgvrager niet meer zelfstandig kan handelen, worden tilhulpmiddelen ingezet voor het maken van een transfer of verplaatsing. Een verrijdbare tillift wordt gebruikt om zorgvragers over te zetten van de ene naar de andere houding/ positie of te verplaatsen van de ene naar de andere plaats.

Verrijdbare tilliften kunnen zowel van het type actieve als passieve liften zijn. Deze vereisen geen technische installatie en hebben daarom ruimere gebruiksmogelijkheden (inzetbaarheid op meerdere plaatsen).

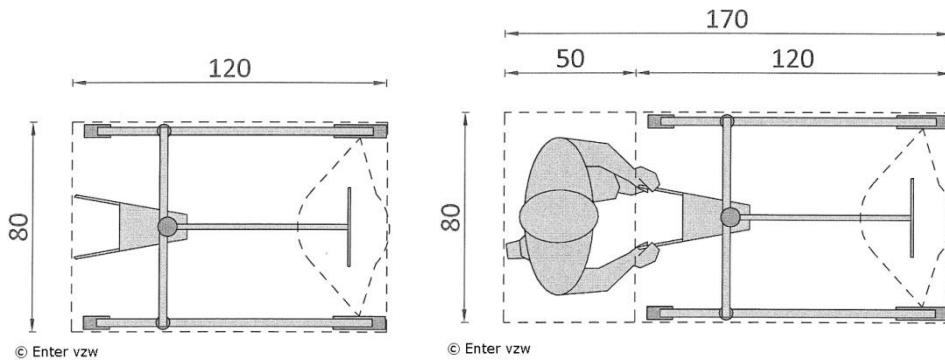
Het nadeel van deze tilhulpmiddelen is echter dat ze ruimtelijk een grote vrije vloeroppervlakte eisen in gebruik. Ook de afwerking van de vloer vormt een aandachtspunt omwille van de kleine wielletjes van de toestellen (opletten met voegen).

Ruimtegebruik tillift

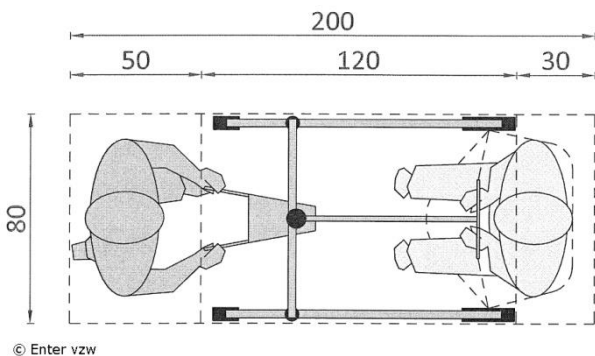
Een actieve tillift neemt ruimtelijk een zone van 75 cm (B) x 105 cm (D) in. Omdat de zorgvrager rechtstaand verplaatst wordt, moet er geen rekening gehouden worden met extra diepte voor het lichaam van de persoon.

Bij een passieve tillift is dit wel het geval en neemt het hulpmiddel in gebruik meer ruimte in beslag. Gemiddeld is dit een ruimtelijke zone van 80 cm (B) x 120 cm (D).

Een verrijdbare tillift kan je als zorgvrager nooit zelfstandig bedienen. Dit betekent dat we voor een tillift in gebruik ruimtelijk rekening moeten houden met extra ruimte voor een zorgverlener (achter of naast de tillift). Een passieve tillift in gebruik, met zorgvrager, neemt min. 80 cm (B) x 150 cm (D) in.



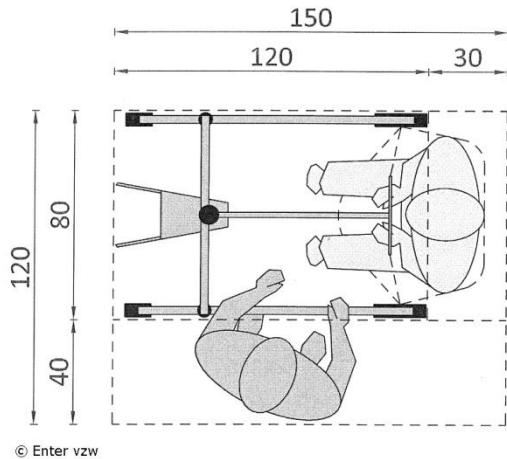
Wanneer de zorgvrager zich in de tillift bevindt, steekt hij deels buiten het hulpmiddel uit. Om meerdere posities mogelijk te maken is een gemiddelde extra zone van 30 cm noodzakelijk. Een passieve tillift in gebruik, met zorgverlener en zorgvrager, neemt een ruimte van min. 80 cm (B) x 200 cm (D) in.



Om handelingen uit te voeren, bijvoorbeeld om de zorgvrager te bevestigen, zal de zorgverlener naast of achter de tillift plaatsnemen. Om deze handelingen comfortabel te kunnen uitvoeren is volgende vloerruimte nodig:

- de lengte van de tillift vermeerderd met +/- 50 à 55 cm voor een zorgverlener aan de achter- of voorzijde;
- de breedte van het verplaatsingsmiddel vermeerderd met +/- 40 cm voor een zorgverlener aan één van de zijanten.

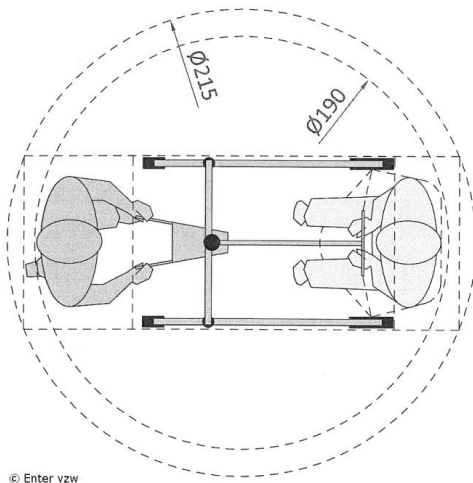
Voor een passieve tillift houdt dit een gebruikruimte van min. 150 cm (D) x 120 cm (B) in.



Circuleren en manoeuvreren in de ruimte

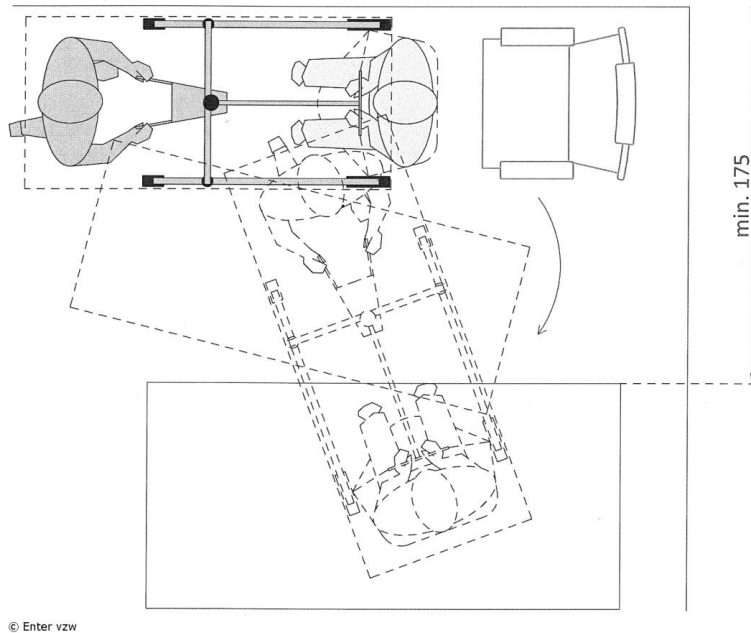
Om een verrijdbare tillift doorheen de ruimte te kunnen verplaatsen moeten we voldoende circulatieruimte voorzien. In (rechtlijnige) beweging zal een vrije breedte van min. 90 cm een referentie zijn, men zal namelijk nooit perfect recht kunnen manoeuvreren.

Vermits er bij het gebruik van een tillift naast een rechtlijnige beweging ook meer complexere handelingen vereist zijn, zoals het maken van bochten en hoeken is een *draaicirkel met \varnothing van 190 à 215 cm noodzakelijk*.



In de praktijk is deze ruimte, zeker in ziekenhuiskamers, nauwelijks realiseerbaar en zal er onvoldoende vrije vloeroppervlakte aanwezig zijn. Door in de plaats van draaibewegingen gebruik te maken van 'stekende' bewegingen (korte voor en achterwaartse verplaatsingen) wordt de nodige gebruiksruimte kleiner maar dit is ook zwaarder in uitvoering.

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.



Simulatievoorbeeld:

[Een transfer uitvoeren met een passieve tillift >>](#)

Onderrijdbaarheid en vrije hoogte

Om gebruik te kunnen maken van een verplaatsbare tillift, moeten inrichtingselementen of objecten onderrijdbaar zijn zodat de poten (met wielen) van de lift onder het element door kunnen rijden.

Het gaat hierbij voornamelijk over inrichtingselementen zoals een bed, een bad, de toiletpot ... 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 afhankelijk van het type tillift. Een algemene richtlijn is:

- min. 15 cm vrije hoogte onder een inrichtingselement;
- bij voorkeur over de volledige diepte en/of lengte.

Bij het gebruik van verrijdbare tilliften dient men altijd aandacht te hebben voor de beschikbare vrije hoogte ter hoogte van bijvoorbeeld lage doorgangen of deuren. Indien de tillift bij passage van de deurdoorgang lager geplaatst moet worden vraagt dit namelijk een extra handeling en bijgevolg verliest men zo ook tijd.

3.2.2.7.1 Een transfer uitvoeren met een passieve tillift

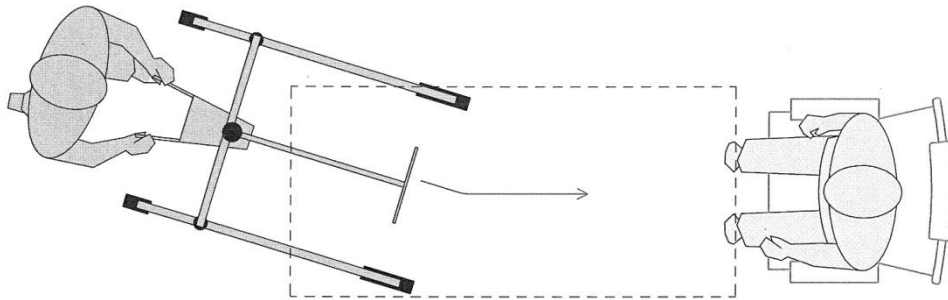
Stel: De persoon is rolstoelafhankelijk voor zijn of haar verplaatsing. Om transfers uit te voeren beschikt hij of zij over onvoldoende mogelijkheden om nog zelfstandig te kunnen handelen. Om een verplaatsing te kunnen maken is ondersteuning van een zorgverlener en een tilhulpmiddel noodzakelijk.

Om deze ondersteuning te kunnen geven moet de zorgverlener verschillende opeenvolgende handelingen uitvoeren. In volgend voorbeeld illustreren we deze handelingen.

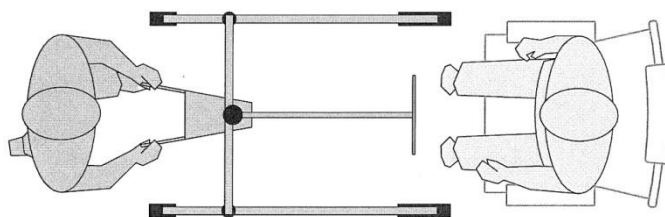
Transfer van zetel naar een andere positie

De zorgverlener:

1. rijdt de kamer binnen met de verrijdbare tillift, doet de deur toe en verplaatst de tillift naar de zetel;

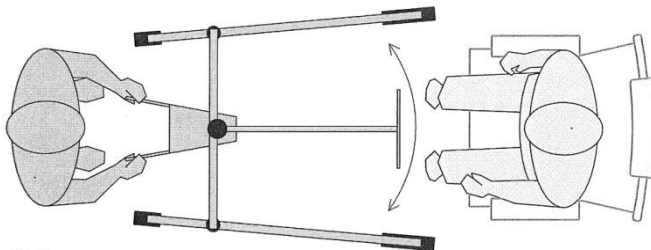


© Enter vzw

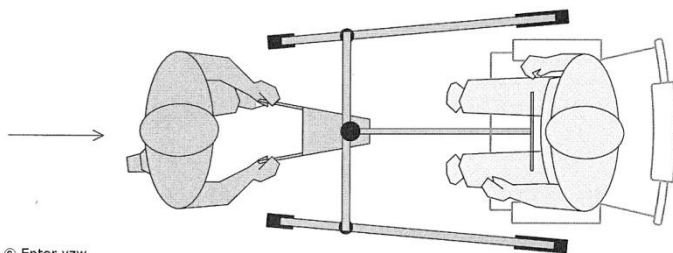


© Enter vzw

2. opent de poten van de tillift (dit kan manueel of elektrisch verlopen), en verplaatst zich tot aan de zetel;

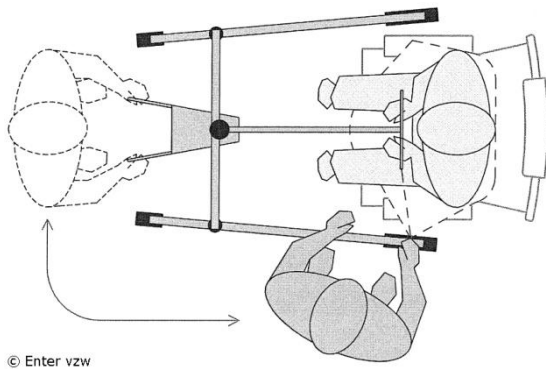


© Enter vzw

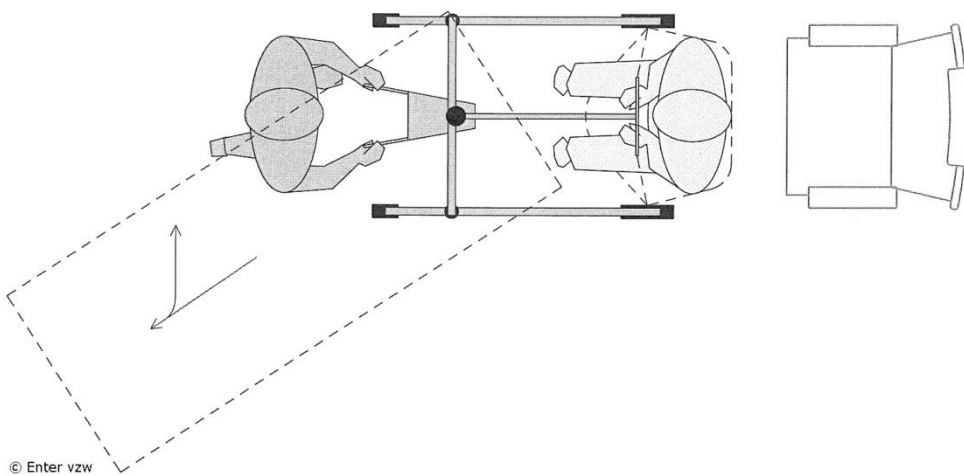


© Enter vzw

3. verplaatst zich naar de zorgvrager, positioneert zich, doet de tildoeek aan bij de zorgvrager en neemt terug plaats achter het tilhulpmiddel;



4. verplaatst zich met de zorgvrager naar een andere zone of element in de ruimte;



3.2.2.8 Gebruik van een plafondlift

Een passieve tillift 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.

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

Keuze van systeem

Afhankelijk van de plaats waar de lift voorzien is en van het gewenste gebruik kan een verschillend systeem van plafondlift gebruikt worden.

In functie van de afwerking van de ruimte stelt het systeem (zowel het enkelvoudig als het traverse systeem) voornamelijk eisen aan de uitvoering van de verlichtingsarmaturen. Deze moeten ingewerkt zijn in het plafond zodat ze geen knelpunt vormen bij het passeren van een rail.

Enkelvoudig systeem

Een enkelvoudig systeem bestaat uit één vaste rail in de ruimte. 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. De rail kan zowel rechtlijnige vormen als bochten maken.

Dit enkelvoudig systeem zal meestal voorzien worden in de ziekenhuiskamer.

Traverse systeem

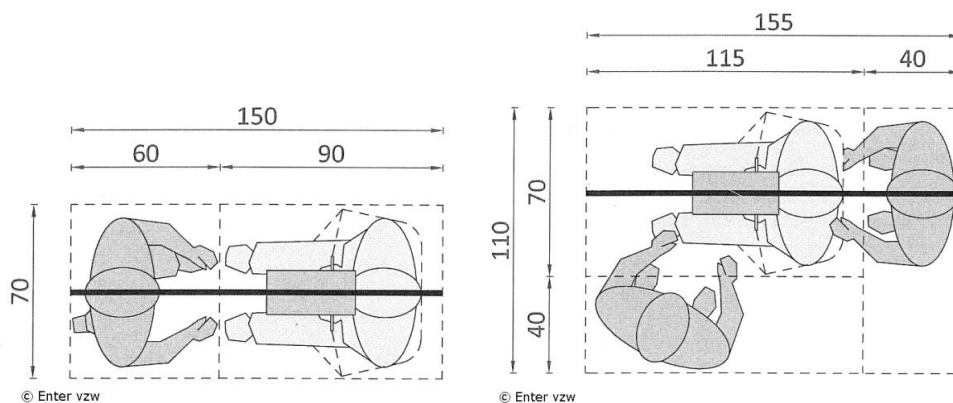
Een traverse systeem zorgt ervoor dat verplaatsingen gemaakt kunnen worden over een groter gebied. De vaste rails (meestal 2) zijn onder een H-vorm geplaatst. Daartussen kan men met een verplaatsbare rail de plaats waar de tilbeweging gemaakt moet worden kiezen. Omwille van de H-vorm is plaatsing enkel mogelijk in een rechthoekige ruimte of een rechthoekig deel van een ruimte. De vormgeving en de afmeting van de ruimte zullen dus altijd bepalend zijn voor de inzetbaarheid ervan.

Dit traverse systeem zal meestal voorzien worden in sanitaire ruimten.

Ruimtegebruik plafondlift

Een plafondlift inclusief zorgvrager en zorgverlener in gebruik neemt gemiddeld 70 cm (B) x 150 cm (D) in.

Circuleren en manoeuvreren met een plafondlift doorheen een ruimte vereist minder gebruiksruimte dan met een verrijdbare tillift. Om de zorgvrager, in een tillift, op een correcte manier te verplaatsen is er zijdelings of achteraan min. 40 cm extra ruimte nodig.



Simulatievoorbeeld: [Gebruik van een plafondlift >>](#)

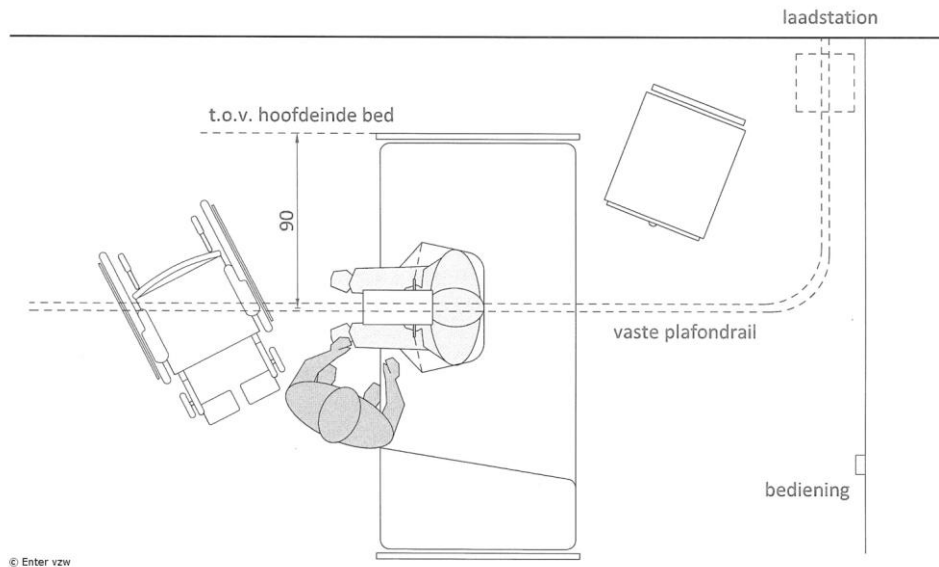
Ruimtelijke criteria voor de ruimte

Wordt een plafondlift gebruikt in een ziekenhuiskamer, dan is dit meestal onder de vorm van een enkelvoudig systeem (één rail).

Voor een goede hefpositie is de vaste rail standaard voorzien op 90 cm ten opzichte van het hoofdeinde van het ziekenhuisbed. De motor kan vrij op het plafond geplaatst worden of ingewerkt worden in een kast (aan hoofdeinde).

Let wel, de plaats van de rail moet altijd bekeken worden in functie van de effectieve positie van het bed en niet ten opzichte van de vaste wand.

De bediening van de plafondlift kan verschillende gebeuren. Er is echter altijd een bedieningselement (afstandsbediening) aanwezig dat een plaats moet krijgen op de kamer. De locatie hiervan kan zelf gekozen worden, maar moet goed bereikbaar zijn voor de zorgverlener. In de meeste gevallen wordt gekozen om de bediening van de plafondlift dicht bij de toegang tot de kamer te voorzien, zodat deze door de zorgverlener snel bereikbaar is bij het binnenkomen.



Voor- en nadelen van het gebruik van een plafondlift

Het gebruik van een plafondlift is in de meeste ziekenhuizen reeds aanwezig. Ook de keuze om elke ziekenhuiskamer te voorzien van een plafondlift is in opmars.

Het gebruik van een plafondlift in ziekenhuiskamers heeft vooral voordelen voor de zorgverlener. Het gebruik ervan sluit daarom nooit de nood aan verrijdbare tilliften uit.

Voordelen

- Over het algemeen is het gebruik van een plafondlift een sneller en gemakkelijker systeem in vergelijking met een verrijdbare tillift;
- De zorgverlener wordt ondersteunt in het handelen (niet zelf actief heffen en tillen);
- 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 vloeroppervlakte van de ruimte blijft vrij van toestellen, men kan zelfs verplaatsingen maken over objecten heen;
- De aanwezige inrichtingselementen of hulpmiddelen hoeven niet allemaal onderrijdbaar te zijn.
- Er is geen bergruimte vereist voor de opberging van het toestel (hangt aan het plafond). Hierdoor blijft de vrije breedte van de afdelingsgang vrij van toestellen.

Nadelen

- De plafondlift is enkel bruikbaar daar waar de rail aanwezig is (keuze systeem). Wanneer de rail niet over de volledige ruimte doorgetrokken is, blijven bepaalde zones van de ruimte 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 Ruimtelijke vertaling van toegankelijkheid

In directe relatie tot het gebruik van een 'ziekenhuisgebouw' zou je kunnen stellen dat elke ruimte waar een patiënt of bezoeker terecht kan komen publiek toegankelijk is en bijgevolg moet voldoen aan algemene criteria. Toch zijn er bepaalde grenzen te trekken waardoor gradaties in de aanbevelingen nodig zijn.

In dit vierde deel van de inspiratiebundel maken we een onderscheid tussen ruimten die gelegen zijn in de publieke en semipublieke zone en de eerder private zone van het gebouw. Het verschil tussen deze twee zones betreft voornamelijk de functie en het gebruik van de ruimten. Er is namelijk een groot verschil tussen bijvoorbeeld de consultatieruimte van een geneesheer en de inkomhal of de ziekenhuiskamer waar een patiënt verblijft. Ruimten waar langere tijd verbleven wordt en de persoonlijke zorgverlening een belangrijk onderdeel uitmaakt van het dagverloop vragen een ander ruimtelijk antwoord om een goede toegankelijkheid te bekomen.

Het deel met betrekking tot de private zone omvat in deze bundel ruimten zoals de ziekenhuiskamer en het privaat (op de kamer) of gemeenschappelijk sanitair. Buiten de ziekenhuiskamer zijn er natuurlijk nog heel wat andere ruimten aanwezig met een eerder privaat karakter zoals bijvoorbeeld een operatiekwartier, specifieke onderzoekskamers of revalidatieruimten.

Daarnaast is ook de toegankelijkheid van de toestellen en onderzoeksapparatuur, die in deze ruimten aanwezig zijn van belang. Omwille van de specifieke medische context die in deze ruimten aanwezig is, vallen ze buiten de opdracht en zijn daarom niet specifiek mee opgenomen in deze inspiratiebundel.

In dit deel van de inspiratiebundel kan volgende hoofdstukken terugvinden:

[Private ruimten >>](#)

[Publieke en semipublieke ruimten >>](#)

4.1 Private ruimten

De infrastructuur van een ziekenhuis omvat naast de publieke en semipublieke zone ook heel wat ruimten waar de individuele verblijfs- en zorgfunctie centraal komt te staan: de patiëntenkamer. Elke kamer is een 'thuisvervangende ruimte' waar patiënten voor korte of lange termijn verblijven om te herstellen of een behandeling te krijgen.

In tegenstelling tot de publieke ruimten, zal in de ziekenhuiskamer slechts een beperkte bezetting (aantal personen) aanwezig zijn. Elke kamer moet ruimtelijk toelaten dat het voor de aanwezige personen:

- mogelijk is de gepaste behandeling te geven
- de privacy van de patiënt te waarborgen
- een 'healing environment' te bieden waarbij de nodige hulp geboden kan worden in elke fase van het verblijf (zware zorg → zelfstandigheid)

De toegankelijkheidsdoelstellingen voor de ziekenhuiskamer sluiten om deze reden dan ook aan op zowel het verblijfsaspect als het zorgaspect en het algemene (herstel)proces van de patiënt als individuele persoon (één op één benadering).

'De patiëntenkamer' is niet in één type te vatten en kan doorheen de verschillende afdelingen van het ziekenhuis verschillende vormen aannemen: dagopname met behandelruimten, pediatrie, psychiatrie, ... Afhankelijk van het programma van eisen kan of moet een andere puzzel gemaakt worden.

Toegankelijkheid van de ziekenhuiskamer betekent niet alleen rolstoeltoegankelijk, maar ook een goede zorg- en bedtoegankelijkheid van de ruimte. In principe hebben elk van deze kwaliteiten een aanvullend karakter en gaan ze hand in hand. In dit hoofdstuk willen we op beknopte wijze de basiselementen die hiervoor nodig zijn aanreiken.

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

[Ziekenhuiskamer >>](#)

[Verblijfszone van de ziekenhuiskamer >>](#)

[Sanitaire cel van de ziekenhuiskamer >>](#)

[Toegang tot de ziekenhuiskamer >>](#)

4.1.1 De ziekenhuiskamer



Het is vrijwel onmogelijk om dé ziekenhuiskamer te beschrijven. Afhankelijk van het type ziekenhuis, de specifieke afdeling of de medische discipline kunnen heel wat ruimtelijke verschillen voorkomen. De specifieke behoeften zijn in een ideale situatie ook ruimtelijk zichtbaar in de verschillende kamertypes.

Zowel voor de patiënt en zijn bezoeker, als voor zorgverleners is een aangenaam verblijf en een goede zorgverlening een wens. Omdat de situatie en de zorggraad van de patiënt niet voorspelbaar is en de ziekenhuiskamer niet altijd specifiek afgestemd kan worden op individuele noden is de (zorg)toegankelijkheid van de ruimte van zeer groot belang. Het goed kunnen gebruiken van de ruimte staat hierbij voorop.

De dienstverlening in een ziekenhuis is zo georganiseerd dat elke persoon, onafhankelijk van zijn/haar beperking en de beschikbare ruimte, de zorg moet kunnen krijgen die hij nodig heeft. Dit zonder de kamer te moeten ombouwen of de wijze van zorgverlening te moeten aanpassen.

Toegankelijkheid van de ruimte

In een ideale situatie is elke ziekenhuiskamer minimaal rolstoeltoegankelijk. Dit geldt zowel voor het betreden van de ruimte, het gebruik van de kamer alsook voor het gebruik van de private sanitaire cel. Daarnaast moet ook elke kamer voldoende ruimte bieden om zorgverlening mogelijk te maken en staat in een groot aantal kamers het beddenvervoer centraal.

We zien dat er verschillen in kamertypes aanwezig zijn. Deze zijn van belang om het programma van eisen voor elke afdeling op zich duidelijk te maken (materniteit, pediatrie, psychiatrie ...). In de praktijk blijkt dat de toegankelijkheid geen probleem vormt in eenpersoonskamers. Ook in kamers waar meer dan 2 bedden aanwezig zijn, zorgt de organisatie en de afmeting van de ruimte voor voldoende gebruikscomfort. De meeste problemen stellen zich bij het gebruik van een tweepersoonskamer. Meer specifiek die kamers waarbij de ruimte dwars ten opzichte van de gang georiënteerd is en twee bedden zijdelings ten opzichte van elkaar geplaatst zijn.

Het is realiteit dat meer en meer patiënten overgewicht hebben. Ook voor 'obese' patiënten is er standaard net wat meer ruimte nodig om handelingen te kunnen uitvoeren en zorg te kunnen verlenen. De toegankelijkheid van de ruimte is ook voor deze groep gebruikers een grote meerwaarde. Het biedt hen meer comfort bij het uitvoeren van handelingen en/of activiteiten.

Ontwerpmatig zal de toegankelijkheid van de ruimte, de ruimte voor zorgverlening ondersteunen en omgekeerd. In die zin gaan toegankelijkheid en zorg hand in hand en kan dus een goede (zorg)toegankelijkheid ontstaan.

Organisatie van de kamer

In een ideale situatie is elke ziekenhuiskamer rolstoeltoegankelijk. Dit moet duidelijk worden in de drie verschillende zones van de kamer:

- De toegangszone: de wijze van binnen komen, het betreden van de ruimte waaronder de bereikbaarheid van de deur en de doorstroom naar het verblijfsgedeelte.
- De zone voor de sanitaire cel: de keuze van het type en de inrichting, de ligging en bereikbaarheid van de ruimte.
- De zone voor verblijven: de algemene oriëntatie van de bedden ten opzichte van de gangzijde (langwerpig of zijdelings), de aanwezigheid van één of meerdere bedden, de circulatiemogelijkheden, de private bergruimte, de ruimte voor ontvangen van bezoek ...

Organisatorisch moet elk van deze zones afgestemd zijn op de handelingen die er plaatsvinden. Zowel het perspectief van de patiënt (kort of lang verblijven) als van de zorgverlening (medische behandeling) moet hierin opgenomen zijn.

Daar waar omwille van herbestemming rolstoeltoegankelijkheid niet mogelijk is of waar men in het toewijzingsbeleid een differentiatie kan maken op basis van de individuele noden van de patiënt (bijvoorbeeld bij dagopname), moet een minimaal aanbod in rolstoeltoegankelijke ruimten gegarandeerd worden. Minstens twee rolstoeltoegankelijke kamers (met sanitaire cel) per afdeling of sector is hierbij aangewezen.

In deze compacte ruimte zal een logische opbouw van de verschillende activiteiten (locatie van stoel en tafel, vormgeving van de kastruimte, circulatiepatronen ...) van cruciaal belang zijn voor een goed ontwerp. Afhankelijk van de keuzes die hierin gemaakt worden, zal ook de asmaat (of de afmeting van muur tot muur) van de ruimte aangepast moeten worden.

Goede gebruiksruimten worden in de ziekenhuiskamer als zeer belangrijk beschouwd. Bovendien is het van essentieel belang dat we deze ontwerpmatig bekijken vanuit de situatie in gebruik. De aanwezigheid van een opgeklapt blad van een nachttafeltje, meerdere personen die tijdens het bezoek aanwezig zijn, het kunnen bereiken en gebruiken van een zetel, de aanwezigheid van een infuusstandaard naast het bed ... nemen namelijk heel wat meer ruimte in beslag dan enkel de opstelling op zich.

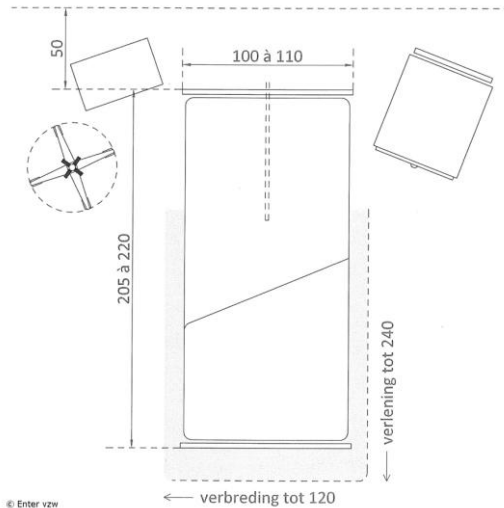
(Bed)toegankelijkheid

Ontwerpers en zorgverleners geven aan dat de evolutie van de bedbreedte en bedlengte een belangrijke factor zijn voor de bepaling van de gebruiksruimte in de kamer.

Hoog-laag bedden kunnen uitgerust zijn met verschillende opties en bedieningsmogelijkheden. Naast een hoogteverstelling is het ligvlak in verschillende delen verstelbaar om het ligcomfort van de patiënt te optimaliseren. De gemiddelde maatvoering voor een hoog-laag bed in een ziekenhuis is daarom heel wat ruimer dan een standaard bed:

- 100 à 110 cm (B) x 205 à 220 cm (l)

Ook is er meer en meer nood om het bed te kunnen verlengen (omwille van grotere personen) om extra toestellen zoals pompen, een infuusstandaard of monitoren voor controle achteraan of zijdelings aan het bed te bevestigen. In sommige gevallen moet hierdoor ruimtelijk rekening gehouden worden met een bedlengte tot 240 cm.



Daarnaast moet rekening gehouden worden met de plaats die heel wat medische toestellen zoals karren of infuusstandaard op de kamer innemen. Deze zijn meestal geplaatst ter hoogte van het bed.

Een ziekenhuisbed staat nooit rechtsreeks tegen een wand opgesteld. Afhankelijk van de afdeling of medische specialiteit is er een vrije zone van 50 à 100 cm ten opzichte van de wand. Dit laat toe technische apparatuur te plaatsen of een aansluiting aan energiebalken te voorzien.

Let wel, hoewel de bedtoegankelijkheid van de ruimte de rolstoel- en zorgtoegankelijkheid positief beïnvloed vormt dit ter hoogte van de toegangszone van de kamer vaak een knelpunt.

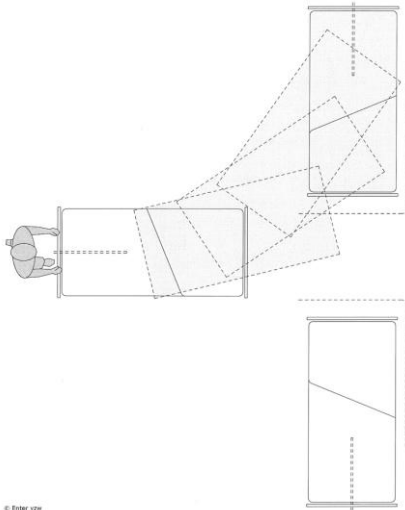
[Toegang tot de ziekenhuiskamer >>](#)

Kamers dwars op de gang georiënteerd

Het bed is één van de belangrijkste elementen om rekening mee te houden bij de bepaling van de afmeting van de kamer. Voor de algemene organisatie van het gebouw wordt nog heel vaak gekozen om elke kamer een gelijke maatvoering te geven. Een asmaat van 360 cm (in de breedte) is hierbij een veel voorkomende maat.

Algemeen blijkt dat deze asmaat voor de bed- en rolstoeltoegankelijkheid van een éénpersoonskamer in principe geen probleem vormt. Voor het type tweepersoonskamer blijkt dit echter niet altijd haalbaar. Vooral de kamers die dwars ten opzichte van de gang ingeplant zijn en waar beddenvervoer dagelijks aanwezig is, vragen bij het ontwerp bijzondere aandacht.

Bedden die tegenover elkaar geplaatst zijn, hebben als voordeel dat elke patiënt een evenwaardige gebruikruimte krijgt: meer zicht naar buiten voor elke patiënt, elk een eigen zijdelingse zone. Bijkomend zal het beddenvervoer kunnen verlopen zoals bij eenpersoonskamers, met een directe bereikbaarheid vanaf de toegang (vrije passage).

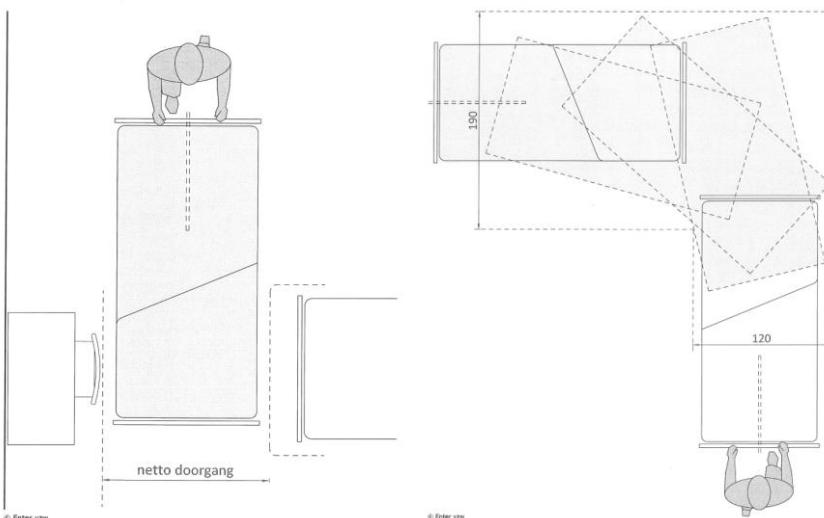


Om een compacter gebouw te ontwikkelen worden kamers eerder dwars georiënteerd met sanitaire cellen ter hoogte van de gang. Hierdoor worden onder meer gangafstanden en daarbij ook loopafstanden beperkt.

In het type tweepersoonskamer, waarbij de bedden zijdelings ten opzichte van elkaar opgesteld zijn, vormt de breedte van de ruimte en dus de bereikbaarheid van het tweede bed een belangrijk aandachtspunt. De reden hiervoor is voornamelijk de bedpassage, maar ook de combinatie van een aantal factoren zorgt ervoor dat in deze situatie een breedte van 360 cm te beperkt is:

- De aanwezigheid van een tafel en stoelen (neutraal bereikbaar) opgesteld ter hoogte van de tussenwanden met bijhorende netto ruimte (in gebruik).
- Het steeds langer worden van de bedden (tot 240 cm).
- De noodzaak om een punctuele vrije doorgangruimte van min. 110 à 120 cm te voorzien tussen het eerste bed en de wand/ meubilair voor een vlotte passage met een bed.

Door de compactheid van de ruimten is niet alleen de passage ter hoogte van het eerste bed, maar ook de beschikbare vrije ruimte om het bed zelf goed te kunnen positioneren, het maken van een hoek van 90°, vaak te beperkt aanwezig.



Net zoals bij het manoeuvreren van een rolstoel of met een tilhulpmiddel is de vrije ruimte altijd afhankelijk van de twee kritieke zijden: de beschikbare vrije doorgangsbreedte ter hoogte van het eerste bed in verhouding tot de beschikbare vrije zone voor het bed.

Hoe smaller de beddoorgang, hoe meer ruimte er nodig is ter hoogte van de bedzone. Ook de asmaat van de ruimte zal hier invloed op hebben.

(Acute) zorgverlening op de kamer

In het merendeel van de kamers en sanitaire cel is het gebruik van hulpmiddelen voor de zorgverlening en de ondersteuning van de patiënt noodzakelijk. Is de aanwezige ruimte voor zorgverlening onmogelijk vlot te organiseren in functie van een zorggraad, dan kan de kwaliteit niet gegarandeerd worden.

[Zorg of hulp verlenen >>](#)

Het tillen en verplaatsen van personen is fysiek zeer belastend, zeker wanneer dit nog manueel gedaan wordt. Rug- en nekklachten staan dan ook hoog op de lijst van oorzaken voor ziekteverzuim in de zorgsector. Zorgverleners geven aan dat ze in de ziekenhuiskamer dagelijks gebruik maken van tilhulpmiddelen. Gezien het grote aantal tilbewegingen per dag, kiest men ook steeds meer voor grotere lifttypes. Grotere tilliften zijn over het algemeen stabiel, maar hebben daarentegen meer vrije vloeroppervlakte nodig.

Meer en meer worden kamers ook uitgerust met een plafondblift om de zorgverlener te ondersteunen in het passief heffen en tillen van de patiënt van bed naar de zetel of ander hulpmiddel en terug. Het voorzien van een plafondblift zal nooit het gebruik van verrijdbare tilliften uitsluiten. Ruimtelijk moet de ziekenhuiskamer dus steeds beide types (verrijdbare lift en plafondblift) ondersteunen. Dit zal zich voornamelijk weerspiegelen in de ruimte die nodig is tussen de ziekenhuisbedden en in de sanitaire cel.

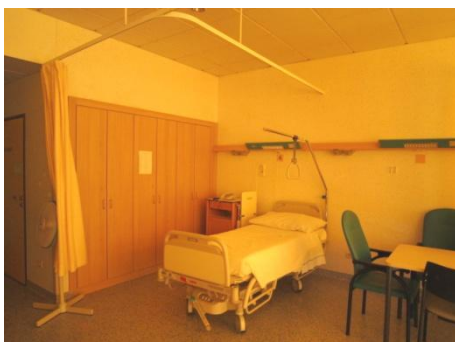
[Gebruik van een verrijdbare tillift >>](#)

[Gebruik van een plafondblift >>](#)

Het is van groot belang dat zorgverleners tijdens een incident met 'spoed' kunnen handelen. Dit vraagt een marge in de aanwezige gebruiksruidten van de kamer. Zorgverleners geven namelijk aan dat het niet wenselijk is om in acute situaties een halve kamer te moeten ombouwen alvorens ze de patiënt kunnen bereiken en behandelen. Een voorbeeld hiervan is de mogelijkheid om een nachttafeltje (in gebruik) snel opzij te kunnen schuiven om ruimte te maken ter hoogte van het bed van de patiënt.

Deze functionele marge zal ook toelaten om in eenzelfde kamer wijzigingen van functies (ruimte zelf herbestemmen) of handelingen (andere behandeling met meer of minder ruimte) toe te laten. Binnen het kader van flexibel ruimtegebruik betekent dit een dubbele winst.

4.1.2 Verblifszone in een ziekenhuiskamer



De verblifszone van de kamer is de zone waar het bed of de bedden en in sommige gevallen zetels zich bevinden. Deze ruimte is niet alleen een verblifruimte voor de patiënt, maar ook een zorg- of behandelingsruimte. Op een zeer compacte zone moeten heel wat verschillende handelingen, gaande van het toedienen van medische zorgen tot het ontvangen van bezoek, mogelijk zijn.

Omwille van het verblifaspect (kort of lang) en de

psychologische impact van de ruimte (afwerking, uitzicht, sfeer, ...) op de persoon die er verblijft spreekt men ook meer en meer van de ziekenhuiskamer als een 'healing environment'.

Om een goede zorgverlening of behandeling toe te laten is het noodzakelijk een goede ruimtelijke context te creëren. De aanwezige ruimte in de kamer, voornamelijk rond het bed of rond een behandelzetel moet dan ook een aantal functionele zaken kunnen opvangen.

Afmeting van de verblijfszone

Het merendeel van de kamers, ook de éénpersoonkamers, is voorzien op het plaatsen van twee bedden. Een behandelkamer biedt vaak plaats aan meerdere behandelzetels. Ruimtelijk moet dus rekening gehouden worden met één of meerdere individuele zones waar handelingen plaatsvinden en die een eigen nood aan privacy hebben met de noodzakelijke circulatieruimte ertussen.

Organisatorisch zullen twee basiselementen belangrijk zijn voor de algemene opbouw en de circulatiepatronen die ontstaan:

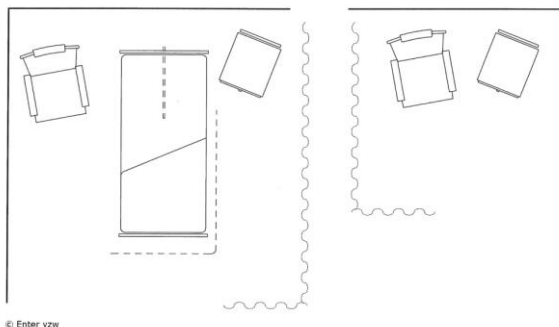
- de oriëntatie van de individuele bedden of zetels;
- het gebruik en de bereikbaarheid van de inrichtingselementen.

De logische plaats van het aanwezige meubilair en de opeenvolging van handelingen in de ruimte, zijn van belang voor de tussenliggende circulatiezones, maar ook voor de mogelijkheid om voldoende privacy te bieden aan de individuele patiënt.

Daarnaast moeten ook de medische aansluitpunten die verwerkt zijn in een energieblok vlot bereikbaar zijn voor de zorgverlener (recht op recht). Verschillende posities op de wand of in een balk boven het bed worden meer en meer onderzocht op hun bruikbaarheid. De aanwezigheid van een nachttafel, zetel of andere element mag de bereikbaarheid niet verstoren.

Privacyzone

Elke patiënt heeft een aantal individuele voorzieningen zoals een verrijdbaar nachttafeltje, een tafel en stoel en een kast ter beschikking. De bedzone vormt een privacygrens waarbinnen een individuele patiënt handelingen of activiteiten kan uitvoeren. Ook inrichtingselementen zoals een kast of een tafel (kunnen) behoren tot deze zone.



Ruimtelijk moet in een meerpersoonkamer deze privacygrens altijd gerespecteerd worden. Deze grens zal meestal *bepaald worden door de aanwezigheid van een gordijn. In gebruik neemt ook dit ruimte in! Een zone van 10 à 15cm tussen de verschillende bedden/ zetels is voldoende.*

Gebruik en bereikbaarheid van inrichtingselementen

De bereikbaarheid, maar ook de nodige gebruiksruimten van de inrichtingselementen die behoren tot een bed of zetel zijn bepalend voor de vrije doorgangszones tussen het meubilair onderling en de

gebruiksruimten in de kamer. Een strategisch gekozen plaats rond het bed/ zetel of in de ruimte vermijdt knelpunten voor de circulatie, de medische behandeling en de ruimte voor zorgverlening.

Een nachttafeltje of kastje staat altijd naast het bed/ zetel. Voor een patiënt is dit de plaats waar heel wat persoonlijke spullen geplaatst worden, maar ook de plaats waar zaken die men bij de hand wil hebben voorzien worden. Het tafeltje moet daarom altijd bereikbaar zijn vanuit liggende of zittende positie.

Onderrijdbaarheid van bepaalde inrichtingselementen is meestal eenvoudig te realiseren en biedt een grote meerwaarde ter ondersteuning van de zorgverlener en van de zelfstandigheid van de patiënt.

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

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

Circuleren en manoeuvreren in de ruimte

Beddenvervoer, maar ook het gebruik van hulpmiddelen, karren en andere toestellen is van groot belang voor het bepalen van de gebruiksruimten rond het bed/ zetel.

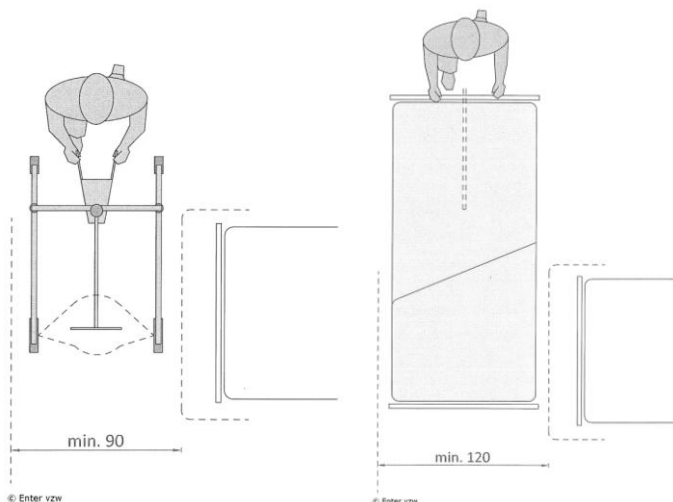
Houdt rekening met de fysieke mogelijkheden van een patiënt. Het feit dat een patiënt een infuusstandaard met zich mee kan dragen of tijdelijk gebruikt maakt van een hulpmiddel om zich te verplaatsen vraagt voldoende manoeuvreerruimte.

Minimaal moet steeds aan één bed- of zetelzijde en ter hoogte van de tafel een vrije zone aanwezig zijn waar men kan manoeuvreren met hulpmiddelen. Een vrije zone waar een draaicirkel met $\varnothing 150$ cm kan gemaakt worden is hiervoor een richtlijn. Dit is voornamelijk een aandachtspunt voor kamers waar in mindere mate gebruik gemaakt wordt van tilhulpmiddelen. Deze vrije draaicirkel kan absoluut een multifunctionele ruimte zijn.

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

Naast de ruimte die ingenomen is door bedden en ander meubilair blijft niet veel ruimte over voor het circuleren. Passeren in de kamer gebeurt steeds op basis van puntversmallingen, namelijk een versmalde zone over een beperkte afstand. Afhankelijk van het type passage kan men volgende maten aanhouden:

- een vrije doorgang van 100 à 110 cm voor passage met hulpmiddelen en karren (90 cm is een absoluut minimum);
- een vrije doorgang van min. 120 cm voor een vlotte passage met een bed.



Let wel, dit is steeds een netto maatvoering, dus buiten de zone die ingenomen is door meubilair in gebruik.

Zorgruimte aan een bed/ zetel

De grootte van elke individuele bedzone is bepaald door de gebruiksruidten die noodzakelijk aanwezig zijn rond het bed van een patiënt om handelingen te kunnen uitvoeren zoals het verlenen van zorg of hulp door één of meerdere personen of het gebruik van tilhulpmiddelen, zorgkarren ...

Wanneer een bed makkelijk verplaatsbaar is, kan er flexibeler omgegaan worden met de nodige gebruiksruidten in functie van de zorgverlening. Hoe groter de zorgvraag van de patiënt, hoe belangrijker het is om met het bed meerdere posities te kunnen innemen.

Hieronder geven we aan de hand van enkele voorbeelden de nodige ruimte rond een bed of zetel aan. Let wel, de aangegeven maatvoeringen zijn gemiddelde waarden die afhankelijk van een specifieke afdeling of afhankelijk van de inrichtingselementen aangepast moeten worden binnen de eisen van het ontwerp.

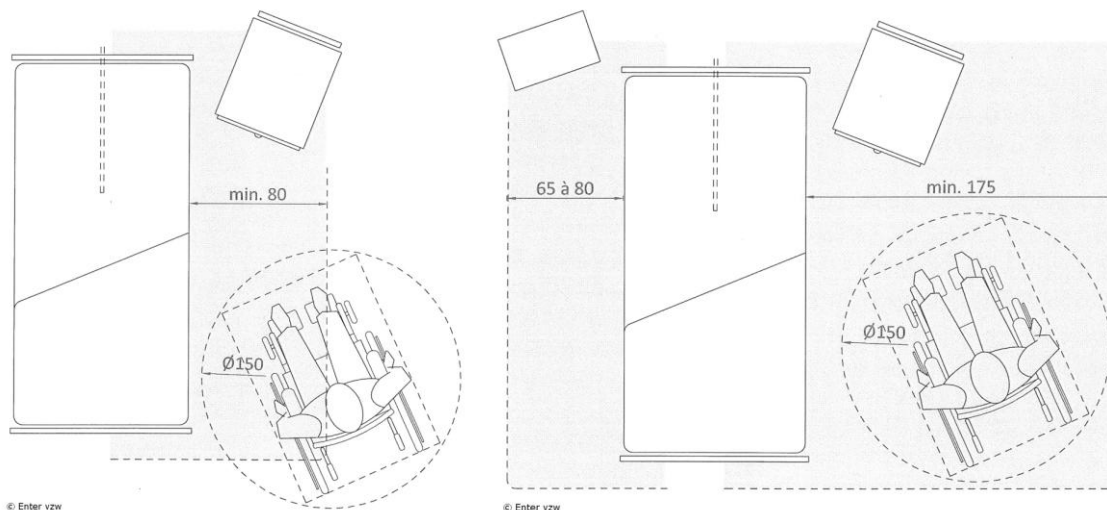
De algemene aanbevelingen die aan de basis van deze voorbeelden liggen, zijn opgenomen onder de hoofdstukken:

[Veel voorkomende \(persoonsgebonden\) handelingen >>](#)

[Zorg of hulp verlenen >>](#)

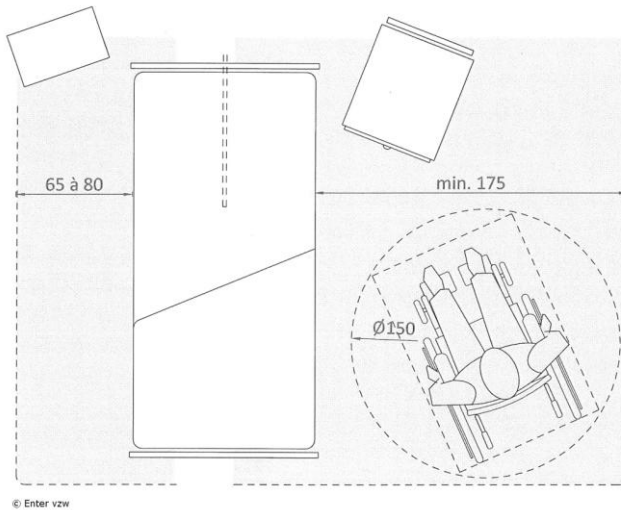
Zorgruimte rond een bed: geen tilhulpmiddelengebruik

Minstens één, maar optimaal twee zijden van het bed, zijn bereikbaar voor zorgverlening. Het bed is ook aan minstens één zijde bereikbaar met een rolstoel.



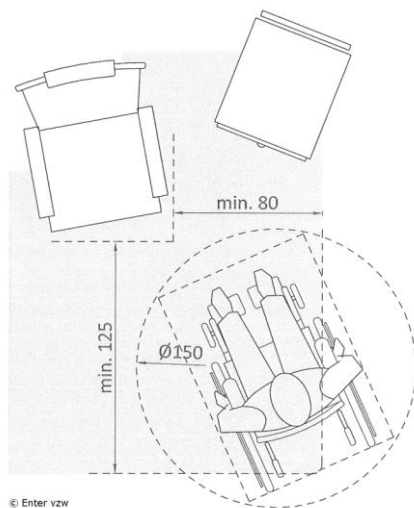
Zorgruimte rond een bed: frequent tilhulpmiddelengebruik

Aan beide zijden van het bed moet er ruimte aanwezig zijn om in en uit te stappen, hulp te geven bij het aankleden, verzorgingsactiviteiten uit te voeren, een transfer uit te voeren, medische hulp te bieden ... Deze zones laten ook toe om met grotere materialen zoals met een tweede bed of met grotere toestellen te kunnen manoeuvreren.



Zorgruimte rond de (comfort)zetel

Zowel vooraan als zijdelings aan de comfortzetel is gebruikruimte vereist. Zeker Wanneer de patiënt hulp nodig heeft of een verplaatsing niet zelfstandig kan maken is dit van belang. Deze ruimte laat tegelijk toe om ook medische handelingen uit te voeren of een behandeling te geven.



De aangeven gebruikruimte is hierbij ook functionele ruimte om de patiënt te kunnen bereiken met het nodige medische materiaal of karren. Meer en meer probeert men in de ziekenhuiskamer (bed) om onderzoeken die vanuit een zittende positie mogelijk zijn, zoals bijvoorbeeld een bloedafname, uit te voeren vanuit de zetel. Dit is minder belastend voor de patiënt.

Heel wat ziekenhuiskamers zijn naast een bed en een nachttafel ook uitgerust met een comfortzetel. De gebruikruimte bij de comfortzetel is dan ook van belang.

4.1.3 Sanitaire cel van de ziekenhuiskamer



De sanitaire cel in een ziekenhuiskamer evolueert meer en meer naar een ruimte die moet voldoen aan de zeer uiteenlopende behoeften van de patiënten. Niet alleen patiënten met een grote zelfstandigheid moeten er op een comfortabele wijze gebruik van kunnen maken, ook voor personen met een grote zorgbehoefte moeten zorgverleners voldoende ondersteund worden.

Flexibiliteit en aanpasbaarheid zijn hierbij van groot belang, deze brengen echter meestal dure investeringen met zich mee, zowel voor de installatie als het onderhoud. Sanitaire cellen dienen dan ook binnen een standaardopstelling een zo groot mogelijke waaier van zorgbehoeften op te kunnen vangen.

Let wel, de toegankelijkheid van een private sanitaire cel en de ruimte voor zorgverlening wordt in dit thema slechts beperkt opgenomen.

Algemeen

Een patiënt die in de kamer verblijft moet doorheen zijn herstelproces zowel met hulp (mogelijk beginfase) als zelfstandig (mogelijke eindfase) kunnen functioneren. Voor elk toestel in de sanitaire cel moet naast de netto ruimte voor de plaatsing van het meubel ook voldoende gebruiksruimte worden voorzien. Het belang van de ruimte voor zorgverlening en het gebruik van tilhulpmiddelen komt hierin sterk naar voor.

Niet alleen voor afdelingen waar patiënten langere tijd verblijven, maar ook voor een korte opnameduur is een toegankelijke sanitaire cel van belang. Wanneer deze niet op de kamer voorzien is, voorzie dan minstens één toegankelijke badkamer op de afdelingsgang.

Zorgverleners geven aan dat de rolstoeltoegankelijkheid van de sanitaire cel steeds een basisvoorwaarde is voor het herstel van de patiënt en de noodzakelijke hulp bij de zorgverlening. Elementen die bijdragen tot de toegankelijkheid van de ruimte ondersteunen de patiënt namelijk doorheen de verschillende fasen van een herstelproces: van zorgbehoevend naar zelfstandig handelen. Heel wat voorzieningen zoals bijvoorbeeld beugels aan de toiletpot ondersteunen bovendien niet alleen de patiënt, maar ook de zorgverlener.

Organisatie van de sanitaire cel

Het aantal voorzieningen (welke en hoeveel toestellen) zal bepalend zijn voor de afmeting en de organisatie. Minimaal is in elke sanitaire cel een wastafel en een toilet aanwezig.

De minimale maatvoering van de ruimte is steeds een puzzel van de gebruiksruimten van de verschillende toestellen en de noodzakelijke ruimte voor zorgverlening. Elke activiteit moet in een zorgsituatie (gebruik met hulp) voldoende gebruiksruimte krijgen. Bereikbaarheid en onderrijdbaarheid zijn sleutelementen voor het gebruik.

[Ruimte voor zorgverlening aan een wastafel >>](#)

[Ruimte voor zorgverlening aan een toilet >>](#)

[Ruimte voor zorgverlening aan een douche >>](#)

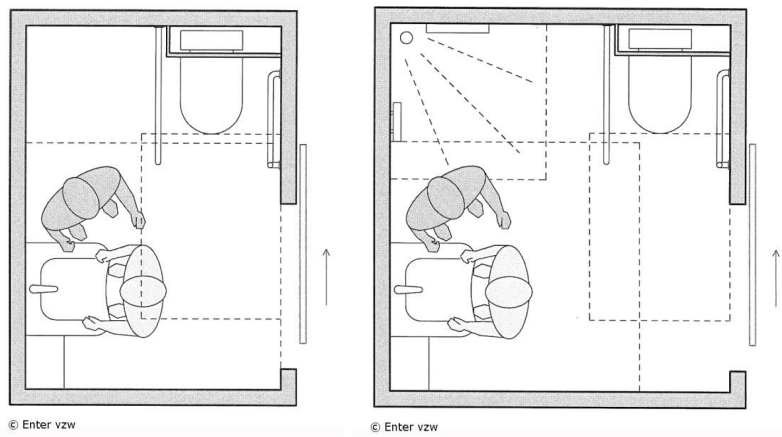
Algemene maatvoeringen in functie van de onderrijdbaarheid, bereikbaarheid en bediening van toestellen in functie van rolstoelgebruik of vanuit zittende positie zijn ook voor de wastafel van toepassing en zijn opgenomen onder het thema:

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

Multifunctioneel

Efficiënt ruimtegebruik is in deze compacte ruimte meer dan aangewezen. Het is dan ook door het dubbel gebruiken of overlappen van bepaalde zones dat de afmeting van de ruimte beperkt kan blijven. De aanwezigheid van een drempelloze douche zal steeds een ruimtelijk voordeel geven in functie van de zorgverlening.

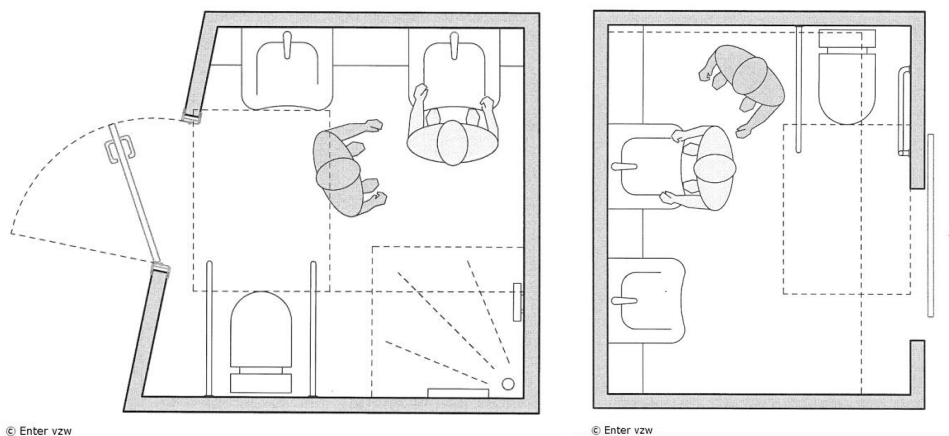


Omwille van het belang van hygiëne wordt ook meer en meer gestreefd naar het voorzien van een individuele douche op kamerniveau.

Twee wastafels

Eigen aan een sanitaire cel van een meerpersoonskamer is de aanwezigheid van meerdere wastafels. Er is steeds een gelijk aantal wastafels aanwezig als het aantal personen die in de kamer kunnen verblijven. Afhankelijk van de keuze om de sanitaire cel twee maal te voorzien of gemeenschappelijk in één ruimte, zal ruimtelijk een andere organisatie naar voor komen.

Voornamelijk in de situatie met twee wastafels in één ruimte vormt dit een aandachtspunt. Enerzijds geeft de aanwezigheid van twee wastafels over het algemeen wat meer speelruimte voor het gebruik van de wastafel door één persoon (meer ruimte in de breedte). Het zorgt ook voor meer mogelijkheden om een afzetvlak en bergruimte te voorzien.



Omwille van de beperkte afmeting zal dit anderzijds het voorzien van een vrije zone voor zorg aan beide zijden van het meubel bemoeilijken. Ook de kritieke vrije ruimten tussen verschillende toestellen onderling kan in gedrang komen.

Afwerking van de ruimte

Vaste of variabele oplossingen

De meest cruciale hulpmiddelen in een private sanitaire cel zijn de beugels aan een toilet en een douchezit. Hun aanwezigheid is van groot belang. 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 patiënt kan aangepast worden (wachtbouten, beugel om douchezit op te hangen ...).

Een aantal elementen moeten echter altijd vast aanwezig zijn, namelijk: een spiegel, minstens één kledinghaak en een afzetvlak of opbergzone ter hoogte van de wastafel.

Contrasten

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 aandacht aan een goed contrast (kleurkeuze en materialen) tussen de vloer en de wand, maar ook tussen de wand en de aanwezige elementen (toilet, wastafel, beugel ...). Dit zorgt ervoor dat bijvoorbeeld de toilet, wastafel of een spoelknop duidelijk zichtbaar is en dus makkelijker in gebruik.

Verlichting

Naast de contrastwerking verhoogt ook een goede verlichting de zichtbaarheid en dus het gebruik van de ruimte. Het verhogen van de zichtbaarheid zal ook steeds bijdragen aan een betere veiligheid van de ruimte.

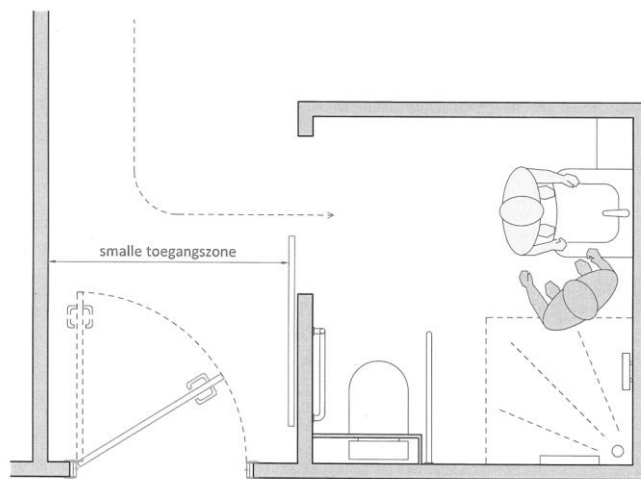
Toegang tot de ruimte

De toegang tot de sanitaire cel moet afgestemd zijn op manueel rolstoel- en hulpmiddelengebruik, alsook het zich verplaatsen met een infuusstandaard aan de hand.

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

[Zelfstandig een deur openen en sluiten \(rolstoelgebruiker\) >>](#)

In meeste ziekenhuiskamers wordt de sanitaire cel nog steeds ontsloten vanuit de toegangszone. Dit impliceert dat er steeds gemaneuvreerd met kunnen worden vanuit een beperkte zone van de aanliggende gang of het toegangssas.



© Enter vzw

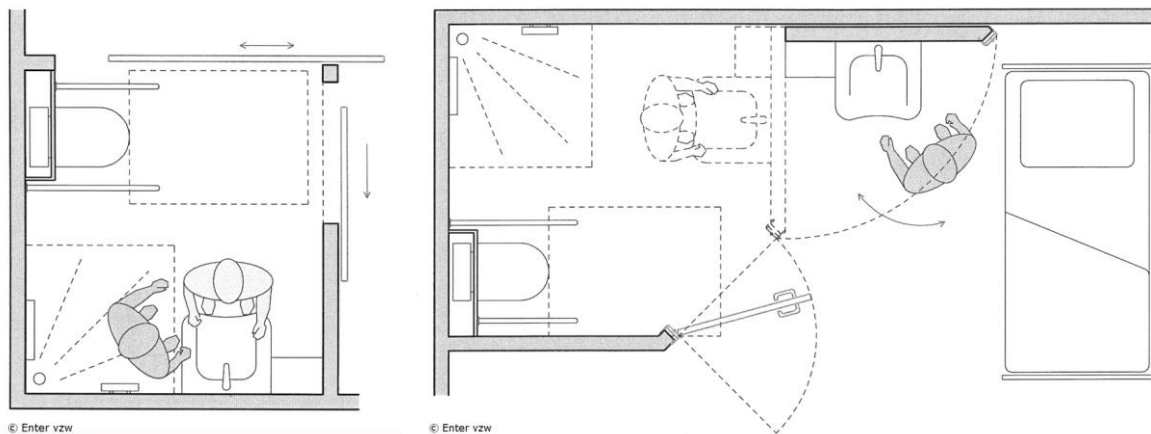
De vrije doorgangshoogte van de toegangsdeur vormt een aandachtspunt (min. 210 cm vrije hoogte). Hierbij dient rekening gehouden te worden met het gebruik van verrijdbare tilliften (passage in de hoogte). De deurhoogte moet toelaten om met de hefarm van de tillift te kunnen passeren. Deze arm of pomp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

Kamerhoge schuifwand

Net zoals de evolutie voor de sanitaire cel in een woonzorgcentrum, wordt voor de eenpersoonskamers in ziekenhuizen ook meer en meer de keuze gemaakt om de sanitaire cel open te maken naar de kamer toe. Voordelen hiervan zijn onder andere:

- een vlottere bereikbaarheid van de toestellen;
- meer mogelijkheden en meer ruimte voor zorgverlening;
- de mogelijkheid om een plafondlift tot in de sanitaire cel te laten doorlopen.

Er bestaan al verschillende ruimtelijke principes waaronder een kamerhoge schuifwand of opendraaiende wand.



De voordelen van dit type sanitaire cel is dat ze ook inzetbaar zijn op momenten dat een tweepersoonskamer slechts door één persoon in gebruik is. Omwille van praktische redenen en de vraag naar haalbaarheid in functie van privacy wordt dit in de praktijk echter nog niet toegepast.

Gemeenschappelijke badkamer

Niet elke sanitaire cel van de kamer zal voorzien worden van een wastafel, toilet en douche. Voornamelijk de keuze om een douche te voorzien is afhankelijk van afdeling tot afdeling en een belangrijk element voor de hygiëne in een ziekenhuis (voorkomen van bacteriën, ..). Een douche op de kamer voorkomt verspreiding van infecties en bacteriën.

Is er geen douche aanwezig op de kamer, dan is het belangrijk om een gemeenschappelijke doucheruimte of badkamer te voorzien op de gang. In een ideale situatie is een badkamer uitgerust met: een wastafel, een hoog-laag bad, een toilet, een douche en een verzorgingstafel.

Wastafel

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

Relatie van inrichtingselementen en hulpmiddelen

Het grote verschilpunt met individuele sanitaire cellen, is dat gemeenschappelijke badkamers steeds afgestemd zijn op een grote zorgafhankelijkheid. Omwille van de grote zorggraad staat het geven van een bad bijna altijd centraal in een gemeenschappelijke badkamer. In een ziekenhuissituatie zal dit met het oog op de hygiëne, meestal voorkomen onder de vorm van een badbrancard die gebruikt wordt in een douche.

Gelijklopend aan elke andere sanitaire ruimte, moet ter hoogte van elk toestel voldoende ruimte voorzien zijn voor gebruik, het plaatsnemen van een zorgverlener en één of meerdere hulpmiddelen.

In bijna elke badkamer is het mogelijk om een plafondlift te voorzien. Het gebruik van plafondliften zorgt voor een beperking van de gebruiksruimte op vloerniveau in de badkamer. Ook het functionele aspect voor zorgverleners en het comfort voor de patiënt kan een hoger niveau krijgen. Het gebruik van manuele tilsystemen blijft ook hier onmisbaar.

Bergruimte

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 die buiten de circulatie- of gebruiksruimte van de sanitaire toestellen valt.

De opstelling van een ongebruikt hulpmiddel in de ruimte vormt een knelpunt. De aanwezigheid van bergruimte voor gebruiksspullen voor het zorgpersoneel is steeds van belang. Daarnaast moet men ook rekening houden met een zone waar men tildoeken of kledij kan ophangen.

Relatie tot andere inspiratiebundel

Het thema sanitaire cel en gemeenschappelijke badkamer zijn uitgebreider opgenomen in de '*Inspiratiebundel toegankelijkheid van woonzorgcentra*'. Ook naar de vormgeving van de ruimten is hierin aanvullende informatie terug te vinden.

Voor meer voorbeelden, voor en nadelen, planschetsen... kan de inspiratiebundel voor woonzorgcentra ook voor de invalshoek ziekenhuizen geraadpleegd worden.

4.1.3.1 Ruimte voor zorgverlening aan 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 gebruiken we ze op dezelfde manier. In ruimten waar zowel zelfstandig gebruik als gebruik met hulp van belang is, zoals in de sanitaire cel van een ziekenhuiskamer, moet je ontwerpmatig rekening houden met een aantal extra aandachtspunten in verband met de

vormgeving en de gebruiksruimte er rond.

Algemeen

In principe is de gebruiksruimte rond de wastafel gelijklopend aan deze die voorzien is aan de wastafel in een aangepast bezoekerstoilet. Dit thema behandelt enkel de specifieke elementen in functie van de zorgverlening.

Het voorzien van een ergonomisch wastafelmodel kan zeker een meerwaarde zijn in de sanitaire cel van een ziekenhuiskamer. Deze modellen hebben een aangepaste vormgeving: een gebogen voorzijde, andere plaatsing van de kranen, een grotere diepte van de wastafel, een platte uitloop, ... Het is echter niet noodzakelijk om deze standaard te voorzien.

De algemene gebruiksruimten en afwerkings-elementen van een wastafel werden al aangehaald in het thema 'aangepast sanitair' (publieke deel van de bundel). De wastafel is omschreven in het deeltje: 'Gebruiksruimte rond de wastafel'

[Aangepast bezoekerstoilet >>](#)

Zorgruimte aan de wastafel

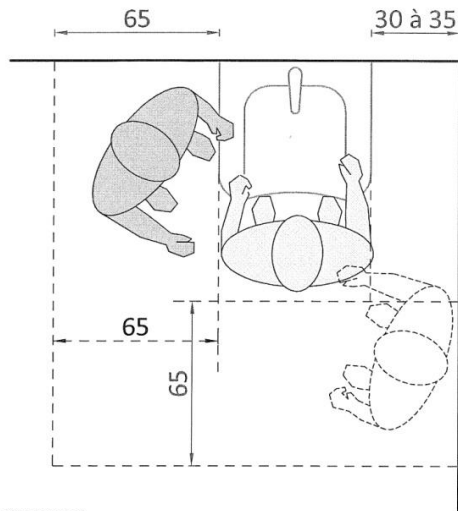
De wastafel dient op een goede afstand uit de hoek of ten opzichte van een andere toestel geplaatst te worden. Naast de wastafel (rand meubel) is bijkomend een vrije zone aanwezig om zorgverlening te kunnen geven:

- Aan één zijde min. 30 à 35 cm voorzien, vrij van obstakels zodat er voldoende afstand is t.o.v. een object om als persoon recht voor de wastafel plaats te nemen.
- Aan één zijde min. 65 cm voorzien zodat verzorgende handelingen in een staande of voorovergebogen houding kunnen gedaan worden.
- Een vrije zone voor de wastafel van min. 120 cm om goed plaats te kunnen nemen zowel staand als met een stoel of rolstoel. Tegelijk is deze ruimte bruikbaar voor het plaats nemen van een hulpverlener of het plaatsen van bijvoorbeeld een infuusstandaard die iemand met zich mee moet dragen.

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.

Wanneer de sanitaire cel met een kamerhoge schuifwand bereikbaar is vanuit de kamer, kan door de openstaande wand en de wastafel aan kamerzijde te voorzien, eventueel aan beide zijden van de wastafel gebruiksruimte aanwezig zijn.

Deze principes worden meer en meer standaard toegepast in woonzorgcentra. Meer informatie hierover is dan ook opgenomen in de 'Inspiratiebundel toegankelijkheid van woonzorgcentra'.

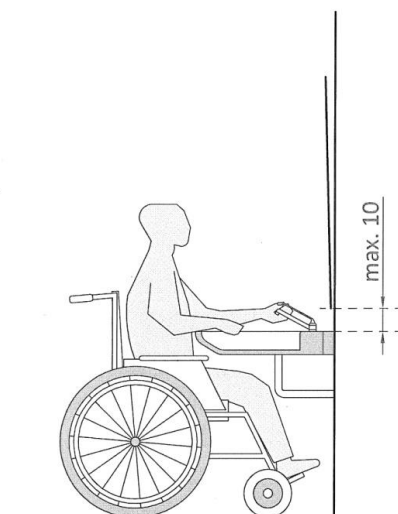


Afwerking van de wastafel

Een wastafel is normaal gezien niet geschikt om op te leunen. Omwille van de ondersteuning voor de patiënt 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.

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. Wanneer 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.

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 gebruiksruimten rond de wastafel niet hinderen, voorzie steeds een beperkte onderrijdbaarheid.



Zichzelf, vanuit zittende positie kunnen zien in de spiegel is noodzakelijk voor het algemeen welbevinden. Door een voldoende hoge 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, met een bereikbare bediening alsook een bereikbaar stopcontact (vanuit zit) zijn basisvereisten.

4.1.3.2 Ruimte voor zorgverlening aan een toilet



Een toilet is één 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 activiteiten. 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. Een aantal elementen zorgen ervoor dat de zorgverlening ter hoogte van een toiletpot comfortabeler kan verlopen.

Algemeen

In principe is de gebruikruimte in het toilet gelijklopend aan deze die voorzien is in een aangepast bezoekerstoilet. Dit thema behandelt enkel de specifieke elementen in functie van de zorgverlening.

De algemene gebruikruimten en afwerkingselementen van het toilet werden al aangehaald in het thema 'aangepast sanitair'. Ook voor een toilet, in bijvoorbeeld een sanitaire cel, blijven deze elementen behouden:

[Aangepast bezoekerstoilet >>](#)

Algemene maatvoeringen in functie van de onderrijdbaarheid, bereikbaarheid en bediening van toestellen in functie van rolstoelgebruik of vanuit zittende positie zijn ook voor de wastafel van toepassing en zijn opgenomen onder:

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

Keuze type toiletspot

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

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. De (opklapbare) beugels kunnen in de effectieve wand geplaatst worden waardoor een stevige verankering mogelijk is.

Bij een hangtoilet kan de gewenste (zit)hoogte beter gekozen worden. Het biedt manoeuvreerruimte voor de voetsteunen van de rolstoel en ruimte voor de voeten van de verzorger op vloerniveau. Het biedt ook manoeuvreerruimte voor een verrijdbare tillift (indien er een onderrijdbaarheid van minimum 12 à 15 cm aanwezig is).

Een hangtoilet is onderhoudsvriendelijk omwille van de vrije vloeroppervlakte. De mogelijkheid om beugels te bevestiging tegen een voorzetwand vraagt echter extra aandacht (voldoende stevigheid is vereist).

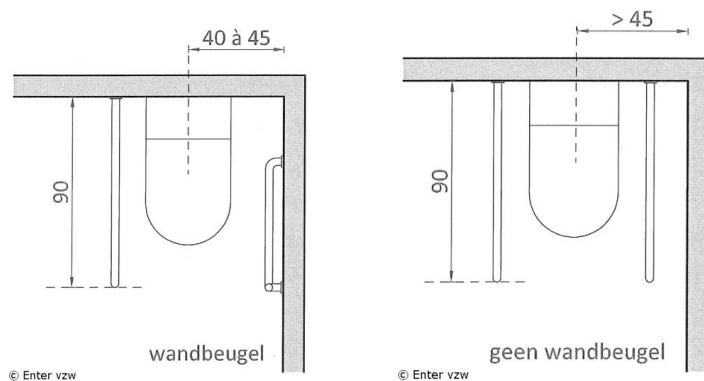
Afstand as toilet tot aanliggend wand

Omwille van de beperkte oppervlakte in de sanitaire cel zal het toilet vaak aanleunen tegen een wand of ander toestel. De minimale vrije draairuimte en vrije transferruimte die nodig is om handelingen uit te voeren moeten ook hier gerespecteerd worden.

De afstand van de as van de toiletpot tot de zijmuur bepaalt enerzijds de keuze van het type beugel, anderzijds zorgt deze afstand voor min- of meerdere mogelijkheden op vlak van hulpverlening.

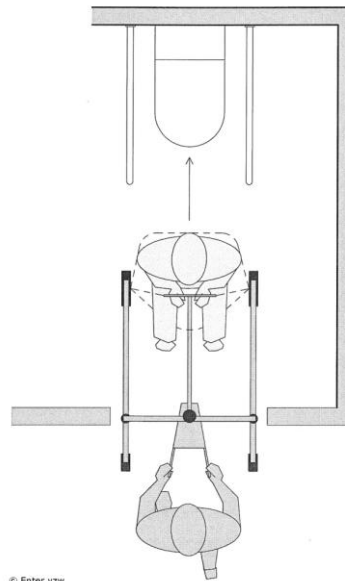
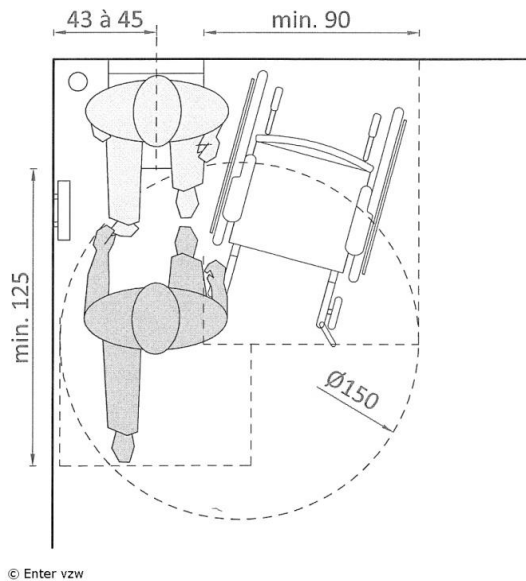
Keuze type beugels in functie van de afstand van de as van de toiletpot tot tegen de aanleunende wand:

- Als de as van het toilet tot max. 45 cm uit de zijwand geplaatst is, kan een vaste handgreep geplaatst worden.
- Bedraagt deze afstand meer dan 45 cm, dan moet een beugel (al dan niet opklapbaar) bevestigd in de achterwand geplaatst worden. In deze situatie ontstaat net wat meer ruimte om als hulpverlener op een beperkte ruimte naast de toiletpot te staan en hulp te bieden (zie verder).



Keuze voor een toiletpot met een bereikbaarheid aan twee zijden in functie van de zorgverlening:

- Een extra vrije ruimte naast de toiletpot (min. 65) zorgt voor staanplaats voor de zorgverlener of is inzetbaar om een transfer vanuit verschillende posities mogelijk te maken (min. 90 cm).
- Een vrije ruimte van min. 150 cm voor of naast de toiletpot zorgt ervoor dat er ruimte is om een rolstoel te plaatsen of te manoeuvreren met een verrijdbare tillift. Optimaal gezien is deze netto voorzien in de ruimte.



De mogelijkheid om de toiletpot met hulpmiddelen te bereiken vormt een belangrijk element voor de zorgverlening. Een goede bereikbaarheid maakt het makkelijker om ook hulpmiddelen te kunnen inzetten en zal ook extra handelingen vermijden. Optimaal gezien is de toegang naar de sanitaire cel gelegen recht tegenover de toiletpot. Op deze wijze kan de toiletpot recht bereikt worden (recht op recht benadering) met hulpmiddelen.

Beugels aan de toiletpot

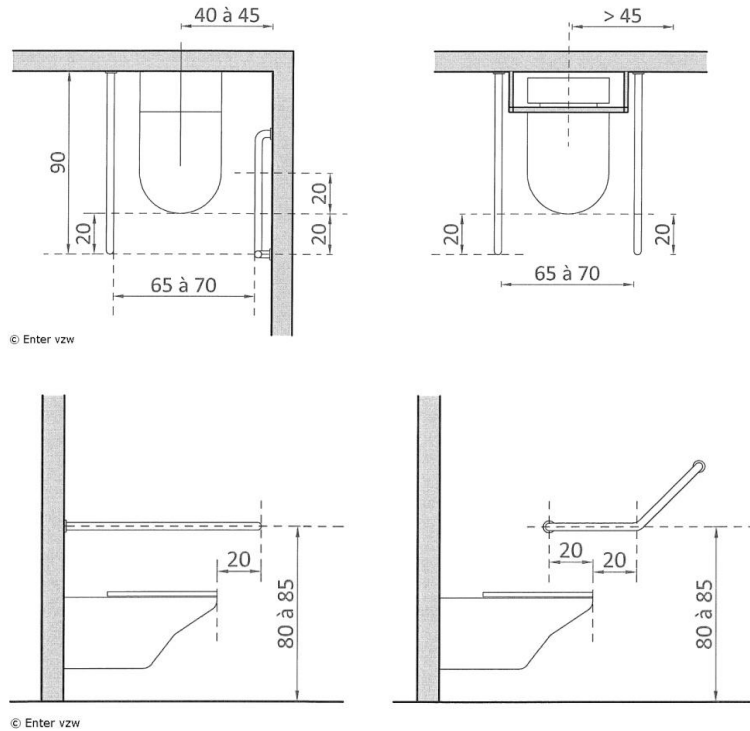
Een beugel kan dienen als ondersteuning bij zowel het gaan zitten, het zitten zelf als bij het opstaan van de patiënt. In een zorgsituatie is deze ondersteuning essentieel. Ook voor de zorgverlening is een beugel ondersteunend. In een sanitaire cel moet steeds aan beide zijden van het toilet een beugel geplaatst worden.

Naar vormgeving en uitvoering zijn er verschillende types van beugels bruikbaar. Ook het type beugel kan afdelingsspecifiek verschillen:

- 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.
- Steunbeugels, nastelbaar in de hoogte of wegneembaar. Dit laatste heeft als voordeel dat beugels nadien nog geplaatst kunnen worden indien dit nodig is.

Een goede plaatsing is van belang voor de bruikbaarheid:

- Een vaste horizontale beugel is steeds 20 cm voor en achter de voorzijde van de toiletpot aanwezig zodat een goede grijpzone voorzien is. Een opklapbare beugel is steeds 90 cm lang.
- Een hoogte van 80 cm ten opzichte van de vloer is algemeen voor iedereen een goede gebruikszone.
- De afstand tussen de beugels is steeds circa 65 à 70 cm.



Beugels aan een open zijde (niet aan een wand) moeten steeds vlot opklapbaar zijn om ruimte te kunnen creëren voor het uitvoeren van de transfer en/of hulp te kunnen verlenen.

Zithoogte van de toiletpot

De zitdiepte en –hoogte zorgen ervoor dat het toilet comfortabel bruikbaar is. In vergelijking met een aangepast bezoekerstoilet kan voor de zithoogte in een sanitaire cel, een verschillende uitvoering aangewezen zijn.

Een verhoogde zithoogte is beter bruikbaar voor de patiënt, maar ook bevorderlijk voor de zorgverlening. Rechtkomen en zitten op het toilet verloopt vlotter, de zorgverlener moet zich minder diep bukken. In functie van de afdelingsspecifieke gebruikers kan een aangepaste hoogte wenselijk zijn:

- Een zithoogte van 50 à 52 cm (inclusief toiletbril) wordt als standaard gebruikt voor rolstoeltoegankelijkheid en zorgverlening.
- Een zithoogte van 47 cm (inclusief toiletbril) is een comfortabele zithoogte voor de meeste andere gebruikers.

Let wel, deze aangepaste hoogtes aangewezen voor rolstoelgebruikers en voor ouderen worden door vele andere gebruikers als te hoog ervaren. Kleine mensen komen bijvoorbeeld niet met de voeten op de grond terwijl dit een vereiste is om stabiel te kunnen zitten (en evenwicht te bewaren). In principe is de ideale toilethoogte individueel te bepalen. Omwille van een vaste situatie in een sanitaire cel, moet de keuze dus altijd afgewogen worden in functie van het te verwachten gebruik.

4.1.3.3 Ruimte voor zorgverlening aan 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 patiënt als voor de zorgverlener. De douche moet ook steeds bereikbaar en

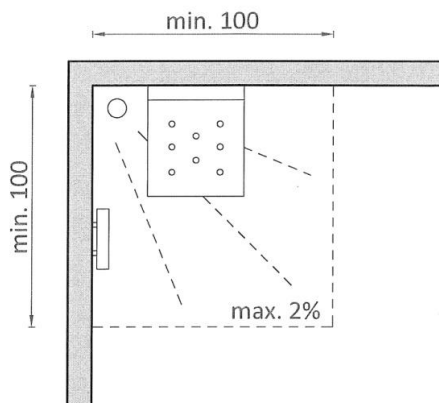
bruikbaar zijn met hulpmiddelen.

Ook kan deze zone voor douchen, indien niet gebruikt, multifunctioneel ingezet worden voor het plaatsnemen van een zorgverlener, het plaatsnemen van een rolstoel... in de ruimte.

Douchezone

Een douche is steeds drempelloos uitgevoerd. De natte zone van een drempelloze douche is de ruimte die afgescheiden is door een gordijn of wand en noemen we douchezone. Deze is ruimtelijk altijd:

- in een hoek van de ruimte geplaatst;
- gelijklopend met de omliggende vloer (drempelloos) uitgewerkt;
- min.100 cm x 100 cm groot.



De afvoer kan voorzien worden op verschillende manieren. Een afvoerputje in het midden van de douchezone kan hinder veroorzaken voor het plaatsnemen van de voeten.

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 zorgverlener.

Zowel in de sanitaire cel als in de gemeenschappelijke badkamer moet de vloer een antislip uitvoering hebben en mag deze geen oneffenheden vertonen. Een beperkte plaatselijke helling is nodig in functie van de afwatering. Het hellingspercentage is beperkt tot max. 2 % zodat dit geen hinder vormt naar stabiliteit voor de gebruiker of de zorgverlener. Ook voor het gebruik van verrijdbare hulpmiddelen zorgt deze helling ervoor dat deze nog blijven staan, zonder hiervoor de

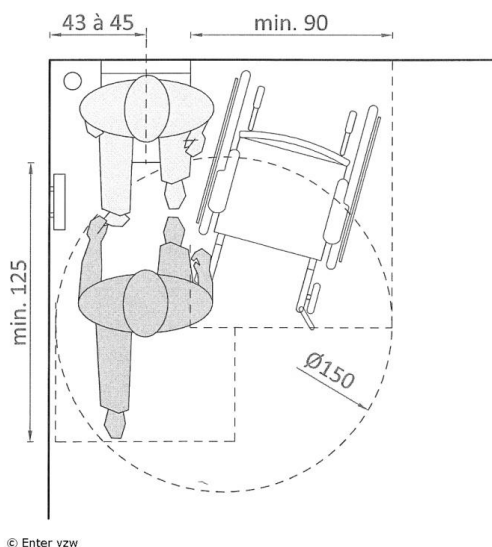
rem op te moeten zetten. Deze helling kan ervoor zorgen dat het water naar een centraal punt of naar één zijde kan aflopen.

Douchezit

De douche kan uitgerust worden met een vaste of een wegneembare douchezit. Als gekozen wordt voor een vaste douchezit is het belangrijk om de plaats ervan te bepalen ten opzichte van de douchekraan. Als gekozen wordt voor een verplaatsbare douchezit is het belangrijk om de wijze van ophanging om mogelijkheid tot plaatsing 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 wel op de aangrenzende wand. Zo blijft de kraan bereikbaar voor de patiënt of hulpverlener. De douchezit is zo geplaatst dat:

- de afstand van de as van de douchezit tot de wand 43 cm à 45 cm bedraagt;
- naast de douchezit een vrije ruimte (transferzone) van min. 90 cm aanwezig is;
- voor de douchezit een vrije zone van min. 125 cm aanwezig is t.o.v. andere toestellen om zorgverlening mogelijk te maken;
- ter hoogte van de douchezit een vrije ruimte met \varnothing min. 150 cm aanwezig is om met een rolstoel of tilhulpmiddel te kunnen manoeuvreren;



In een ideale situatie is de zijdelingse transferzone net zoals bij de toiletpot aanwezig vanaf de voorzijde van de douchezit tot tegen de achterliggende wand. Omwille van praktische en ruimtelijke redenen is dit echter in de meeste situaties niet haalbaar.

De hoogte van de douchezit bevindt zich tussen de 45 cm en 50 cm ten opzichte van de vloer. Er is steeds een voldoende groot zitoppervlak vereist voor het zitcomfort. Het zitoppervlak (exclusief bevestigingen, scharnieren ...) is min. 40 cm x 40 cm. Zeker voor ouderen of personen met een verminderd evenwicht 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 armsteunen zijn bevorderlijk voor een veiligheidsgevoel tijdens het zitten en bieden steun bij het rechtekomen.

Handgreep aan de douche

Een handgreep kan ook in een douche dienen als ondersteuning bij zowel het staan, het gaan zitten, het zitten zelf als bij het terug opstaan. Minstens aan de muurzijde is een handgreep voorzien.

Er zijn verschillende uitvoeringen mogelijk:

- 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.

Kraan en douchekop

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 zorgverlener minder nat wordt bij de bediening.

Let wel, aangezien de douche in de sanitaire cel het zelfstandig gebruik zolang mogelijk moet ondersteunen mag de afstand van de kraan ten opzichte van de douchezit niet te groot worden zodat men de kraan vanuit zit kan bedienen.

De hoogte van de kraan vereist eveneens extra aandacht. Voor zelfstandig gebruik is deze max. 90 cm (bovenzijde). Voor de hulpverlening is dit relatief laag waardoor een hoogte van 100 à 110 cm meer aangewezen is. Ook deze keuze kan afdelingsspecifiek gemaakt worden.

Een verplaatsbare douchekop, te bevestigen op een glijstang, is het meest aangewezen. Een vaste douchekop zorgt ervoor dat ook het koude of te warme 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.

4.1.4 Toegang tot de ziekenhuiskamer



De toegang tot de ziekenhuiskamer is een belangrijk aspect voor de organisatie en de bepaling van de afmeting van de ruimte. Naast rolstoeltoegankelijkheid zal bedtoegankelijkheid een bijkomend aandachtspunt vormen voor heel wat kamers.

De ruimtelijke kwaliteiten van een deur naar een kamer, die we in functie van toegankelijkheid nastreven, zorgen er voor dat ook de zorgverleners voldoende marge hebben voor het uitvoeren van handelingen. Zo moeten zorgverleners minder handelingen uitvoeren, met een groter gebruiksgemak en een snellere werking als meerwaarde.

Algemeen

De toegangsdeur tot een (ziekenhuis)kamer moet door een persoon zowel zelfstandig als met hulp bruikbaar zijn. Niet alleen de patiënt of de bezoeker, maar ook de zorgverlener moet vlot kunnen circuleren met hulpmiddelen, karren of een bed.

In principe lopen de basiscriteria gelijk aan de algemeen omschreven elementen met betrekking tot de andere (toegangs)deuren:

- voldoende vrije doorgangsbreedte en hoogte;
- goede bereikbaarheid (zijdelingse opstelruimte);
- goede gebruiksruimte of manoeuvreerruimte voor en na de deur;
- hanteerbaarheid van de deurkruk;
- eventueel noodzakelijk functiegebonden toevoegingen.

Let wel, omwille van het belang van beddenvervoer zullen een aantal punten meer aandacht vragen.

Toegangsdeuren worden op plan meestal zeer eng ten opzichte van een wand ingeplant. In de praktijk kan dit problemen geven bij de opening van de deur. Doordat deze niet volledig kan openen bijvoorbeeld door jassen die achter de deur hangen, kan de deur niet volledig open en is de volledige vrije doorgangsbreedte van de deur niet aanwezig. Hierdoor zal men hinder ondervinden tijdens de passage.

Ook de vrije hoogte van een kamerdeur is van belang voor passage met bijvoorbeeld grotere hulpmiddelen of een infuusstandaard die eventueel op een bed geplaatst zijn. In een ideale situatie wordt de vrije doorgangshoogte opgetrokken tot min. 215 cm.

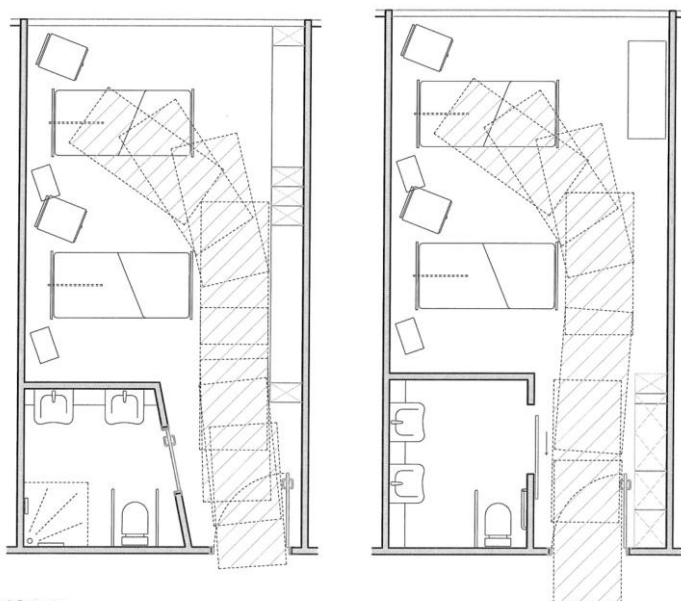
De algemene toegankelijkheid van de toegangsdeur is concreter beschreven onder:

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

Vormgeving toegangszone

De vormgeving van het toegangssas is afhankelijk van de verschillende keuzes die men kan maken.

Bijkomend op de rolstoeltoegankelijkheid zal in ziekenhuiskamers waar beddenvervoer primeert de breedte van het deurblad opgetrokken worden van 98 à 103 cm naar een breedte van 113 à 123 cm. Dit heeft een grote impact op de vormgeving van de toegangszone.

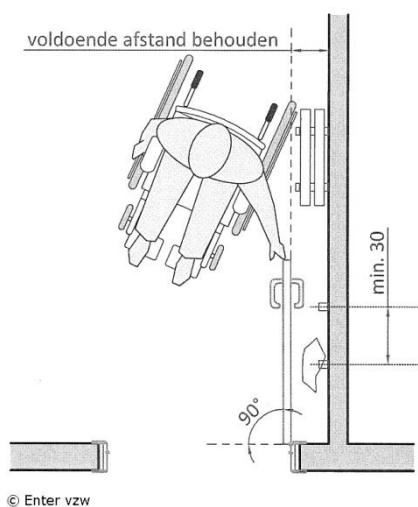


© Enter vzw

Bij beddenvervoer moet ruimte aanwezig zijn om de nodige bewegingen te kunnen uitvoeren om de deur te kunnen bereiken. Er moet bij beddenvervoer bijvoorbeeld tussen het meubilair en een ander bed doorgereden worden. De positie van de deur ten opzichte van de algemene organisatie van de kamer zal hierbij van belang zijn.

Zeker wanneer men in deze zone ook een kapstok, een kast of enkele opklapstoelen wil voorzien moet hiermee reeds vroeg in het ontwerp rekening gehouden worden. De combinatie van deze elementen zal er in de meeste gevallen namelijk voor zorgen dat de vrije doorgang van de deur vaak niet recht op recht gesitueerd zal zijn ten opzichte van de overige circulatiezones in de kamer.

Achter de deur, tussen de deur en de wand, moet altijd een marge aanwezig zijn zodat het volledig openen van de deur niet gehinderd is door jassen, kasten of andere elementen.



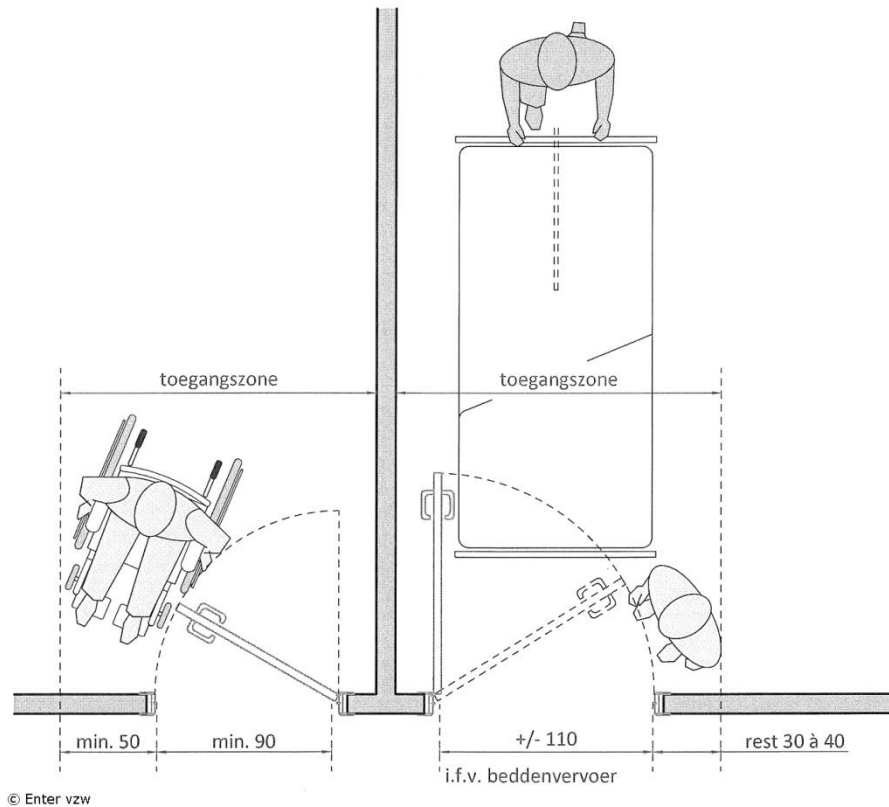
Een afgeschuinde wand van de sanitaire cel zal enerzijds bij aankomst een beter zicht geven op de verblijfszone, maar ook ruimtelijk wat meer marge geven voor het uitvoeren van manoeuvres bij het verplaatsen van een bed naar de gang.

Invloed beddenvervoer op de zijdelingse opstelruimte

Een standaardkamer heeft over het algemeen een opbouw waarbij aan de gangzijde de toegangszone gecombineerd wordt met de sanitaire cel. Als men een beperkte asmaat wil behouden zorgt dit ervoor dat twee ruimtelijk kritieke zones naast elkaar komen te liggen. Met het oog op functionaliteit mag geen enkele van deze zones deel uitmaken van een compromis.

De kamerdeur moet altijd bruikbaar zijn door een bezoeker of patiënt die gebruik maakt van een hulpmiddel zoals een looprek, rolstoel of door een zorgverlener die gebruik maakt van een vrijrijbaar tilsysteem. De zijdelingse opstelruimte in combinatie met de nodige manoeuvreerruimte rond de deur zijn daarvoor de meest essentiële elementen.

Zoals we al aanhaalden zal in ziekenhuiskamers waar beddenvervoer primeert de deurbreedte opgetrokken worden. Om ook in functie van toegankelijkheid een goede bereikbaarheid van de deur te garanderen is de zijdelingse opstelruimte (min. 50 cm) nodig. We zien dat de toegangszone door deze combinatie met een gemiddelde breedte van 20 à 25 cm toeneemt.



Om ruimtelijk de asmaat van de kamers te kunnen beperken sluit men meestal compromissen. In de meeste gevallen valt de zijdelingse opstelruimte spijtig genoeg volledig weg. Dit is een keuze die in het voordeel van de toegankelijkheid van de sanitaire cel en in de verhouding van de oppervlakte van de kamer opgaat, echter niet in functie van de bruikbaarheid van de deur.

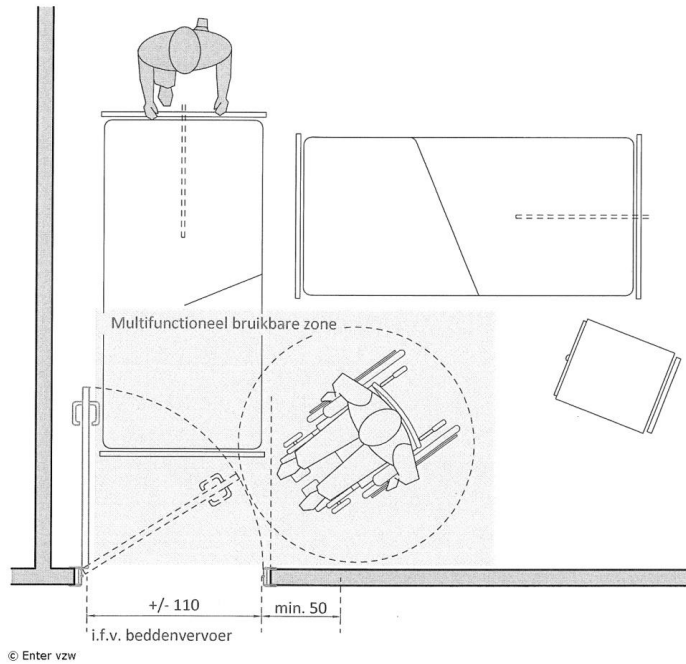
Het oplossen van dit probleem begint steeds bij de algemene organisatie van de kamer. De keuzes die men maakt voor de verschillende onderdelen zoals de ligging en het type sanitaire cel met de toegang er naartoe of de oriëntatie van de kamer ten opzichte van de gangzijde zullen sterk bepalend zijn.

Een uitvoering van de toegang die rekening houdt met alle toegankelijkheidscriteria is uiteraard het meest aangewezen. Lukt dit niet, dan zijn er een aantal oplossingen die een minimaal gebruikscomfort behouden.

Locatie van de sanitaire cel

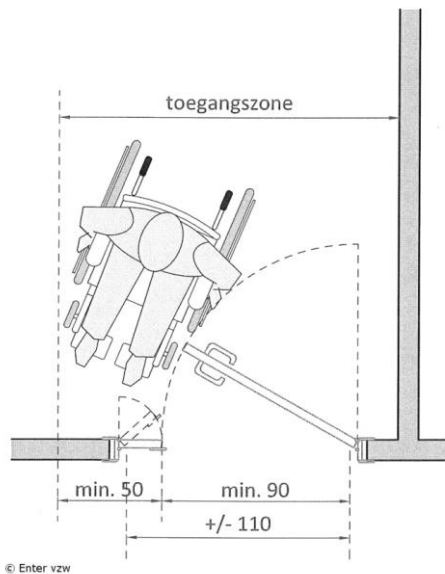
Het verplaatsen van de sanitaire cel naar een andere positie ten opzichte van de verblijfszone van de kamer, zorgt ervoor dat de toegangszone meer gebruikruimte krijgt.

Een aandachtspunt blijft steeds de beschikbare ruimte ter hoogte van de deur ten opzichte van het eerste bed.



Deurgeheel met twee deurvleugels

Zeker voor kamers waar het beddenvervoer belangrijk is maar niet dagelijks voorkomt kan het gebruik van een deurgeheel met twee asymmetrische deurvleugels een oplossing geven.



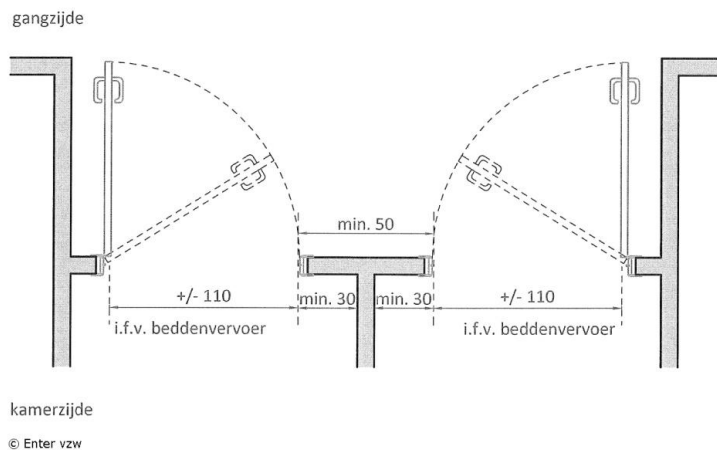
De breedste deurvleugel voorziet een minimale vrije doorgangsbreedte en is bijgevolg rolstoeltoegankelijk. De tweede vleugel zorgt ervoor dat de zijdelingse opstelruimte, behouden blijft en dat een grotere opening voor het beddenvervoer aanwezig is door deze deurvleugel bijkomend te openen.

Wijziging van de draairichting van de deur

Bij het opentrekken van een deur moeten we meer handelingen en bewegingen uitvoeren dan bij het openduwen. Dit ligt vooral aan de bereikbaarheid van de deurklink en het belang om de deur naar zich toe te kunnen trekken zonder zich hierbij te veel te moeten verplaatsen. Het deurblad moet

zijdelings naast de persoon door kunnen draaien. De trekzijde van de deur is daarom de meest cruciale zijde voor de ruimtelijke eisen.

Omwille van organisatie in kamer en vooral om de hinder van de openstaande deuren in de gang te beperken ligt de trekzijde meestal aan de kamerzijde. Door de draairichting van de deur te wijzigen in combinatie met een gespiegelde opstelling van de kamer blijft meer vrije ruimte over. De trekzijde van de deur komt aan de gang te liggen waar de zijdelingse opstelruimte volledig aanwezig is. Aan de binnenzijde blijft een beperkte opstelruimte aanwezig.



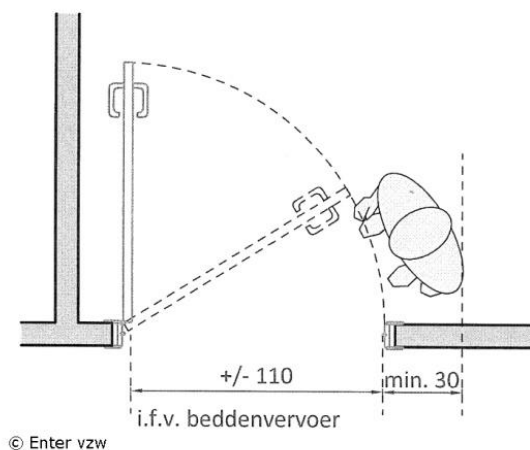
Belangrijk is echter wel dat de opendraaiende deur de passage en het gebruik van de gang niet hindert. De gang plaatselijk laten inspringen is hiervoor een mogelijke oplossing. In heel wat ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van deze zone om ook alle attributen met betrekking tot handhygiëne te voorzien.

Beperking van de zijdelingse opstelruimte

Deuren van een kamer draaien in de meeste gevallen naar binnen open om de gang vrij te houden van obstakels. Om een minimale bereikbaarheid en bruikbaarheid te garanderen kan de zijdelingse opstelruimte niet volledig weggelaten worden. Een vrije zone van min. 30 à 35 cm moet steeds behouden blijven.

Deze maatvoering zorgt ervoor dat voor een doorsnee persoon de deurkruk nog bereikbaar blijft, weliswaar met de noodzaak om meer handelingen te maken:

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)



Let op, dit is nooit een oplossing die voor 100% de functionaliteit en de toegankelijkheid ondersteunt omdat aan de kamerzijde geen volwaardige zijdelingse opstelruimte aanwezig is. Voor een persoon die gebruik maakt van een rolstoel of loophulpmiddel is deze ruimte te beperkt. Ook zorgverleners geven aan dat een beperkte zijdelingse opstelruimte niet toelaat om vlot te kunnen handelen.

Automatisatie van de deur

Een geautomatiseerde deur stelt geen eisen aan de zijdelingse opstelruimte en de manoeuvreerruimte.

Door een druk op een bedieningsknop of het passeren van de sensor opent de deur. Het gebruik van een sensor als toepassing in een (patiënten)kamer verdient echter om heel wat praktische redenen geen aanbeveling.

De plaats van de bedieningsknop vormt een belangrijk aandachtspunt. Deze is nabij de deur en goed bereikbaar, buiten de deurzwaai van de deur voorzien.

Volgende aandachtspunten zijn bovendien van belang bij de keuze van dit principe:

- Als de deur in de richting van de kamer draait kan het aankondigen van de opengaande deur belangrijk zijn om botsingen te voorkomen.
- De logische bedieningswijze en ook het gebruik voor personen die minder vlot zijn van begrip is van belang.
- De deur moet voldoende lang open blijven vooraleer ze opnieuw sluit.
- Een nadeel, zeker in een private kamer, is het geluid van het mechanisme dat de deur opent en sluit.

Daarnaast moet ook de hoge kostprijs van geautomatiseerde deuren en het belang van periodiek onderhoud overwogen worden. In de meeste ziekenhuizen wordt dit systeem voor sommige kamers zoals bijvoorbeeld isolatiekamers wel gebruikt, maar meestal niet bij allemaal.

Meer aanbevelingen met betrekking tot de bediening van de automatische deuren en de plaats van de bedieningsknop zijn opgenomen in:

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

[Horizontaal circuleren \(binnenruimten\) >>](#)

4.2 Algemene ruimten in ziekenhuizen

De toegankelijkheidsdoelstellingen van de functies in de publieke zone van het gebouw zouden moeten aansluiten aan deze van elk ander publiek gebouw. Dit wil zeggen dat bijvoorbeeld een cafetaria in een ziekenhuis dezelfde doelstellingen moet bereiken als een cafetaria in een sporthal of dat een onthaalfunctie dezelfde criteria moet halen als deze van een bibliotheek of gemeentehuis.

Heel wat ziekenhuizen bestaan niet uit één gebouw, maar uit een gebouwencomplex met meerdere gebouwen op één domein. Elk thema kan voor elk deel van het complex of de site in zijn geheel toegepast worden. Bij een gebouwencomplex vormt het circuleren door het domein of op de site een extra aandachtspunt.

Binnen dit deel focussen we op volgende thema's:

[Parkeervoorzieningen >>](#)

[Circuleren in en rond het gebouw >>](#)

[Toegang tot het gebouw >>](#)

[\(Onthaal\)balies >>](#)

[Wachruimten >>](#)

[Bezoekerssanitair >>](#)

[Ontvangst-, en consultatieruimten >>](#)

[Omkleedruimten >>](#)

[Signalisatie >>](#)

Naast deze basisthema's zijn er nog heel wat andere functies van belang voor een goed ontwerp. Voorbeelden hiervan zijn onder andere de commerciële ruimte, de cafetaria en de ziekenhuisbibliotheek die meestal standaard aanwezig zijn.

Deze ruimten zijn niet specifiek opgenomen in de bundel. Meer algemene aanbevelingen en ontwerpcriteria (maatvoering, principes, voorbeelden ...) voor deze ruimten zijn terug te vinden in het 'Handboek toegankelijkheid van publieke gebouwen' op de website www.toegankelijkgebouw.be.

4.2.1 Ankerpunten voor psychiatrische ziekenhuizen

In de inleiding van deze inspiratiebundel maakten we een onderscheid tussen de toegankelijkheid van algemene en universitaire ziekenhuizen ten opzichte van psychiatrische ziekenhuizen.

Hoewel bij deze laatste gebouwen heel wat zaken een gedifferentieerde benadering of uitvoering vragen, konden we vaststellen dat de basisprincipes en doelstellingen van een aantal thema's in principe niet verschillen. Hieronder geven we een aantal ankerpunten weer die kunnen helpen bij de toepassing van de aanbevelingen. Het algemene deel met betrekking tot de achtergrond van toegankelijkheid in psychiatrische ziekenhuizen is opgenomen onder:

[Psychiatrische ziekenhuizen >>](#)

Bruikbare thema's voor publieke ruimten

De meeste gebouwonderdelen zoals onthaal, circulatie, signalisatie ... uit het publieke deel van de psychiatrische gebouwen zijn vergelijkbaar zonder dat een gedifferentieerde benadering nodig is, waaronder:

[Parkeervoorzieningen >>](#)

Ook voor parkeervoorzieningen van een psychiatrisch ziekenhuis is de aanwezigheid van differentiatie in het aanbod van belang. De aanwezigheid van een openbaar vervoershalte nabij de toegang of de onthaalfunctie, en het best op het terrein zelf is van prominent belang.

[\(Onthaal\)balies >>](#)

[Circuleren in en rond het gebouw >>](#)

[Wachtruimten >>](#)

De onthaalfunctie is meestal op één centrale locatie gelegen. Bezoekers melden zich centraal aan en verplaatsen zich via gangen of buitenpaden naar een specifieke leefgroep. Wachtruimten zijn vaak zeer beperkt aanwezig.

Het circuleren in en rond gebouwen zal een belangrijk aspect zijn van een psychiatrisch ziekenhuis. Niet alleen voor de bezoeker, maar ook voor het dagelijks leven van de patiënt. Drempelloosheid, zowel voor buiten- als binnenruimten, is dan ook voor dit type ziekenhuizen van groot belang. Dit heeft zowel invloed op het fysieke en het cognitieve aspect van een bezoek of verblijf.

[Toegang tot het gebouw >>](#)

[Signalisatie >>](#)

Omwille van het belang van gescheiden entiteiten, met het oog op verschillende ziektebeelden, zijn meestal meerdere gebouwen en dus afzonderlijke kleinere toe- of uitgangen aanwezig. Niet alleen het vlot terugvinden van het gebouw, maar ook de locatie van de toe- of uitgang vormt een aandachtspunt. Zorg voor goede signalisatie zowel binnen als buiten zodat iedereen vlot zijn weg kan vinden en de verschillende toegangen duidelijk zichtbaar zijn.

[Bezoekerssanitair >>](#)

[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

Gewoonlijk komen, net zoals bij een algemeen ziekenhuis, doorheen het hele complex hier en daar sanitaire ruimten voor bezoekers voor. Het bedienen van toestellen en apparaten komt minder vaak voor maar vraagt op sommige plaatsen een gelijke aandacht.

Private ruimten

Met betrekking tot de meer private delen, zoals de gemeenschappelijke leefruimten van de leefgroepen en de private kamers van patiënten, is er een grotere kloof tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen.

Meer dan in een algemeen ziekenhuis, moeten de afdelingen eerder een thuisvervangend dan een medisch behandelend karakter hebben en komt het woonaspect hier meer naar voor. Om een goede toegankelijkheid te garanderen vraagt dit een meer gebouw- en gebruikspecifieke benadering.

Omdat dit concreter onderzoek meer tijd en overleg met de sector vraagt, konden we dit binnen niet mee opnemen in de huidige bundel.

4.2.2 Parkeervoorzieningen

4.2.2.1 Parkeervoorzieningen algemeen



Parkeren is omwille van het eisenprogramma een complex gegeven. Door heel wat ziekenhuisbezoekers wordt het als knelpunt en bron van frustratie aangegeven.

Het gaat dan niet alleen om de aangepaste parkeerplaatsen maar ook om alle andere elementen zoals de beperkte breedte van de standaard parkeerplaats, de organisatie van de toegangspaden, het gebruik van de bedieningselementen zoals een slagboom of betaalautomaat, het afwezig zijn van een voorrijdmogelijkheid ... tot het niet aanwezig zijn van een halte voor het openbaar vervoer.

Door de grote parkeerdruk gaan mensen wild parkeren of nemen onterecht parkeerplaatsen in. Het gevolg hiervan is een grote ontevredenheid van de andere bezoekers.

De toegankelijkheid van de parkeervoorzieningen vraagt dus meer aandacht dan het louter voorzien van voldoende en goede aangepaste parkeerplaatsen voor personen met een beperking.

Complexiteit door diversiteit

Omwille van de grote diversiteit aan gebruikers vraagt het ontwerp en de uitvoering van de parkeervoorziening van een ziekenhuis een meer specifieke benadering dan elk ander publiek gebouw.

Door de verschillende manieren waarop de bezoeker naar het ziekenhuis komt, moeten alle vervoerswijzen als prioritair worden aanzien. Hoewel de wagen als dominant vervoersmiddel wordt gebruikt moet er ook aandacht zijn voor fietsers en het gebruik van het openbaar vervoer. Voor het bereiken van een toegankelijk aanbod moet elk onderdeel van de parkeervoorziening:

- bereikbaar zijn (locatiebeleid)
- leesbare ruimten voorzien
- als oriëntatiepunt fungeren
- structuur geven aan het gebouw en de omgeving

Naast de verschillende vervoerswijzen zijn er ook heel wat verschillende doelgroepen die gebruik maken van de parkeervoorzieningen:

- bezoekers van het gebouw waaronder:
 - o patiënten voor een consultatie, een daghospitalisatie (o.a. periodieke behandeling) of een langer verblijf;
 - o bezoekers algemeen.
- personen met een medische hoogdringendheid zoals artsen, hulpdiensten, bezoekers spoed;
- personeel, toelevering, afvoer ...

Niet overal zijn deze partijen volledig van elkaar gescheiden of even gestructureerd georganiseerd. Elke groep zal eigen belangen en noden hebben.

Parkeerplaatsen variëren

Het grootste deel van de parkeervoorziening wordt ingenomen door wagengebruikers. Het aanbod (aantal, type, locatie) en de gebruiksmogelijkheden bepalen de tevredenheid van de gebruiker.

Daarom moet het aanbod afgestemd zijn op een ruimer gemiddelde (verschillende noden) zodat een groter marge van gebruiksmogelijkheden gegarandeerd is. Voorzie een evenwichtige variatie met:

- een voorrijdmogelijkheid
- standaard parkeerplaatsen
- voldoende comfort parkeerplaatsen
- voldoende aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaatsen

Niet in elke situatie zal de ideale oplossing mogelijk zijn bijvoorbeeld omwille van omgevingsfactoren (beperkte ruimte). Compromissen zullen altijd moeten worden gemaakt. Wel is het belangrijk om de gevolgen van de gemaakte keuzes zo goed mogelijk op te vangen binnen een toegankelijke en aanvaardbare oplossing.

Een masterplan kan dit al vanaf de ontwerpfase in goede banen leiden. De studie van de situatie en de noden zal een duidelijker beeld geven en van daaruit kan dan een gepast en toegankelijk parkeerplan opgesteld worden.

Bediening van slagboom en automaten

Heel wat parkeervoorzieningen zijn betalend. Het gevolg is een slagboom bij het in- en uitrijden (ticket of munt nemen of insteken) en een betaalautomaat. .

Men moet rekening houden met het feit dat niet iedereen, waaronder de modale bezoeker, de gleuven om kaartjes, briefjes of munten in te voegen kan bereiken. Iets bedienen vraagt een handeling waarbij de handfunctie centraal staat.

Toegang tot de parking

De bediening van slagbomen is voor de meeste bezoekers niet evident. Wagens hebben heel wat verschillende vormen en maten en ook niet iedereen stuurt even precies tot aan de automaat.

Het voorzien van knoppen en gleuven op een verschillende hoogte kan al een oplossing zijn. Ook de aanwezigheid van een aparte inrit met andere bedieningshoogte is een optie. Voor de bediening van slagbomen is een aangepaste wagen qua afmetingen vergelijkbaar met een volumewagen of kleine bestelwagen. De zithoogte is doorgaans hoger, de bedieningshoogte van de bestuurder bijgevolg ook.

Knoppen mogen ook niet te klein en daardoor nauwelijks bruikbaar zijn.

Slagbomen worden best standaard uitgerust met een oproepsysteem zodat een bemande post bereikt kan worden indien hulp gewenst is. Zowel een auditieve als een visuele wijze van communicatie moet mogelijk zijn.

Bediening betaalautomaten

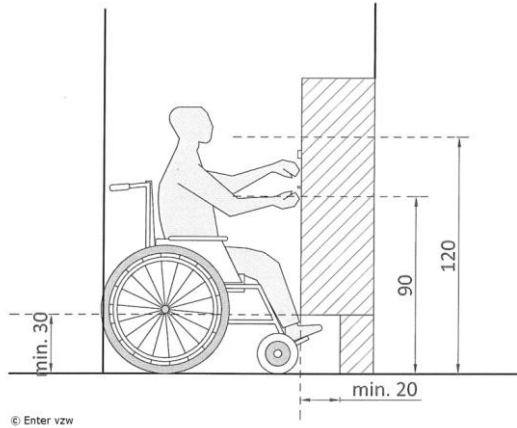
De plaats en de hoogte waar knoppen en gleuven voorzien zijn op een betaalautomaat zijn zeer belangrijk. Het bepaalt de mogelijkheid om het toestel of element te bedienen.

Voor het bedienen van toestellen en apparaten moeten we steeds uitgegaan van de bedieningshoogte en reikzone van de gemiddelde gebruiker als referentie:

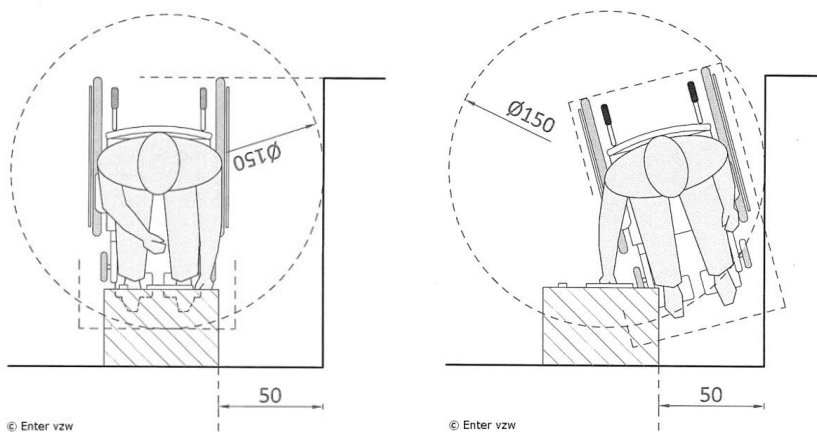
[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

Bediening van het toestel mogelijk maken op verschillende niveaus (hoog – laag) vergroot bovendien de keuzemogelijkheid en dus bijgevolg ook de bruikbaarheid. Knoppen, aanraakscherm en gleuven worden geplaatst binnen de gemiddelde reikhoogte en op een goede bedieningshoogte. Dit wordt ondersteund door ze minstens beperkte onderrijdbaar te maken.



Betaalautomaten zijn drempelloos bereikbaar en staan niet in de hoek opgesteld. Aan beide zijden is er minimum 50cm vrije ruimte. In veel gevallen moeten rolstoelgebruikers de automaten vanuit een meer zijdelingse positie bedienen.



Er is min. 1 automaat (best allemaal) volledig onderrijdbaar uitgevoerd. Vóór de automaten is er voldoende vrije ruimte. Niet alleen om een aantal wachtende personen op te vangen, maar ook zodat rolstoelgebruikers een vrije draairuimte hebben. Deze zone is gelegen buiten de circulatieroutes.

De handelingen of stappen die men moet uitvoeren om te kunnen betalen zijn eenvoudig en intuïtief bruikbaar. Digitale schermen moeten voldoende contrast bieden met een goed leesbare en begrijpbare inhoud:

[Bewegwijzerings- en informatieborden >>](#)

Voorzie automaten altijd op verschillende locaties zodat bezoekers niet de hele weg terug moeten tot bijvoorbeeld de inkomhal wanneer ze vergeten te betalen. Zijn ze voorzien in een lift- of trappenhall, dan is ook daar voldoende ruimte voorzien zodat andere bezoekers er nog vlot kunnen passeren.

Aansluiting op de omgeving en het gebouw

Meer dan voor andere gebouwen vormt het openbaar vervoer een pijler voor de bereikbaarheid. Heel wat bezoekers beschikken namelijk niet over een wagen. De aanwezigheid van een openbaar vervoershalte is onmisbaar. Is ze net zoals de voorrijdmogelijkheid nabij de toegang tot het ziekenhuis (op eigen terrein) gelegen dan is dit een grote meerwaarde.

Niet iedereen kan zich even snel verplaatsen of heeft eenzelfde reactievermogen. Er moet daarom ook oog zijn voor het aspect veiligheid. Op regelmatige basis voetgangerszones en doorgangen tussen de geparkeerde wagens voorzien zal loopafstanden beperken, veilige loopzones garanderen en de ruimten structureren.

Ook de verlichting van parkeervoorzieningen is een belangrijke factor. Zeker voor ondergrondse parkeergarages is dit een belangrijk aandachtspunt.

Niet alleen hoe we circuleren tussen wagens of langs invalswegen, maar ook de aansluiting op volgende elementen is van belang:

- een obstakelvrije routes naar de toegang tot het gebouw;
- vlot bruikbare toegangspaden, deuren, trappen en liften als die deel uitmaken van de route.

De meeste ziekenhuizen hebben complexe en vrij grote parkeervoorzieningen. Signalisatie is daarom van essentieel belang. Niet alleen ter ondersteuning van de routes naar en van de ziekenhuisdiensten maar ook voor het kunnen terugvinden van de eigen parkeerplaats.

Maak gebruik van systemen zoals bijvoorbeeld het nummeren van de plaatsen, een combinatie van kleuren en symbolen om de herkenbaarheid van de locatie of verdieping kenbaar te maken ...

Heel wat elementen die hiertoe bijdragen zijn opgenomen in de volgende hoofdstukken:

[Toegangspaden \(buitenruimten\) >>](#)

[Horizontaal circuleren \(binnenruimten\) >>](#)

[Verticaal circuleren \(binnenruimten\) >>](#)

[Signalisatie >>](#)

4.2.2.2 Voorrijdmogelijkheid



Een voorrijdmogelijkheid fungeert als een 'kiss and ride' zone bij een stationsgebouw.

Niet iedereen is in de mogelijkheid om lange afstanden af te leggen. Mensen toelaten om nabij de toegangsdeur in- en uit te stappen, iemand af te zetten of op te halen is voor een ziekenhuis een essentiële functie.

Parkeren kan op die manier in fasen verlopen (iemand afzetten aan de toegang, parkeren, naar de toegang terug gaan). Het vergemakkelijkt het gebruik van het gebouw niet alleen voor personen met een beperking maar ook voor kinderen, zwangere vrouwen of personen met een tijdelijke beperking, patiënten of ouderen.

De voorrijdmogelijkheid is ruimtelijk een onderdeel van de parkeervoorziening. Omwille van het doel is ze echter altijd rechtsreeks verbonden aan de toegang tot het gebouw.

Beperkte loopafstand

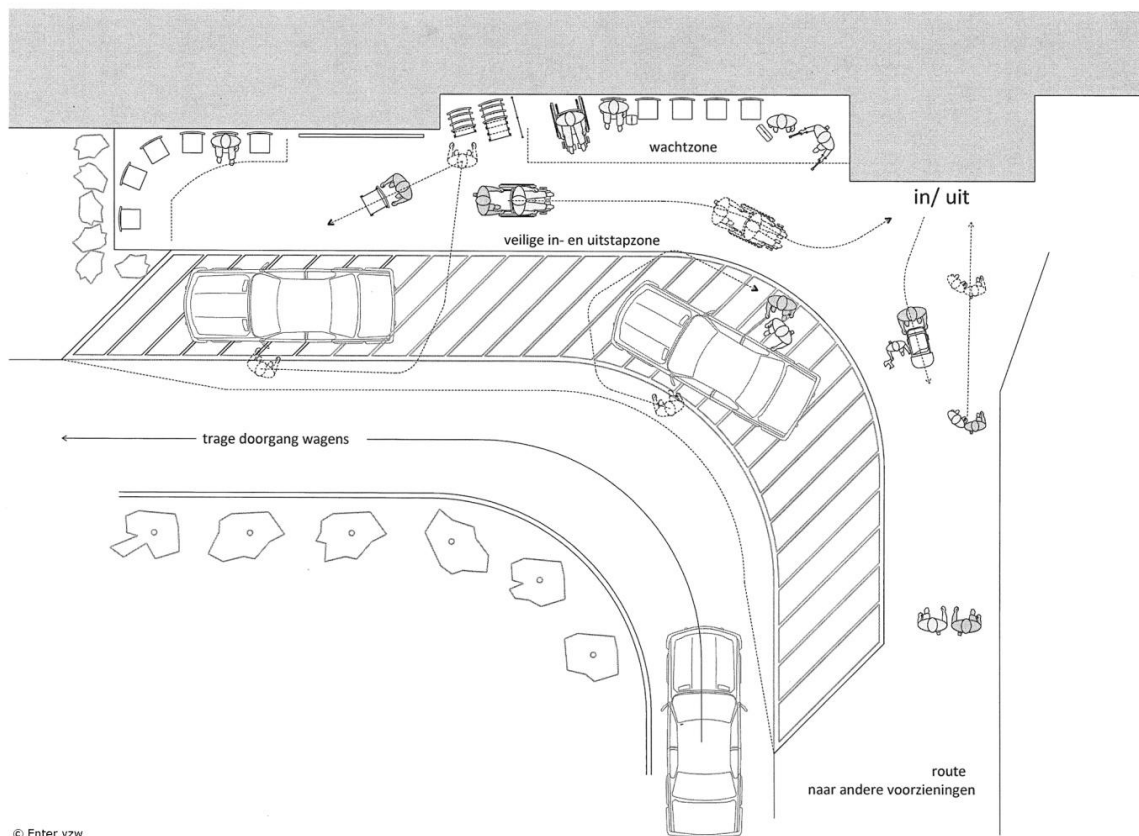
De doelstelling van een voorrijdmogelijkheid is loopafstanden beperken. Dit betekent dat je iemand kan ophalen of afzetten aan de toegangsdeur of binnen een zone van max. 10 à 15 m loopafstand.

De zone waar mensen in en uit de wagen stappen is zo gelegen dat ze rechtstreeks aansluit bij de (hoofd)toegang, maar de bezoekersstroom vanuit andere locaties niet kruist of hindert.

Voldoende gebruiksruimte

Ter hoogte van de uit- en instapzone is er voldoende ruimte aanwezig voor heel wat verschillende handelingen en activiteiten. Alle gebruiksruimten zijn gelegen buiten de circulatieroutes en houden rekening met:

- plaats voor rechtstaande wachtende personen;
- plaats voor vaste zitelementen om plaats te nemen tijdens het wachten;
- voldoende ruimte voor het plaatsen van spullen, het opstellen van rolstoelen (die vanuit het ziekenhuis aangeboden worden) en taxipalen;
- voldoende vrije circulatieruimte om de aankomstzone te betreden of te verlaten;
- een veilige zone voor in en uitstappen van zowel bestuurder als passagier en manoeuvreerruimte om iemand in- en uit de wagen te kunnen helpen;



© Enter vzw

Het is niet de bedoeling dat de voorrijdzone correct afgemeten en afgetekende ruimte voorziet. Het geheel moet zichzelf uitwijzen en marge mogelijk laten zodat er bijvoorbeeld zonder hinder een beperkte wachtrij kan ontstaan.

De zone waar de wagens halt houden is voldoende ruim in de lengte zodat er meer dan één wagen tegelijk kan halt houden en er over de volledige lengte een veilig in- en uitstapzone aanwezig is. Gemiddeld kan de lengte een veelvoud zijn van de lengte van een standaard parkeerplaats.

Let wel, bij veelvuldig gebruik van wagens met een liftsystemen is extra ruimte achter of zijdelings aan de wagen noodzakelijk en is het belangrijk rekening te houden met de maatvoeringen van een aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaats:

[Aangepaste \(en voorbehouden\) parkeerplaats >>](#)

Aandachtspunten voor comfort

Een aantal elementen zorgen ervoor dat de voorrijdzone ook een aangename plek is om te wachten:

- de bezoeker houdt een overzicht op de voorrijdmogelijkheid en de toegang zodat hij het aankomend verkeer kan opmerken en herkennen;
- het is optimaal gezien een overdekte in- en uitstapzone en wachtzone;
- de voorrijdzone sluit drempelloos aan op het toegangspad of te toegang tot het gebouw;
- er is aandacht voor de keuze en het aantal zitelementen. Soms moet je namelijk iets langer wachten op een begeleider.

Deze zone leent zich ook om eventueel een aantal comfortplaatsen met een beperkte gebruikstijd voor bijvoorbeeld patiënten, een aantal aangepaste en/ of voorbehouden parkeerplaatsen te voorzien.

Denk eraan een deel van de voorrijdzone permanent te reserveren voor ziekenvervoer of diensten aangepast vervoer. Ook voor hun passagiers is een beperkte loopafstand van belang. Vaak krijgt de gebruiker begeleiding tot in de inkomhal zodat deze vanaf daar beroep kan doen op bijvoorbeeld assistentie vanuit het ziekenhuis.

4.2.2.3 Standaard en comfort parkeerplaats



Een parkeervoorziening moet zoveel mogelijk parkeerplaatsen aanbieden. Standaard parkeerplaatsen zijn daarom vaak zeer smal bemeten. Het gebruik ervan is daardoor niet voor iedereen even gemakkelijk.

Een comfort parkeerplaats is een 'light'-versie van een aangepaste parkeerplaats. Ze zijn breder en bedoeld voor elke persoon die om welke reden dan ook meer ruimte nodig heeft om in en uit de wagen te stappen. Ze speelt vooral in op de vraag van die personen die geen gebruik kunnen maken van een aangepaste parkeerplaats maar omwille van een tijdelijke situatie extra noden hebben die het gebruik van een standaard parkeerplaats bemoeilijken.

Gekende voorbeelden van comfortplaatsen zijn onder andere 'voorbehouden voor mama en kind', 'kort parkeren' of de voorrijdmogelijkheid. Dit aanbod zou zeker voor ziekenhuisgebouwen nog beter uitgewerkt kunnen worden om zo het standaard aanbod te verruimen. Zeker voor welzijns- en gezondheidsgebouwen brengen ze een grote meerwaarde.

Knelpunt voor standaard parkeerplaatsen

Ziekenhuisgebouwen hebben altijd nood aan parkeerplaatsen die vlot bruikbaar zijn voor elke bezoeker of patiënt. Omwille van bepaalde ziektebeelden, specifieke behandelingen of tijdelijke situaties kan niet elke bezoeker of patiënt even vlot handelen. Een standaard parkeerplaats geeft hen op dat moment te weinig gebruikscomfort.

Elementen waarvan bezoekers en patiënten aangeven dat ze een grote meerwaarde betekenen voor het gebruikscomfort van een parkeerplaats zijn onder andere:

- een grote gebruiksruijme krijgen om in en uit te stappen, voornamelijk in de breedte;
- het voorbehouden zijn van parkeerplaatsen ook voor andere personen dan personen met een beperking, zoals bijvoorbeeld voor een specifieke groep patiënten;
- meer plaatsen die een korte gebruikstijd toelaten (parkeren en snel terug weg);
- meer plaatsen die een beperktere loopafstand hebben naar de toegang of afdeling.

Deze argumenten geven aan dat het belangrijk is een goede variatie aan te brengen binnen de parkeervoorziening. Naast voldoende aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaatsen kan het voorzien van comfortplaatsen al een goede oplossing zijn.

Dit principe is gekend bij parkeervoorzieningen voor grotere commerciële gebouwen of handelszaken maar heeft nog te weinig bekendheid voor andere types gebouwen.

Maatvoering standaard parkeerplaats

Omwille van de beperkt ruimte en het bekomen van een goede capaciteit van de parkeervoorziening is de breedte van een standaard parkeerplaats vaak zeer beperkt. Bovendien zijn niet alle wagens even recht geparkeerd in de plaats of even breed. Ook dit zorgt voor knelpunten.

Een standaard parkeerplaats heeft meestal een afmeting die varieert tussen de 200 à 225cm breedte. Vooral bij naast elkaar gelegen parkeerplaatsen is de vrije in- en uitstapzone aan de zijkanten van de wagen beperkt. Ook voor de modale bezoekers kan deze beperkte ruimte knelpunten opwerpen om deuren te openen en in- en uit de wagen te stappen problemen op.

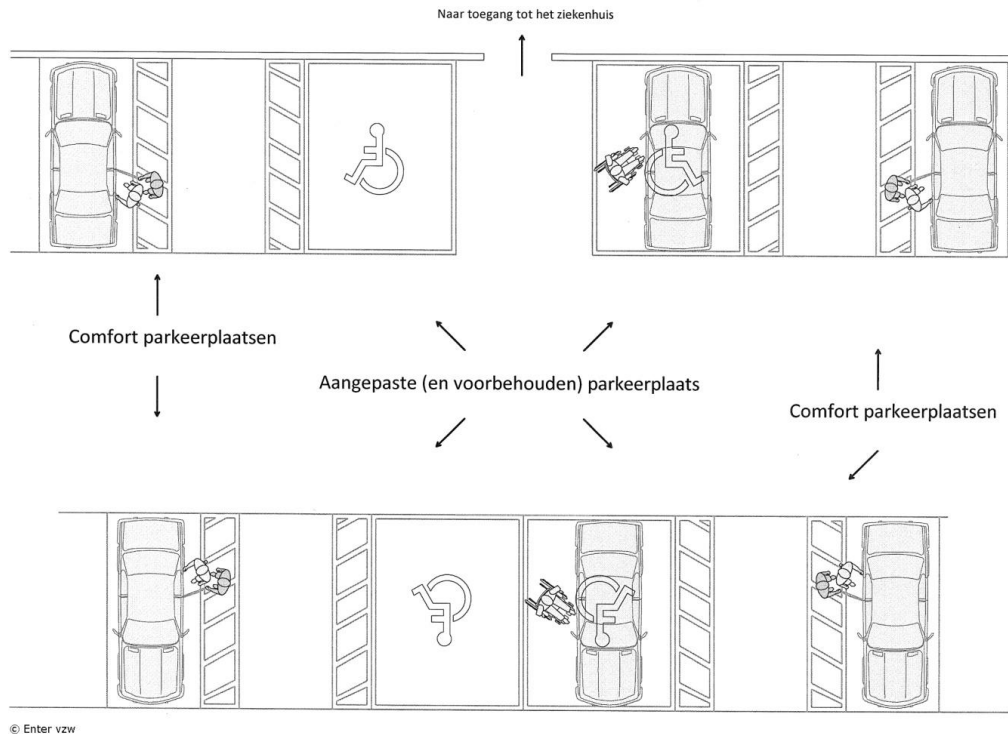
Om een goed gebruik te garanderen heeft een standaard plaats best een afmeting van min. 250 cm breedte.

Locatie comfortplaatsen

De knelpunten bij het gebruik van een standaard parkeerplaats tonen het belang van een tussencategorie parkeerplaatsen aan. De comfortplaats is in principe een vorm van een aangepaste plaats, maar is niet afgestemd op rolstoelgebruik of enkel bruikbaar door een beperkt aantal personen. Het gebruik ervan is niet wettelijk bepaald, maar wordt in de praktijk uit hoffelijkheid gerespecteerd.

Comfort parkeerplaatsen worden net zoals een aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaats voorzien op strategische plekken:

- op één of meerdere centrale plaatsen en gespreid over verschillende delen van de parkeervoorziening(en);
- min. 1 naast de aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaats, in de nabijheid van de hoofdtoegang en de toegang tot de spoedafdeling, beperk de loopafstand tot max. 50m.



Zijn de verschillende diensten van het ziekenhuis verdeeld over verschillende gebouwen, dan zijn ter hoogte van elke toegang een aantal van deze comfortplaatsen voorzien. Zeker op plaatsen waar op regelmatige basis patiënten naar het ziekenhuis moeten komen voor behandeling kan een comfort parkeerplaats bijvoorbeeld helpen om de tijd die men nodig heeft voor het parkeren te beperken.

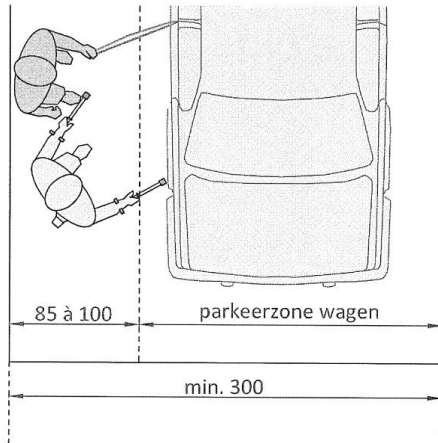
Maatvoering comfort parkeerplaats

Voor heel wat bezoekers is de breedte van een standaard parkeerplaats niet voldoende om de wagen vlot in en uit te stappen, langs de wagen te passeren of de deuren zijdelings te bereiken.

Het principe achter de comfortparkeerplaats is dan ook dat ze breder is waardoor het gebruik makkelijker is. Vooral personen die hulp nodig hebben zoals bijvoorbeeld ouderen, ouders met kinderen of patiënten na een operatie krijgen zo een groter gebruikscomfort.

Daar waar een aangepaste parkeerplaats altijd rolstoeltoegankelijk is, vraagt een comfortplaats dit niet expliciet. De afmetingen zijn:

- de breedte is min. 300 cm, best tot 350 cm breed;
- de diepte is gelijk aan de andere parkeerplaatsen, maar best min. 500 à 600 cm.



© Enter vzw

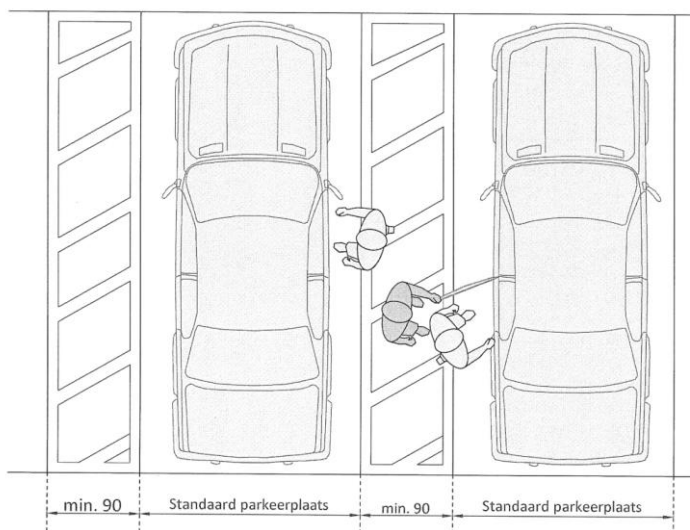
De groter zijdelingse ruimte naast de wagen, 50 à 90cm breder dan een standaard parkeerplaats, zorgt voor extra gebruiksruimte. Ook kinderen kunnen zo op een veilige zone blijven staan tot de ouders de wagen hebben afgesloten of er is plaats om de kinderwagen op een veilige plaats te stallen (tussen de wagens) om het kind erin te plaatsen.

De types parkeerplaatsen die in aanmerking komen om als comfortplaats gebruikt te worden zijn vooral plaatsen die dwars- of schuin gelegen zijn ten opzichte van de rijweg. Een langspaarkeerplaats kan enkel gebruikt worden als ze voldoende breed is. Dit type is echter moeilijker te realiseren in combinatie met de andere langs gelegen plaatsen.

Slimme oplossingen

De extra marge die aanwezig is bij de comfort parkeerplaatsen neemt ruimtelijk nog steeds heel wat plaats in beslag. Om ruimtebesparend te werken kan voor een alternatieve uitvoering worden gekozen.

Tussen de standaard parkeerplaatsen zijn gemarkeerde parkeervrije stroken aangebracht. Deze zijn zowel voor de linkse als rechtse parkeerplaats (dubbel ruimtegebruik) bruikbaar. De gemarkeerde stroken zijn altijd min. 90 cm breed.



© Enter vzw

Deze zone laat doe om op een comfortabel manier te circuleren tussen de wagens, iemand te helpen in- of uitstappen of een kinderwagen op te stellen.

Deze alternatieve oplossing laat toe om met minder ruimte toch eenzelfde resultaat te halen. De gemarkeerde strook zou bijvoorbeeld ook kunnen ingezet worden om een voetgangersdoorsteek tussen de wagens aan te geven en deze dubbel te gebruiken.

Signalering

Het succesvol inzetten en een goed gebruik van dergelijke comfortplaatsen valt en staat met een goede communicatie. We verwachten van de doorsnee bezoekers dat hij respecteert dat er een aantal plaatsen zijn waar hij slechts indien echt nodig gebruik van kan maken. Misbruik gebeurt meestal omdat er te weinig parkeerplaatsen zijn, de afstanden tot de toegang te ver zijn of signalisatie niet genoeg aanwezig is.

Omdat dergelijke comfortplaatsen nog niet vaak worden gebruikt zijn er weinig afspraken of conventies rond de signalering. Een aantal elementen zullen helpen om misbruik te vermijden.

Voorzie altijd een duidelijke signalering van de parkeerplaats. Door de plaatsen goed te signaleren zal het de gebruiker een psychologische druk opleggen om respect te hebben voor het voorbehouden karakter en er dus geen gebruik van te maken indien hij er geen recht op heeft.

Maak gebruik van borden, markeringen en contrasterende elementen zodat ze opvallen ten opzichte van de omgeving. Net zoals bij een aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaats moet in de signalering het doel en de doelgroep gebruiker duidelijk zijn. Het gebruik van een pictogrammen kan dit verduidelijken.

Is het parkeeroppervlak voorzien van een kleur dan moet deze slipvrij zijn. De kleuren roze, groen, geel of oranje worden vaak gebruikt omwille van hun psychologische waarde en de herkenbaarheid.

Naast de ruimtelijke aspecten, kan ook de communicatie naar bezoekers en patiënten een onderdeel zijn een goed gebruik. Laat bezoekers weten welke vormen van parkeren aangeboden worden, wat het beleid is rond het gebruik van comfortplaatsen of waar ze gelegen zijn. Dit geldt natuurlijk niet alleen voor de comfort parkeerplaatsen, maar ook voor het volledige aanbod van de parkeervoorziening.

4.2.2.4 Aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaats



Een aangepaste parkeerplaats is ruimtelijk afgestemd op de meest kritieke gebruiker, namelijk de rolstoelgebruiker. Omwille van de nood aan meer ruimte naast of achter de wagen om te kunnen manoeuvreren met een rolstoel, moeten ze voldoende groot zijn.

Deze parkeerplaatsen kunnen in principe door iedereen gebruikt worden. Heel wat bezoekers hebben bijvoorbeeld een verminderd uithoudingsvermogen of hebben tijdelijk wat meer ruimte nodig om in of uit de wagen te stappen.

Zijn deze aangepaste parkeerplaatsen echter volgens specifieke principes gesignaleerd, dan zijn ze voorbehouden. Het voorbehouden karakter zorgt ervoor dat ze enkel bruikbaar zijn door personen die houder zijn van een 'blauwe kaart'.

Ga er niet van uit dat enkel rolstoelgebruikers gebruik maken van deze parkeerplaatsen. Er zijn heel wat houders van een blauwe kaart met andere beperkingen die niet rolstoelgebonden zijn. Omdat het onmogelijk is te voorzien wie er gebruik van zal maken moeten ze bruikbaar zijn voor iedereen.

Locatie

Naast voldoende gebruiksruimte is het beperken van de loopafstand een belangrijk criterium. Een goed locatiebeleid is hiervoor een basisvereiste. Aangepaste (en voorbehouden) parkeerplaatsen liggen zo dicht mogelijk bij de toegang tot het gebouw of de toegankelijke in- of uitgang van de parkeervoorziening. Dit betekent het best op 25, maximaal 50 m loopafstand.

Zijn er meerdere toegangen tot een gebouw of zijn er meerdere gebouwen op het terrein aanwezig, dan worden deze parkeerplaatsen gelijkmatig gespreid over de verschillende toegangen of gebouwen.

Om ze vlot te kunnen terugvinden zijn ze altijd gelegen op een herkenbare, logische en snel traceerbare locatie zoals ter hoogte van de in- of uitgang van de parkeervoorziening, de lift- en trappenhall, de voorrijdmogelijkheid ...

Voorbehouden parkeerplaatsen zijn best niet midden in een parkeerstrook voorzien. Aan de buitenzijde van een parkeerstrook zijn gemakkelijker bereikbaar. Insluiting door andere wagens kan dan geen hinder vormen.

Aantal parkeerplaatsen

Het aantal aangepaste en voorbehouden plaatsen is afhankelijk van het totale aantal parkeerplaatsen die per locatie aanwezig zijn. Minstens 6% van het totale aantal moet aangepast en voorbehouden zijn.

Die 6% is een algemene richtlijn voor gebouwen met een publieke functie. Voor ziekenhuizen wordt dit percentage best opgetrokken tot 8 à 10%.

Bestaat er op specifieke locaties zoals bijvoorbeeld de parking van de spoedafdeling of aan de hoofdtoegang van het gebouw een grotere of kleinere nood dan kan daar uiteraard rekening gehouden worden.

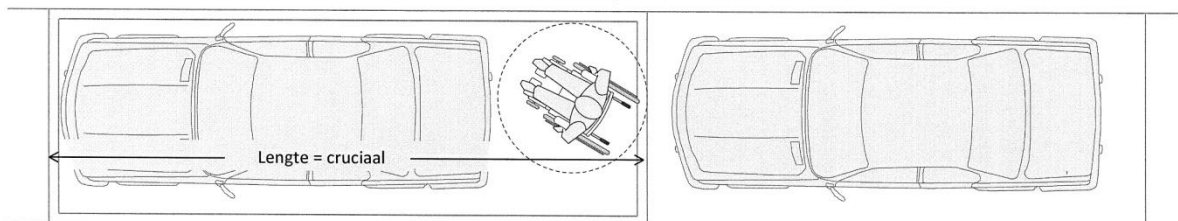
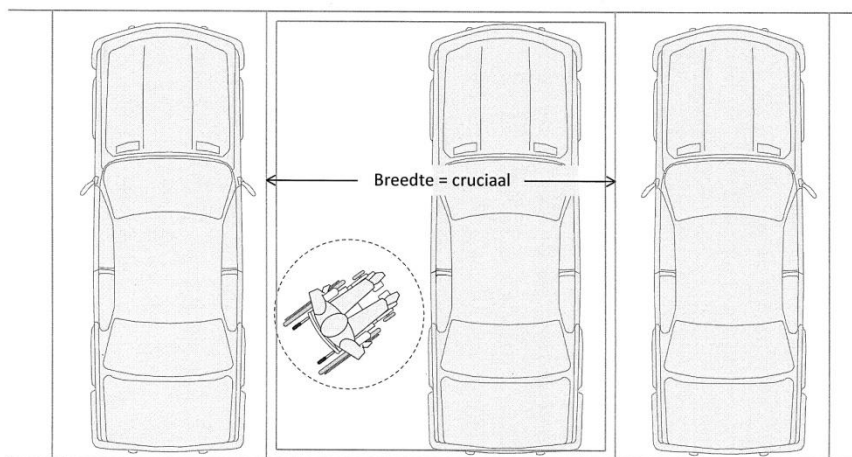
In de praktijk kan men minstens 6% effectief een aangepaste en voorbehouden parkeerplaats zijn. De overige als aangepaste parkeerplaatsen. Zo is er structureel een antwoord op een mogelijk toekomstperspectief waarbij de vraag naar meer aangepaste en voorbehouden parkeerplaatsen eenvoudig kan ingevuld worden door signalering toe te voegen.

Afmetingen van de parkeerplaats

De afmetingen van de parkeerplaats zijn bepaald door de breedte en lengte van een gemiddelde wagen, aangevuld met de ruimte die nodig is om ook als rolstoelgebruiker de wagen te kunnen gebruiken.

Om in- en uit te de wagen te kunnen stappen, moet een rolstoelgebruiker zowel aan de zijkant van de wagen als aan de achterzijde (gebruik van een autolift) kunnen manoeuvreren. Afhankelijk van het type zal dus ofwel de breedte ofwel de lengte belangrijk zijn:

- dwars- en schuinparkeren: breedte min. 350 cm (lengte optimaal 500cm);
- langsparkeren: lengte min. 600 cm.



De ondergrond van een aangepaste parkeerplaats is altijd verhard, vlak en uitgevoerd in slipvrij materiaal. Omwille van de afwatering (slipveiligheid) heeft ze een helling die in elke richting (langs en dwars) max. 2% bedraagt.

Signalering en markering

Aangepaste parkeerplaatsen worden op het openbaar domein wettelijk voorbehouden wanneer ze criteria volgen die een specifieke signalering en markering op vloerniveau opleggen. Dezelfde uitvoering op privaat terrein is aangewezen omdat dit zorgt voor een betere herkenning.

Een gelijkaardig principe van markeren en signaleren kan ook gebruikt worden voor de uitvoering comfortplaatsen of andere voorbehouden plaatsen (dokter, patiënten, tijdelijk parkeren ...).

Markering

De oppervlakte van het parkeervlak is gemarkeerd met een blauwe kleur. Het 'Internationaal Toegankelijkheidssymbool (ITS)' is in het midden van het parkeervlak aangebracht.

Voor de uitvoering van de blauwe markering zijn er twee mogelijkheden:

- Binnen de witte randmarkering die de parkeerplaats afbakt, is de zone van de parkeerplaats blauw ingekleurd. Dit verhoogt altijd de zichtbaarheid.
- Binnen de witte randmarkering die de parkeerplaats afbakt, is een tweede blauwe rand voorzien. Dit is meestal de beste oplossing wanneer de uitvoeringswijze (kleuring ondergrond) gladheid kan veroorzaken.



© Enter vzw



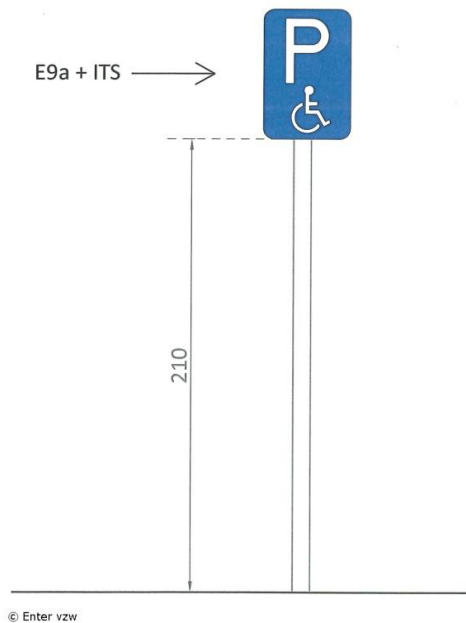
© Enter vzw

De markeringen op de grond moeten niet per se geschilderd of in verf aangebracht zijn. Ze kunnen ook in verschillende materialen uitgevoerd worden zoals gekleurde klinkers of dallen.

Signalering

De parkeerplaats is voorzien van een officieel verkeerbord E9a in combinatie met het Internationaal Toegankelijkheidssymbool (ITS).

De onderhoogte van het bord is gelegen op 210cm ten opzichte van het vloerniveau (de stoep, het parkeervlak of de wand) zodat het geen obstakel vormt voor passerende personen en goed zichtbaar is wanneer men de parkeervoorziening benaderd.



4.2.3 Toegang tot het gebouw

4.2.3.1 Toegang tot het gebouw, algemeen

De toegang tot het ziekenhuis vormt zowel een fysieke als een cognitieve poort naar de achterliggende diensten en functies voor de bezoeker. Vanaf de openbare weg is dit het eerste punt waarop we ons oriënteren. Eens op het terrein moeten bezoekers de toegang tot het gebouw ook eenvoudig kunnen vinden.

Afhankelijk van de specifieke opbouw van het ziekenhuiscomplex kunnen er één of meerdere gebouwen op één domein of site aanwezig zijn. Op dat moment zullen er meerdere hoofdtoegangen aanwezig zijn.

Eigen aan een ziekenhuisgebouw is de aanwezigheid van meerdere evenwaardige toegangen zoals de hoofdingang, de spoedingang of de toegang tot de polikliniek. Verder moet de toegangsdeur een grote verkeersstroom van bezoekers kunnen opvangen en ze op een goede wijze het gebouw binnenloodsen. Vergeet ook niet dat in vele gevallen de toegang ook de uitgang is!

Opbouw toegang/ uitgang

Ziekenhuizen komen in alle mogelijke vormen en ruimtelijke contexten voor. De handeling of actie van het aankomen verschilt hierdoor voor heel wat gebouwen.

Heel wat handelingen volgen elkaar op voor het gebouw kan betreden worden: met de fiets of de wagen moeten we ons parkeren en begeven we ons via een route naar de toegang tot het gebouw. Komen we te voet dan moeten we ook vaak een weg afleggen op het terrein om de toegang te bereiken... Juist daarom omvat de term 'toegang tot het gebouw' meer dan de louter fysieke aspecten.

De toegang in zijn geheel bestaat uit een opeenvolging van een aantal ruimtelijk afgebakende onderdelen:

- de toegang tot het domein of de site (grens van het openbaar domein);
- de aanwezige toegangspaden (vanaf openbaar domein, openbaar vervoer, parkeervoorziening ...);
- de effectieve toegang (deur) tot het gebouw (of meerdere gebouwen);
- 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 verplaatst.

De toegang is een essentieel, structurerend onderdeel bij het vlotte gebruik van een gebouw of voorziening. Toch vergeten we vaak dat het weggaan of het verlaten van het ziekenhuis langs dezelfde weg gebeurt, maar dan in de omgekeerde richting.

De toegang als functie verwijst ook naar het cognitieve aspect van toegankelijkheid: het lezen en begrijpen van een gebouw en de omgeving en de mogelijkheid om ons te kunnen oriënteren op weg naar onze bestemming. Dit aspect is een belangrijk onderdeel van de wayfinding, een handeling die elke persoon onbewust doet: zoeken naar de manier waarop we een gebouw of omgeving kunnen lezen. Om ons te kunnen oriënteren zoeken we meestal de toegang tot het gebouw als oriëntatiepunt.

Ook de aansluiting van de hoofdtoegang met de omkaderende functies zoals parkeervoorzieningen, een halte van het openbaar vervoer of de fietsenstalling is belangrijk. Zijn er verschillende routes die naar dezelfde (hoofd)toegang leiden, dan moet deze vanuit elke richting duidelijk herkenbaar zijn: bijvoorbeeld aankomen met de wagen, te voet, met het openbaar vervoer ...

[Circuleren in en rond het gebouw >>](#)

Toegang tot de ziekenhuissite (domein) of het gebouw

Afhankelijk van de situatie kan het zijn dat er bij het aankomen een bijkomend onderscheid gemaakt moet worden tussen de toegang tot de ziekenhuissite (terrein met verschillende gebouwen) en de toegang tot het ziekenhuisgebouw(en) zelf.

Bij het ontwerpen of organiseren van de toegangen is het een groot hulpmiddel om al vanaf de vroege ontwerpfase circulatieschema's op te nemen. Zo kan je knelpunten op tijd te detecteren. Voor elke verplaatsingsvorm van gebruikers (te voet, met de wagen, openbaar vervoer, fiets ...) moet het plaatje in de richting heen en terug kloppen.

Domein

Bij een gebouwencomplex moet er goede aandacht zijn voor de organisatie en locatie van de toegang tot het domein. De toegangszone is namelijk groter in oppervlakte en bemoeilijkt daardoor

het gebruik. Naast de leesbaarheid van het gebouw komt ook de leesbaarheid de buitenruimte van het domein als extra punt naar voor.

De structuur van het domein moet duidelijk leesbaar zijn vanaf de grens met het openbaar domein: waar zijn de parkeerterreinen, de verschillende gebouwen en diensten? Een logische structuur vormt de basis voor een goede leesbaarheid.

Vanaf de toegang tot het domein is een goede signalisatie en bewegwijzering van de mogelijke routes naar de gebouwen aanwezig:

- bewegwijzering routes naar hoofdfuncties zoals de spoedafdeling, het onthaal en de kassa's, de parkeervoorzieningen ...;
- geef duidelijk de verschillende routes weer die leiden naar de verschillende gebouwen of diensten;
- voorzie op regelmatige plaatsen een overzichtsplan of punten waar je hulp kan vragen.

Gebouw

De hoofdtoegang van het gebouw fungeert voor de meeste bezoekers als een centraal baken of ankerpunt, het punt waarop we ons bij het benaderen van het gebouw of complex oriënteren. De hoofdingang kan op vlak van vormgeving opvallen door onder meer:

- de locatie (centrale ligging)
- een goed zichtbare inplanting
- een accent in materiaalgebruik
- kleur en textuur
- de aanwezige verlichting
- de toevoeging van een luifel
- de wijze van uitvoering van de toegangsdeur of de uitvoering van het toegangspad ernaartoe

Elk gebouw moet een goede en duidelijk zichtbare naam krijgen ter hoogte van de hoofdtoegang tot het gebouw. Dit zal bijdragen tot een betere herkenbaarheid van het gebouw. De locatie van de toegang zal visueel ook sneller opvallen.

Het overdekt binnen of buiten kunnen komen, beschermt van felle zon, regen en wind is bovendien een comfortelement. Niet iedereen verplaatst zich even snel, is even weerbaar of even bestand tegen dergelijke weersomstandigheden.

Bijkomende toegangen zoals bijvoorbeeld een nachtingang of naar een dagopname maken ook deel uit van het aankomen, maar zijn vaak minder centraal gelegen en minder prominent aanwezig. Een goede signalisatie is daarom essentieel.

[Algemene principes van signalisatie >>](#)

Voorrijdmogelijkheid

De voorrijdmogelijkheid is een belangrijk element voor de toegang tot het gebouw. Ontwerpmatig is het inherent met deze zone verbonden Het maakt echter functioneel onderdeel uit van het parkeren en wordt daar concreter besproken.

[Voorrijdmogelijkheid >>](#)

4.2.3.2 Toegangsdeur



Een toegangsdeur is een schakelpunt bij het betreden van een gebouw. Ze fungeert als eindpunt van de buitenruimte en als startpunt van de binnenruimte of omgekeerd.

Zeker bij ziekenhuisgebouwen moet je rekening houden met grote bezoekersstromen die op piekmomenten aanwezig kunnen zijn. Dit zal een grote impact hebben op de maatvoering en de keuze van het type deur.

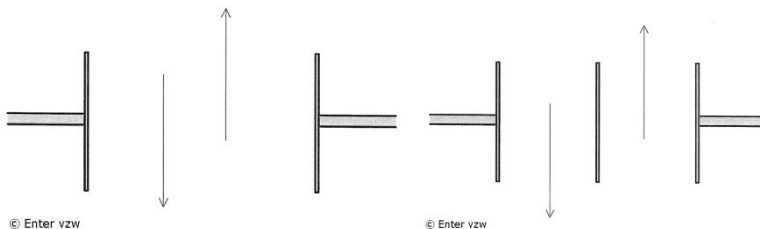
Deuren waarbij men een deurknop moet hanteren worden best vermeden als enige oplossing voor hoofdtoegangsdeuren. Het volledig automatiseren van de toegangsdeur zorgt ervoor dat de bezoeker geen extra handeling moet doen voor het openen en sluiten van de deur zodat de continuïteit van de bezoekersstroom gegarandeerd blijft.

Doorgangsprincipe

In een ziekenhuiscontext maken bezoekers meer gebruik van hulpmiddelen zoals wandelstok, looprekje of rolstoel. Niet iedereen is daarenboven gewoon om deze hulpmiddelen dagelijks te gebruiken, bijvoorbeeld omwille van een tijdelijke situatie. Dit betekent dat we altijd een gebruiksmarge moeten voorzien.

De wijze waarop de verkeersstroom ter hoogte van de toegangsdeur georganiseerd wordt kan een invloed hebben op het gebruik:

- De in- en uitgang is in één deuropening voorzien;
- Er is een aparte toegangsdeur voor in- en uit;
- Er is een sasfunctie (eventueel met interval bij de opening van de 2 deurgehelen).



Afhankelijk van het gekozen principe moet de bediening en de beschikbare vrije doorgangsbreedte ter hoogte van de deur afgestemd zijn op het algemeen te verwachten gebruik en de piekmomenten.

Let op, het gebruik van een draaideur (draaikruisdeur of tourniquet) is door de brandwetgeving verboden. Dit staat beschreven in het KB van 6 november 1979 tot vaststelling van de normen inzake beveiliging tegen brand en paniek waaraan ziekenhuizen moeten voldoen. (B.S. 11.1.1980), bijlage 1, hoofdstuk II, punt 3.4.

Drempelloosheid

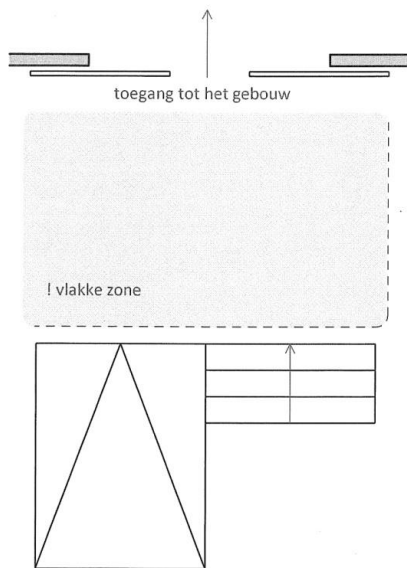
Opdat een diverse groep bezoekers (met of zonder verplaatsingshulpmiddelen) comfortabel gebruik kunnen maken van de toegang zijn er ter hoogte van de toegangsdeur geen niveauverschillen te overbruggen. In een ziekenhuis betekent dit in optimale situatie ook echt een 0-marge.

Het kleinste niveauverschil kan al een onveilige situatie veroorzaken. Door het continue gebruik van deze zone, is aandacht voor de details qua materiaalgebruik alsook een goed onderhoud zeker van belang. Aandachtspunten zijn voornamelijk:

- de wijze van overgang of aansluiting tussen de verschillende vloerafwerkingen binnen en buiten;
- de wijze waarop vloermatten voorzien worden, ze worden best ingewerkt in de vloer. Let op een goede bevestiging van profielen en randaansluitingen.

Een drempel van max. 2 cm tussen buiten- en binnenruimten is enkel toegelaten met een afgeschuinde (45°) of afgeronde afwerking.

Het gebruik van hellingen, trappen en treden om niveauverschillen te overbruggen ter hoogte van een toegangsdeur vormen steeds ongewenste ruimtelijke obstakels. Zijn ze wel aanwezig, zorg dan dat je als het ware ter hoogte van de toegangsdeur of in het toegangssas over een vlak beschikt met eenzelfde niveau tussen binnen en buiten.



© Enter vzw

Vrije breedte en hoogte

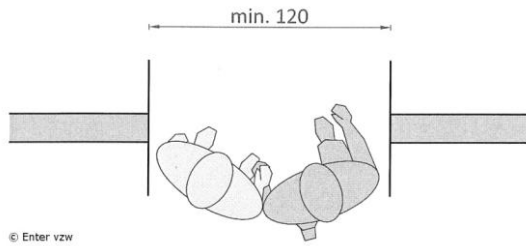
De toegangsdeur heeft een voldoende vrije hoogte- en doorgangsbreedte zodat iedereen vlot en zonder obstakels de toegangsdeur kan gebruiken.

Elke toegangsdeur moet een vrije hoogte van min. 210 cm garanderen.

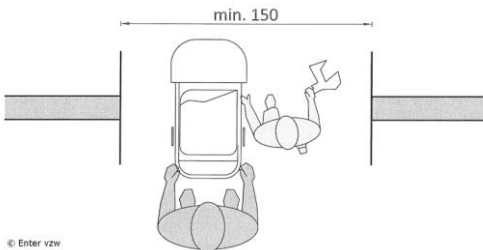
De vrije breedte is steeds afhankelijk van het feit of de toegangsdeur een verkeersstroom van bezoekers in één of twee richtingen moet kunnen toelaten.

Eenrichtingsdoorgang

Wanneer de in- en uitgang apart voorzien zijn, betreden bezoekers de toegang maar in één richting. Een vrije doorgang van minimum 120 cm breedte laat ook toe dat een persoon die ondersteund wordt door een begeleider door de deur kan stappen.

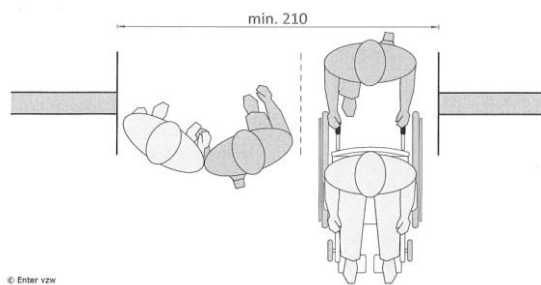


Een vrije doorgang van min. 150 cm breedte geeft echter een groter comfort. Ook een persoon met een kind aan de hand of tassen zal hierdoor makkelijker de doorgang nemen.



Tweerichtingsdoorgang of kruisende passage

Wanneer de in- en uitgang via dezelfde doorgang verloopt, moet men rekening houden met een vrije doorgang van min. 180 cm breedte.



Het is echter aangewezen om zoveel mogelijk dezelfde vrije breedte aan te houden die ook in de gangen voorzien is. Zo is het ook voor een kruisende passage met een rolstoelgebruiker of twee personen die zij aan zij lopen mogelijk comfortabel de doorgang te passeren.

Bedieningswijze toegangsdeur

De wijze van bediening van de toegangsdeur kan op twee manieren gebeuren: manueel of automatisch. Elk van hen heeft specifieke aandachtspunten om een goed gebruik te garanderen.

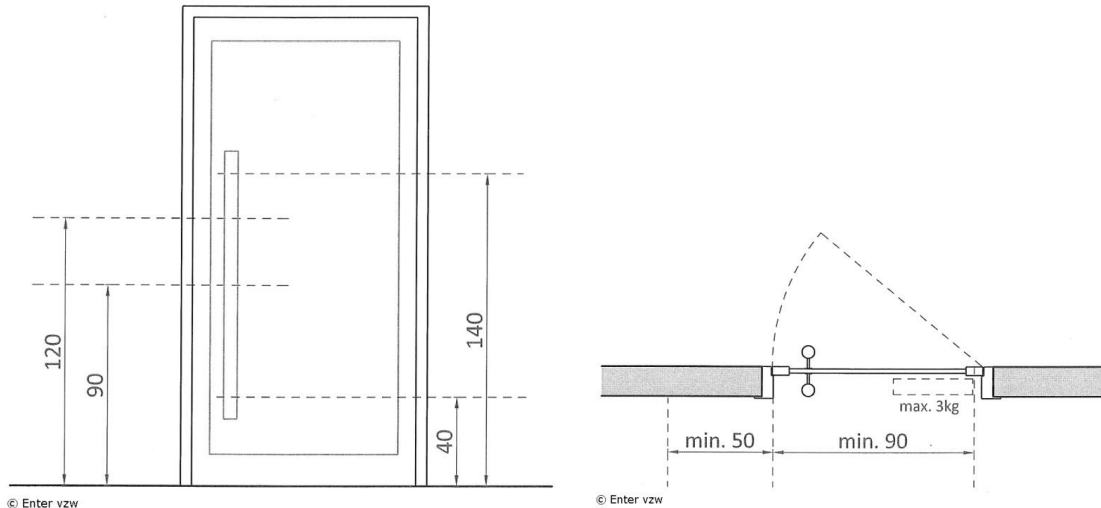
Manueel bedienbare toegangsdeuren

Dit betekent dat men voor het openen en sluiten van de deur beroep doet op de eigen arm- en handfunctie. Manueel bedienbare deuren zorgen omwille van de extra handelingen die men moet doen steeds voor een vertraging in de doorstroom. Hoofdtoegangsdeuren waar een grote bezoekersstroom aanwezig is lenen zich daarom niet zo goed voor dit principe. Met uitzondering van de alternatieve deur bij een draaikruisdeur, is dit type deurbediening te vermijden.

Naast de algemene criteria zijn de vormgeving en het type van de greep van belang. Een toegangsdeur wordt niet voorzien van een kruk (draaibeweging) maar van een greep (enkel

vastnemen en duwen en trekken). De deurgreep is qua vorm goed omgrijpbaar. Ze is bedienbaar binnen de gemiddelde bedieningshoogte tussen 90 en 120 cm ten opzichte van de vloer.

Voor multifunctioneel gebruik wordt het best een verticaal type greep voorzien. Voor de bediening is het belangrijk dat een deurpomp niet te zwaar is afgesteld, max. 3 kg.



Automatische toegangsdeuren

Bij een geautomatiseerde deur worden minder eisen aan de gebruiksruijme zoals zijdelingse opstelruimte en de manoeuvreerruimte rond de deur gesteld. Door een druk op de bedieningsknop of het activeren van een sensor opent de deur.

Voor volledig geautomatiseerde toegangsdeuren is een goed afgestemde sensor met een voldoende lange openingstijd uitgaande van een tragere verplaatsingssnelheid of goed afgestemde draaisnelheden van deurbladen belangrijk.

Types waarvan de deurbladen openschuiven zijn steeds te verkiezen boven opendraaiende deurbladen. Bij gebruik van opendraaiende deurbladen moet men extra rekening houden met de draairichting en de vrije ruimte ervoor zodat de deurbladen geen gevaar vormen (voldoende lang op voorhand detecteren, extra waarschuwingssignaal).

Gaat het om half automatische deuren met een bedieningsknop (vaak drukknop) dan is de plaats van de drukknop een aandachtspunt.

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

In heel wat ziekenhuizen worden draaikruisdeuren of tourniquets gebruikt als toegangsdeur. Toch is dit niet steeds de ideale situaties. Heel wat bezoekers ervaren namelijk knelpunten bij het gebruik ervan. Gezien ze een belangrijk aandachtspunt vormen worden ze concreter besproken onder:

[Draaikruisdeur >>](#)

Toegangsdeuren in glas

Het voordeel van deuren in glas is dat men goed het overzicht kan behouden. Men ziet sneller wat er zich achter de deur bevindt en houdt daarom ook beter zijn tred aan. Toch zijn er ook een aantal minder toegankelijke kwaliteiten.

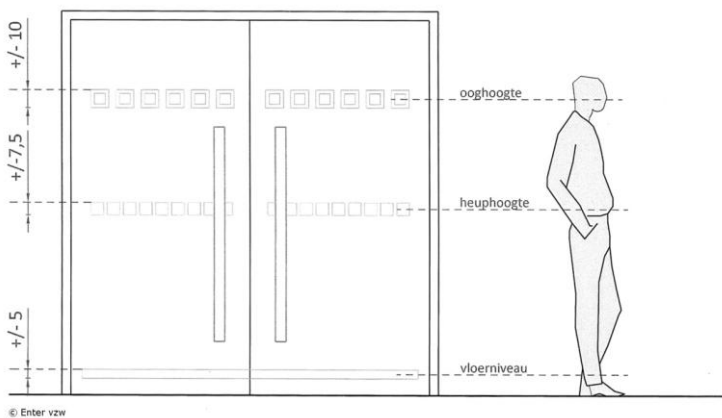
Doordat deuren met beglaasde oppervlakken minder goed opvallen, kunnen ze gevaarlijk zijn voor personen met een visuele beperking, personen die onoplettend of verstrooid zijn of kinderen. Een

automatische schuifdeur kan bijvoorbeeld weigeren te openen. De bezoeker verwacht deze onregelmatigheid niet, en kan daardoor het gesloten deurvlak fout inschatten.

Zorg er altijd voor dat de toegangsdeur met een beglaasd vlak zich voldoende onderscheidt ten opzichte van de omgeving zoals de wand waarin hij zich bevindt. Variaties op vlak van uitvoering zijn steeds mogelijk. Het is echter belangrijk deuren met glazen oppervlakken te voorzien van contrastmarkeringen.

Deze markeringen worden over de volledige breedte, binnen het gezichtsveld aangebracht. Een algemene richtlijn voor een goede spreiding is dat ze aanwezig is op drie referentieniveaus:

- op ooghoogte
- op heuphoogte
- op vloerniveau



Contrastuitvoeringen door middel van gezandstraalde beglazing contrasteren niet voldoende. Een betere oplossing is het gebruik van felle kleuren, logo's of andere contrastrijke alternatieven.

Glazen oppervlakken kunnen door de lichtinval reflectie veroorzaken en storend zijn voor degene die erlangs loopt. Voorzie antireflecterende beglazing, een bewerking van het glas of een overdekking zodat gebruikers er geen hinder van ondervinden.

Evalueer ook altijd of de oplossing voldoende is. Zeker voor de meest belangrijke zones zoals bijvoorbeeld de mogelijke reflectie door lichtinval ter hoogte van de toegangsdeur is dit belangrijk.

4.2.3.3 Inkomhal

De toegangsdeur tot het gebouw sluit in de meeste gevallen rechtstreeks aan op de centrale inkomhal, het startpunt van waaruit bezoekers verder hun weg gaan door het ziekenhuis.

Enmaal in het gebouw moeten we onze bestemming bereiken en ons opnieuw oriënteren. We zoeken naar ruimtelijke oriëntatiepunten zoals een balie, toegangsdeuren of een overzichtsplan van het gebouw om ons verder te helpen. De inkomhal is dan ook als oriëntatiepunt een belangrijk element bij de aankomst in het gebouw.

Structuur en informatie

Eens door de toegangsdeur komen we in een zone van het gebouw terecht waar we ons zullen heroriënteren voor we verder gaan. De inkomhal vormt op die manier steeds een functionele schakel en een kruispunt van verschillende activiteiten.

De inkomhal, het kunnen ook meerdere kleine zijn, structureert in eerste instantie de bezoekersstroom. Wie zijn weg kent loopt er bijna onbewust door, wie het gebouw niet kent houdt halt en vat een volgende fase in zijn verblijf of bezoek aan.

Belangrijke punten zijn steeds:

- overzicht over de ruimte;
- op de looplijn vanaf de toegangsdeur is er zicht op een centraal onthaal- of infopunt;
- een vlotte aansluiting op de circulatieroutes door het gebouw;
- een duidelijke aansluiting met algemene ruimten zoals de cafetaria of commerciële ruimten.

Een overzichtelijke ruimte waar alles zijn plaats krijgt zorgt ervoor dat de verschillende functies sneller zullen worden herkend. Ook zorgt dit ervoor dat een grote stroom aan bezoekers die gelijktijdig aankomen sneller verdeeld wordt in kleinere fracties. De ene gaat naar het onthaal, de andere verder via de lift ...

Heel wat bezoekers zullen de inkomhal als ankerpunt aangrijpen om op allerlei manieren informatie te verzamelen die ze nodig of nuttig achten voor hun bezoek zoals bijvoorbeeld het overzicht van de dienstverlening, aanwezige afdelingen, de plaats van ticketautomaten of aanmeldzones. Naast een goed overzicht en structuur moet hier dus altijd goede signalisatie aanwezig zijn.

Zorg ook voor de aanwezigheid van een overzichtsplan van het ziekenhuis, liefst op verschillende manieren (visueel, tactiel...). De punten waarop men deze, eventueel met meerdere personen tegelijk, kan bekijken hinderen de andere gebruikers niet.

[Bewegwijzerings- en informatieborden >>](#)

Toegangszone

Mensen houden vaak halt vlak voor of na de toegangsdeur voor ze hun weg verder zetten. Voorzie op deze plek steeds voldoende ruimte voor alle activiteiten en circulatiepatronen die er voorkomen.

De ruimte voor en na de toegangsdeur is volledig vrij van objecten zoals bijvoorbeeld zitplaatsen, vuilnisbakken of brochurerekken. Door een slechte positie van dergelijke elementen wordt de doorstroming bemoeilijkt. Zeker voor blinden en slechtzienden vormen zij knelpunten.

Ter hoogte van balies, liften of automaten kan een wachtrij ontstaan. Voorzie deze altijd buiten de verschillende looproutes van de inkomhal. Ook objecten zoals vuilnisbakken of zitbanken zijn langs en niet op de route geplaatst.

Structureer wachtruimten of tussenzones zo, dat ze niet ter hoogte van grote circulatieroutes voorkomen. Zorg bij een punt waar veel wegen elkaar kruisen voor voldoende en logisch georganiseerde gebruikruimte zodat alle stromen niet zomaar door elkaar lopen.

Akoestisch knelpunt

Akoestiek is zeker voor gebouwen zoals ziekenhuizen van belang. Hoewel het voor heel wat personen een belangrijk element is, vormt het binnen toegankelijkheid een weinig besproken thema. Zeker voor blinden en slechtzienden, ouderen en kinderen is dit van belang.

Geluid kan zowel een positieve als een negatieve bijdrage leveren aan de oriëntatie. Bepaalde ononderbroken geluiden zoals bijvoorbeeld een roltrap, een rateltikker (auditief signaal bij een oversteekplaats) of een fontein kunnen de oriëntatie ondersteunen.

Geluid werkt negatief als het lawaai is en andere gewenste geluiden vervormt of blokkeert. Akoestische problemen kunnen een extra factor zijn waardoor verwarring, stress of onduidelijkheden ontstaan. Hierdoor gaan eenvoudige acties of handelingen complexer worden.

Inkomhallen worden vaak ontworpen als een groot centraal volume. Dit zorgt bijna altijd voor heel wat storend achtergrondlawaai. Het zorgt ervoor dat bepaalde bezoekers niet in staat zijn goed te functioneren door desoriëntatie en bijkomende stress. Heel wat bezoekers stoort het om een gesprek te kunnen volgen. De akoestische kenmerken van de ruimte en gebruikte materialen kunnen achtergrondlawaai dempen zodat cruciale informatie duidelijk blijft.

Zeker wanneer aanmeldbalies in dergelijke grote open ruimte gelegen zijn, is dit voor veel ouderen of personen met een auditieve beperking een aandachtspunt voor het behouden van de verstaanbaarheid.

4.2.4 Circuleren in en rond het gebouw

4.2.4.1 Toegangspaden (buitenruimten)



Toegangspaden zijn het geheel van looproutes gelegen in een buitenomgeving. Ze verbinden de toegang tot het gebouw met de aanleunende functies. Voorbeelden hiervan zijn de verbinding tussen de parkeervoorzieningen en de toegang, de verbinding tussen de halteplaatsen van het openbaar vervoer en de toegang, de verbinding tussen groenzones (park) en het gebouw...

Ze moeten voor iedereen vlot bruikbaar, beloopbaar en veilig zijn, dus ook voor ouderen met een wandelstok of aan de arm van een begeleider, ouders met een kinderwagen of kinderen aan de hand, personen met koffers of tassen in de hand en rolstoelgebruikers.

Zeker in het geval van een ziekenhuiscomplex moet er grote aandacht zijn voor de omliggende paden en wegen.

Logische route

Toegangspaden volgen steeds een logische weg, hebben een duidelijke structuur en zijn best zo kort mogelijk. Voor blinden en slechthzienden, maar ook voor ouderen en personen met een bewegingsbeperking is dit zeer belangrijk. Het zorgt ervoor dat onnodig lange loopafstanden vermeden worden en dat routes duidelijk zichtbaar worden.

Belangrijke aandachtspunten zijn richtingsveranderingen en niveauverschillen op de weg. De structuur van de paden zal zich steeds weerspiegelen in de wijze waarop bewegwijzering aangebracht wordt. Deze is te voorzien op moeilijke (beslissings)punten zodat men zich steeds kan blijven oriënteren.

Indien toegangspaden kruisen met ander verkeer, zoals bijvoorbeeld wagens, zijn dit altijd belangrijke knooppunten. Vermijd al bij het ontwerp knelpuntsituaties, moeilijke doorgangen en onveilige zones.

Naast de fysieke drempelloosheid zal ook de mentale drempel zoals het behoud van overzicht, zien waar je naartoe moet en het intuïtief gebruik een ondersteuning geven. Dit maakt inherent deel uit van de logische route.

Zeker in buitenomgevingen maken toegangspaden een belangrijk onderdeel uit van de routegeleiding voor blinden en slechtzienden

[Algemene principes van signalisatie >>](#)

Drempelloos en obstakelvrij

Tijdens het (zich) verplaatsen kunnen de kleinste onzuiverheden op vloerniveau zoals bijvoorbeeld drempeltjes of putjes, overgang tussen looproutes, slecht onderhouden klinkers of randen een knelpunt vormen voor een vlotte beloopbaarheid. Een rolstoelgebruiker mag ook niet wegzakken of met de wielen blijven hangen. Een persoon met een visuele beperking moet eenvoudig geleid worden door de omgeving.

Een goede ondergrond is daarom altijd rolstoelvast. Ze contrasteert met de omgeving en bakent duidelijk de loopzone af zoals bijvoorbeeld door een rand, een groenzone of verschillend materiaalgebruik. Contrasterend betekent niet per definitie een andere kleur maar kan ook door verschillende materiaaltoepassingen, vormgeving, structurele opbouw gebeuren.

Eigenschappen die de rolstoelvaste ondergrond ondersteunen hebben voornamelijk te maken met de drempelloosheid en de obstakelvrijheid van de route.

Drempelloosheid in buitenruimten houdt onder andere het beperken van niveauverschillen en oneffenheden in. Optimaal gezien worden ze volledig weggewerkt, maar in buitenruimten zijn ze onvermijdelijk. Aandachtspunten voor de route zijn altijd:

- een slipvrije ondergrond: dit is niet alleen in functie van vorst maar ook vooral in natte weersomstandigheden van belang;
- een aaneengesloten loopoppervlak: dit zorgt ervoor dat de paden met verschillende dimensies en uitvoeringen vlot aansluiten op elkaar;
- vlakheid van de route: dit betekent zonder oneffenheden of niveauverschillen.

Plaatsen waar dit ontwerpmatig specifieke aandacht vraagt zijn:

- kruisen van verschillende routes: bruske overgangen en grote drempels worden vermeden;
- aansluiting van verschillende materialen: vooral de vlakheid bij het gebruik van modulaire materialen zoals klinkers of dallen is een aandachtspunt;
- roosters en mazen.

Komen kleine drempels voor dan zijn ze beperkt tot max. 2 cm en afgerond of afgeschuind.

Roosteropeningen en sleuven kunnen een obstakel vormen, vooral voor personen met een visuele beperking. Vermijden is de boodschap. Zijn ze er toch, zorg dan voor een goede uitvoering:

- ze zijn altijd dwars op de looprichting geplaatst of aan de randen;
- de opening is niet breder dan max. 2cm, voor mazen max. 2 x 2 cm.

Door een goede integratie kunnen ze op sommige locaties ook een positieve functie vervullen als een natuurlijke geleiding voor de gebruiker.

Elementen zoals vuilnisbakken, zitbanken, randen en boorden of beplanting zijn goed geïntegreerd buiten de loopzone. Ze mogen het ongestoord gebruik van de loopzone niet hinderen.

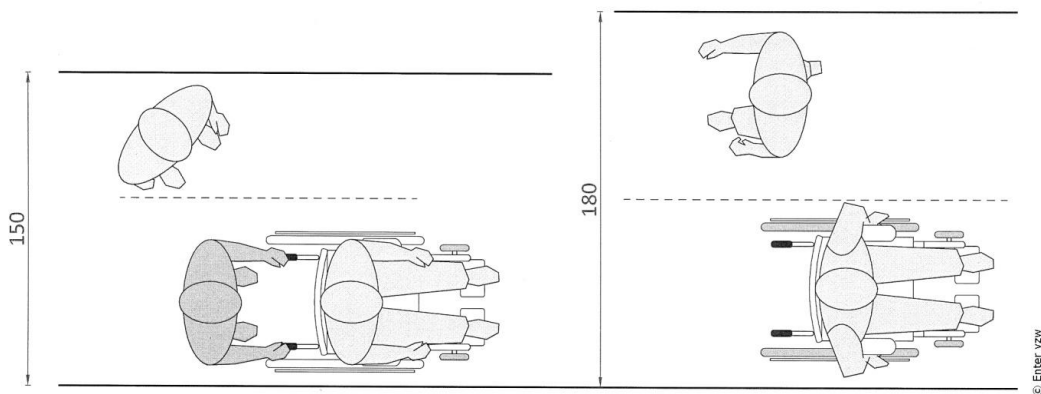
Zorg ervoor dat obstakels uitgelijnd zijn aan één zijde van het toegangspad. Zo blijft er één zijde van de route obstakelvrij en continu te volgen als natuurlijke geleiding.

Maatvoering

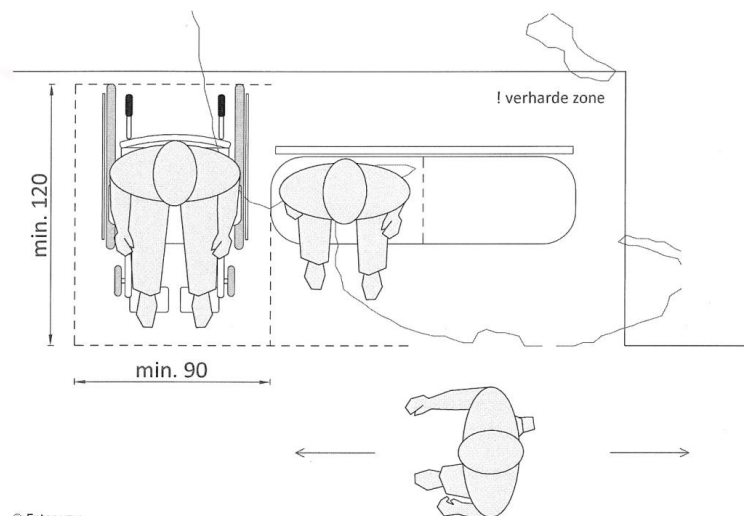
Afhankelijk van de locatie maken we in de maatvoering een onderscheid tussen primaire en secundaire paden.

Primaire paden

Primaire paden verbinden de hoofdfuncties van het ziekenhuis met elkaar. Ze zijn voldoende breed zodat het kruisen van min. 2 personen in tegenovergestelde richting mogelijk is. Dit betekent een vrije breedte van min.150 cm, het best min. 180 cm.



Vermijd altijd lange loopafstanden. Op regelmatige afstanden zijn daarom rustpunten voorzien. Niet iedereen kan zich namelijk even vlot verplaatsen. Zeker bezoekers van een ziekenhuis zullen permanent, tijdelijk of omwille van ziekte, een verminderd uithoudingsvermogen hebben.



Een rustpunt bestaat steeds uit een zitbank die plaats geeft aan min. 2 personen. Naast de zitbank is een vrije ruimte voor het plaatsen van een kinderwagen of het plaatsnemen van een rolstoelgebruiker. Dit is hetzelfde principe als bij de wachruimten.

[Wachruimten >>](#)

Het toevoegen van andere functies zoals bijvoorbeeld een sanitaire voorziening of de mogelijkheid om een ziekenhuisrolstoel te gebruiken kan het comfort voor de bezoeker verhogen. Zeker op langere routes brengen ze een meerwaarde. Een strategische plaats hiervoor is bijvoorbeeld op de route van de parkeervoorziening naar de toegang tot het gebouw.

Secundaire paden

Secundaire paden vormen alternatieven voor de primaire. Het zijn routes voor verplaatsingen tussen verschillende bestemmingen op het terrein of domein, snellere doorsteekroutes of gewoon wandelpaden.

Ze moeten principieel voldoen aan dezelfde gebruikscriteria als de primaire. Omwille van de locatie en het eventueel minder frequent gebruik is een beperktere breedte van min. 120 cm voldoende.

Zeker voor wandelpaden op het terrein zijn rustpunten van belang. Naast een ondersteunende functie voor de uithouding zijn ze ook een recreatief element.

Niveaunderschillen en hellingen

Niveaunderschillen groter dan 2 cm zijn geen kleine drempels meer. Ze moeten daarom altijd op een correcte wijze opgelost worden. Hoewel de algemene principes voor buiten- en binnenruimten gelijk lopen, zijn de oplossingen conceptueel anders.

In buitenruimten zal men niveaunderschillen steeds overbruggen door vaste oplossingen die een continu gebruik garanderen. Het gebruik van een liftsysteem in buitenruimten is niet evident. Omwille van het minder evident gebruik en de grote nood aan onderhoud (vallen sneller uit) worden ze best vermeden.

We overbruggen niveaunderschillen:

- tot max. 18cm (1 tree) door middel van een helling, er hoeft in principe geen trede aanwezig te zijn;
- groter dan 18cm (meerdere treden) door een combinatie tussen een trap en een helling.

Trap en helling zijn best zo evenwaardig mogelijk aanwezig op de route zodat er geen omwegen aanwezig zijn wanneer we bijvoorbeeld als rolstoelgebruiker kiezen voor het gebruik van de helling. Het is altijd aan te raden zoveel mogelijk trappenpartijen te vermijden. Een niveaunderschil kan vaak makkelijk op een meer natuurlijke manier opgevangen worden.

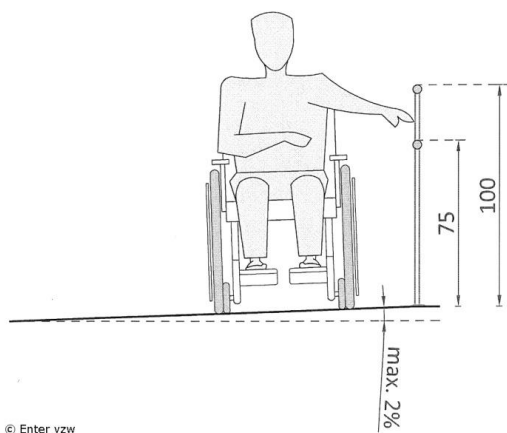
Looppaden met een hellingspercentage tot max. 4 % in de looprichting ervaren de meest gebruikers niet als een knelpunt. Het is pas wanneer er over een kortere afstand een groter niveaunderschil overbrugd wordt, dat het nemen van een helling veel inspanningen vraagt. Bij het voorzien van hellingen wordt daarom steeds het hellingspercentage gerespecteerd:

- tot 10 cm hoogteverschil: maximaal 10%, maximale lengte helling: 1 m;
- 10 tot 25 cm hoogteverschil: maximaal 8,3%, maximale lengte helling: 3 m;
- 25 tot 50 cm hoogteverschil: maximaal 6,25%, maximale lengte helling: 8 m;
- meer dan 50 cm hoogteverschil: maximaal 5%, maximale lengte helling: 10 m.

Om haalbaar te zijn voor iedereen is een helling max. 10 m lang. Bij langere afstanden is elke 10 m een tussenbordje als rustpunt voorzien.

Een combinatie van verschillende hellingspercentages kan, maar is niet zo'n goede oplossing. Is er voldoende ruimte aanwezig, kies dan om één te overbruggen niveau (van begin tot einde helling) te overbruggen met één percentage. Indien nodig onderbroken door één of meerdere tussenbordjes. Dit zorgt ervoor dat diegene die de helling neemt de inspanning makkelijker kan inschatten en de helling haalbaar blijft.

In functie van de afwatering is in buitenruimten een dwarshelling van het looppad van max. 2% toegelaten. Dit lage percentage zorgt voor een goede afwatering maar beperkt het schuin afhellen van de route. Voor personen met evenwichtstoornissen zal het haalbaar blijven recht te lopen en ook wie zich met wielen verplaatst zal nog steeds de richting kunnen behouden.



Trappen hebben een goede vormgeving en een helling heeft steeds een goede leuning. De uitvoering is gelijklopend met trappen en leuningen in binnenruimten van het ziekenhuis. Deze zijn concreter beschreven onder het hoofdstuk:

[Horizontaal circuleren \(binnenruimten\) >>](#)

[Verticaal circuleren \(binnenruimten\) >>](#)

4.2.4.2 Horizontaal circuleren (binnenruimten)



Looproutes zijn het geheel aan (open) circulatieruimten die in het gebouw aanwezig zijn. Ze verbinden de verschillende functies van het gebouw met elkaar. Gezien het belang van de 0-marge voor deze looproutes worden (kleine) niveauverschillen niet getolereerd.

Gezien de omvang van het gebouw en de verwevenheid van verschillende locaties, afdelingen en diensten zullen op de route verschillende elementen zoals versmallingen, sassen of deuren voorkomen.

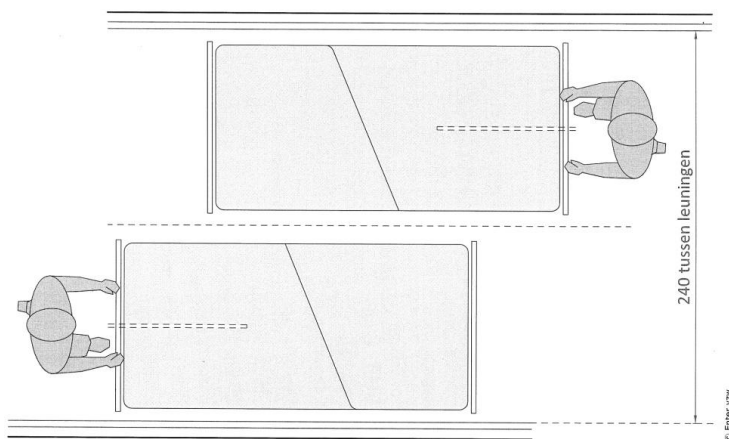
Over het algemeen worden aan deze circulatieruimten op regelmatige basis sanitaire ruimten gekoppeld en worden op korte loopafstanden rustplekken voorzien.

Structuur en Maatvoering van gangen

Gangen zijn het best zo kort mogelijk qua loopafstand en hebben een rechte en logische structuur. Niet alleen omwille van het vlot circuleren, maar ook voor het beddenvervoer is dit gemakkelijker. Is er vanuit gangen een uitzicht op een buitenomgeving dan bevordert dit het welbevinden en het oriënteringsvermogen van de bezoeker.

Door heel wat andere regelgevingen vormt de vrije breedte van gangen in principe geen knelpunt. Algemeen is een gangbreedte van min. 240 cm standaard toegepast. Dit betekent onder meer dat ook het circuleren van bezoekers die gebruik maken van een hulpmiddel of hulp bij kruisende passage geen probleem is.

In een ideale situatie is de minimale vrij breedte van de gangen voorzien tussen de leuning en niet tussen de onafgewerkte wand. Ook leuning nemen een bepaalde breedte in en kunnen een gangbreedte met 20 cm verminderen.



Drempel- en obstakelloos

Het loopoppervlak van gangen, doorgangen en passages is volledig drempelloos. In binnenruimtes betekent dit volledig zonder niveaoverschillen, een 0-marge.

Een vrije hoogte van min. 230 cm is overal gegarandeerd. Obstakels in de hoogte zoals uithangborden, signalisatie of lichtarmaturen worden vermeden.

Vloerafwerking

Vloeren worden uitgevoerd in niet blinkende materialen en zijn slipvrij om valgevaar te vermijden. Vloeren die glanzen door lichtinval of reflectie lijken nat of glad. Bij een bezoekers kan hierdoor onnodig angst voor vallen worden opgeroepen.

Bij het gebruik van vloertegels is aandacht besteed aan de diepte van voegen (< 5mm) zodat deze geen hinder geven bij een doorgang met bedden, karren of andere hulpmiddelen. Het contrast van de vloer ten opzichte van de wand is voldoende groot zodat het bijdraagt aan een goede oriëntering.

Meer aanbevelingen voor contrast zijn opgenomen in:

[Bewegwijzerings- en informatieborden >>](#)

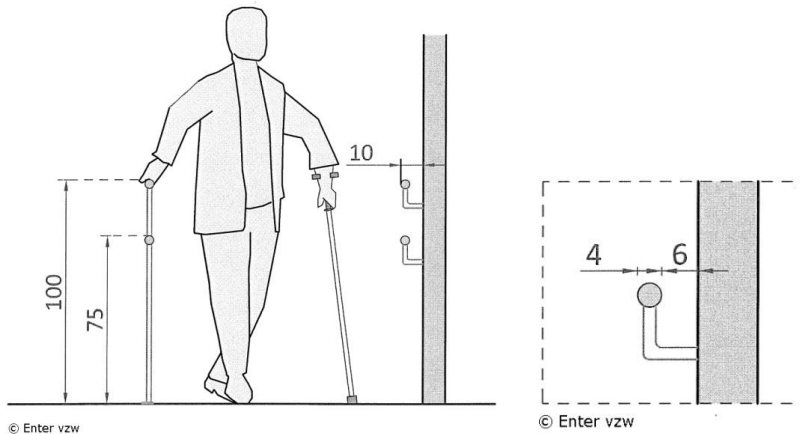
Leuning

Elke gang is zoveel mogelijk uitgerust met leuning. Deze bieden de nodige ondersteuning om een verplaatsing zo comfortabel mogelijk te maken. Voornamelijk voor personen met

evenwichtsstoornissen, een beperkt uithoudingsvermogen of minder vlotte tred hebben hier nood aan.

Leuningen lopen continue, maar onderbroken ter hoogte van deuren en doorgangen, door over de volledige gang. Ze zijn aan beide zijden van de gang op twee hoogten aangebracht:

- 1ste op 100 cm boven het loopvlak
- 2^{de} op 70 à 75 cm boven het loopvlak



Leuningen zijn afgerond en vrij van scherpe hoeken en kanten. Ze hebben best 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. De kleurkeuze van de leuning ten opzichte van de wand kan een invloed hebben op de zichtbaarheid.

Verlichting

Goede, continue basisverlichting is essentieel voor een goede zichtbaarheid van de looproute. Elke circulatieruimte is best rechtsreeks voorzien van daglicht met bijkomende kunstverlichting. Een basisverlichting op vloerniveau van 200 lux is aan te bevelen. Ter hoogte van signalisatie of informatieborden moet deze verhoogd worden tot 400 à 500 lux.

Rustpunten

Niet iedereen kan dezelfde route op gelijk tempo of met gelijke tred doorkruisen. Om personen met een verminderd uithoudingsvermogen op adem te laten komen worden in de gangen op regelmatige afstanden rustpunten voorzien onder de vorm van een zitbank, een zithoekje of een informatiehoek. In een optimale situatie liggen deze op max. 25m loopafstand van elkaar.

Net zoals in de buitenruimten, mogen deze rustpunten nooit de looproute verhinderen. 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...

Alle elementen die ruimtelijk van belang zijn komen overeen met deze van de toegangspaden en wachruimten. Deze zijn concreter opgenomen in de hoofdstukken:

[Toegangspaden \(buitenruimten\) >>](#)

[Wachruimten >>](#)

Deuren in gangen

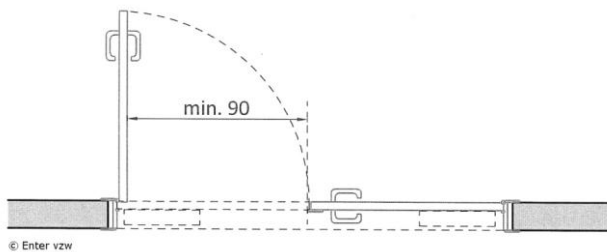
Door de noodzakelijk compartimentering van het gebouw komen we bij het circuleren meermaals deuren en sassen tegen. In de meeste gevallen komen ze voor onder de vorm van dubbele deuren (gangbreedte), die bovendien vaak automatisch openen en sluiten.

Over het algemeen komen alle elementen die ruimtelijk van belang zijn overeen met deze van de toegangsdeur tot een ruimte. Deze zijn concreter opgenomen in het hoofdstuk:

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

Dubbele deurvleugel

Bij deuren bestaande uit een dubbele deurvleugels moet een minimale vrije doorgangsbreedte van min. 90 cm gegarandeerd zijn wanneer één vleugel geopend is. De vrije doorgangsbreedte wordt gemeten wanneer het eerst opengaande deurblad 90° open staat. De uiterste rand van de tweede (gesloten) deurvleugel vormt de grens.



Bedieningswijze

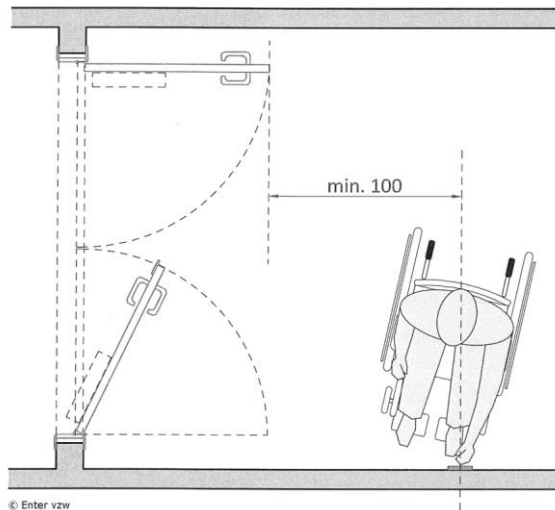
Daarnaast is de goede bedienbaarheid van deze gangbrede dubbele deuren een aandachtspunt. Heel wat deuren zullen namelijk uitgerust worden met sluitsystemen of met een automatische bediening.

Voor een type manueel bedienbare deur zijn deurdrangers vaak te zwaar afgesteld waardoor ze te snel sluiten en te zwaar worden om open te trekken. Een kracht van max. 3kg is een aanbeveling voor de hanteerbaarheid.

Voor een type automatisch openende deur zijn een aantal elementen van belang voor een vlotte bediening:

- Een goede afstelling van de sensor voor het openen en sluiten is noodzakelijk om de loopsnelheid te kunnen behouden en de deur vlot te kunnen passeren.
- Het eventueel aankondiging dat de deur automatisch opent en de richting waarin de deurbladen opzwaaien is van belang voor een veilig gebruik.
- Wanneer de deur bediend wordt met een knop is een goede plaatsing van de bedieningsknop van belang.
- Bedieningsknoppen zijn op een goede bereikbare hoogte aangebracht.
- De afstand van de as van de knop ten opzichte van de deur is min. 1 m. Aan de zijde waar de deuren naar de persoon toe openen is dit ten opzichte van de buitenste rand van de deurzwaai zodat er een veilige zone behouden blijft.

Voor sassen is het van belang dat ze voldoende ruim zijn. Een minimale diepte van min. 180cm, tussen de openstaande deurbladen, is nodig zodat een rolstoelgebruiker nog vlot kan manoeuvreren. Opnieuw zal dit door de afstemming op beddenvervoer normaal gezien geen probleem vormen.



4.2.4.3 Toegangsdeur tot een ruimte



Om vanuit een gang of circulatiezone een ruimte te betreden gebruik je een deur. Het meest voorkomende type deur naar een publieke ruimte zoals een sanitaire ruimte, een ontvangst-, consultatie- of onderzoeksruimten, een kamer, een trappenhall ... is altijd van het type manueel bedienbaar.

Omdat deuren door heel wat personen met verschillende mogelijkheden moeten gebruikt worden, staat de bruikbaarheid voor iedereen centraal. Om die reden is het van belang om aan goede ruimtelijke voorwaarden in functie van toegankelijkheid te voldoen.

Zichtbaarheid

Elke toegangsdeur die leidt naar een ruimte waar men als bezoeker of patiënt terecht kan moet goed herkenbaar zijn. Zichtbaarheid vormt hierbij een belangrijk element. Een zichtbare deur zal veel vlotter opgemerkt worden en een intuïtief gebruik ondersteunen.

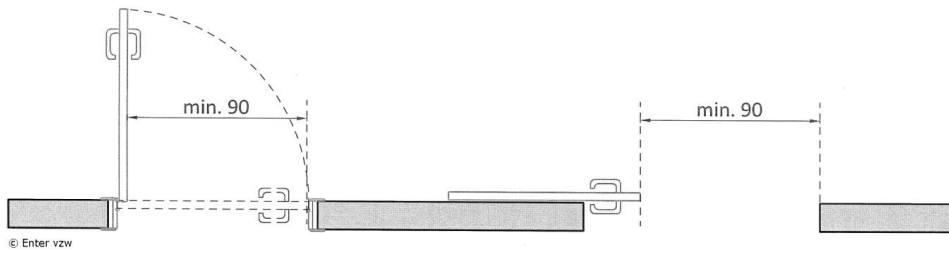
Zichtbaarheid kan al eenvoudig verkregen worden door gebruik te maken van verschillen in kleuren of materialen. Daarnaast kan ook de ligging, een andere vormgeving of de toevoeging van goede signalisatie- en informatiebordjes een rol spelen.

[Bewegwijzerings- en informatieborden >>](#)

Deuren waar een patiënten of bezoekers geen toegang mogen toe krijgen gaan best op in de ruimte. De onopvallendheid zal ook helpen om misbruik te vermijden.

Vrije doorgangsbreedte

In functie van een goed gebruik, ook met hulp van hulpmiddelen, is de vrije doorgangsbreedte van deuren altijd min. 90 cm.



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.
- Bij deuren met dubbele deurvleugels, wordt de vrije breedte gemeten wanneer het eerste opengaande blad 90° openstaat. De uiterste rand van de tweede (gesloten) vleugel vormt de grens.

Zijdelingse opstelruimte en vrije manoeuvreerruimte

Wanneer we handelingen uitvoeren zoals het open en sluiten van een deur, dan maakt ons lichaam verschillende bewegingen. De aanwezigheid van voldoende vrije ruimte rond de deur laat toe om ook vanuit een zittende houding (rolstoel) of met een hulpmiddel zoals een looprek te manoeuvreren.

Ook een te enge plaatsing van de krukzijde van de deur ten opzichte van een nevengelegen wand of aangrenzend object moet vermeden worden. Dit is belangrijk om de deurkruk te kunnen bereiken en om de deur naar zich toe te kunnen trekken zonder zich hierbij te moeten verplaatsen.

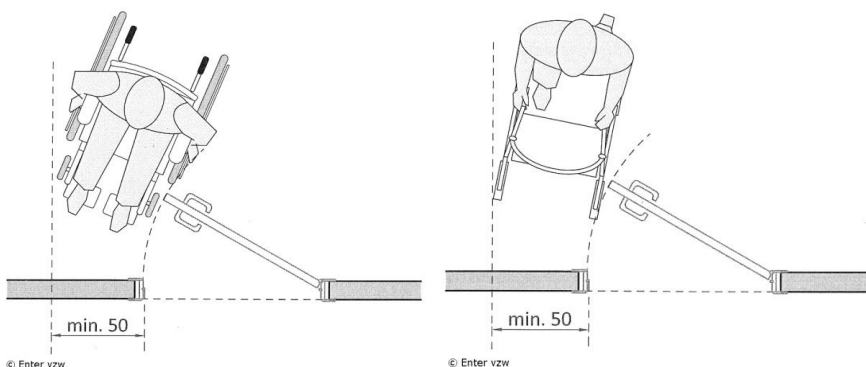
De wijze waarop een rolstoelgebruiker een deur opent en sluit is weergegeven met een simulatievoorbeeld onder het hoofdstuk 'Veel voorkomende (persoonsgebonden) handelingen'.

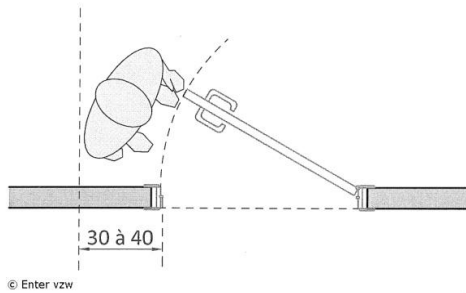
[Zelfstandig een deur openen en sluiten \(rolstoelgebruiker\) >>](#)

Zijdelingse opstelruimte

De vrije ruimte, op de vloer en de wand, die aan krukzijde nodig is om de deurkruk te kunnen hanteren noemt men de zijdelingse opstelruimte. Niet alleen voor een rolstoelgebruiker, maar ook als gebruiker met een loophulpmiddel is deze opstelruimte van kritiek belang. Het deurblad moet altijd zijdelings langs de stilstaande persoon kunnen draaien. Voor assistenten en zorgverleners die patiënten of bezoekers in een rolstoel helpen zorgt deze opstelruimte voor meer gebruikscomfort.

De zijdelingse opstelruimte is min. 50 cm zowel aan de duw- als de trekzijde van de deur, gelegen buiten de deurwaai van de deur en laat iemand toe vanuit stilstaande positie de deurkruk fysiek te bereiken.



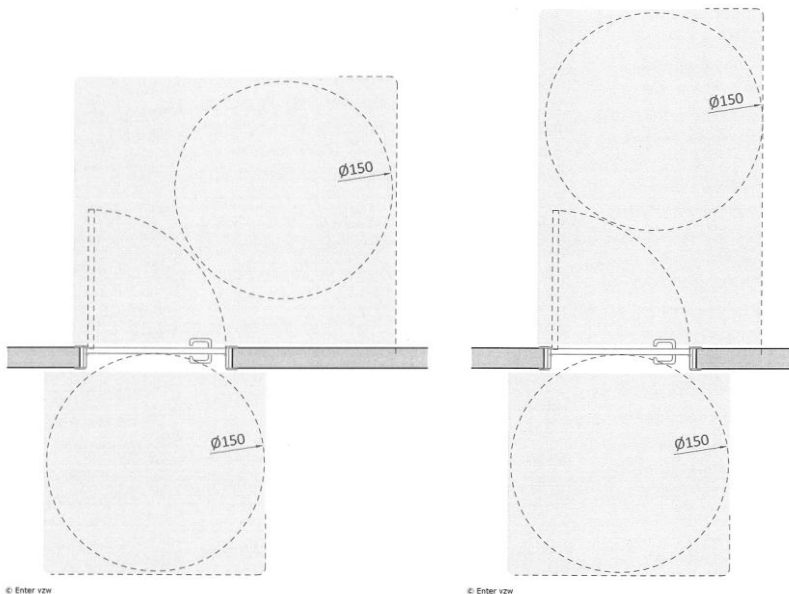


Deze ruimte moet volledig vrij zijn van obstakels zowel in de hoogte, breedte als in de diepte. Kolommen, vuilnisbakken, verlichtingsarmaturen en andere ruimtelijke elementen vormen knelpunten en moeten op een voldoende ruime afstand geplaatst te zijn.

Ze wordt gemeten (aan deurkrukszijde) vanaf de uiterste rand (aanslaglat) van het deurkader tot aan de wand. Is er geen wand maar een object in de ruimte dan wordt de opstelruimte gemeten tot tegen dit obstakel.

Vrije manoeuvreerruimte

De vrije manoeuvreerruimte is de ruimte voor en na de deur die een rolstoelgebruiker toelaat om te draaien en te keren tijdens het openen en sluiten van de deur. Voornamelijk aan de trekzijde van de deur vraagt het open en sluiten een opeenvolging van vaak complexe handelingen. Dit is dan ook altijd de meest kritieke zijde.



Om voldoende marge te geven voor heel wat verschillende gebruikers met diverse mogelijkheden, wordt deze ruimte aangegeven door de aanwezigheid van een vrije draairuimte met een doormeter van min. 150 cm.

Aan drukzijde van de deur mag de draairuimte het deurblad raken. Aan trekzijde is ze altijd gelegen buiten het draaivlak van de deur.

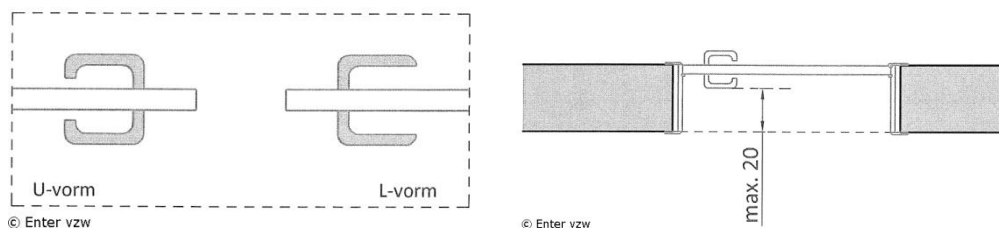
Draairuimten kunnen altijd multifunctioneel gebruikt worden. Om ruimte te besparen mogen de draairuimten voor meerdere deuren elkaar overlappen.

Vormgeving deurkruk

De vormgeving van de deurkruk is van belang in functie van de bediening van de deur. De deurkruk moet op een goede manier vastgenomen en bediend kunnen worden. De deurkruk en het sluitsysteem zijn met de volledige hand goed omgrijpbaar en met een eenvoudige beweging te bedienen.

Een U of L-vorm is steeds het meest ergonomisch. De vorm van deze modellen liggen goed in de hand, ze hebben een voldoende groot grijpvlak en zijn ook met een minder goede handfunctie bruikbaar. Een type kruk die afgerond is naar het deurvlak zorgt er bovendien voor dat je er niet met kledij of met een andere element achter blijft haken.

In functie van een goede bereikbaarheid van de deurkruk moet ook de dikte van de wand waarin de deur geplaatst is mee bekeken worden. De afstand van de voorliggende wand tot aan de deurkruk moet beperkt worden tot max. 20 cm zodat een gebruiker niet te diep moet grijpen.



Zorg voor een goede zichtbaarheid van de kruk door ze voldoende contrasterend met de deur te voorzien.

Deurkrukken in de vorm van een bol of knop bemoeilijken het gebruik. Door de vormgeving bieden deze weinig grip of steun. Vermijd daarom deze types.

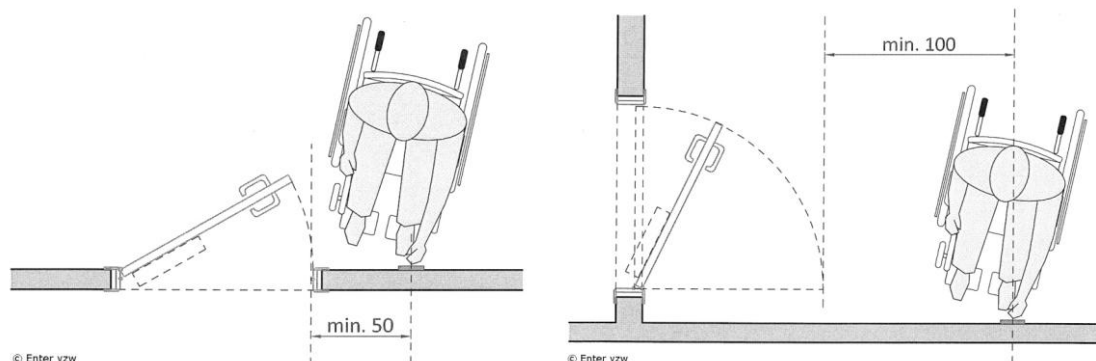
Automatisatie van deuren

In sommige gevallen worden deuren geautomatiseerd. In de meest situaties gaat het om een semiautomatisatie omdat er nog altijd een bedieningsknop bijhoort. De bereikbaarheid van deze knop is een essentieel onderdeel om de deur vlot te kunnen gebruiken.

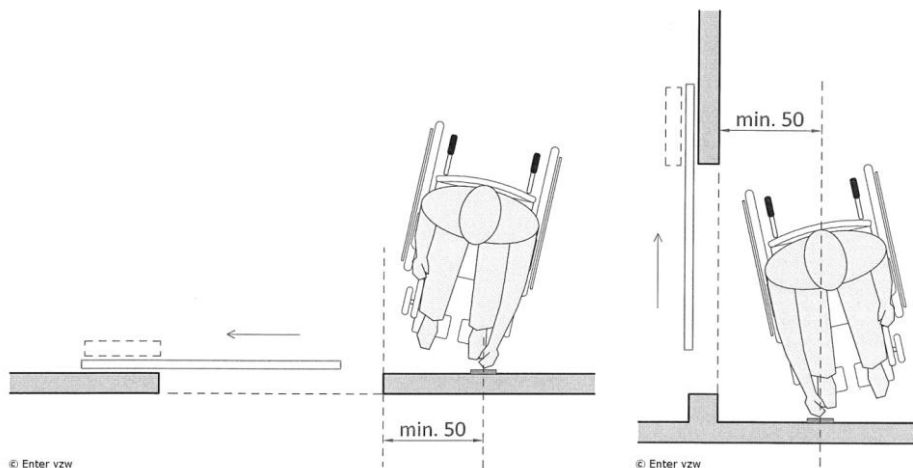
Aandachtspunten voor de bedieningsknop zijn:

- de knop is voorzien op een goede bedieningshoogte;
- de knop is geplaatst op een goede en veilige locatie: draait de deur langs de persoon open, dan is de as van de knop op min. 50 cm ten opzichte van de rand van het opendraaiende deurblad geplaatst.

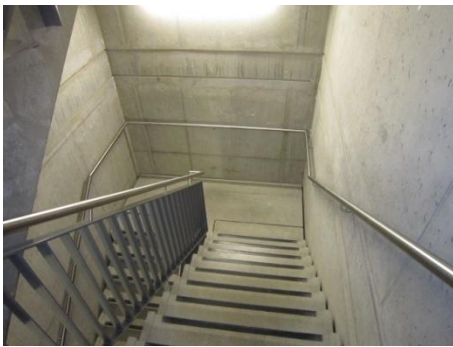
Plaatsing van de knop bij een type draaideur:



Plaatsing van de knop bij een type schuifdeur:



4.2.4.4 Verticaal circuleren (binnenruimten)



Het overbruggen van niveaoverschillen is nodig om de verschillende verdiepingen in het gebouw met elkaar te verbinden. In tegenstelling tot buitenruimten, staat binnen in het gebouw het gebruik van de lift, in combinatie met de trap, centraal. Het gebruik van een helling komt nauwelijks voor.

Het overgrote deel van de bezoekers maakt altijd gebruik van een lift. Deze moet voorzien zijn op een grote capaciteit en vlot bruikbaar voor iedereen. Met uitzondering van de bedieningswijze, zullen de bezoekers ook weinig moeilijkheden ondervinden bij het gebruik van liften.

Trappen zijn meestal niet of minder zichtbaar aanwezig. Omdat ze zich in gesloten trappenhallen bevinden vallen ze minder op. Enkel wanneer we ons maar over enkele niveaus of treden verplaatsen kiezen we sneller voor deze optie. Het belang van een goede trap is echter altijd een aandachtspunt. Niet alleen voor het alledaags gebruik, maar ook voor de veiligheid in noodsituaties is het belangrijk dat trappen goed beloopbaar en vlot bruikbaar zijn.

De toegang tot liften en de locatie van trappen(hallen) is altijd opgenomen in de basissignalisatie van het gebouw.

Liften

Om het gebruik door een grotere groep personen te ondersteunen worden het best meerdere liften voorzien op een centrale, en vooral logische plek. Het aantal liften kan natuurlijk ook voorzien zijn op meerdere locaties om bezoekers in kleinere groepen en sneller naar hun bestemming te brengen.

Het type en de capaciteit zal steeds in functie van de specifieke situatie bekeken moeten worden (aantal verdiepingen, aantal bezoekers). Ter hoogte van de uitgang van een lift moet steeds goede signalisatie aanwezig zijn, zodat de bezoeker zijn weg vlot kan verder zetten.

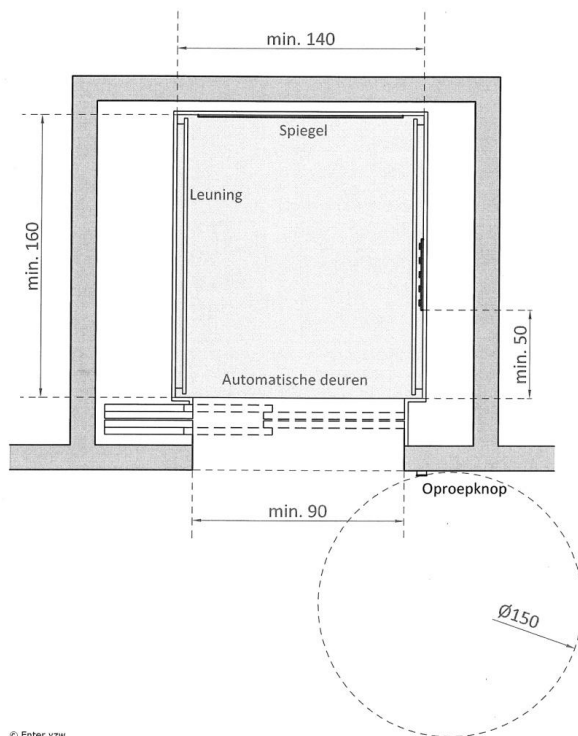
Voor de toegankelijkheid van liften, is heel wat meer detailinformatie terug te vinden in de Europese norm EN 81-70, 'Veiligheidsregels voor het vervaardigen en het aanbrengen van liften – bijzondere toepassingen voor personenliften en goederenliften – deel 70: toegankelijkheid van liften voor personen inclusief personen met een handicap'.

Toegang

De toegangsdeur is altijd een zijdelingse of centrale openende schuifdeur. De vrije doorgang is min. 90 cm breed. Wanneer grotere types gebruikt zijn, zal dit door de afmetingen van de liftkooi geen probleem vormen.

De sluittijd is voldoende lang zodat personen die zich mindere snel verplaatsen niet tussen de deuren terecht komen.

Voorzie altijd een drempelloze toegang. Een aandachtspunt hiervoor is de stopnauwkeurigheid. Deze mag max. 10 mm bedragen. Dit betekent de afstand tussen de afgewerkte kooivloer ten opzichte van het vloerpas van de stopplaats. Ook tijdens het in- en uitstappen mag de lift slechts beperkt zakken omwille van het gewicht.

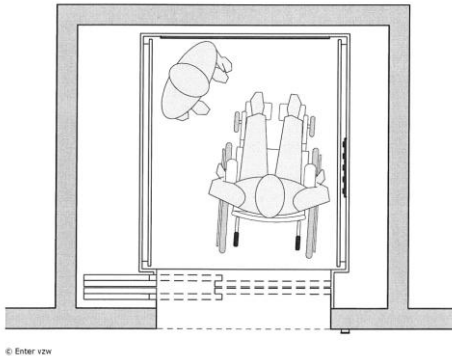


© Enter vzw

Afmetingen

In heel wat ziekenhuizen is de afmeting van de kooi afgestemd op beddenvervoer (min. 240cm diepte). De kooiafmeting laat dan toe dat meerdere personen, waaronder min. 1 rolstoelgebruiker tegelijk de lift kunnen gebruiken. Een dergelijk type zorgt er bovendien ook voor dat een rolstoelgebruiker of persoon met hulp in de lift kan manoeuvreren.

Zijn liften niet afgestemd op beddenvervoer, dan is het nog altijd van belang om een voldoende ruime kooiafmeting te voorzien. Op die manier kunnen niet alleen meerdere personen tegelijk in de lift maar is het ook voor een patiënt met infuusstandaard of een rolstoelgebruiker makkelijker om de lift te betreden. Een kooiafmeting van 140 (B) x 160 (D) cm is een minimale referentie.



Voor de toegang is voldoende vrije ruimte zodat enkele personen kunnen plaatsnemen. Er is bovendien voldoende vrije manoeuvreerruimte om met een hulpmiddel te kunnen plaatsnemen of zich te verplaatsen en de bedieningsknoppen te kunnen bedienen. Deze zone is steeds buiten de looproute gelegen is zodat er geen conflicten ontstaan.

Knoppen

Bedieningspanelen en knoppen binnen en buiten de liftkooi zijn op een goede bedieningshoogte en locatie, bereikbaar voor iedereen aangebracht.

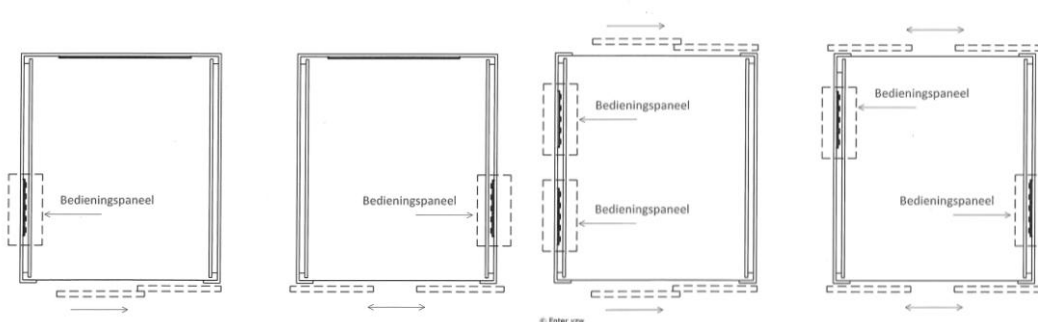
[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

De knoppen zijn voldoende groot, visueel (bij indrukken lichten ze op) en tactiel waarneembaar. Indien mogelijk is er een combinatie tussen een horizontale en verticale bediening aanwezig. Het bedieningspaneel steekt max. 1,5 cm uit de wand zodat het geen obstakel vormt voor de vrije vloeroppervlakte.

In de liftkooi worden bedieningspanelen min. 50 cm uit de hoek geplaatst.

De locatie waar ze worden voorzien is afhankelijk van de type toegangsdeur:

- bij centraal openschuivende deuren: aan de rechterzijde bij binnenkomen;
- bij zijdelings openschuivende deuren: aan de kant waar de deuren sluiten;
- voor liften met een dubbele, tegenover elkaar gelegen toegang: aan elke toegang is een paneel voorzien, afgestemd op het type deur.



Verdere afwerking

Er is een spiegel of een reflecterend oppervlak voorzien aan de achterzijde van de kooi, zodat een rolstoelgebruiker zicht heeft op wat achter hem gebeurt en op een veilige wijze achteruit kan rijden. Let op, vermijd om de volledige achterwand reflecterend of spiegelend uit te werken zodat personen met een visuele beperking hierdoor niet in verwarring worden gebracht (voldoende hoog ten opzichte van de vloer blijven).

Minimaal aan één zijde en best aan beide zijden van de kooi is een handgreep aanwezig op een hoogte van 90 cm ten opzichte van de vloer. Aan de uiteinden is ze best afgebogen naar de wand om veiligheidsredenen.

Een opklapbaar zitje is steeds een meerwaarde voor personen die niet voor langere tijd kunnen rechtstaan.

In de liftkooi is een goede egale, niet verblindende verlichting van min. 100 lux op vloerniveau aanwezig. Let op bij het gebruik van spots.

Signalen

Signalen voor het waarschuwen van het sluiten of openen van de deur, het aangeven van een stopniveau, het aanwezig zijn van een opgeroepen lift ... bestaan altijd uit een combinatie van een visueel en auditief signaal.

Ook voor panelen die buiten de liftkooi geplaatst zijn, waarbij een oproepsysteem (selectiekeuze, controle bestemming) gebruikt is, zal een auditief signaal in combinatie met een visueel signaal aanwezig zijn. Zo is het ook voor personen met een visuele beperking mogelijk de juiste lift te betreden. De markering van de lift (keuze A, B, ...) is voldoende groot en geplaatst boven de toegang tot de lift.

Trappen

Type en vorm

Trappen zijn voldoende breed en zijn steeds van het rechte type (zonder verdreven treden!). De vrije breedte tussen de leuning is min. 100 cm, best 120 cm breed.

Brede trappen worden optimaal gezien verdeeld in twee of meerdere delen met een beperkte vrije breedte. Elk deel laat toe een dubbele doorgang mogelijk te maken en is aan beide zijden, inclusief bij de tussenverdeling, voorzien van een goede leuning op twee hoogten.

Treden

Na maximaal 17 treden wordt een tussenbordes voorzien om lange loopafstanden te vermijden. Tussenbordessen zijn min. 100 cm diep (in de loopprijsrichting).

Treden zijn goed beloopbaar doordat ze voldoen aan de stapmodulus: $2 \times \text{Optrede} + \text{Aantrede} = 57$ à 63 cm. Ze zijn van het gesloten type zonder overstekende neus en met een welhoek van max. 15°.

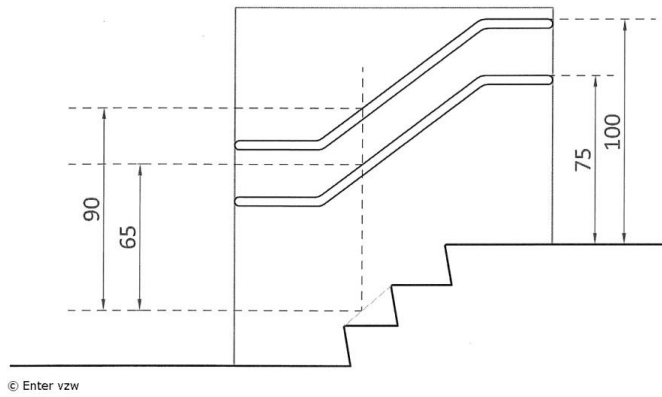
Elke trede is voorzien van een contrastmarkering. Boven en onderaan de trap is een waarschuwingsmarkering aangebracht.

Leuning

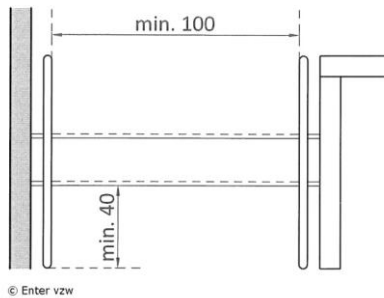
Net zoals in de gangen zijn aan beide zijden van de trap continu doorlopende leuning voorzien op 2 hoogten:

- 1^{ste} op 90cm boven trapneus
- 2^{de} op 65cm boven trapneus

Leuning stoppen nooit in het ijlle zodat ze geen obstakel vormen voor andere kruisende passages.



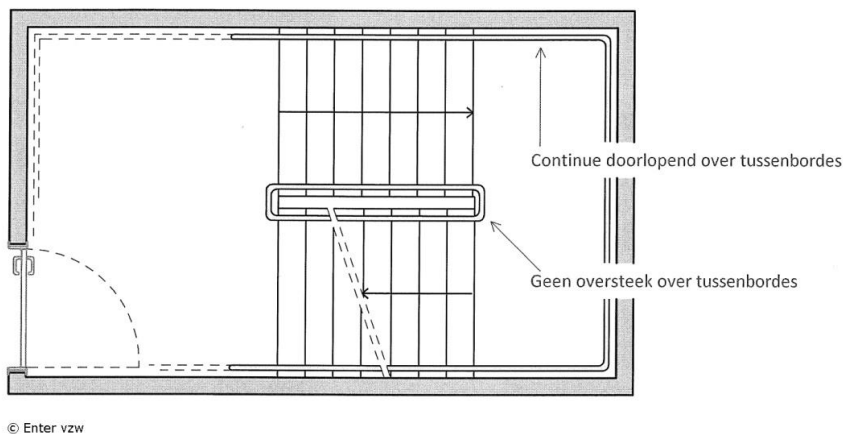
Aan het begin en einde van de trap loopt de leuning min. 40 cm horizontaal door in de looprichting van de trap. Dit is een belangrijk element zodat personen met een visuele beperking in staat zijn van op een stabiel niveau de leuning te kunnen grijpen en zo met een goede ondersteuning de trap op of af te gaan.



In gesloten trappenhallen (trappen over meerdere verdiepingen in een gesloten ruimte) lopen de leuningen continu door:

- Aan de buitenzijde van de trap (looprichting naar omhoog) lopen ze over tussenbordessen en best tot aan de deuren of andere openingen op overlopen.
- Aan de binnenzijde van de trap (looprichting naar omhoog) vormen ze een continu te volgen geheel vanaf het laagste tot het hoogste niveau van de trappenkoker.

Wanneer in een trappenhal, ter hoogte van een verdieping (0, +1, ...), de leuning toch 40 cm verder loopt aan de binnenzijde van de trap, dan kan dit voor personen met een visuele beperking ook het herkennen van het niveau (aanwezigheid van een toegang of uitgang van de trap) bevorderen.



4.2.5 (Onthaal)balies



Een balie is in principe altijd een vast inrichtingselement in de ruimte waar bezoekers of patiënten terecht kunnen om informatie te vragen, zich aan te melden op een afdeling, papieren te ontvangen of zich in te schrijven.

Omwille van de centrale plaats van de balies, bijvoorbeeld bij de aankomst in de inkomhal of bij het binnenkomen van een afdeling, zijn ze niet alleen functioneel maar ook een oriënterend herkenningspunt.

Wanneer we over een balie spreken, bedoelen we het algemeen onthaal in een inkomhal, aan de inschrijvingen, de aanmeldbalies op een afdeling en de kassa's. Afhankelijk van het doel waarvoor ze voorzien zijn zoals behandelen van infovragen, documenten aangeven of zich inschrijven moet het meubel een minimale gebruikskwaliteit hebben.

Naast het ruimtelijk aspect is het warm onthaal door de baliemedewerker, de vriendelijkheid, de wijze van omgang met de bezoeker of patiënt een belangrijk gegeven.

Zichtbaar en bereikbaar

De balie is een herkenningspunt bij het toekomen in het ziekenhuis of op een afdeling. Ze moet daarom steeds vlot herkenbaar zijn. Zowel de zichtbaarheid als de locatie zijn belangrijke elementen.

De meeste balies worden intuïtief goed zichtbaar en bereikbaar van op de looproute uitgewerkt. Toch is het altijd noodzakelijk om bijkomend ook een goede signalisatie te voorzien. Niet alleen van op de route doorheen het gebouw maar ook ter hoogte van de balie zelf.

Zichtbaarheid ondersteunen we door een contrast met de omgeving (kleuren, materialen, vormgeving) te realiseren. Daarnaast is ook een goede verlichting een basiseis voor de herkenning maar ook voor de verstaanbaarheid in communicatie. Accentverlichting is een hulp bij het oriënteren.

De balie aan de hoofdtoegang tot het ziekenhuis is onder meer voorzien van geleiding van buiten naar binnen zodat ze ook door personen met een visuele beperking vlot terug te vinden zijn.

Vormgeving volgt functie

Bij een algemene onthaalbalie waar we informatie kunnen vragen, is het meubel anders uitgewerkt dan bij een balie waar men zich moet inschrijven of aanmelden en waarbij we papieren moeten handtekenen of invullen. De vormgeving is immers altijd afgestemd op de handelingen die je er moet uitvoeren.

Afhankelijk van het type balie zijn andere eisen van belang. Algemeen kunnen twee grote groepen onderscheiden worden:

- Enkel communicatie: zichtbaar en verlaagd;
- Handelingen uitvoeren zoals schrijven, papieren overhandigen of betalingen doorvoeren: zichtbaar, verlaagd en onderrijdbaar.

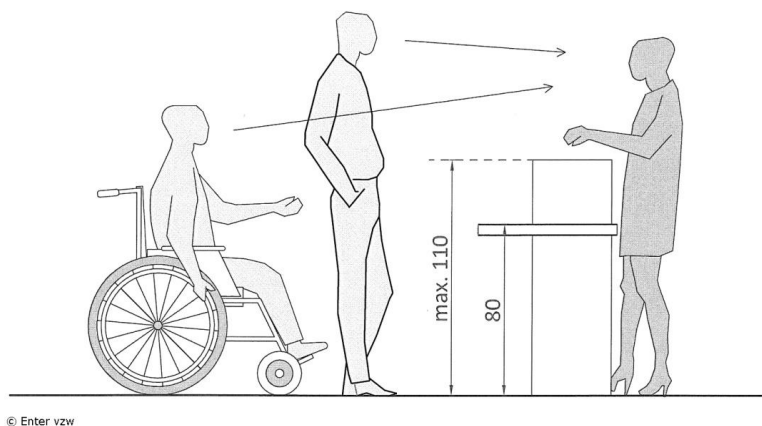
Bij kassa's en inschrijvingen is de balie als ruimtelijk object vaak minder herkenbaar aanwezig. Men maakt gebruik van loketten of tafels (desk) waar men de bezoeker aan plaatsneemt. Een secretariaatsfunctie is meestal voorzien in een aparte ruimte die via een deur wordt betreden.

Hoewel de vormgeving van de ruimte verschilt, is de ontvangstfunctie bij elk van deze vormen aanwezig en de gebruikscriteria dus gelijklopend.

Communicatie mogelijk maken: verlaagd

De hoogte van de balie moet toelaten dat communicatie met de persoon achter de balie, mogelijk is. Visueel contact kunnen maken is hiervoor een vereiste. Het is voor iedereen van belang, maar een noodzaak voor personen met een auditieve beperking, personen met een kleinere gestalte en ouderen.

Een algemene hoogte van 110 cm ten opzichte van de vloerpas zorgt ervoor dat de zichtlijnen voor een grote groep personen zijn gegarandeerd.



© Enter vzw

Ook vanuit zittende positie is het mogelijk om met een dergelijke hoogte een goed contact te hebben. Een werkelijk verlaagd deel is echter steeds een betere optie. Optimaal gezien is de balie voorzien van 2 hoogten:

- bovenzijde hoge deel: 110cm ten opzichte van vloerpas;
- bovenzijde verlaagd deel: 80cm ten opzichte van vloerpas.

Gebruik mogelijk maken: onderrijdbaar

Moet men naast communicatie ook nog andere handelingen kunnen uitvoeren, dan is een verlaagd deel niet voldoende. Om een papier te kunnen overhandigen of te ontvangen, iets persoonlijk te kunnen bespreken, een kaart te kunnen aanreiken, of handtekeningen te plaatsen moet er een bepaalde hoogte en reikdiepte aanwezig zijn.

Op vlak van vormgeving is de onderrijdbaarheid daarvoor cruciaal. Het betekent dat we vanuit zittende houding (zittend op een stoel of rolstoel) kunnen plaatsnemen en gebruik maken van de volledige balie of een deel van de balie.

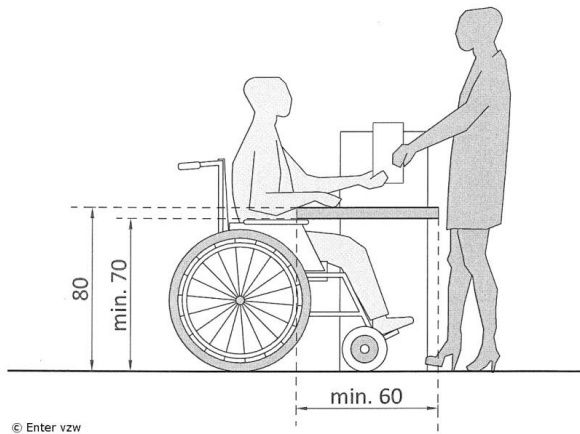
[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

Beperkt onderrijdbaar

Doordat we onze voeten en voetsteunen van de rolstoel onder de balie kunnen plaatsen kunnen we dichterbij komen en kunnen we bijvoorbeeld een papier aannemen of iets afgeven. Beide personen zullen wel nog gedeeltelijk met de arm moeten reiken.

Volledig onderrijdbaar

Als we vanuit zittende positie volledig onder het laag deel van de balie kunnen plaatsnemen, kunnen we het ook als werkblad gebruiken.

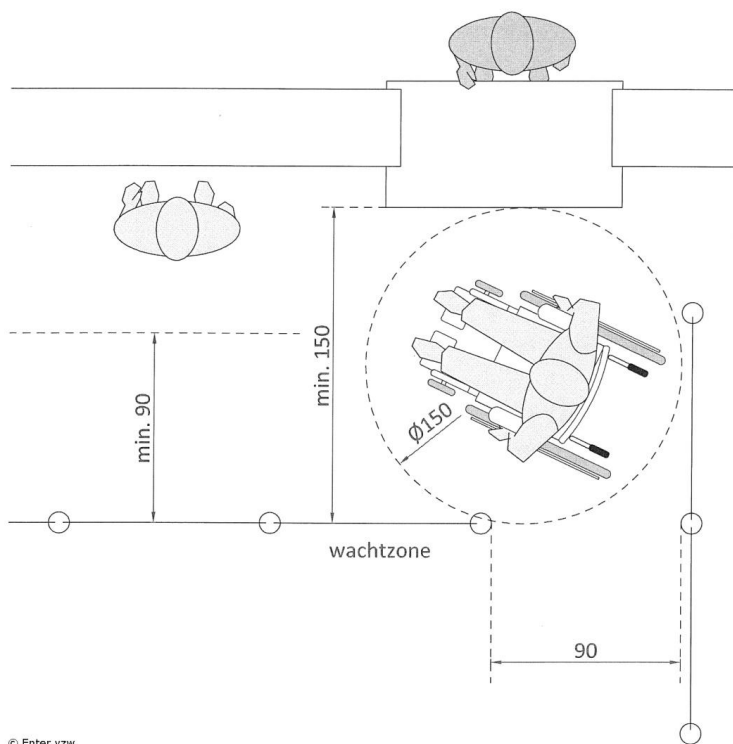


Let wel, specifiek voor de onderrijdbaarheid van een balie of tafel is de aanwezigheid van een blad. De bovenzijde mag op max. 80 cm gelegen zijn. Tussen de bovenzijde en de onderzijde van het blad is er een speling mogelijk van 10cm. Deze laat toe dat de bovenzijde van het blad op een bruikbare hoogte staat. Is het blad minder dik uitgevoerd, zal de reikdiepte van de zittende persoon bovendien iets groter zijn, namelijk 60 cm in plaats van 50 cm diepte.

[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

Gebruiksruimte voor de balie

Aan een informatiebalie gaan heel wat rolstoelgebruikers zich zijdelings opstellen ter hoogte van een balie om zo dicht bij de baliemedewerker te komen om te communiceren. Hiervoor moeten ze ter hoogte van de balie kunnen manoeuvreren (minstens achteruit rijden en bocht nemen). In de meeste gevallen echter moeten ze om hun as kunnen draaien of volledig rechtsomkeer kunnen maken. Een vrije draairuimte ($\varnothing 150\text{cm}$) voor de balie is hiervoor essentieel.



Voor de balie is er voldoende ruimte zodat een aantal wachtende personen kunnen plaatsnemen. Er is een privacyzone aanwezig, een bepaalde afstand tussen de persoon die aan de beurt is en de

wachtende achter hem, zodat de besproken informatie discreet kan worden behandeld. Deze wordt heel vaak kenbaar gemaakt door een gele/ rode lijn op de vloer of een bordje. Ook deze zone moet natuurlijk voor iedereen gegarandeerd zijn.

Om lange wachtrijen dwars op de balie te vermijden wordt gebruikt gemaakt van geleiding van de wachtrij in de langsrichting. Hiervoor worden al dan niet mobiele banden of afscheidingselementen gebruikt. Is er een afscheiding aan beide zijden aanwezig, dan moet ook de vrije tussenzone voldoende ruim zijn om te kunnen manoeuvreren. Ook bij het gebruik van een kinderwagen of wanneer we spullen bij hebben is deze ruimte nodig om van richting te kunnen veranderen. Een punctuele doorgang is min. 90 cm breedte, de breedte van de wachtzone min. 120 cm.

Verstaanbaarheid

Om communicatieknelpunten te vermijden zijn balies bij voorkeur niet met een glazen wand afgesloten. Indien er wel beglazing aanwezig is, is het belangrijk aandacht te besteden aan mogelijke reflectie door lichtinval en het voorzien van spraakondersteuning.



De aanwezigheid van een ringleiding (voor gehoorondersteuning) is eenvoudig te voorzien en moet aan de balie gesignaleerd worden. Dit systeem zorgt ervoor dat personen die gebruik maken van een gehoorapparaat op een bepaalde frequentie kunnen afstemmen om zo de baliemedewerker beter te kunnen begrijpen.

Een egale, indirecte verlichting over de volledige balie ondersteunt een goede communicatie. Een accentverlichting is handig voor iedereen en helpt bij de oriëntatie. Het gezicht van de baliemedewerker moet duidelijk zichtbaar zijn zodat liplezen mogelijk is.

Rangorde voor behandeling, ticketautomaten ...

Zeker ter hoogte van grotere balies of een reeks van balies (inschrijvingen, kassa's) maakt men gebruik van een beurtensysteem die de volgorde om bezoekers te helpen bepaalt. Na het nemen van een ticket wordt door middel van een visueel of auditief signaal aangegeven wanneer je aan de beurt bent en aan welke balie je terecht kan.

Voor vrijwel iedereen kan het gebruik hiervan moeilijkheden opleveren. Het systeem kan moeilijk begrijpbaar zijn, het afroepscherm onleesbaar of het afroepen niet hoorbaar. Zeker personen met een cognitieve, auditieve of visuele beperking, maar ook ouderen hebben hiermee heel wat extra problemen.

Heel wat elementen met betrekking tot signalisatie zijn ook voor deze toestellen van toepassing om verbetering te brengen.

[Bewegwijzerings- en informatieborden >>](#)

Voor dergelijke toestellen moeten de algemene principes zoals hierboven beschreven voor de balie(s) gerespecteerd worden. Ook de aanbevelingen voor betaalautomaten zijn een richtlijn.

[Parkeervoorzieningen >>](#)

Ticketautomaten (rangorde of oproepsystemen)

Ticketautomaten zijn systemen die bedoeld zijn om de rangorde van het behandelen of oproepen van de bezoekers aan te geven. Na het nemen van een ticket, wordt door middel van een visueel of auditief signaal en bij voorkeur een combinatie aan de hand van een nummer en/of letter aangegeven dat je aan de beurt bent en waar je terecht kan.

Een aantal aanbevelingen om het gebruik te ondersteunen zijn:

- De knoppen en het scherm van het toestel zijn bereikbaar en bruikbaar voor iedereen, eventueel schuin geplaatst zodat zicht op de knoppen ook vanuit zittende positie mogelijk is.
- Kies steeds voor een eenvoudig begrijpbaar systeem voor de afroep van wie aan de beurt is.
- Voorzie steeds een combinatie van zowel een visueel als een auditief signaal voor de afroep van een nieuw nummer.
- Schermen worden op een voor iedereen zichtbare plek gehangen. In grote ruimten worden er meerdere voorzien.
- De informatie wordt altijd, voor elk principe (visueel en auditief) volledig weergegeven. Eventueel knippert het scherm bij een nieuwe oproep. De informatie wordt ook lang genoeg getoond of afgeroepen.
- Zorg voor goede contrasten op de schermen zodat de informatie goed leesbaar is. Letters en cijfers zijn voldoende groot.
- Ticketverdelers worden best verbonden met een bemande post (telefoon, parlofoon of display) zodat hulp kan worden opgeroepen indien nodig.

Aan het verdelingstoestel van de tickets kan een extra knop worden toegevoegd die aangeeft dat je persoonlijke assistentie wenst. Het systeem maakt hiervan melding aan de baliemedewerkers. De baliemedewerker kan op deze manier de wachtende persoon assistentie verlenen en in de wachzone ophalen wanneer die aan de beurt is.

In het algemeen is het zeer moeilijk om dergelijke systemen voor iedereen goed bruikbaar te maken. Voornamelijk voor personen met een visuele beperking zijn niet alle aspecten eenvoudig oplosbaar. Het omroepen van volgnummers en balies is vaak storend of niet hoorbaar (doofheid). Ook de weg naar de balie is moeilijk terug te vinden voor deze groep bezoekers. Een goede persoonlijke begeleiding kan alvast helpen. Let wel, niet iedereen is daar even tevreden mee.

Inschrijfautomaten

Naast de mogelijkheid om in te schrijven aan een balie bieden veel hedendaagse ziekenhuizen automaten aan om een consultatie of onderzoek te bevestigen.

De automaten moeten voldoende bereikbaar zijn, optimaal gezien zijn ze volledig onderrijdbaar zodat de knoppen en gleuf voor het invoegen van een kaart bereikbaar zijn. De schermen zijn voldoende duidelijk leesbaar en bij een touchscreen, is het scherm eenvoudig te bedienen.

Betaalterminal (klein toestel aan kassa's)

Een betaalterminal is terug te vinden aan de kassa van een cafetaria, de commerciële ruimten aan het ziekenhuis of de kassa van het ziekenhuis zelf. De toestellen zijn vaak vast voorzien op de toegang of de balie. Niet alleen voor personen met een beperking, maar voor elke gebruikers zijn ze vaak moeilijk bereikbaar om een kaart in te voegen en de code in te drukken of is de inhoud van de schermjes nauwelijks zichtbaar.

Naast een goede onderrijdbaarheid bij een vaste bevestiging is ook het gebruik van mobiele of verplaatsbare betaalterminals een goede, bestaande oplossing voor een bemande balie. Ze zorgen ervoor dat het toestel verplaatst kan worden tot bij de bezoekers, op elke gewenste hoogte of lengte.

4.2.6 Wachtruimten



Een typisch voorbeeld van een ziekenhuisbezoek illustreert hoe vaak we gebruik maken van wachzones: aankomen, wachten om zich in te schrijven, na het aanmelden op de afdeling wachten op je consultatie, soms nog tussentijds wachten voor en na de uitvoering van onderzoeken, nadien eventueel nog wachten voor het betalen aan de kassa en zo verder, vooraleer we het ziekenhuis kunnen verlaten.

Wachruimten of wachzones vormen de echte overgang tussen het aankomen in het ziekenhuis en de persoonlijke consultatie of onderzoek. In heel wat situaties zal men zelfs meerdere wachruimten passeren vooraleer de bezoekers de uiteindelijke bestemming bereiken.

Meestal zijn ze louter functioneel aanwezig, zoals bijvoorbeeld om te wachten aan een inschrijf- of aanmeldbalie. Soms worden ze echter langduriger gebruikt, bijvoorbeeld tijdens het wachten op een uitslag tijdens de behandeling van een familielid of op de spoedafdeling. Afhankelijk van de situatie moeten bezoekers of patiënten er soms geruime tijd doorbrengen.

Locatie en bereikbaarheid

Te vaak wordt weinig aandacht besteed aan het belang van dergelijke ruimten en resulteert dit in enkele losse stoelen in de gang. Op dergelijke wijze zijn het weinig functionele en sfeerloze plekken.

Wachruimten vormen eilandjes doorheen het ziekenhuisgebouw. Ze zijn echter altijd gekoppeld aan een functie zoals ontvangst, onderzoek, consultatie, aanmelden, inschrijven ... Een goede locatie zorgt ervoor dat de handelingen of de opeenvolging van activiteiten die eraan gekoppeld zijn duidelijk zijn voor de bezoeker. Een aantal elementen die de locatie en bereikbaarheid ondersteunen zijn o.m.:

- het is belangrijk dat ze goed herkenbaar zijn vanaf de aankomst op een afdeling of vanaf een aanmeldbalie;
- de route heen en terug heeft een logische structuur en is best zo dicht mogelijk bij de bijhorende activiteit gelegen;
- zorg in de wachruimten dat overzicht over de ruimte en eventueel aansluitende circulatie of activiteiten behouden blijft;
- ze zijn steeds aansluitend, maar buiten de looproute voorzien;
- beredeneer altijd vooraf hoe mensen moeten lopen om ergens te geraken zoals bijvoorbeeld een balie of toegang tot een consultatieruimte. Bekijk steeds de inrichtingsmogelijkheden van de ruimte zodanig dat circuleren erdoor of erlangs vlot mogelijk is zonder verlies van zitruimte.

De nabijheid van sanitaire voorzieningen nabij een wachruimte is een meerwaarde. Ze moeten daarom niet overal aanwezig zijn, maar wachruimten bij de onthaalbalie, de inschrijvingen en kassa's of op elke afdeling zou er toch minstens 1 sanitair blok in de buurt moeten zijn.

Wachtruimte of zone

Wachruimten komen in heel wat verschillende vormen voor. Naargelang de functie waarbij ze horen zijn het kleine plekje, zones langs de weg door het ziekenhuis of echt aparte wachruimten.

Zone

Een wachtzone gelegen langs de gang, in een nis of in de ruimte is altijd gelegen buiten de looproutes. Is ze langs verschillende wegen te bereiken, zorg dan ook voor een goede opstelling van het meubilair.

Vooraf de afbakening van het gebied is een aandachtspunt. Voorzie bijvoorbeeld een duidelijke zonering op vloerniveau (bijvoorbeeld verschil in kleur of materiaal) of baken het gebied af door losse of vaste elementen.

Aparte ruimte

De toegang tot de ruimte is altijd duidelijk zichtbaar en goed gesignaleerd. Maak steeds duidelijk voor welke diensten of dokters de wachtruimte bedoeld is. De maatvoering is goed gekozen en laat eventueel verschillende opstellingen van het meubilair toe. De toegang is bruikbaar voor iedereen.

Onderschat de maatvoering van een wachtruimte niet. In ontwerpfase zijn ze vaak nog te weinig correct ingevuld op vlak van capaciteit. De maatvoering van een wachtruimte of zone is altijd afgestemd op:

- de specifieke locatie (consultatie, inschrijven, aanmelden...);
- het aantal te verwachten bezoekers (capaciteit);
- een realistische inrichting (type stoelen, tafels ...);
- het werkelijk gebruik ervan (aantal zitplekken, route en circulatie erlangs of erdoorheen, speelplek voor kinderen ...).

Geef grote wachtruimten structuur alsook een duidelijke circulatieroute of as tussen de zitplaatsen. Ook de circulatieroute naar andere functies die nabij de wachtruimte gelegen zijn, zoals bijvoorbeeld sanitaire ruimten, moet goed bekeken worden in functie van de bereikbaarheid.

In vergelijking met kleine wachtzones hebben ze extra voorzieningen zoals een drinkfontein, een speelhoekje of een brochurerek. Organiseer deze elementen vanaf de start, zodat een goed gebruik achteraf is gegarandeerd.

Aanbod zitelementen

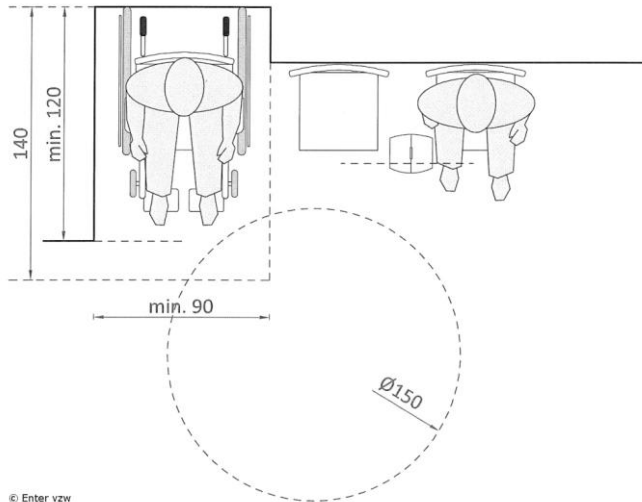
Wachtruimten bestaan uit zitelementen met daartussen circulatiezones. Een goed zitcomfort is niet alleen afhankelijk van het type en de uitvoering van een stoel, ook de ruimte die ter beschikking is om plaats te nemen, te circuleren naar je plaats of naar een tafel met boekjes zonder anderen te storen is van belang.

Algemene ruimtelijke aandachtspunten voor de zitelementen zoals een stoel of zetel zijn opgenomen onder het thema 'Gebruik van tafels en stoelen'.

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

Ook rolstoelgebruikers of ouders met kinderwagens moeten vlot terecht kunnen in de wachtruimten. Door hun verplaatsingshulpmiddel is het niet altijd mogelijk om op een stoel of bank plaats te nemen. Net zoals elke andere bezoeker of patiënt wensen zij eenzelfde behandeling en is het ontoelaatbaar dat zij op de gang of ergens in een ongedefinieerd gebied zouden moeten wachten.

In elke wachtruimte zijn er altijd minstens 2 zitplaatsen voorzien. Daarnaast is ook altijd minstens 1 vrije zone voor rolstoelgebruikers aanwezig.



Een vrije zone tussen de andere zitplekken is bruikbaar voor een rolstoelgebruiker, voor het plaatsen van een kinderwagens of eventueel wat spullen. Om goed bruikbaar te zijn is deze zone min. 90 x 120 cm, best 90 à 110 x 140 cm omdat manoeuvreren op een beperkte ruimte niet altijd even makkelijk is.

Om goed plaats te kunnen nemen moet een rolstoelgebruiker ook voldoende ruimte krijgen om zichzelf of met behulp van zijn begeleider te positioneren. Een bredere zone en een vrije draairuimte van Ø150 cm zijn hiervoor van belang.

Het aantal vrije ruimten is steeds afhankelijk van de grootte van de wachtruimte of zone (capaciteit aan zitelementen). Per wachtruimte of zone is minstens 1 vrije ruimte voorzien. Een algemene richtlijn is dat 4% van het aantal zitplaatsen als vrije zone is voorzien (1 per 25 plaatsen) . Voor grotere wachtruimten in ziekenhuizen wordt dit percentage best opgetrokken tot 5% (1 per 20 plaatsen) of meer.

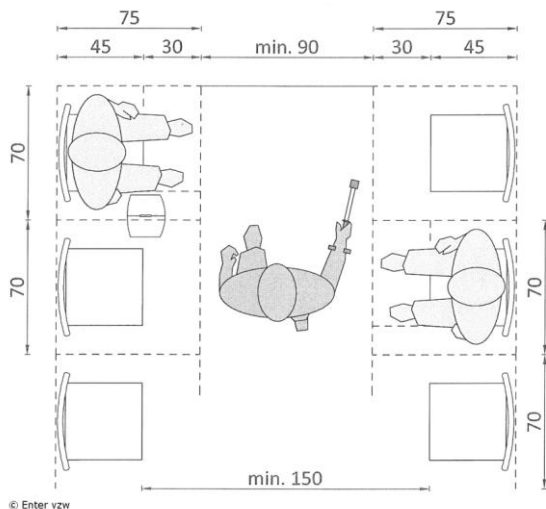
Het einde van een rij zitelementen is steeds de meest logische plek voor het voorzien van een vrije ruimte. Let echter op het feit dat ook een rolstoelgebruiker graag de keuze krijgt om zich te plaatsen waar hij wenst. Een variatie voorzien is daarom altijd het meest aangewezen.

Circulatiezone als privacygrens

Zijn zitelementen frontaal tegenover elkaar geplaatst, dan is de tussenafstand belangrijk om vlot te kunnen passeren. Deze circulatiezone tussen tegenover elkaar gelegen zitplaatsen fungeert vaak ook als een privacyzone zodat men niet het gevoel krijgt dat de hele groep kan meeluisteren en -praten.

Circulatie routes tussen het meubilair zijn altijd afgestemd op het principe van puntversmallingen. Puntversmallingen zijn korte stukken waar men slechts over een beperkte vrije breedte beschikt. Een vrije doorgang van min. 90 cm tussen het meubilair is een minimum.

Een vrije circulatiebreedte van 120 of zelfs 180 cm voor bijvoorbeeld grote wachtruimten is steeds aan te raden. Net zoals de gebruiksruimten voor stoelen is deze circulatiezone netto te voorzien. Dit wil zeggen exclusief de ruimte die ingenomen wordt door benen of spullen die we bijhebben.



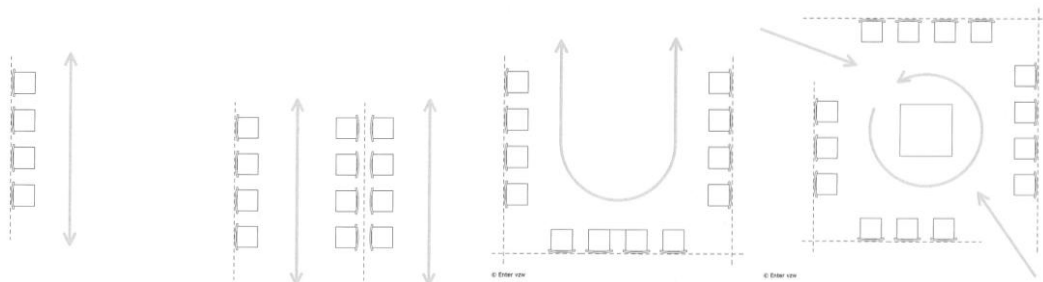
Afhankelijk van de plaats waar een rolstoelgebruiker plaats kan nemen (vrije ruimte), moet voldoende ruimte voorzien worden om ook een haakse bocht te kunnen nemen.

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

Inrichting als structureel knelpunt

Rekening houdend met de nodige gebruiksruimte en de passage, zal de capaciteit en het gebruik van de ruimte meestal overschat worden. De wijze van inrichting, de mogelijke plaatsing van de zitelementen, moet dus vanaf ontwerpfase structureel worden bekeken.

De organisatie van de ruimte en de plaatsing van de meubelen beïnvloedt ook altijd de toegangsmogelijkheden en de wijze waarop bezoekers kunnen plaatsnemen. Over het algemeen zijn volgende types indeling veel voorkomend:

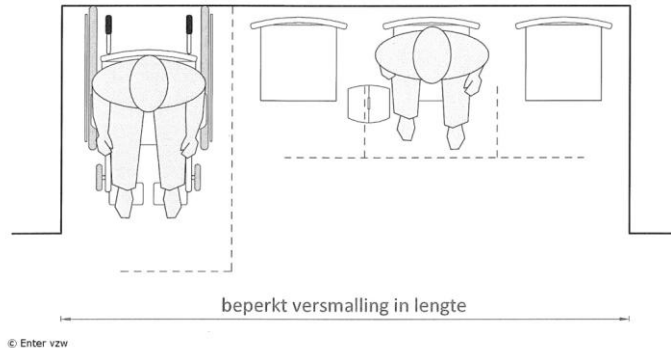


Voor iedereen moet dit op eenzelfde wijze kunnen gebeuren. Blinden en slechtzienden, maar ook personen die de ruimte moeilijk kunnen lezen hebben baat aan een rechte lijnige, duidelijk leesbare organisatie.

Een aantal elementen vormen structurele knelpunten die altijd leiden tot toegankelijkheidsproblemen. Het gevolg is meestal dat de ruimte onbruikbaar wordt en dat er helemaal geen plaats is om variatie in de zitmogelijkheden te brengen. Vermijd daarom steeds:

- onlogische vormen van de ruimte
- kolommen die vrij in de ruimte staan
- het onlogisch en lukraak invullen van de ruimte, voornamelijk bij hoekopstellingen

Bij een wachtzone langs een circulatieroute (bijvoorbeeld een rij stoelen in een gang) wordt het meubilair steeds lineair, aan één zijde opgesteld. Dit is een belangrijk aspect voor personen met een visuele of cognitieve beperking die de wand gebruiken als geleiding. Voorzie geen te lange rijen zitplaatsen en garandeer steeds een vlotte passage.



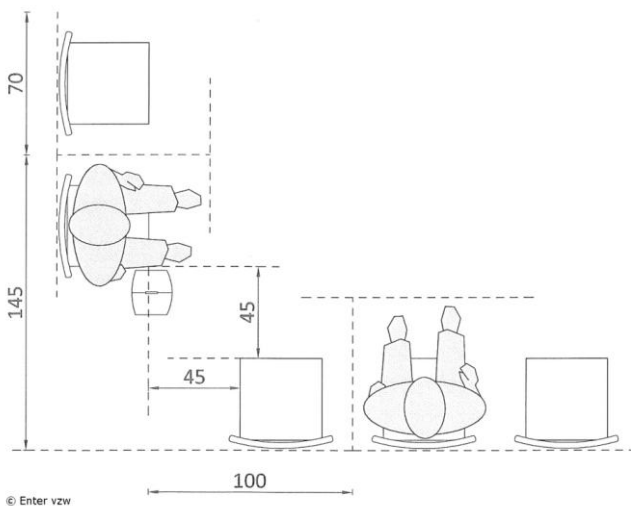
Bij lineair opgestelde plaatsen die recht tegenover een aanmeldbalie gelegen zijn moet voldoende ruimte aanwezig zijn om te kunnen aanmelden, tegelijk te circuleren en plaats te nemen.

Probeer ook steeds de gangzijde met toegangsdeuren vrij te houden zodat het overzicht behouden blijft en personen met een visuele beperking de deuren makkelijker kunnen opmerken.

Hoekopstelling

Bij een hoekopstelling van het meubilair is er steeds een onbruikbare zone. Soms worden deze ruimten op plan ten onrechte getekend als zitplek. Het gebruik van zitelementen laat dit echter nooit toe. Vooral in functie van het ruimtegebruik, maar ook voor de capaciteit dient er dus rekening mee gehouden te worden.

Plaats zitelementen in een hoek voldoende ruim zodat elke zit bruikbaar en bereikbaar is.



Aangenaam verblijven

Wachruimten zijn vaak open kille ruimten, onaangenaam om te vertoeven. Meer en meer leert men dat dit niet bevorderlijk is voor de bezoeker en voor de aanwezigheid van een 'healing environment'. Sfeer is dus omwille van psychologische redenen niet onbelangrijk. Voor wachruimten waar men langere tijd verblijft is dit zelfs zeer belangrijk.

Een klassieke wachtruimte bestaat uit een groep stoelen. Toch kan je deze ruimte aangenamer maken door het gebruik van zetels, een salon of een leeshoek met tafels.

De aanwezigheid van drankautomaten, koffie of water, speeltafeltjes voor kinderen is altijd een meerwaarde om de wachtende gerust te stellen en een manier te geven om de tijd te doden.

Zorg voor voldoende licht om een goed zicht te hebben en om te kunnen lezen

Vaak is een wachtruimte ook een plaats waar men enige privacy verwacht. Beschutting voor inkijk of akoestische schermen kan een optie zijn. Toch is het behoud van overzicht ook belangrijk. Zeker voor personen met een auditieve of visuele beperking kan het heel moeilijk zijn om bijvoorbeeld in te schatten wanneer een dokter of zorgverlener iemand binnenroept.

4.2.7 Bezoekerssanitair

4.2.7.1 Bezoekerssanitair algemeen



Het bezoekerssanitair is een niet onbelangrijke functie gedurende het ziekenhuisbezoek. Vrijwel iedereen zal er tijdens zijn verblijf gebruik van maken bij de aankomst, tijdens lange wachttijden of voor vertrek.

Staan we onder stress of hebben we wat zenuwen voor een ongekende situatie, dan gaan we ook sneller naar het toilet. Voor sommige personen zijn ze zelfs omwille van een ziekte of beperking onontbeerlijk.

Ook voor de modale gebruiker kan een meer comfortabele ruimte noodzakelijk zijn. Ouders met jonge kinderen vinden in standaardtoiletten te weinig ruimte om de kinderen te helpen, grote personen hebben te weinig beenruimte tussen de toiletpot en de deur en ouders met baby's hebben nood aan een verzorgingsruimte die vaak moeilijk te vinden is.

Niet iedereen is dus gebaat bij eenzelfde standaardruimte. Ook personen die gebruik maken van hulpmiddelen hebben net dat ietsje meer ruimte nodig. Oudere personen ondervinden vaak hinder door te lage toiletputten en personen met een tijdelijke beperking zoals een gebroken been of arm kunnen er moeilijk terecht. Kortom een bezoekerssanitair moet variatie aanbieden.

Locatiebeleid

Bij het ontwerp worden sanitaire ruimten vaak als minder belangrijk aanzien waardoor ze ten onrechte op het einde van de lijst staan. Het gevolg is dat ze hierdoor als ingepast worden in 'restruimte'. Dit is een spijtige zaak en zou in ziekenhuisgebouwen niet mogen gebeuren.

Het comfortabel gebruik van sanitaire ruimten wordt altijd bepaald door :

- een bereikbare en logische locatie
- een variatie in het aanbod (standaard, comfort en aangepast ...)
- de inrichting van de ruimte (bruikbaarheid)

De afwezigheid en de vindbaarheid van sanitaire voorzieningen is één van de grootste struikelblokken. Dit heeft in eerste instantie te maken met locatiebeleid, in tweede orde met signalisatie. Locaties waar ze zeker voorzien moeten worden zijn onder meer:

- de inkomhal en het algemeen onthaal

- de inschrijvingen en de kassa's ...
- de cafetaria
- de aanmeldbalies en wachtruimten van specifieke afdelingen of diensten
- een afdelingsgang met patiëntenkamers
- op regelmatige afstanden op frequent gebruikte circulatieroutes in het gebouw

Dit betekent niet dat het sanitair blok op elke locatie op eenzelfde wijze uitgevoerd is. Niet overal zijn bijvoorbeeld comfortruimten even noodzakelijk. Het aanbod en de grootte kunnen afgestemd worden op de specifieke situatie.

Locatiebeleid houdt echter wel in dat ze vanaf de ontwerpfase strategisch ingepland worden, zodat de zichtbaarheid en daardoor de vindbaarheid ondersteund wordt.

Toegankelijk door variatie

Toegankelijkheid van sanitaire ruimten wordt in de meeste gevallen herleid tot de aanwezigheid van een 'aangepast toilet'. Binnen het perspectief van een groep diverse gebruikers zijn er echter heel wat extra elementen nodig die verder gaan dan enkel het voorzien van een aangepast toilet. Ook het gebruik van de standaardtoiletten komt in beeld.

Het toegankelijk sanitair blok betekent dat op eenzelfde locatie zoveel mogelijk variatiemogelijkheden opgenomen zijn, zodat de bezoeker een keuze heeft om de voor hem meest geschikte ruimte te gebruiken. Een sanitair blok bestaat dan uit een combinatie van:

- standaard toiletten
- comfort toiletten
- aangepaste toiletten

Comfortruimten zijn ruimten die meer bieden dan de standaard, maar niet volledig aangepast zijn. Een aantal extra elementen zijn voorzien zodat ze bruikbaar zijn voor een grotere groep. Dit kan bijvoorbeeld een bredere ruimte of een verzorgingsmogelijkheid voor ouders met kinderen zijn. Worden de standaard toiletruimten vanaf de start zorgvuldig uitgewerkt, dan spreekt het voor zich dat ze eenvoudig een upgrade tot comfortruimten kunnen krijgen.

Het toiletbezoek bestaat bovendien niet alleen uit het gebruik van de individuele toiletruimten, maar ook van alle nevenfuncties die erbij komen kijken zoals functies in de voorliggende ruimten zoals wastafel, zeepdispensers, handdroger, voorliggende sasruimten

Bruikbaarheid door ergonomie

Het 'kleinste kamertje' is een plaats waar heel wat handelingen en bewegingen moeten worden uitgevoerd. Omwille van die complexiteit in combinatie met een kleine maatvoering, worden toiletruimten vaak als beperkt, moeilijk bruikbaar en onaangename ruimten ervaren. Ze hebben vaak niet de ideale vormgeving, een goede toegang, voldoende ruimte of de ideale interne organisatie.

Net zoals bij omkleedruimten heeft dit in principe alles te maken met het ergonomisch kunnen uitvoeren van handelingen (bukken, buigen, omdraaien). Dit geldt niet alleen voor aangepaste toiletten, maar ook voor elke andere toiletruimte.

[Veel voorkomende \(persoonsgebonden\) handelingen >>](#)

Onderhoud en management

Eens de ruimten in gebruik zijn, moeten ze voor lange tijd bruikbaar blijven. Heel wat ongemakken of knelpunten ontstaan door zaken die meestal eenvoudig kunnen worden opgelost. Voorbeelden zoals een beugel die losgekomen is door gebruik, vuilbakken die verplaatst zijn in de ruimte, toestellen die niet voldoende functioneren vragen geen grote investeringen of inspanningen om ze te herstellen.

Onderhoud vormt zeker voor sanitaire ruimten een belangrijk punt. Het gaat niet alleen om het dagelijks onderhouden van de ruimten en toestellen, het betreft ook de aandacht om knelpunten, slijtage of breuk op te merken en op korte termijn aan te pakken.

4.2.7.2 Standaard en comfort toilet

Standaardtoiletten worden vrijwel altijd op maat van de ‘modale’ mens voorzien. Gezien de diverse groep van bezoekers van ziekenhuisgebouwen zou dit voor deze gebouwen niet het geval mogen zijn. Bezoekers bestaan uit een brede waaier van personen waaronder ook heel wat semiambulante of ambulante gebruikers. Blinden en slechtzienenden hebben bijvoorbeeld een stok bij zich, personen met een stoma hebben nood aan een wastafel met water voor persoonlijke hygiëne.

De stap naar het gebruik van een aangepast toilet is vaak een brug te ver. Ook is niet iedereen gebaat bij een grotere ruimte. Dit kan net het knelpunt vormen. Omwille van bijvoorbeeld het gebrek aan evenwicht kunnen personen een compactere ruimte vragen. Daarnaast is er ook een psychologisch aspect. Gebruikers vereenzelvigen zich niet met een aangepaste ruimte en gaan dan ook daarom deze ruimte mijden.

Toegang tot de ruimte

De vrije doorgangsbreedte van de deur is zo breed mogelijk en benadert de 80 à 85 cm. Voor het veiligheidsaspect draaien ook deuren van een standaard toilet naar buiten open.

Het betreden van de ruimte kan op twee manieren gebeuren: recht of dwars op de toiletpot. Afhankelijk van de locatie van de deur heeft de bezoeker een andere oriëntatiepunt om handelingen uit te voeren. Dit is mede bepalend voor de maatvoering van de ruimte:

- een rechte benadering: we moeten ons volledig draaien in de ruimte om de deur te kunnen sluiten. De breedte van de ruimte is belangrijk.
- een dwarse benadering: de zone van de openstaande deur kan benut worden om te manoeuvreren. De diepte van de ruimte is belangrijk.

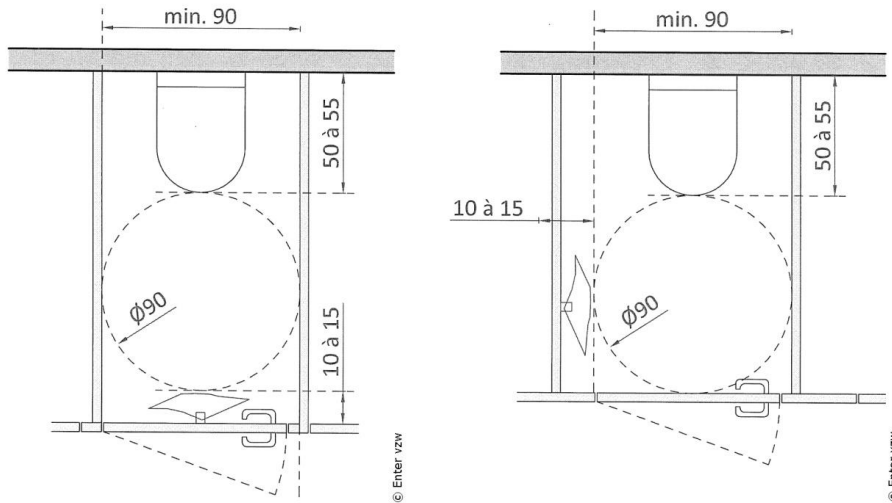
Gebruiksruimte voor handelingen als comfortmarge

In een toiletruimte moeten we voor de toiletpot kunnen draaien, bukken, plaatsnemen op de pot ... Bij het helpen van kinderen zijn er zelfs twee personen aanwezig in de ruimte. Heel wat handelingen moeten dus gebeuren binnen een zeer kleine zone.

[Basishandelingen van een persoon \(zonder beperking\) >>](#)

Standaard hebben toiletten vaak afmetingen van 80 à 85 cm breed en 120 à 145 cm diep. Een diepte van 145 cm (55 cm voor de toiletpot + 90cm gebruiksruimte) laat toe om de ruimte te gebruiken, maar laat niet veel marge. Elke toiletruimte heeft optimaal een breedte van min. 90 cm zodat manoeuvreren, rond de as mogelijk is. De diepte is afgestemd op de wijze van toegang en ruimte voor toebehoren zoals kapstok en handwastafel.

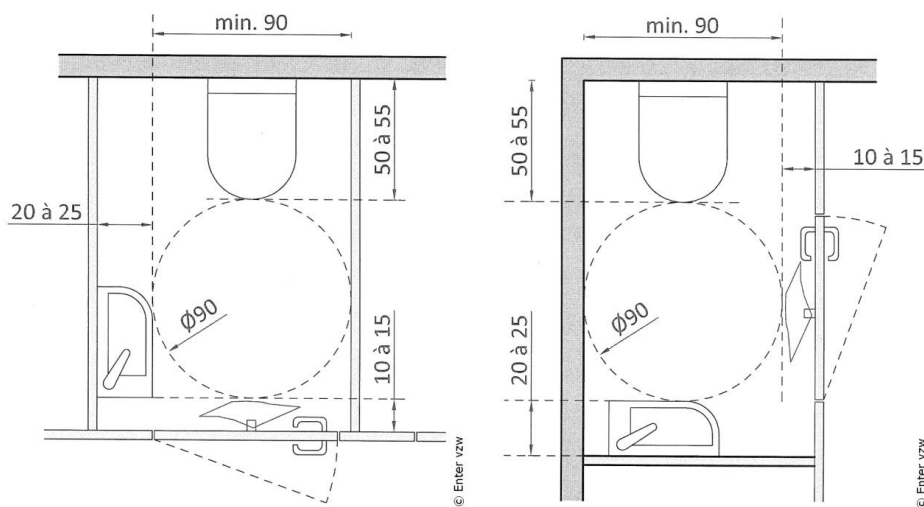
Elke toiletruimte beschikt over minstens 1 kledinghaak op een bereikbare hoogte. Een legplankje kan handig zijn om een tas of andere spullen op te zetten. Een vrije zone van +/- 15 cm ter hoogte van de haak is voldoende om te zorgen dat deze elementen de gebruiksruimte niet versperren.



Handwastafel in de ruimte

Handwastafels die buiten de individuele toiletruimte gelegen, zijn meestal makkelijker bruikbaar voor iedereen. Gezien er meer ruimte aanwezig is kan er ook een groter model gekozen worden met een grotere kom en zijn ze makkelijker bereikbaar.

Zijn er maar een paar toiletten of slechts één toilet aanwezig, dan worden ze in de individuele ruimte zelf opgenomen. In het laatste geval krijgt de toiletruimte er een extra functie bij en moeten we hier ook rekening mee houden.



Een standaard handwastafel neemt gemiddeld een diepte tussen 20 à 25 cm in beslag. Een hoeelement is vrijwel nooit goed bruikbaar door de plaats van de kraan en de beschikbare diepte van de wastafel. De krappe ruimte van de hoek bemoeilijkt bovendien het handenwassen. Een plaatsing aan de wand is aan te bevelen. De handwastafel mag echter nooit het bedienen van de deur bemoeilijken.

Alle bijkomende objecten zoals een vuilnisbakje of de toiletrolhouder nemen ruimte in en verkleinen de beschikbare gebruiksruimte. De extra ruimte die we onder andere door het toevoegen van een wastafel creëren, betekent dus ook voor die elementen steeds een meerwaarde.

4.2.7.3 Aangepast toilet



Wie rolstoelgebruiker is of tijdelijk afhankelijk is van een rolstoel heeft nood aan meer ruimte. Een rolstoelgebruiker moet in een bezoekerstoilet ook steeds zelfstandig, vanuit een zittende positie kunnen handelen. Voor de opstelling van de toestellen is dit een belangrijk verschilpunt ten opzichte van een standaard ruimte.

Een aangepast of rolstoeltoegankelijk toilet zou in principe door vrijwel elke persoon met een beperking bruikbaar moeten zijn. In de praktijk betekent dit vaak een te grote ruimte-inname en worden ruimtebesparende keuzes gemaakt.

Ook wordt de aangepaste ruimte nog te vaak aanzien als ‘voorbehouden’ en ‘enkel door rolstoelgebruikers te gebruiken’. Nochtans staat aangepast niet synoniem voor voorbehouden. Het staat wel garant voor een beter ruimtelijke invulling. Iedereen kan er dus terecht voor een toiletbezoek!

Aangepaste toiletruimte

Personen die aangewezen zijn op een aangepast toilet moeten op dezelfde plaats terecht kunnen als personen die van een standaard toilet gebruik maken. In elk sanitair blok is minstens 1 aangepaste toiletruimte aanwezig, optimaal als multifunctionele ruimte. Is het sanitair blok beperkt, dan kan deze ruimte zo voorzien worden dat ze door iedereen (mannen/vrouwen) kan worden gebruikt.

In een aangepast toilet is altijd een wastafel aanwezig zodat personen die nood hebben aan het gebruik van een wastafel dit in een private en afgesloten zone kunnen gebruiken. Het privacyaspect is ook de reden waarom een aangepast toilet steeds een afscheiding (wanden) heeft tot op vloerniveau.

In functie van het gebruik van deze ruimte is de rolstoelgebruiker de persoon die het meeste impact heeft op de maatvoering. Net zoals een ander moet hij bijvoorbeeld de ruimte kunnen betreden, zich kunnen draaien of een transfer maken om plaats te nemen op de toiletpot. Dit zal zich weerspiegelen in de noodzaak voor:

- een vlotte en drempelloze toegang tot de ruimte;
- een goede ruimtelijke organisatie door een juiste keuze en een correcte plaatsing van toestellen;
- voldoende ruimte rond de toestellen, voor het uitvoeren van een transfer vanuit verschillende posities en een goed gebruik van de wastafel;
- goede manoeuvreerruimte.

Het samengaan van al deze elementen zorgt ervoor dat een toilet of een wastafel bruikbaar is. Het ontwerp en de uitvoering van een aangepast toilet vraagt dus zeker de nodige aandacht.

Toegang tot de ruimte

De toegangsdeur tot de ruimte is altijd van het type manueel bedienbaar en moet voldoen aan de algemene criteria.

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

De gebruikruimte die nodig is om de deur te bedienen is ook aan de binnenzijde van de toiletdeur van belang. Zij mag de bruikbaarheid van het aangepast toilet en zijn toestellen niet hinderen.

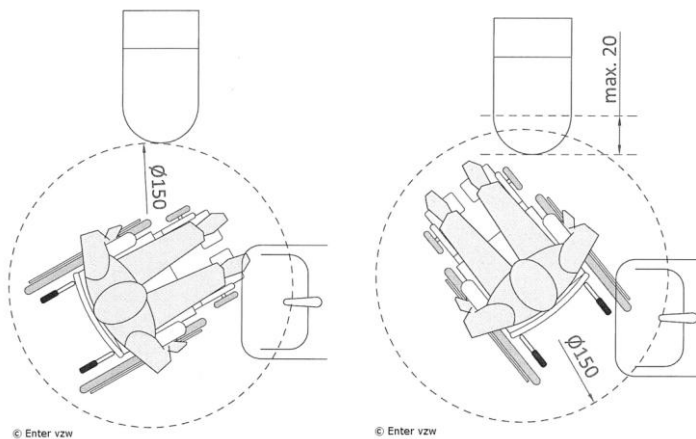
Bovendien zijn er voor deze deuren een aantal extra aandachtspunten:

- plaats op de binnenzijde van de deur een horizontale beugel op een hoogte van 90cm boven het vloerniveau, zodat een persoon met een beperking de deur gemakkelijk kan dichttrekken;
- de deur is met weinig kracht te bedienen ;
- de toiletdeur draait omwille van de veiligheid en bereikbaarheid in noodsituaties steeds naar buiten open.

Vrije draairuimte

In de ruimte is minimaal één vrije draairuimte (Ø 150 cm) aanwezig. Optimaal is deze gelegen buiten de zone die de toestellen innemen. Zo is een kleine extra marge voor manoeuvreren in de ruimte aanwezig.

Op voorwaarde van onderrijdbaarheid, kan deze draairuimte de plaatsingsruimte van een wastafel overlappen. Ook bij het gebruik van een type hangtoilet is het mogelijk dat de vrije draairuimte in beperkte mate onder de toiletpot gelegen is. Afhankelijk van het model kan dit meer of minder zijn. Dit is echter steeds een beperkte onderrijdbaarheid.



Zijn de toestellen bij de ontwerpfase nog niet gekend, dan kan om een goede situatie na afwerking te garanderen de overlapping met de toiletpot niet meegerekend worden. Men gaat er dan van uit dat de toiletpot niet onderrijdbaar is.

Maten in functie van de (beperkte) onderrijdbaarheid van toestellen zijn algemeen opgenomen onder het thema 'gebruik van een rolstoel'.

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

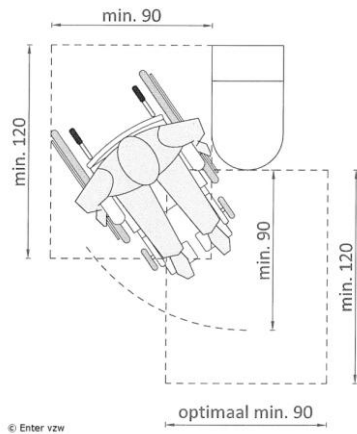
Vrije transferruimte ter hoogte van de toiletpot

Kan een rolstoelgebruiker geen transfer uitvoeren, dan is het toilet onbruikbaar. De gebruikruimte rond de toiletpot is afgestemd op de mogelijkheid tot het maken van een transfer vanuit verschillende posities.

[Zelfstandig een transfer uitvoeren \(rolstoelgebruiker\) >>](#)

De vrije ruimte naast en voor de toiletpot (transferruimte) zorgt ervoor dat een rolstoelgebruiker zijn rolstoel goed kan positioneren om een transfer uit te voeren. Planmatig is hiervoor volgende maatvoering noodzakelijk:

- zijdelings is een vrije zone van min. 90 cm breed;
- voor de toiletpot een vrije zone van min. 120 cm diep;
- tussen de toiletpot en een ander vast sanitair toestel in de ruimte is min. 90cm vrije doorgangruimte, zodat het mogelijk blijft om er met een rolstoel tussen te passeren.



Deze ruimten worden altijd gemeten vanaf de uiterste zijrand of voorrand van de toiletpot tot tegen de afgewerkte wand, toestel of ander obstakel.

Is de toiletpot voorzien van slechts één zijdelingse transferzijde, dan ligt de as van de toiletpot op 40 tot max. 45cm van de afgewerkte wand. Dit is belangrijk om de beugels op de juiste plaats te kunnen hangen.

Eigenschappen van de toiletpot

Zithoogte

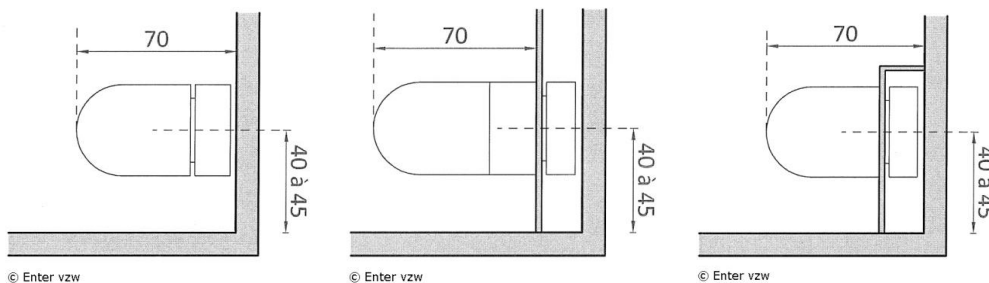
De zithoogte van de toiletpot is belangrijk om tijdens of na een transfer comfortabel op de toiletpot terecht te komen. Deze moet voor een rolstoeltoegankelijk toilet hoger voorzien zijn dan een standaard toiletpot. Dit betekent onder andere dat ze beter afgestemd is op de hoogte van de zitting van een rolstoel zodat de gebruiker zichzelf minder hoog moet tillen.

De zithoogte is 50cm ten opzichte van het vloerniveau (inclusief toiletbril).

Zitdiepte

De diepte van de toiletpot moet toelaten dat een rolstoelgebruiker voldoende ruimte heeft om met zijn rolstoel (naast de toiletpot) tot tegen de achterwand te rijden. Op die manier brengt hij het zitvlak van zijn rolstoel op dezelfde hoogte als de zitting van de toiletpot en kan hij een transfer uitvoeren vanuit een zijdelingse positie:

De beschikbare diepte van de toiletpot, wordt steeds gemeten vanaf de voorzijde van de toiletpot tot tegen de achterliggende afgewerkte (voorzet)wand en is min. 70 cm.



Deze (zit)diepte kan op verschillende manieren worden behaald:

- Bij een standaard toiletpot met zichtbare spoelbak wordt de voorzijde van de pot geplaatst op 70cm.

- Bij een standaard hangtoiletspot wordt een verlengstuk geplaatst zodat de volledige toiletspot een diepte van 70cm krijgt.
- Bij een standaard hangtoiletspot met ingewerkte spoelbak wordt de breedte van de voorzetwand beperkt. De voorzetwand stopt onmiddellijk na het ingebouwde spoelsysteem.

De uitvoering waarbij de standaard zitdiepte van de toiletspot behouden blijft, zorgt ervoor dat steun voor de rug aanwezig blijft. Deze oplossing betekent voornamelijk een voordeel in het zitcomfort van een persoon met evenwichtsproblemen of een beperkte rompstabiliteit.

Een hangtoiletspot heeft als voordeel dat de voetsteunen van een rolstoel nog beperkt onder de pot kunnen passeren. Maten in functie van de (beperkte) onderrijdbaarheid van toestellen zijn algemeen opgenomen onder het thema 'gebruik van een rolstoel'.

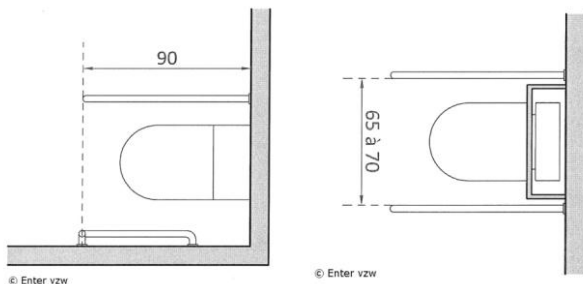
[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

Beugels aan de toiletspot

Beugels zorgen voor vaste steunpunten. Ze zijn belangrijk ter ondersteuning van de uit te voeren handelingen zoals gaan zitten, opstaan en zorgen voor stabiliteit tijdens het zitten zelf.

Ter hoogte van de toiletspot zijn altijd twee beugels voorzien. Afhankelijk van de opstelling van de toiletspot is een ander type noodzakelijk:

- Staat de toiletspot in een hoek, dan wordt aan de gesloten zijde van de toiletspot een vaste greep bevestigd op de wand.
- Aan de transferzijde(s) van de toiletspot zijn opklapbare beugel(s) voorzien. Een vaste beugel laat niet toe een transfer uit te voeren.



Beugels moeten altijd correct ten opzichte van de toiletspot worden geplaatst. De juiste plaatsing en een correcte keuze van het type beugel (vast of opklapbaar), bepaalt de bruikbaarheid. Let er op dat de beugel makkelijk omhoog en omlaag kan worden geklapt, ook door de patiënt vanuit zittende houding (op de toiletspot).

Eigenschappen van de wastafel

In elk aangepast toilet is een handwastafel in de ruimte voorzien. Dit omwille van het aspect privacy maar ook om water binnen handbereik te hebben. In vergelijking met een standaard toilet verschilt het model of het type (ergonomie en bruikbaarheid) van de handwastafel.

Voor de wastafel is een vrije zone van min. 120cm aanwezig zodat ook ter hoogte van de wastafel een rolstoelgebruiker zich goed kan plaatsen.

Een rolstoelgebruiker moet vanuit zittende positie alle elementen van een wastafel kunnen bereiken. Cruciaal hiervoor is de onderrijdbaarheid. Een wastafel in een aangepast toilet is onderrijdbaar door volgende elementen:

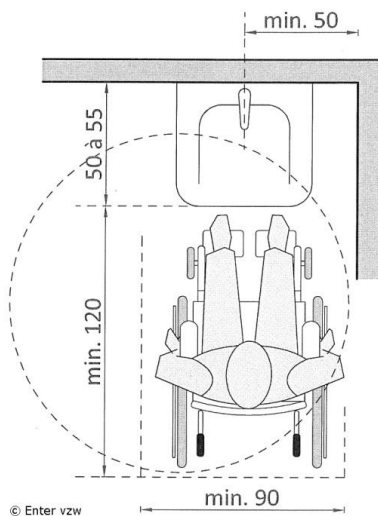
- de vrije zone die onder de wastafel aanwezig is;

- de uitvoering van de wastafel, de bak/ kom is minder diep, heeft een plattere kom dan een standaard model;
- de aansluitingen en de afvoer (sifon) is ingewerkt in de wand of verder naar achter geplaatst waardoor vrije ruimte ontstaat.

Maten in functie van de (beperkte) onderrijdbaarheid van toestellen zijn opgenomen onder het thema 'gebruik van een rolstoel'.

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

Om voldoende ruimte te hebben om aan de wastafel plaats te nemen moet de as van de wastafel op min. 50 cm uit de hoek gelegen zijn. De volledige diepte van de wastafel (voorzijde tot tegen de wand) is min. 45cm, best 50 à 55cm om goed bruikbaar te zijn. De kraan moet vlot bereikbaar zijn en de kom voldoende ruim om de handen in te kunnen wassen.



Spiegel, kraan ...

De spiegel start op maximaal 10cm boven de wastafel zodat vanuit zittende positie zicht mogelijk is.

Vanaf de wastafel zijn de kraan, de zeepdispenser en de voorziene handdoekjes goed bruikbaar. Plaats ze daarom best aan de zijkant van de wastafel.

Kranen zijn van het type éénhendelmengkraan en voorzien van eenvoudig bruikbare bedieningsknoppen zoals een verlengde bedieningsknop of verlengde hendel.

Automatische handdoekdispensers of kranen met een automatische bediening (infrarood) zijn universeel in gebruik. Deze zijn ook voor personen met een beperkte handfunctie of een beperking in de fijne motoriek goed bruikbaar. Personen met een auditieve beperking horen vaak het geluid van het stromend water niet en vergeten wel eens de kraan dicht te draaien.

Maten in functie van de bedienbaarheid van gebruiksobjecten zoals een zeepdispenser, handdoek ... zijn opgenomen onder:

[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

Afwerking van het aangepast toilet

Aandacht voor de juiste plaatsing van de accessoires ondersteunt het gebruik. Het gebruik van contrasten in materialen en kleuren tussen de wand, deur en vloer en ten opzichte van de toestellen en accessoires draagt bij tot een eenvoudig en intuïtief gebruik.

Vloeren van toiletruimten zijn steeds antislip. Zowel de vloer als de wand zijn afgewerkt met onderhoudsvriendelijke materialen.

Een goede verlichting over de hele ruimte en zeker ter hoogte van de toiletpot en de wastafel is belangrijk. Wordt het licht automatisch bediend, bijvoorbeeld bij het openen van de deur, dan is de tijd waarbinnen het licht aan blijft voldoende lang ingesteld.

Vaste elementen aan de wand, zoals bijvoorbeeld radiatoren, mogen door hun plaatsing of opstelling geen knelpunt vormen voor het gebruik van omringende toestellen. Ook losse objecten zoals vuilnisbakken mogen het gebruik van de ruimte en de toestellen niet hinderen. Niet iedereen kan deze zelfstandig verplaatsen.

Bij de afwerking van de toiletpot en de wastafel zijn twee elementen belangrijk. Accessoires zijn altijd:

- goed bereikbaar geplaatst
- goed bedienbaar

Spoelknop

De knop is duidelijk zichtbaar en op een goede positie op de wand geplaatst. Het drukvlak is voldoende groot zodat ook personen met verminderde deze makkelijk kunnen gebruiken door ze met de vuist of handpalm te bedienen.

Duwknoppen met een groter duwvlak zijn te verkiezen boven draaiknoppen of andere systemen. Zorg ook dat de duwweerstand niet te groot is. Dit kan een probleem zijn voor personen met een beperkte duwkracht en voor kinderen.

Toilethouder

De toilethouder moet vanaf de toiletpot bruikbaar zijn. Ze kan bevestigd worden op de zijwand of gecombineerd worden met de voorziene beugel(s).

Noodalarm

Een alarm voor hulp integreren in de ruimte zorgt voor een grotere veiligheid. Het zorgt ervoor dat individuele gebruikers een centrale post of een meldpunt kunnen waarschuwen als ze hulp nodig hebben.

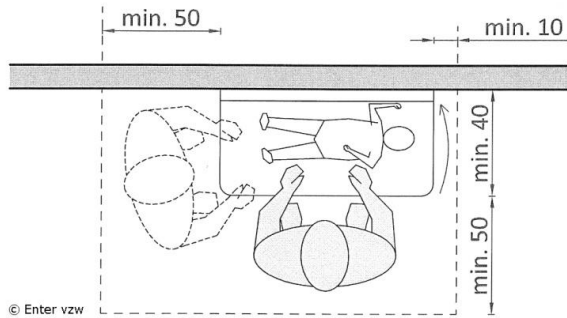
Dit alarm moet bereikbaar zijn vanaf liggende positie. Daarom wordt het geplaatst op een minimale hoogte van 40 cm boven het vloerniveau. Verschillende systemen zijn op de markt in de vorm van een drukknoppen, een alarmkoord, sensorbeveiliging, enzovoort.

Aanvullend kan dit alarm uitgerust worden met een alarmflitslichtsysteem zodat ook een visueel signaal aanwezig is.

Verzorgingstafel

Een verzorgingstafel voor baby's biedt een grote meerwaarde in de ruimte. In een ideale situatie is hiervoor een volledig aparte ruimte voorzien met een aangepaste aankleding en inrichting. Zeker op plaatsen in het ziekenhuis waar heel wat baby's en kinderen te verwachten zijn. Een alternatief hiervoor is het voorzien van een verzorgtafel in het aangepast toilet.

Voor de handelingen die een persoon voor de verzorging van een baby moet kunnen uitvoeren is er voornamelijk een voldoende groot aflegvlak nodig met voldoende ruimte erlangs.



Het belangrijkste aandachtspunten is het kiezen van de juiste plek zodat de verzorging veilig en met een goede gebruiksruiimte kan gebeuren. Afhankelijk van de plaats die ter beschikking is kan de tafel naast de toiletpot of tegenover de wastafel voorzien worden.

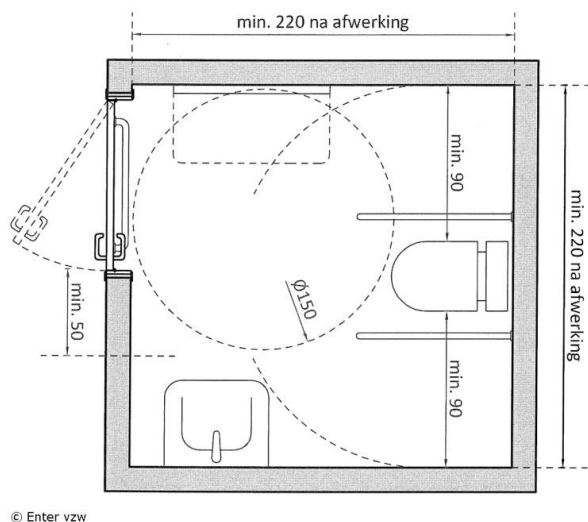
Voorzie minstens een verzorgmogelijkheid ter hoogte van de hoofdtoegang tot het gebouw.

Minimale maten van de ruimte

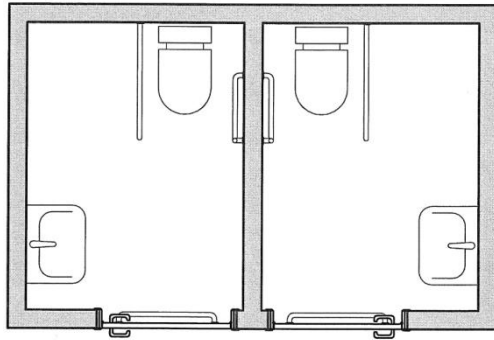
De minimale maatvoering van een aangepast toilet is altijd afhankelijk van de beschreven gebruiksruiimte. De opstelling van de toestellen en de daaraan gekoppelde gebruiksruiimtes zijn dus bepalend. Ook de locatie van de toegangsdeur kan bepalend zijn.

Het aangepast toilet met een dubbele transferzijde heeft de voorkeur. Dit laat toe dat de rolstoelgebruiker de keuze heeft om een transfer uit te voeren van links, rechts of voorwaarts zoals voor hem het best of makkelijkst is. Daarnaast is er ook voor het verlenen van hulp meer ruimte aanwezig. Minimale maten voor deze ruimte zijn:

- min. 220 x 220 cm



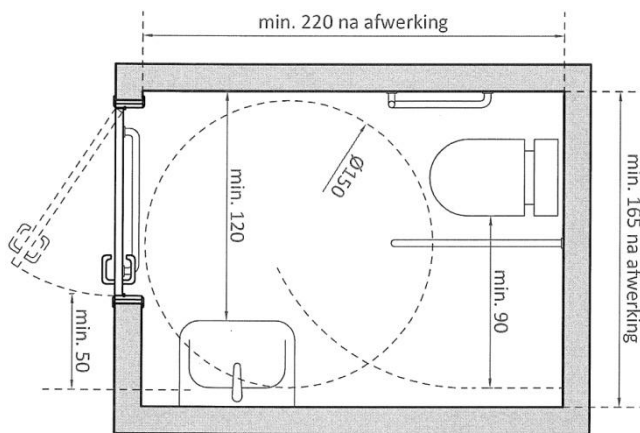
Zeker als er slechts één aangepast toilet aanwezig, is het aangewezen te kiezen voor een multifunctioneel aangepast toilet. Zijn er meerdere aangepaste toiletten aanwezig, dan kan een gespiegelde organisatie van de ruimte ervoor zorgen dat er nog steeds keuze is voor de gebruiker.



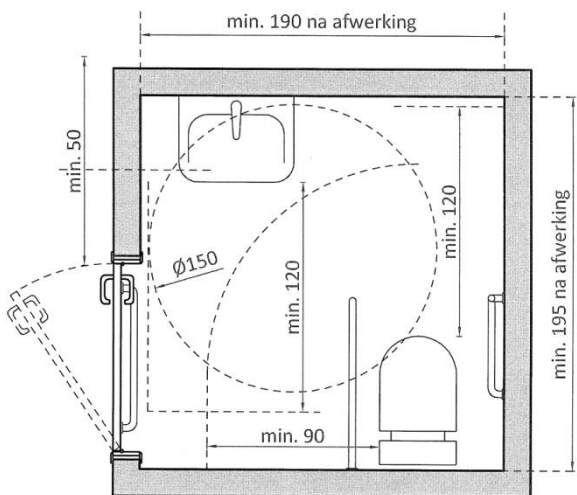
© Enter vzw

Minimale maten voor deze ruimte zijn:

- min. 165 (B) x 220 (D) cm of min. 190 (B) x 195 (D) cm



© Enter vzw



© Enter vzw

Let wel, bij deze minimale maatvoeringen is de juiste keuze van toestellen en de juiste organisatie van de ruimte essentieel. Er moet ook vanaf ontwerpfase tot uitvoering continue controle zijn op de uitvoering omdat de uitvoeringsmarges zeer beperkt zijn.

4.2.8 Ontvangst- en consultatieruimten

Het is vrijwel ondenkbaar dat er in een ziekenhuis nog ruimten zijn die niet vlot toegankelijk zijn. Zeker voor consultatie- en onderzoeksruimten is dit een aandachtspunt.

De meeste mensen ondervinden weinig problemen wanneer ze een onderzoek ondergaan, op consultatie gaan bij een arts of op gesprek bij een sociale dienst. Het is pas wanneer we minder vlot te been zijn, wat hulp nodig hebben of een hulpmiddel gebruiken dat ruimtelijke knelpunten zichtbaar worden. Onderschat ook niet de impact die bijvoorbeeld het resultaat van een onderzoek bij een patiënt kan hebben op zijn cognitieve en fysieke mogelijkheden om nog vlot te functioneren.

De aandachtspunten voor de toegankelijkheid van een ontvangst- of consultatieruimte gelden ook voor elke vergelijkbare ruimte zoals bijvoorbeeld een specifieke onderzoeksruimte met gespecialiseerde toestellen of een spreekkamer.

Algemeen

Een ontvangst- of consultatieruimte is inzake functie en gebruik het meest vergelijkbaar met een kantoor. De ruimte is altijd bedoeld om mensen te ontvangen of te behandelen. Dit betekent steeds dat:

- de ruimte betreedbaar is via een afsluitbare deur omwille van de privacy;
- er een ontvangstmeubel is waaraan we plaatsnemen;
- er voldoende ruimte is om een onderzoekstafel, een stoel of medische apparaten te kunnen bereiken.

In een ziekenhuis moet elke ontvangst- of consultatieruimte volledig toegankelijk zijn.

De aanmeldbalie en de wachtruimte die bij de consultatie- of onderzoeksruimten horen zijn nauw verbonden met elkaar. De route tussen deze locaties is best beperkt in loopafstand, logisch en overzichtelijk. Ook wanneer we na een consultatie de ruimte verlaten is de weg naar de uitgang duidelijk aangegeven.

Signaleer deze ruimten altijd zodat patiënten weten waar ze naartoe moeten. Maak aan de toegangsdeur duidelijk welke arts er zetelt en/ of welke medische specialisatie behandeld wordt.

[Bewegwijzerings- en informatieborden >>](#)

Toegang tot de ruimte

De toegangsdeur tot een afgesloten ruimte is steeds van het type manueel bedienbaar. Omwille van het privacyaspect is ze goed akoestisch afsluitbaar ten opzichte van andere ruimten zoals een gang, sas of wachtruimte.

Deze toegangsdeur moet steeds voor iedereen bruikbaar zijn. Zorg dat de toegang vanuit de gang of wachtruimte duidelijk zichtbaar en herkenbaar is. De toegangsdeur voldoet aan de algemene aanbevelingen. Deze zijn aangegeven onder:

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

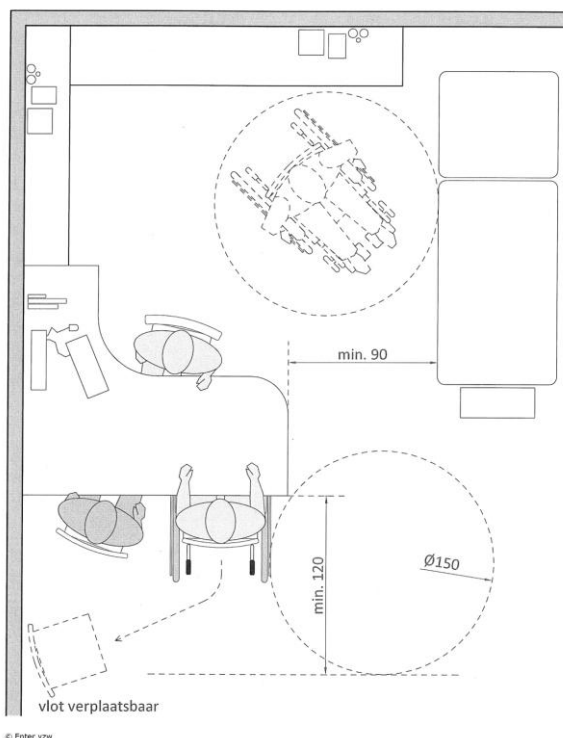
Gebruiksruimte rond het meubilair

De toegangszone van een ontvangst- of consultatieruimte is op vlak van gebruik een belangrijke zone. Het is de beperkte zone tussen de toegangsdeur en het ontvangstmeubel. In heel wat consultatie en onderzoeksruimten is deze zeer beperkt van oppervlakte.

Bij de aankomst moeten we in een zeer krap bemeten zone heel wat handelingen uitvoeren zoals bijvoorbeeld de deur sluiten, de arts begroeten en plaatsnemen aan het ontvangstmeubel. Op dat moment zijn er vaak ook meerdere personen tegelijk aanwezig. Is er daarna ook een lichamelijk onderzoek nodig, dan moet een patiënt zich verder door de ruimte verplaatsen, bijvoorbeeld naar de onderzoekstafel of toestellen.

Voor een rechtlijnige verplaatsing in de ruimte moet rekening gehouden worden met een vrije doorgang van min. 90cm tussen tafels, kasten, stoelen of apparaten. Hou er ook altijd rekening mee dat, wanneer de patiënt gebruik maakt van een hulpmiddel, er meer ruimte nodig is om een bocht van 90° te maken. De inrichtingsmogelijkheden van de ruimte zullen hiervoor van belang zijn.

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)



In de ruimte is minstens een vrije draairuimte met \varnothing min. 150cm aanwezig:

- tussen de toegangsdeur en het ontvangstmeubel. Dit kan eventueel samenvallen met de draairuimte ter hoogte van de toegangsdeur;
- ter hoogte van de onderzoekszone (tafel, stoel ...).

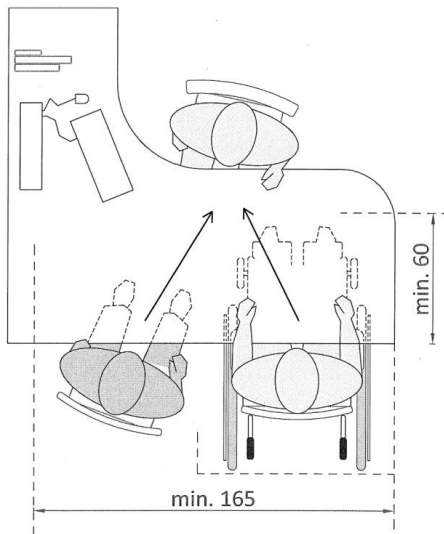
Hulpmiddelen zoals krukken of een rolstoel blijven altijd zo dicht mogelijk bij de patiënt. Moet een rolstoelgebruiker bijvoorbeeld zijn rolstoel verlaten voor een onderzoek, dan is ook ter hoogte van de onderzoeksplek vrije ruimte om een rolstoel op te stellen (min. 90 x 120 cm), zodat hij steeds snel kan worden teruggeschoven.

Ontvangstmeubel of tafel

Het meubel zoals een tafel of een bureau waaraan men de patiënt ontvangt is minstens aan de zijde waar de patiënt plaatsneemt bereikbaar en bruikbaar, ook voor rolstoelgebruikers.

Omdat patiënten zelden alleen op consultatie komen, zijn er minstens 2 stoelen voorzien. De volledige zone waar patiënten plaatsnemen moet voldoende breed zijn om met min. 1 persoon en 1 rolstoelgebruiker naast elkaar plaats te nemen. Zorg er ook voor dat patiënten altijd volledig zicht

hebben op de gesprekspartner die achter het meubel zit. Visueel contact is belangrijk voor een goed begrip en een goede verstaanbaarheid.



© Enter vzw

Minstens een deel, maar best het volledige meubel is verlaagd en onderrijdbaar.

[Gebruik van een \(manuele\) rolstoel >>](#)

Om ruimte te maken aan de tafel voor een rolstoelgebruikers, is minstens 1 stoel verplaatsbaar. De ongebruikte stoel moet een andere plaats in de ruimte kunnen krijgen zonder in de weg te staan. Stoelen met armleuningen geven meer comfort en steun bij het plaatsnemen en rechtstaan. Let er wel steeds op dat er voldoende zitoppervlak aanwezig is en dat de stoel niet te zwaar is om te verplaatsen.

Word een grotere groep personen ontvangen aan een vergadertafel, dan moet ook deze goed bruikbaar zijn voor iedereen. Maten in functie van de gebruiksruidten rond tafels en stoelen zijn opgenomen onder het thema 'gebruik van tafels en stoelen'.

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

Afwerking van de ruimte

Het is belangrijk aandacht te besteden aan de sfeer en het binnenklimaat. Net zoals we al beschreven bij wachruimten heeft de omgeving een grote invloed op de gemoedstoestand van de patiënt.

Bied de mogelijkheid aan om jassen aan een kapstok op te hangen. Zo hinderen ze niet tijdens een gesprek of onderzoek.

Goede verlichting, egaal over de ruimte en met een accent waar nodig zorgt ervoor dat de ruimte overzichtelijk is. Ook vermijd je zo reflectie op gladde oppervlakken, zodat ook personen met auditieve problemen hun gesprekspartner goed kunnen zien (liplezen, mimiek).

De kleuren en het materiaalgebruik van de wanden, vloeren en de plafonds moeten contrasteren. Een ruimte krijgt structuur als deuren, vloeren en wanden duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Ook de kleur- en materiaalkeuze voor de afwerking van vloeren en wanden dragen bij tot een goed leesbare en dus aangename ruimte om te verblijven.

Het gebruik van tapijt wordt best vermeden omwille van onderhoud en allergieën. Let hier ook op bij gordijnen en andere stoffen in de ruimte.

We hebben het snel te warm of te koud. Niet iedereen heeft een goede lichaamstemperatuurregeling. Zorg daarom voor een goed klimaat in de ruimte zodat de patiënten tijdens een onderzoek (volledig of deels ontkleed) geen bijkomend ongemak ondervinden.

Medische toestellen zijn zoveel mogelijk verplaatsbaar of aanpasbaar (in hoogte verstelbaar, wenkbaar ...). Zorg ervoor dat ter hoogte van toestellen waar patiënten plaats moeten nemen een vrije draairuimten aanwezig is zodat ook een rolstoelgebruiker zich vlot kan positioneren.

Maakt een omkleedruimte of sanitaire ruimte deel uit van de consultatieruimte, dan is deze goed bruikbaar voor iedereen.

[Omkleedruimten >>](#)

4.2.9 Omkleedruimten

4.2.9.1 Omkleedruimten algemeen

Voor het uitvoeren van een onderzoek moet men zich vaak ontkleden. Om verschillende redenen is dit niet voor iedereen evident. Fysiek kunnen heel wat obstakels een belemmering vormen, maar ook mentale aspect kan een probleem vormen. Niet iedereen vraagt bijvoorbeeld dezelfde vorm van privacy om zich te ontkleden. Een omkleedruimte is daarom in de meeste gevallen aanbevolen.

Meerdere types van omkleedruimten kunnen voorkomen naargelang de medische specialiteit. Niet elk onderzoek gebeurt door de arts op het moment van de consultatie. Als patiënt worden we doorverwezen naar een andere afdeling waar het onderzoek uitgevoerd wordt. Om lange wachttijden te vermijden en de onderzoekstijd te beperken zijn omkleedruimten in series geplaatst. Tijdens het onderzoek van de ene patiënt kan de volgende zich zo al ontkleden in een sasruimte. Deze ruimten zijn meestal niet groot en daardoor voor heel wat personen problematisch.

Een omkleedruimte moet altijd een antwoord bieden op een aantal minimale functionele eisen. We moeten op een comfortabele en ergonomische wijze de handelingen die nodig zijn om 'zich te ontkleden' kunnen uitvoeren. Daarom moeten ze ook een goede maatvoering krijgen, niet alleen voor personen met een beperking maar voor iedereen.

Toegankelijke omkleedruimte(n)

Optimaal is elke omkleedruimte voor iedereen bruikbaar, ongeacht of iemand gebruik maakt van een hulpmiddel of niet. In de praktijk is dit echter om praktische redenen niet haalbaar en moet er creatief worden omgegaan met de ruimte.

Omkleedruimten sluiten altijd rechtstreeks aan op de ruimte waar ze bijhoren. Het half of volledig ontkleed moeten doorkruisen van een gang of andere zone waar je eigenlijk niet moet zijn, omdat er geen aangepaste ruimte was, is niet aanvaardbaar. Dit betekent dat voor elke functie of aparte onderzoekruimte een minimum aanbod moet zijn.

Is er maar één omkleedruimte dan moet deze rolstoeltoegankelijk zijn. Zijn er meerdere kleedruimten (naast elkaar) aanwezig, voorzie dan minstens één rolstoeltoegankelijke- en comfortruimte. Zorg daarnaast voor een goede maatvoering van de standaard omkleedruimten.

In de meeste gevallen wordt geen onderscheid gemaakt in een apart gebruik voor mannen en/of vrouwen. Is dit wel het geval, bied dan voor beide groepen een oplossing aan. Een unisex ruimte, bereikbaar vanuit een neutrale zone kan net zoals bij het bezoekerssanitair een oplossing zijn.

Type ruimte (keuze)

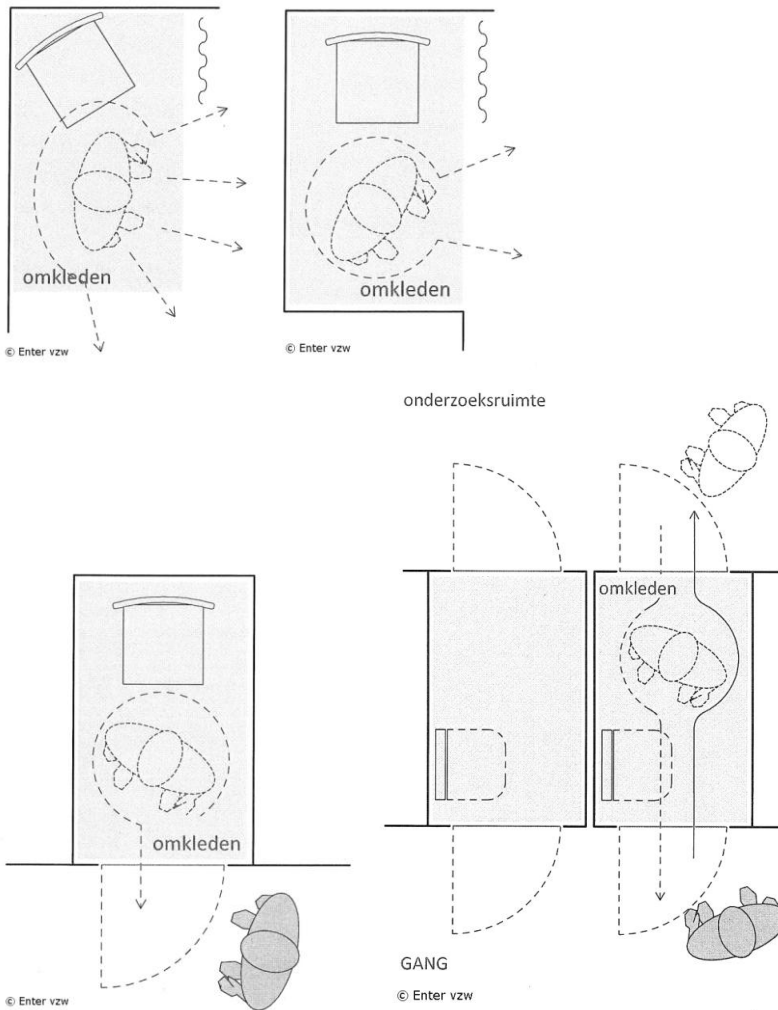
Het soort onderzoek of de consultatieruimte waar een omkleedruimte bijhoort speelt vrijwel altijd mee in de keuze van het type ruimte. Afhankelijk hiervan kan de patiënt namelijk in de ruimte zelf blijven of zich verplaatsen naar een andere locatie. Ook voor de toegankelijkheid speelt de keuze een belangrijke rol.

Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met psychologische aspecten. Zich omkleden heeft niet alleen een fysiek aspect, ook privacy is van belang. Niet iedereen kleedt zich graag onder de ogen van een ander uit. Niet iedereen laat zijn kleren graag in het zicht liggen.

Afhankelijk van deze criteria kunnen verschillende oplossingen naar voor komen:

- Zone of nis in de ruimte:
 - Een deel van de consultatie- of onderzoekruimte is gereserveerd om zich te omkleden. De zone is afgeschermd van het zicht door middel van een scherm, wand of gordijn. Omdat er geen deur aanwezig is, biedt dit type minder privacy. Het afwezig zijn van wanden zorgt daarentegen voor meer flexibiliteit. Indien nodig kunnen bijvoorbeeld stoelen verplaatst worden zodat er wat meer gebruikruimte ontstaat. Naar toegankelijkheid toe biedt dit type ruimte dus heel wat marge.
 - Een aandachtspunt is echter dat deze zone altijd structureel opgenomen moet zijn vanaf de ontwerpfase. Ze moet namelijk altijd vrij blijven en niet ingenomen worden door toestellen of circulatieruimte. Dit betekent dat bij het dimensioneren van de consultatie- of onderzoekruimte er al vooraf bekend moet zijn of er een omkleedruimte aanwezig is of niet.
- Aparte ruimte:
 - Dit type omkleedruimte garandeert een grotere privacy omdat ze volledig afsluitbaar is. De ruimte sluit opnieuw rechtstreeks aan bij de consultatie- of onderzoekruimte maar heeft een apart afsluitbare zone. De patiënt moet de consultatieruimte dus niet verlaten. In functie van toegankelijkheid zal de maatvoering, de wijze van toegang en de bereikbaarheid vanuit de onderzoeks- of consultatieruimte belangrijk zijn.
- Sasruimte:
 - Ook dit type garandeert een grotere privacy maar wordt in een andere logica van consultatie of behandeling gebruikt. De omkleedruimte sluit rechtstreeks aan bij een onderzoekruimte, maar er zijn meerdere ruimten naast elkaar aanwezig. De patiënt zal gelijktijdig met (maar afgezonderd van) anderen wachten en in een bepaalde volgorde behandeld worden. De omkleedruimte krijgt op deze manier een sasfunctie.
 - Bij dit type ruimte is de doorstroming (van gang of wachtruimte naar onderzoekruimte en terug) een belangrijk aspect. Het heeft invloed op de maatvoering, de inrichting en de toegankelijkheid van de ruimte. Het is een type ruimte waar heel wat personen problemen ondervinden bij gebruik.
 - Omwille van het zeer specifiek gebruik vragen een aantal punten extra aandacht om de toegankelijkheid en dus de bruikbaarheid te optimaliseren:
 - de ruimte heeft een dubbele toegang, een deur aan elke zijde;
 - de ruimte is altijd zeer beperkt van afmetingen dus moet goed ingericht worden;
 - de ruimte moet afgesloten worden, er is steeds een vrij/ bezet slot te bedienen;

- signalering is van belang, het herkennen van de (juiste) toegekende omkleedruimte na het onderzoek is een struikelblok.



Functionele criteria (ergonomie)

Bij het zich aan- en uitkleden voeren we heel wat handelingen uit. Elke omkleedruimte moet daarom aan volgende basisvereisten voldoen:

- vlot binnen en buiten kunnen gaan
- omkleden mogelijk maken
- zitten mogelijk maken
- kleding ophangen of spullen plaatsen

Al deze elementen vragen specifieke handelingen en bewegingen:

[Veel voorkomende \(persoonsgebonden\) handelingen >>](#)

Hebben we weinig fysieke problemen en kunnen we deze handelingen zelfstandig uitvoeren, dan is een basisafmeting van de ruimte voldoende. Hebben we echter een fysieke beperking, dan is dit minder evident en moet er bijkomend rekening gehouden worden met hulpmiddelen of extra personen in de ruimte die hulp geven. In deze situaties zal naast de basisruimte een extra marge nodig zijn om dit mogelijk te maken. Afhankelijk of er één of meerdere ruimten aanwezig zijn moet dus variatie in gebruik van de ruimte mogelijk zijn: standaard, comfortruimte of rolstoeltoegankelijk.

Let wel, ook personen met een tijdelijke beperking maken gebruik van omkleedruimten. Het meest eenvoudige voorbeeld is een gebroken voet of arm. Omwille van bijvoorbeeld een positie van een gips is vaak nog meer extra ruimte nodig. Dergelijk personen zijn bovendien helemaal niet vertrouwd met het gebruik van hulpmiddelen of het hebben van een beperking waardoor alles minder precies verloopt. Dit betekent dat er voor specifieke locaties ook steeds rekening moet worden gehouden met deze extreme situaties.

Toegang tot de zone of ruimte

Elke omkleedzone of ruimte heeft een vorm van 'toegang'. Een omkleedruimte als zone is meestal vlot bereikbaar omdat ze niet ruimtelijk afgesloten is. Er is geen toegangsdeur maar wel een gordijn, scherm, halve wand of vrije opening.

Let wel, het gebruik van een gordijn kan een knelpunt vormen voor personen met allergieën of ademhalingsmoeilijkheden. Het materiaaltype en de onderhoudsmogelijkheden zijn belangrijke aspecten. In elke situatie moet een afweging gemaakt worden of dit de juiste keuze is.

Een afgesloten ruimte heeft steeds een type manueel bedienbare deur. Deze draaien nooit in de omkleedzone omwille van de veiligheid. Deurkrukken en sluitsystemen zijn eenvoudig bedienbaar door iedereen:

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

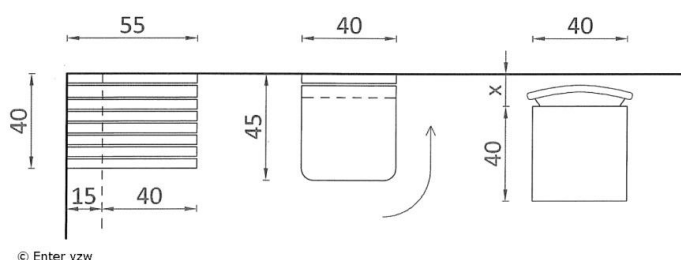
Zit-, steun- en opbergmogelijkheid

Zit- en steunmogelijkheid

Bij het aan- en uitkleden steunen we of gaan we zitten om bijvoorbeeld ons evenwicht te houden of om makkelijker aan onze schoenen te kunnen. Zeker in een beperkte ruimte is dit belangrijk. Een zitelement is daarnaast ook bruikbaar om spullen zoals kleding of tassen op te plaatsen.

In elke omkleedruimte is minstens 1 zitelement aanwezig onder de vorm van een stoel, een zitbank of ander meubel. Het is voldoende stevig en heeft een stabiel zitoppervlak. Een vast of opklapbaar zitelement heeft een zitoppervlak van min. 40 cm (D) x 40 cm (B).

Net zoals bij de zitelementen van een wachtruimte wordt ruimte ingenomen door de benen en armen. Een los meubel staat nooit exact op dezelfde plaats in de ruimte (verplaatsbaar) en zal dus meer plaatsingsruimte innemen. Bij een vaste zit moet rekening gehouden zijn met zijdelingse gebruiksruimte.



Het voordeel aan het type opklapbare zitjes is een flexibeler ruimtegebruik. Tijdens het ontkleden kan het naar beneden geplaatst worden. Wanneer men de ruimte wil verlaten en meer doorgangruimte nodig heeft, kan het terug opgeklapt worden. Het nadeel is een minder makkelijke bediening en het beperkte zitcomfort.

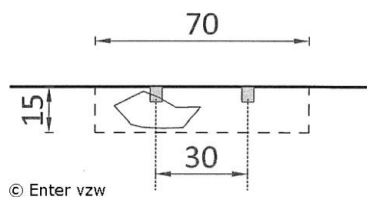
Een zitelement of stoel waarbij het zitoppervlak altijd vast aanwezig is verdient de voorkeur. Ze ondersteunen onze handelingen beter. Zijn ze bovendien in een hoek geplaatst, dan kan de aansluitende wand extra steun bieden of voorzien worden van een greep.

Opbergmogelijkheid

In een omkleedruimte moeten er kapstokken, haakjes, kastjes of leggers aanwezig zijn om kleren of spullen op te hangen of op te leggen. Voorzie een variatie in plaatsingshoogte of type kledinghaken, binnen een goede reikzone. Zo kan iedereen de voor hem comfortabele hoogte kiezen.

[Gebruik van bedieningselementen en apparaten >>](#)

Voorzie minstens 2 kledinghaken. Ter hoogte van de kledinghaken is een vrije zone van 70 cm x 15 cm aanwezig zodat ze frontaal bereikbaar zijn. Deze vrije zone zorgt er voor dat kleding bijvoorbeeld niet over het zitelement hangt of dat de opgehangen kleding de gebruiksruimte voor het omkleeden beperkt.



© Enter vzw

Een legplank om spullen op te plaatsen kan handig zijn, maar mag geen obstakel in de hoogte vormen. Plaats deze steeds buiten de gebruiksruimte.

Afwerking van de ruimte

Duidelijke signalisatie is van essentieel belang, zeker wanneer er meerdere omkleedruimten aanwezig zijn. Het goed signaleren voorkomt onduidelijkheden en zorgt ervoor dat je niet gaat twifelen en zo mogelijk de foute kleedruimte betreedt bij het teruggaan na een onderzoek. Zorg bijvoorbeeld voor een apart symbool, een kleur, een nummer, een visueel signaal ...:

[Bewegwijzerings- en informatieborden >>](#)

Zorg net zoals in een consultatie- of onderzoekruimte voor een goed klimaat (koude, warmte en tocht). Niet iedereen kan zijn eigen lichaamstemperatuur goed regelen. Zeker voor specifieke diensten waar men zich volledig moet ontkleden, waar veel kleine kinderen of baby's komen.

In sommige gevallen is de aanwezigheid van een toilet of wastafel noodzakelijk voor het onderzoek. Bij voorkeur is deze in een afgesloten ruimte bij de onderzoekruimte voorzien. In sommige gevallen wordt hij voorzien in combinatie met een rolstoeltoegankelijke omkleedruimte.

Op plaatsen waar veel kleine kinderen komen is het belangrijk om een verzorgingstafel of kussen ter beschikking te hebben:

[Aangepast bezoekerstoilet >>](#)

4.2.9.2 Standaard en comfort omkleedruimte

Elke omkleedruimte of zone moet ontwerpmatig afgestemd zijn op het gebruik. Ook heel wat personen zonder beperking ervaren namelijk ruimtelijke knelpunten tijdens het omkleeden. Het ontbreken van voldoende ruimte, een duidelijke signalering, een stoel of zitbankje of kledinghaken zijn algemene knelpunten.

Niet iedere persoon met een (tijdelijke) beperking heeft trouwens nood aan een aangepaste ruimte. Bij standaard kleedruimten gaat men er vanuit dat personen alle handelingen zelfstandig kunnen uitvoeren, dus zonder hulpmiddel of hulp. Omwille van dit principe is er weinig marge aanwezig. Een comfort omkleedruimte is hiervoor een oplossing.

Toegang tot de ruimte

Zorg steeds voor een vrije doorgangsbreedte van min. 80 à 85 cm om de ruimte of zone te betreden. Zowel bij het gebruik van een vrije opening, gordijn of deur.

Bij de maatvoering van omkleedruimten, afgesloten door wanden en deuren is het altijd belangrijk de plaatsingsruimte van de deur ten opzichte van het gebruik van het zitelement te bekijken. De ruimte zijdelings ten opzichte van het zitelement benaderen vraagt heel vaak extra ruimte opdat de deur(opening) niet belemmert wordt door het zitje. Afhankelijk van de uitvoering en de positie zal er dus bovenop de gebruiksruimte een extra 5 cm (voor kader of slag) moeten worden voorzien.

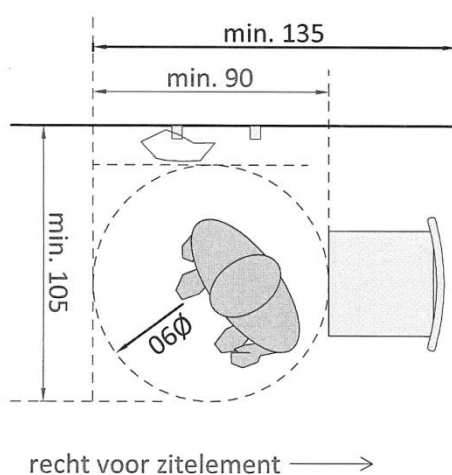
Gebruik zitelement als basis

De richting waarin het zitelement geplaatst is, bepaalt steeds de ligging van de gebruiksruimte errond en dus de ruimtelijke grenzen.

Bukken, zitten, opstaan en strekken zijn allemaal bewegingen die we tijdens het omkleden moeten maken en waarvoor we voldoende ruimte nodig hebben. In een omkleedruimte is dus altijd een volledig vrije zone nodig die we kunnen innemen. Deze is gelegen buiten de plaatsingszone van het zitelement en de kledinghaken in gebruik.

De minimale zone die we nodig hebben om ons te ontkleden is opgebouwd uit:

- de plaatsings- en gebruiksruimte van het zitelement;
- het zitelement wordt altijd frontaal gebruikt. Een gebruiksruimte van min. 90 x 90 cm laat toe om heel wat handelingen vlot te kunnen uitvoeren;
- de plaats van de kledinghaken is altijd volledig naast of langs het zitelement voorzien.



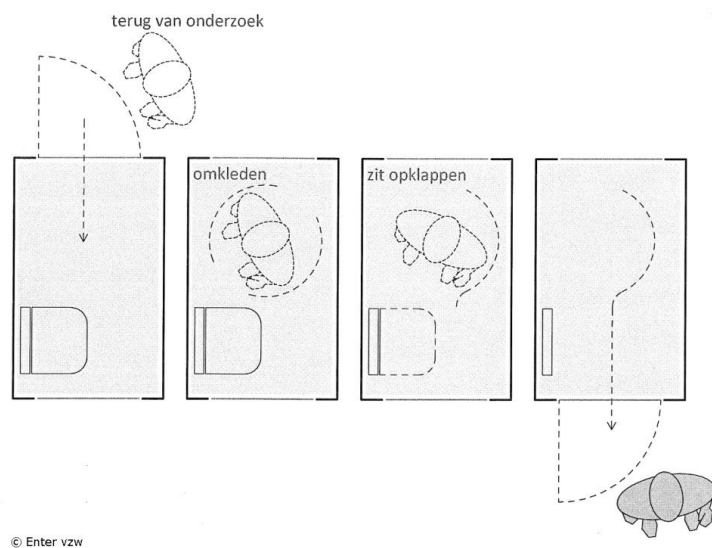
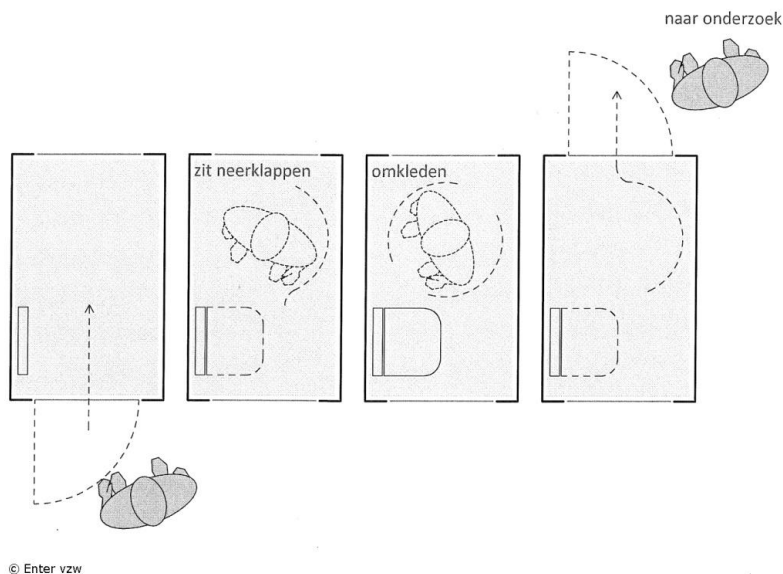
© Enter vzw

Omkleedruimte als sas

Omkleedruimten als sasfunctie komen altijd voor in een reeks, bijvoorbeeld twee of meer per onderzoekruimte. Omdat er meerdere omkleedruimten aanwezig zijn, zal de maatvoering altijd smaller zijn dan eigenlijk noodzakelijk is. In de meeste gevallen zal het, omwille van de beperkte

ruimte, niet mogelijk zijn het frontaal gebruik van het zitelement te garanderen. Het gebruik van een opklapbare zit is meestal de oplossing om in de breedte ruimte te besparen.

Een sasruimte brengt altijd een zeer specifieke opeenvolging van handelingen met zich mee. Deze zullen de inrichting en de maatvoering bepalen.

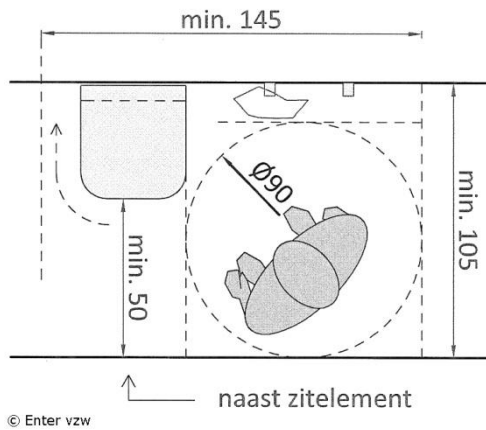


Opklapbare zit

Om een goed gebruik van de ruimte te bekomen, zal de opklapbare zit altijd voorzien zijn aan de gangzijde van de ruimte.

De gebruiksruimte van de zit komt naast het opklapzitzje te liggen. Omdat we nog steeds recht op recht gebruik maken van het zitelement moet er wel nog voldoende voorwaartse ruimte zijn om te kunnen bukken.

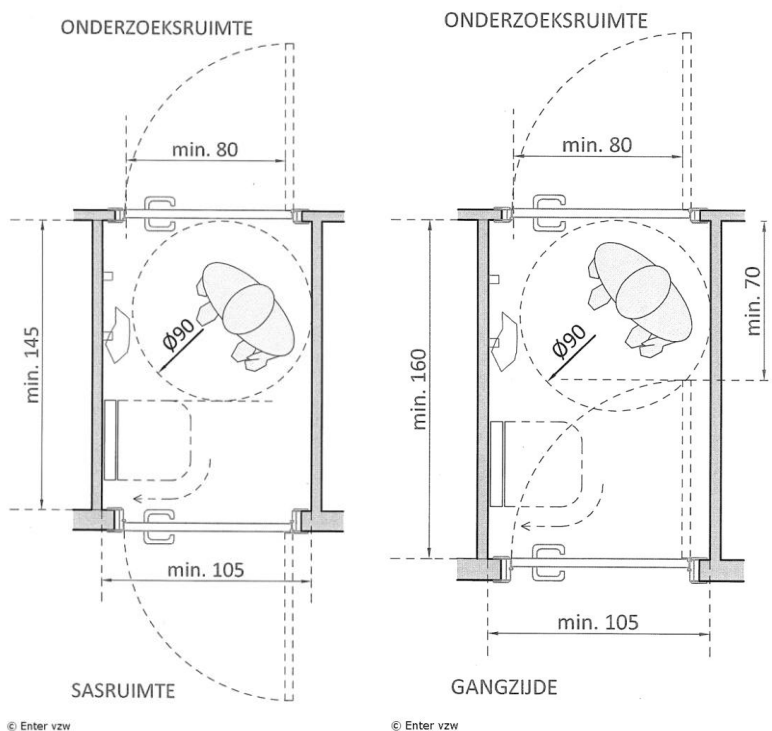
[Veel voorkomende \(persoonsgebonden\) handelingen >>](#)



Draairichting deuren

De draairichting van de deuren is een belangrijk aandachtspunt. Kunnen ze niet in de gang of onderzoekruimte opendraaien dan moeten ze structureel in de ruimte meegerekend worden.

Tussen het openstaande deurblad (gangzijde in de sasruimte) en de tegenoverliggende wand moet er nog voldoende ruimte zijn om plaats te nemen en de deur naar zich toe te trekken. Draaien beide deuren in de omkleedruimte, dan moet ook aan de andere zijde van de zit dezelfde ruimte aanwezig zijn.

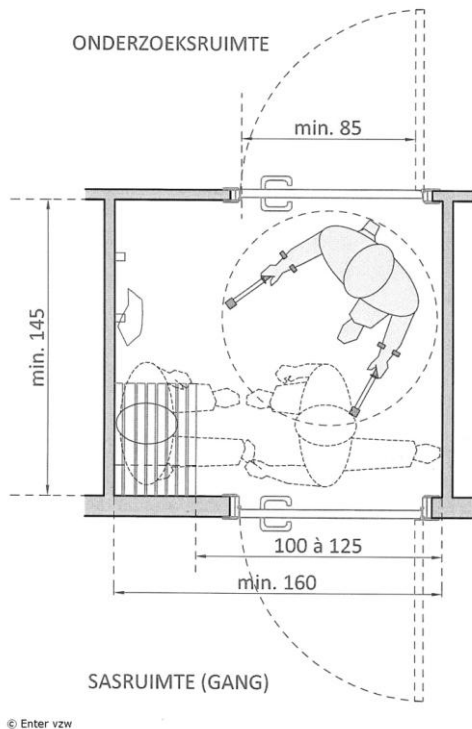


Comfort omkleedruimte

Wanneer iemand gebruik maakt van een klein hulpmiddel zoals bijvoorbeeld een kruk of net wat meer ruimte nodig heeft om zich te omkleden, kan hij niet altijd terecht in een standaardruimte. Vooral een omkleedruimte als sas, met een beperkte breedte, kan dan een probleem vormen.

Het is daarom belangrijk om bij het ontwerp na te gaan of het mogelijk is een comfortruimte aan te bieden. De aangegeven criteria voor de standaard omkleedruimte blijven van toepassing. Een aantal elementen kunnen echter van een standaard omkleedruimte eenvoudig een comfortruimte maken:

- de vrije doorgangsbreedte van de toegang is min. 85, optimaal 90cm;
- door een vaste zit of stoel te voorzien is de gebruiksruimte altijd netto gegarandeerd;
- door de zone van de kledinghaken naast de zit en breder te voorzien zal een grotere zijdelingse ruimte ontstaan;
- deuren draaien altijd naar buiten toe open;
- hou zoveel mogelijk rekening met de gebruiksruimte die nodig is bij hulp.



De ruimtelijke criteria gelden natuurlijk ook als voorbeeld voor een comfort omkleedruimte voorzien als vrije zone of nis in de ruimte. Het voorzien van een comfortruimte in plaats van een standaardruimte brengt veel voordelen met zich mee voor heel wat personen. Is er slechts een beperkt aantal omkleedruimten aanwezig, dan wordt de comfort omkleedruimte sterk aanbevolen.

Algemeen komt de maatvoering van de comfortruimte al in de buurt van een rolstoeltoegankelijke omkleedruimte. Het is echter niet mogelijk om als rolstoelgebruiker deze ruimte vlot te gebruiken. Hiervoor is een rolstoeltoegankelijke ruimte noodzakelijk.

4.2.9.3 Rolstoeltoegankelijke omkleedruimten

Niet iedereen met een beperking heeft nood aan een aangepaste ruimte. Blinde of slechtziende personen kunnen bijvoorbeeld makkelijk gebruik maken van een standaard of comfortruimte. Maar voor een heel aantal andere gebruikers is zo een ruimte nog steeds problematisch.

Naast personen die gebruik maken van een groter loophulpmiddel, zijn er ook heel wat personen die nood hebben aan hulp bij het zich omkleden. Ook voor hen is het niet altijd evident om een standaard of comfort omkleedruimte te gebruiken. Om deze reden is het van belang om ook bij omkleedruimten een meer aangepaste ruimte te voorzien. De maatvoeringen van deze ruimte sluiten ook aan met de ruimte die nodig is voor hulpverlening of het gebruik van een kinderwagen en kan daardoor ook multifunctioneel ingezet worden.

Omwille van de ruimtelijke beperkingen bij omkleedruimten als aparte ruimte of sas zal de rolstoeltoegankelijke omkleedruimte in de meeste gevallen nog steeds beperkt zijn en enkel bruikbaar zijn voor zelfstandige en manuele rolstoelgebruikers.

Toegang tot de ruimte

Is de omkleedruimte gelegen in de ruimte of in een nis, dan is er steeds een vrije doorgang van min. 90cm, met best een volledige vrije zijde, aanwezig.

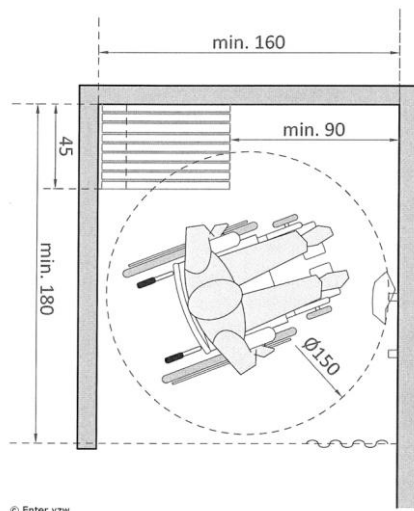
De toegangsdeur tot een afgesloten ruimte is steeds van het type manueel bedienbaar. De deur voldoet aan de algemene aanbevelingen met enkele extra aanvullingen. Deze zijn aangegeven onder het thema 'Toegangsdeur tot een ruimte'.

[Toegangsdeur tot een ruimte >>](#)

Zit- of steunmogelijkheid

Omdat er vaak slechts een beperkte oppervlakte aanwezig zal het uitvoeren van een transfer van rolstoel naar het zitelement niet vaak voorkomen. In de meeste gevallen zal een zelfstandig rolstoelgebruiker zijn rolstoel ook niet verlaten om zich te omkleden.

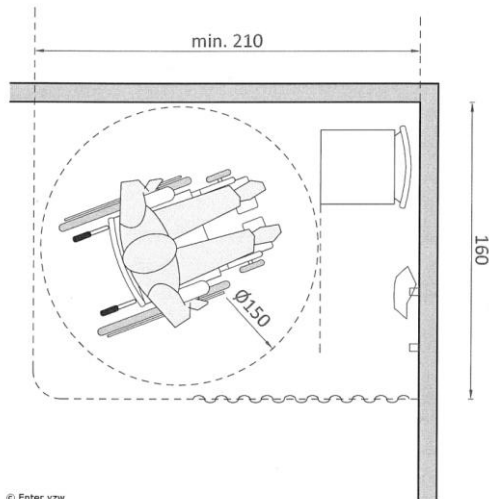
Het aanwezige zitelement heeft steeds een goede zitdiepte. Optimaal gezien zou dit vergelijkbaar met een toiletpot min. 70cm moeten zijn. Omwille van de ruimtebeperking kan een zitdiepte min. 45 cm volstaan.



Om eventueel toch nog een transfer mogelijk te houden, is de zithoogte aangepast tot 50cm ten opzichte van de vloerpas. Naast het zitelement is een vrije opstelruimte van min. 90 cm breed aanwezig. Deze mag samenvallen met de ruimte voor kledinghaken.

Maatvoering van de ruimte

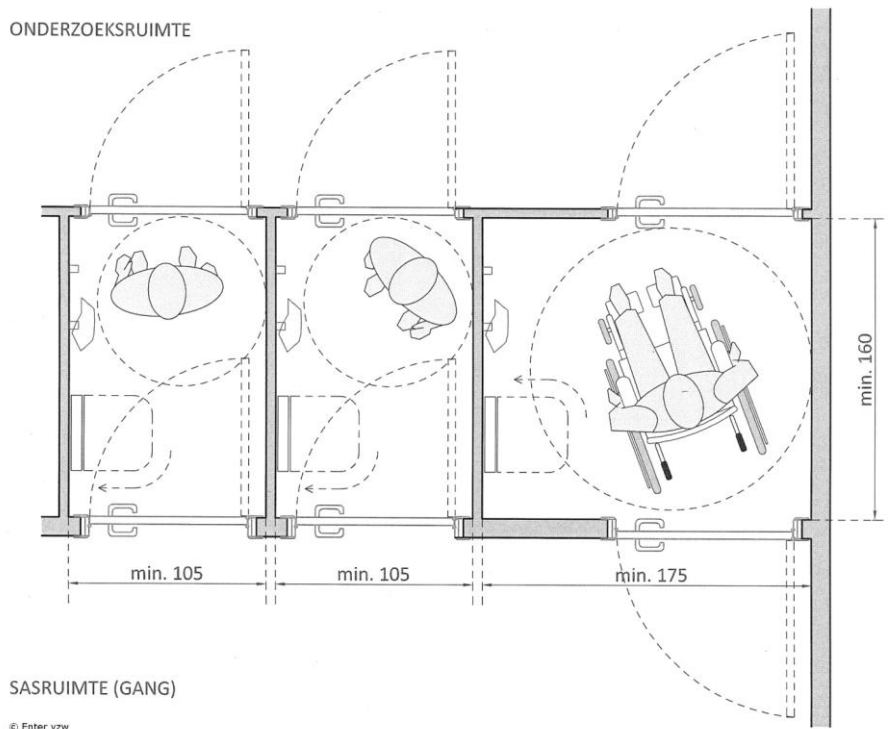
De organisatie van de rolstoeltoegankelijke ruimte is in principe gelijklopend met die van een comfortruimte. Gezien de ruimte minimaal rolstoeltoegankelijk moet zijn, is zowel in de breedte als in de diepte extra ruimte nodig, voornamelijk om met een rolstoel te kunnen manoeuvreren.



Is het zitelement onderrijdbaar dan kan de vrije draaicirkel van $\varnothing 150\text{cm}$ deels onder de zit doorgaan. Zo is de beperkte ruimte beter bruikbaar.

Hoewel het niet de meest ideale keuze is, kan een opklapbare zit ook in een rolstoeltoegankelijke omkleedruimte meer ruimte geven. Zo blijft de volwaardige zijdelingse opstelruimte aan de deur behouden. Ook wanneer een rolstoelgebruiker hulp nodig heeft, zal de mogelijkheid om de zit op te klappen extra gebruikruimte voor de zorgverlener geven.

Omdat de diepte van een rolstoeltoegankelijke omkleedruimte met opklapzit gelijk is als een standaard sasfunctie kan deze eenvoudig in een serie geplaatst worden. Op bijvoorbeeld het einde van een gang gelegen kan de deur naar buiten toe open draaien.



Omwille van het algemeen gebruik (wijze van op- of neerklappen, zwaarte, stevigheid ...) zijn opklapbare zitjes echter te vermijden.

Extra voorziening

Voor bepaalde onderzoeken is een toilet of wastafel in de buurt noodzakelijk. Ook wanneer het noodzakelijk is om in de ruimte waar men zich kan omkleden lichamelijke verzorging mogelijk te maken, moeten extra voorzieningen worden toegevoegd. Een gecombineerde ruimte kan hiervoor een optie zijn.

Het toilet, de wastafel en alle andere toebehoren moeten aan dezelfde criteria als het aangepast toilet voldoen om goed bruikbaar te zijn.

[Aangepast bezoekerstoilet >>](#)

Sanitaire ruimte

Voornamelijk bij een omkleedruimte met sasfunctie is de plaats van de toestellen belangrijk. Gebruiksruimten moeten net zoals bij een aangepast toilet voldoende ruim zijn. Omwille van de afmetingen van de ruimte zal het in deze types ruimte soms wel mogelijk zijn dat de deur van de gangzijde naar binnen toe draait.

ONDERZOEKSRUIMTE



© Enter vzw

Verzorgingsruimte

Er zijn heel wat personen voor wie ook een rolstoeltoegankelijke omkleedruimte nauwelijks bruikbaar is waaronder gebruikers van scooters, elektrische rolstoelgebruikers, rolstoelgebruik met hulp, personen met een tijdelijke beperkingen met bijvoorbeeld fixatie van lichaamsdelen In dergelijke situaties zal er gekozen worden om het omkleden in de onderzoekruimte zelf te laten gebeuren of in een aansluitende kamer of verzorgingsruimte.

In deze ruimten is best steeds een verzorgingstafel aanwezig. Deze kan zowel vast als opklapbaar voorzien worden aan de wand. Om voor een grote groep bruikbaar te zijn, ook voor volwassen personen, is een grote verzorgingstafel van min. 70 x 190 cm nodig. Naast de tafel moet er voldoende ruimte zijn om een rolstoel op te stellen, spullen te plaatsen en zorg of hulp te kunnen verlenen.

Zorg ervoor dat de tafel goed onderstaanbaar is. Om een goede werkhouding te kunnen aannemen is het nodig dat de hulpverlener zijn voeten deels onder de tafel kan plaatsen. Dit vereist een vrije hoogte en diepte van minimum 15 cm (beter 20 cm), bij voorkeur over de volledige omtrek van de tafel.

Deze tafel kan in de dwarsrichting ook gebruikt worden als verzorgingstafel voor baby's en kinderen. De aanwezigheid van een dergelijke tafel op afdelingen waar veel kinderen komen is een meerwaarde op vlak van gebruikscomfort.

4.2.10 Signalisatie

4.2.10.1 Algemene principes van signalisatie



De signalisatie en informatie in een gebouw geeft bezoekers alle informatie die nodig is om hun weg te vinden naar de locatie die ze willen bereiken (visueel, intuïtief, communicatie ...). Het zorgt ervoor dat we het gebouw, de ruimte, de dienstverlening ... beter kunnen lezen, begrijpen en gebruiken.

Bij voorkeur gebeurt dit op een ongedwongen en intuïtieve wijze, zonder dat we stilstaan bij de vraag hoe we borden, pijlen en andere informatie moeten interpreteren. Eigen aan een goede signalisatie en informatie is dat deze elke

bezoeker ondersteunt en dus niet alleen personen met een beperking.

Bewegwijzering en informatie bestaat niet alleen uit visuele elementen. Er is er ook nood aan tactiele of auditieve elementen. Vooral voor personen met een visuele beperking is deze ondersteuning nodig.

Verschillende vormen

Informatie op de website, mondelinge informatie tijdens het maken van een afspraak, gebouwinformatie aan de onthaalbalie, visueel waarneembare bewegwijzering ... stuk voor stuk maken deze elementen deel uit van wat we in een groot thema noemen 'de signalisatie en informatie' in en rond een gebouw.

De informatie wordt op heel wat verschillende wijzen aan de bezoeker aangereikt. In directe link met het gebouw gaat het meestal om permanent aanwezige elementen:

- bewegwijzering
- informatie
- natuurlijke geleiding
- kunstmatige geleiding

In een optimale situatie wordt dezelfde informatie op verschillende manieren aangeboden aan alle gebruikers:

- Personen met een auditieve beperking zijn voornamelijk aangewezen op visuele informatie. Het is belangrijk om voldoende bewegwijzering, signalisatie- en informatieborden te voorzien. Indien we rekening houden met de richtlijnen met betrekking tot kleurgebruik en lettergrootte, is al aan een aantal basiscriteria voldaan.

- Voor personen met een visuele beperking is een tactiele of auditieve aanvulling wenselijk. Auditieve elementen zijn aanvullend op visuele informatie.
- Voor personen met een verstandelijke beperking is een eenvoudige en duidelijke informatieoverdracht essentieel. Personen die de taal niet machtig zijn en mensen die moeilijkheden hebben met lezen, zijn aangewezen op pictogrammen en symbolen.

Voorbeelden van combinaties zijn o.a. het gebruik van symbolen met tekstuele toevoeging, een omroepsysteem ondersteund door een visueel waarneembaar scherm, informatieborden gecombineerd met persoonlijke begeleiding, kleurcontrast tussen wanden en vloeren ...

Een consequent gebruik van informatievoorzieningen en een uniforme uitvoering (over het volledige gebouw, gebouwen of site) is steeds de basis voor een kwaliteitsvol geheel. Dit betekent bijvoorbeeld eenzelfde systeem van borden, eenzelfde kleurgebruik voor dezelfde ruimten of diensten, eenzelfde lettertype ... zodat onduidelijkheden omwille van uitvoering worden vermeden.

Routegeleiding in buiten- en binnenomgevingen

Naast de vormgeving, het garanderen van een goede breedte en een minimum aan obstakels op de routes is tactiele geleiding voor personen met een visuele beperking cruciaal. Uit ervaring weten we dat dit ook een meerwaarde meebrengt voor andere gebruikers.

Routegeleiding kan op meerdere manieren gebeuren. Liefst wordt er zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de aanwezigheid van natuurlijke elementen zoals boordjes en randjes, groen ... en de structuur van de omgeving of gebouwen. De aanwezigheid van dergelijke elementen zorgt ervoor dat mensen de ruimte vrij intuïtief lezen.

Zijn er echter niet voldoende of te weinig concrete natuurlijke elementen aanwezig, dan moet de route met kunstmatige elementen aangegeven zijn. Dit principe wordt voornamelijk toegepast in de openbare ruimte, maar kan ook doorgetrokken worden tot de toegang van grotere publieke gebouwen zoals ziekenhuizen. In de meeste gevallen worden deze voorzien ter hoogte van de aansluiting op het openbaar domein, als er haltes van het openbaar vervoer op het domein van het ziekenhuis gelegen zijn ...

Voor de concrete aanbevelingen en principes met betrekking tot routegeleiding verwijzen we naar het 'Vademecum toegankelijk publiek domein' (www.toegankelijkeomgeving.be). In dit vademecum worden de principes van routegeleiding uitgelegd voor de toepassing in de publieke ruimte. Deze principes zijn ook van toepassing op de semipublieke zone van een gebouw (toegangspaden in een buitenruimte).

Basisprincipes voor signalisatie

Bewegwijzering (de weg aanduiden) leidt de bezoeker doorheen het gebouw om de aanwezige functies te kunnen terugvinden (wayfinding). Het betreft aanduidingen in termen van verdiepingen, ligging van diensten of afdelingen, de weg naar grote functies zoals de parkeervoorziening of de toegang tot het gebouw.

Een aantal eenvoudige basisprincipes zorgen ervoor dat de bewegwijzering in en rond een gebouw structureel aanwezig zijn.

- Altijd en overal aanwezig:
Hoe gestructureerd en leesbaar een gebouw of buitenruimte ook kan zijn op het vlak van vormgeving, bewegwijzering is altijd noodzakelijk. Hoe leesbaarder de ruimte, hoe minder bewegwijzering nog nodig is. Toevoegen van basissignalisatie is dus wenselijk, maar het beperken is een streefdoel.

- Werkt in 2 richtingen:
Door de psychologische impact van een ziekenhuisbezoek kan het cognitief vermogen om een bekende ruimte te begrijpen in het gedrang komen. Dit zorgt ervoor dat zelfs vertrouwde gebouwen onleesbaar worden, ook al ben je er net door gewandeld. Een belangrijk gegeven dat vaak uit het oog verloren wordt, is dat bewegwijzering steeds in 2 richtingen moet werken: zowel de weg ernaartoe, maar ook de weg terug moet men kunnen vinden. Zeker in gebouwen waar men niet steeds op dezelfde plek buiten komt als men binnen is gegaan.
- Altijd zichtbaar (visueel traceerbaar) vanaf de looproute:
Terwijl we ons verplaatsen door het gebouw moeten we zicht hebben op de informatie die ter beschikking staat. Bewegwijzering moet dus altijd binnen het gezichtsveld vallen. De plaats van bevestiging is dus niet onbelangrijk (wand, plafond ...).
De route die we volgen en de structuur van het gebouw (T-kruising, bochten, rechte gangen ...) is bepalend. Belangrijk is echter dat over het volledige gebouw uniformiteit aanwezig is. Hang signalisatie bijvoorbeeld altijd aan het plafond, altijd op een wand ...
Het contrast van de borden in zijn geheel met de omgeving zorgt ervoor dat men ze kan herkennen. Aandachtspunten voor duidelijk zichtbare bewegwijzering zijn onder andere:
 - vermijd overhangend groen
 - vermijd foutief geplaatste verlichtingsarmaturen
 - vermijd verblinding door lichtinval
 - vermijd tijdelijke objecten langs de route
- Beslissingspunten ondersteunen:
Bewegwijzering zorgt ervoor dat onduidelijke structuren, routes of gangen geen knelpunt meer vormen. Voorzie ze daarom minstens op elk beslissingspunt en ter hoogte van elke richtingsverandering.
Door het gebouw vanuit de verschillende perspectieven te doorlopen, kan je eenvoudig de verschillende verkeersassen en bijhorende knelpunten detecteren. Daar waar het moeilijk was de route eenvoudig verder te zetten is signalisatie dus noodzakelijk.

4.2.10.2 Bewegwijzerings- en informatieborden



De bewegwijzerings- en informatieborden in een gebouw geven bezoekers alle informatie die nodig is. Hiervoor moet de weergave van die informatie herkenbaar, begrijpbaar en dus leesbaar zijn.

Voor een grote groep bezoekers van het ziekenhuis is het omwille van een beperking van groot belang dat ze een hulp krijgen bij het circuleren in en rond het gebouw. Maar ook de andere gebruikers hebben hier voordeel bij. We hebben niet altijd voldoende tijd om de omgeving te screenen of heeft of eenzelfde graad van begrip. Snelheid en emotionele situaties zullen bijvoorbeeld als eerste een grote invloed hebben op onze cognitieve vermogens.

Elk bewegwijzerings- of informatiepunt moet de specifieke informatie bevatten die je nodig hebt om de juiste beslissing te kunnen nemen. Het biedt sturende hulp zoals een pijl, een nummer of een symbool om de weg te vinden in het gebouw.

Heel wat ziekenhuisbezoekers geven aan dat ze de gebruikte concepten, de vormgeving en de inhoud van de borende of het niet aanwezig zijn van signalisatie als een struikelblok ervaren. Dit is vaak eenvoudig te vermijden of op te lossen.

Twee types borden

Bewegwijzerings- en informatieborden moeten altijd aanwezig zijn. Door bijvoorbeeld het gebouw een logische structuur te geven, een goed zichtbare toegang te ontwerpen of voldoende herkenningpunten te voorzien, kan je overbodige en te veel informatie vermijden.

Omwille van de inhoud en de informatie die ze de bezoeker aanreiken wordt een onderscheid gemaakt tussen twee types, namelijk bewegwijzering en informatiedragers. Afhankelijk van het doel moet dus een andere type worden ingezet:

- Bewegwijzering : deze borden geven altijd slechts een beperkte vorm van informatie weer zoals bijvoorbeeld de naam van een afdeling of een ruimte. Het geeft ook altijd de richting van de bestemming aan.
- Informatie (borden, panelen, schermen): deze borden hebben een meer uitgebreide inhoud dan de bewegwijzering zoals bijvoorbeeld een omschrijving van een dienst, een overzicht van het ziekenhuis of een overzicht van het aanbod workshops die men kan volgen. Ze vatten samen wat er in het gebouw of in een bepaalde ruimte te vinden is.

Waar bewegwijzerings- en informatieborden voorzien

Het detecteren van beslissingspunten op een route door het gebouw is de basis om te beslissen waar bewegwijzering moet voorzien worden. Hiervoor is het van belang om eerst de hoofddoelen en daarna de achterliggende subdoelen op te lijsten.

Signaleer eerst de grote doelen van het gebouw. Geef daarna de kleinere aspecten van het subniveau aan. Grote gehelen zoals bijvoorbeeld een inkomhal, een specifieke afdeling of een parkeervoorziening zijn altijd hoofddoelen. In heel wat gevallen zal dit een locatie zijn waar een informatiebord voorzien is. Eens het hoofddoel bereikt is, willen we de weg naar de subdoelen zoals bijvoorbeeld een onderzoeksruimte of een ziekenhuiskamer kunnen vinden. Op dat moment wordt bewegwijzering ingezet.

Dit principe zorgt ervoor dat borden niet overladen zijn met informatie en circuleren bezoekers stap per stap en op een intuïtieve wijze doorheen het gebouw. Basisfuncties zoals de parkeervoorziening, de hoofdtoegang, de inkomhal, het sanitair, liften en trappen en de aanmeldbalies op een afdeling moeten standaard deel uitmaken van de basisbewegwijzering van het gebouw.

Plaatsing van de borden

Vloeren en wanden worden afgewerkt in heel wat verschillende kleuren en materialen. Gangen en sassen krijgen een aangename aankleding door bijvoorbeeld het ophangen van kunstwerken of informatieve affiches. Wanneer hier bovenop nog her en der bewegwijzerings- en informatieborden geplaatst zijn kan de situatie zeer onduidelijk worden.

Om de informatie te kunnen gebruiken moeten we ze snel herkennen. Een aantal elementen zorgen reeds voor een goede basis:

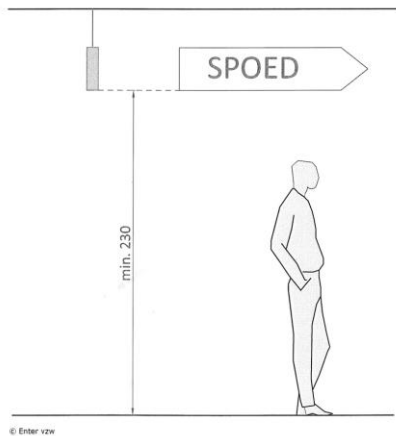
- Gebruik doorheen het gebouw altijd eenzelfde principe voor de plaatsing van de borden zoals bijvoorbeeld altijd aan de wand of opgehangen aan het plafond.
- Zorg voor een goed contrast met de achtergrond. Stem bijvoorbeeld de gebruikte kleuren af op de achterliggende wandkleur.
- Vermijd steeds hinderlijke schitteringen, verblinding of reflectie. Hiervoor is het belangrijk dat er geen rechtstreeks licht op het bord of paneel valt.

- Maak gebruik van niet blinkende materialen als basis voor de borden.

Daarnaast zorg een goede plaatsingshoogte ervoor dat de borden binnen het gezichtsveld vallen en dus vlot traceerbaar zijn.

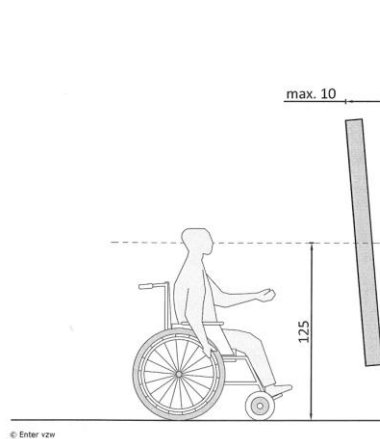
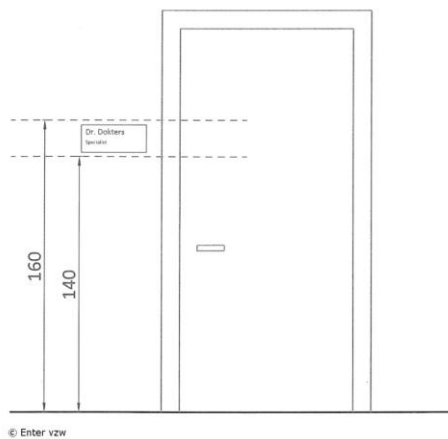
Een algemene aanbeveling voor de plaatsingshoogte van bewegwijzering is:

- Borden op kleine leesafstand (bijvoorbeeld bij het uitstappen uit de lift): hoogte tussen 140 cm en 160 cm ten opzichte van de vloer.
- Borden op grote leesafstand (bijvoorbeeld in een lange rechte gang): onderzijde op min. 230 cm hoogte ten opzichte van de vloer.



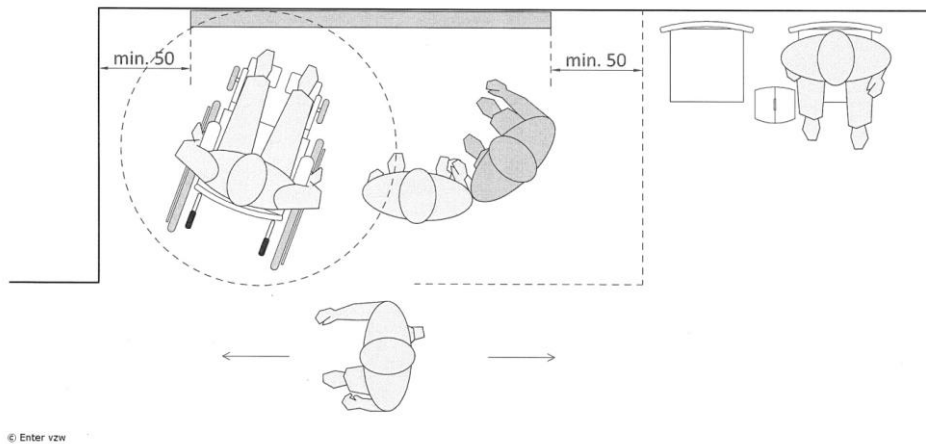
Voor informatieborden zijn volgende maten vuistregels:

- Korte leesafstand (bijvoorbeeld een naambordje aan een lokaal) of voor middelgrote borden op een kleine leesafstand: tussen 140 cm en 160 cm ten opzichte van de vloer.
- Grotere panelen: Middelpunt op circa 125 cm. Indien de onderzijde van het informatiebord te laag is om nog vlot leesbaar te zijn vanuit staande positie, hang het bord dan hoger onder een hoek van 10°.



Grote informatieborden die licht gekantelde aan de wand bevestigd zijn mogen maximum 10 cm ten opzichte van de wand uitsteken om te vermijden dat ze een obstakel vormen. Vooral voor personen met een visuele beperking, die gebruik maken van de wand om zich tactiel te verplaatsen kan dit namelijk een knelpunt zijn. Wanneer een wandelement in de hoogte verder uit de wand steekt ontstaat het gevaar dat men het niet kan detecteren en er tegenaan loopt.

Informatieborden zijn gemakkelijk bereikbaar. Ze sluiten aan op een looproute maar hebben een eigen gebruiksruimte om halt te kunnen houden en te manoeuvreren. Er is voldoende vrije ruimte voor het bord, zodat stilstaande personen bij het lezen van de informatie de looproute niet hinderen.



Voorzie een vrije draairuimte (Ø min. 150 cm) zodat rolstoelgebruikers van richting kunnen veranderen. Zo kunnen ook personen met trolleys, ouders met een kinderwagen of personen met tassen bij de hand comfortabel plaats nemen.

Contrasten en kleurgebruik

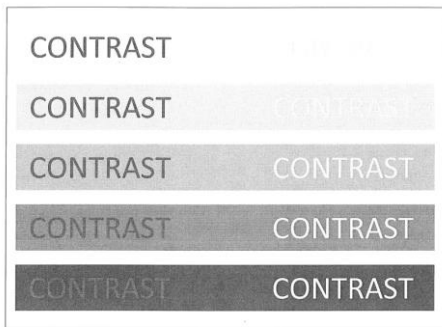
Voor de leesbaarheid van ruimten is naast een goede structuur en goede verlichting, contrast in kleur- en materiaalgebruik nodig. Een wand krijgt structuur als plinten, raam- en deurkozijnen duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Ook de kleur- en materiaalkeuze voor de afwerking van vloeren en wanden draagt bij tot de leesbaarheid en dus het intuïtief gebruik van de ruimte.

Eenzelfde principe is ook voor het vormgeven van bewegwijzings- en informatieborden van belang. Contrasten en de juiste kleurkeuze ondersteunen steeds de leesbaarheid. Het (kleur)contrast heeft zelfs een grotere invloed op de leesbaarheid dan de verlichting.

Gebruik contrasterende, maar geen reflecterende of felle kleuren en beperk het aantal verschillende kleuren. Primaire en secundaire kleuren (rood, blauw, groen, geel,...) zijn 'zuivere' kleuren en beter waarneembaar dan gemengde kleuren. Vermijd ook kleurcombinaties met te weinig contrast zoals bijvoorbeeld:

- rood/groen: veel personen kunnen deze kleuren niet onderscheiden;
- zuiver zwart/wit: dit kan een verblindende werking hebben, afhankelijk van bijvoorbeeld de lichtinval.

Gebruik donkere letters/figuren op een lichte achtergrond of lichte letters op donkere achtergrond. Om na te gaan of er voldoende contrast is tussen twee kleuren, kan men de kleuren omzetten naar grijswaarden of een zwart – witkopie maken. Indien de tekst of het beeld dan nog voldoende leesbaar is, zijn de gekozen kleuren voldoende contrasterend.



Vermijd transparante en oneffen achtergronden, zij zorgen voor verwarring in het beeld. Letters zijn niet duidelijk te onderscheiden van de achtergrond, waardoor de boodschap minder vlot leesbaar is.

Voor het ondervangen van bepaalde visuele beperkingen zoals bijvoorbeeld kleurenblindheid is het aangewezen om figuren en letters in kleur een zwarte omranding te geven.

Gebruik van letters en cijfers

Ook de vormgeving van tekstuele gegevens zoals letters en cijfers is van belang voor een goede leesbaarheid. Gebruik optimaal één, maximaal twee verschillende lettertypes. Gebruik ook steeds een duidelijk leesbaar, schreefloos lettertype. Voorbeelden hiervan zijn onder andere 'Verdana' of 'Arial'. Deze lettertypen hebben geen dwarse streepjes aan de uiteindes van de letters:

Schreefloos lettertype schreef lettertype

Vermijd cursief geplaatste letters en woorden. Maak eerder gebruik van in vet geplaatste woorden of zinnen om ze te doen opvallen.

Vermijd teksten met enkel hoofdletters. Gebruik hoofdletters aan het begin van een zin en verder kleine letters. Gebruik een voldoende grote interlinie en zorg ervoor dat tekstdelen niet over de volledige breedte uitgelijnd worden. Door de uitlijning vervormen de spaties tussen de woorden, waardoor je een onregelmatig en daardoor moeilijk leesbaar tekstbeeld krijgt:

Voorbeeld uitlijning over de volledige breedte en de linker zijde:

<p>“Het is onze wens dat u zich bij ons thuis voelt en dat u snel gezond bent. We helpen graag uw verblijf aangenaam te maken. Artsen en medewerkers staan steeds voor u klaar voor inlichtingen of vragen. Aarzel dus niet om hen aan te spreken.”</p>	<p>“Het is onze wens dat u zich bij ons thuis voelt en dat u snel gezond bent. We helpen graag om uw verblijf aangenaam te maken. Artsen en medewerkers staan steeds voor u klaar voor inlichtingen of vragen. Aarzel dus niet om hen aan te spreken.”</p>
---	--

Gebruik de juiste lettergrootte. Deze is steeds afhankelijk van de leesafstand. De hoogte van letters is minimaal 1/100 van de leesafstand. Voor belangrijke informatie (zoals de diensten van een afdeling) dient de hoogte van letters minimaal 1/25 van de leesafstand te bedragen.

Voor bewegwijzering bedraagt de minimale grootte van de letters 50 mm. Op beeldschermen mogen letters niet kleiner zijn dan 3 mm. Een richtlijn hiervoor is een minimale lettergrootte van 18pnt.

Pictogrammen, logo's, tekens en symbolen

Het gebruik van een combinatie tussen tekst en pictogrammen, symbolen ... heeft een positieve invloed op de begrijpbaarheid van gegevens. Gebruik zoveel mogelijk gestandaardiseerde of

internationaal goedgekeurde pictogrammen (ISO 7001) tekens. Als dit niet mogelijk is, maak dan gebruik van eenvoudige tekens en symbolen.

Enkele richtlijnen voor een goed gebruik:

- wanneer een pictogram tekst vervangt moet de lezer zich op eenvoudige wijze een beeld kunnen vormen van wat bedoeld wordt;
- gebruik alleen pictogrammen die een zelfstandig begrip weergeven (geen combinatie van begrippen);
- voorzie begrijpelijke symbolen in combinatie met een typerend kleurgebruik en een zwarte omlijning.

Bronnen en illustratieverantwoording

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

Foto's:

- Universitair ziekenhuis, Gent - © Enter
- Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid, Kermt - © Enter
- Woonzorgcentrum Libertyt, Wondelgem - © Enter
- Revalidatiecentrum Universitair ziekenhuis, Gent - © Enter
- Ziekenhuis Oost - Limburg, Genk - © Enter
- Varia - © Toegankelijkheidsbureau vzw
- Kinderziekenhuis Universitair ziekenhuis, Gent - © Enter
- Psychiatrisch ziekenhuis Asster, Sint - Truiden - © Enter
- Mariaziekenhuis Noord - Limburg, Overpelt - © Enter
- Revalidatie en MS centrum, Overpelt - © Enter
- Jeugdhuis Ahoj, Wijnegem - © Enter

Alle foto's: © Enter vzw.

Bezoeken in het kader van de opdracht (Enter, Vipa):

Voor de sector ziekenhuizen bezochten we volgende ziekenhuizen:

- Psychiatrisch ziekenhuis Sint-Kamillus, te Bierbeek
- Psychiatrisch ziekenhuis Broeders Alexianen, te Tienen
- Psychiatrisch ziekenhuis Asster, te Sint-Truiden

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.

Terugkoppelmomenten en workshops

Met dank aan de VIPA medewerkers, medewerkers van Zorg en Gezondheid en de ontwerpers die deelnamen aan de verschillende terugkoppelmomenten voor hun feedback en kritische noot tijdens de uitwerking van de inspiratiebundel.

Dank ook aan de medewerkers van het Universitair Ziekenhuis Gent voor hun deelname aan de workshop, de feedback en de aanvullingen met betrekking tot de ruimtelijke knelpunten voor de toegankelijkheid van de ziekenhuiskamer en het verloop van de zorgverlening.

Literatuur rond 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.
- Ruimte rond (grotere) bedden, STAGG
- Building for everyone, Inclusion, Access and Use
- Handboek Toegankelijkheid van publieke gebouwen
- Grunnelementer I Planlegging for Rullestolbrukere
- Evidence-Based design for healthcare facilities
- The Color light and Contrast Manual
- Ergonomie voor ergotherapeuten
- Inspiratiebundel Toegankelijkheid van woonzorgcentra
- ...

Online bevraging: Toegankelijkheid van het ziekenhuisgebouw, geef jouw mening!

Met dan aan de respondenten die deelnamen aan de online bevraging (zomer 2011) voor hun knelpuntenanalyse met betrekking tot de ruimtelijke knelpunten van ziekenhuisgebouwen.

De resultaten van de bevraging zijn terug te vinden op de website van Enter, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid (www.entervzw.be).

In deze reeks verscheen

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

© 2012 Enter, update 2014

Deze inspiratiebundel is gerealiseerd door Enter vzw, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid in opdracht van het VIPA, Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden.

Vormgeving: Enter vzw en Vipa

Eindredactie: Enter vzw, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Enter vzw, Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid.

Toegankelijkheid van ziekenhuizen

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 ziekenhuizen is een praktische instrumenten die een leidraad vormt voor de bouw van nieuwe én te verbouwen zorg- en welzijnsinfrastructuur. 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

