BOUWEN

stagg studie naar de huisvesting van multifunktionele eenheden in de psychiatrie

AAN MFE'S

uitgave:

STAGG

Stichting Architektenonderzoek
Gebouwen Gezondheidszorg
Keizersgracht 321
1016 EE Amsterdam
Telefoon 020-5553636

De uitgave kwam tot stand mede dank zij
een subsidie van het ministerie van VWS.

tekst:

AKTA, onderzoeks- en adviesbureau voor
gebruikskwaliteit van leef- en werkruimte, Utrecht
E.K. Hoekstra, H.M.J.A. van Liempd

eindredacteur:

J. Corsten

ontwerp, pre-press en druk:

Marijs Partners, Zierikzee, Jack de Coninck

fotograaf:

C. de Jongh

**© Stichting Architektenonderzoek
Gebouwen Gezondheidszorg / STAGG / 1994**

**Niets mag uit deze uitgave worden verveelvoudigd
en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk,
fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van
toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking,
zonder schriftelijke toestemming van de uitgever.**

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Hoekstra, E.K.

Bouwen aan MFE's : STAGG studie naar de huisvesting
van multifunctionele eenheden in de psychiatrie
/ E.K. Hoekstra, H.M.J.A. van Liempd ;
[fotogr.: C. de Jongh ; red.: J. Corsten]. - Amsterdam :
STAGG, Stichting Architektenonderzoek
Gebouwen Gezondheidszorg. - Ill., foto's
ISBN 90-802171-1-5 NUGI 655
Trefw.: psychiatrie / multifunctionele gebouwen ;
geestelijke gezondheidszorg.

VOORAF

Gebouwen in de gezondheidszorg zijn voortdurend aan veranderingen onderhevig. Deze veranderingen zijn het gevolg van ontwikkelingen in de zorg en in de architectuur en staan onder invloed van verschuivingen van maatschappelijke opvattingen. De Stichting Architekten-onderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) stelt zich ten doel studies te verrichten die op het snijvlak van deze ontwikkelingen liggen. De STAGG wil daarmee een bijdrage leveren aan de discussie over de eisen die aan gebouwen in de zorgsector kunnen worden gesteld.

De studie **Bouwen aan MFE's** is daar een goed voorbeeld van. In de afgelopen jaren zijn de ideeën over de zorgverlening aan patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg veranderd. Dit heeft ook gevolgen voor de gebouwen waarin de zorg aan deze patiëntengroep wordt verleend. In dit onderzoek gaat het om de huisvesting van een betrekkelijk nieuw type zorgvoorziening, de multifunctionele eenheden voor de psychiatrie (MFE's). Op grond van literatuuronderzoek, interviews en bezoeken aan reeds functionerende MFE's is een aantal mogelijke modellen voor deze zorgvoorziening ontwikkeld. Dit onderzoek geeft niet aan hoe een MFE vanuit een bouwkundig perspectief er uit moet zien, maar kan een bijdrage leveren aan het beslissen over bouwplannen van MFE's.

Aan deze studie hebben veel personen en organisaties meegewerkt. Zij hebben hun bouwplannen ter beschikking gesteld, toestemming gegeven om foto's te laten maken en waren bereid een interview af te geven. Op deze plaats wil ik hen gaarne dank zeggen voor hun medewerking. Daarnaast gaat onze dank ook uit naar de leden van de STAGG-werkgroep en naar Bureau AKTA die deze studie inclusief dit verslag tot een goed einde hebben gebracht. Tot slot bedank ik het ministerie van VWS dat door het verlenen van een subsidie deze publikatie mogelijk heeft gemaakt.

Prof. dr. A.F. Casparie
voorzitter Stichting Architektenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg

1 **Inleiding** 3

2 **De multifunctionele eenheid** 4

3 **Gevolgde werkwijze** 7

4 **Nadere analyse van de MFE** 8

4.1 Doelstellingen en uitgangspunten van de MFE 9

4.2 Behandelfilosofie 10

4.3 Doelgroepen 12

4.4 Capaciteit 14

4.5 Functies 15

4.5.1 Crisisinterventie 15

4.5.2 Kortdurende klinische behandeling 15

4.5.3 Voortgezette klinische behandeling 15

4.5.4 Logies/bed-op-recept 16

4.5.5 Deeltijdbehandeling 16

4.5.6 Polikliniek 16

4.5.7 Sociaal psychiatrische hulpverlening RIAGG 16

5 **Ruimtelijke consequenties** 17

5.1 Stedebouwkundige situatie 17

5.2 Gebouwstructuur 19

5.2.1 Binnenkomst 19

5.2.2 Crisisinterventie 19

5.2.3 Klinische behandeling 20

5.2.4 Logies/bed-op-recept 24

5.2.5 Deeltijdbehandeling 24

5.2.6 Polikliniek 26

5.3 Analyse van diverse ruimten 26

5.3.1 Slaapruimten 27

5.3.2 Verblijfsruimten 28

5.3.3 Behandel- en stafruimten 29

5.3.4 Overige ruimten 30

5.3.5 Conclusies over het totaaloppervlak 31

6 **De MFE in de toekomst: enkele bouwkundige modellen** 32

6.1 Randvoorwaarden voor de huisvestingsmodellen 33

6.1.1 Klinisch verblijf 34

6.1.2 Pensionvoorziening 34

6.1.3 Behandelcentrum 34

6.1.4 Polikliniek 34

6.1.5 Trefcentrum 35

6.1.6 Overige ruimten 35

6.2 **Model 1** Geconcentreerde MFE 35

6.2.1 Toelichting model 1 36

6.3 **Model 2** Gedeconcentreerde MFE 42

6.3.1 Toelichting model 2 43

6.4 **Model 3** Kleinschalige MFE 48

6.4.1 Toelichting model 3 49

7 **Slotbeschouwing** 54

Bijlage 1 Eerste interviewronde 55

Bijlage 2 Tweede interviewronde 56

Bijlage 3 Overzicht geanalyseerde projecten 57

Literatuuroverzicht

1

Inleiding

De Stichting Architektenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) heeft onderzoek verricht naar de huisvesting van Multifunctionele Eenheden voor de psychiatrie (MFE's). De reden voor dit onderzoek was dat de MFE een betrekkelijk nieuw type psychiatrische voorziening is waarvoor nog geen huisvestingsmodellen bestaan. Het doel van deze studie was drieledig:

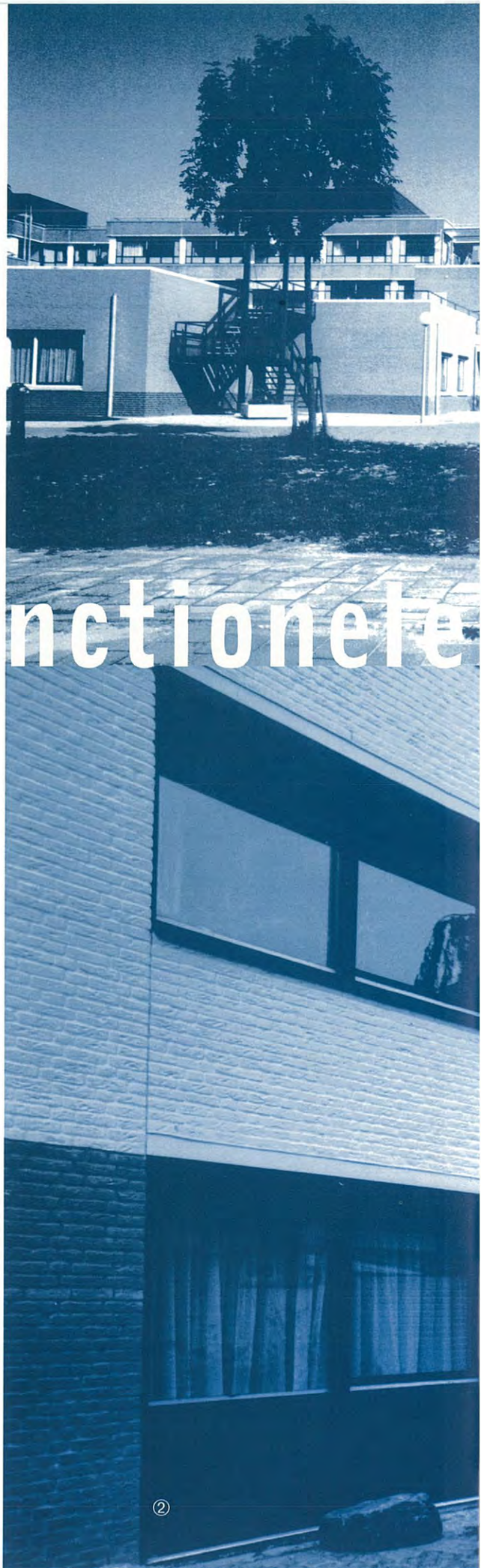
- het verkrijgen en/of verbreden van kennis over de huisvesting van MFE's;
- het ontwikkelen van bouwkundige modellen voor MFE's;
- het stimuleren van de discussie over de vraag wat wenselijke gebouwen zijn voor de acute psychiatrie.

Om deze doelstellingen te bereiken is allereerst het onderzoeksveld in kaart gebracht. Dit is gebeurd door het bestuderen van literatuur en het voeren van gesprekken met sleutelfiguren uit het veld.
Vervolgens zijn in de onderzoeksfase plattegronden, kwantitatieve gegevens en programma's van eisen (pve's) van een aantal projecten geanalyseerd en met elkaar vergeleken. Het betrof MFE-projecten die ten tijde van het onderzoek reeds gerealiseerd waren of ten minste in het bezit waren van een goedgekeurd schetsontwerp.
Enkele van de gerealiseerde gebouwen zijn bezocht en globaal geëvalueerd.
Op basis van de literatuurstudie, de interviews en de analyse van een aantal projecten zijn randvoorwaarden (mini programma's van eisen) opgesteld voor diverse gebouwtypen. Deze randvoorwaarden zijn vervolgens voorgelegd aan een panel van deskundigen. Naar aanleiding van hun commentaar zijn de randvoorwaarden aangepast en uitgebreid.
De mini pve's hebben geleid tot een drietal modellen voor MFE's die in hoofdstuk 6 aan de orde komen. De modellen die in dat hoofdstuk besproken worden dienen nadrukkelijk niet beschouwd te worden als blauwdrukken.
De STAGG wil met behulp van deze modellen een bijdrage leveren aan het denken over MFE's en hun verschillende verschijningsvormen. De werkwijze en organisatiestructuur binnen een MFE dienen een grote invloed te hebben op de uiteindelijke gebouwvorm, zodanig dat het gebouw de gewenste werkwijze ondersteunt. Verschillen in organisatie en werkwijze zullen dan ook leiden tot uiteenlopende bouwkundige oplossingen.
De werkgroep is tijdens haar studie diverse voorbeelden tegengekomen van MFE's, waarvoor op onderdelen van de huisvesting interessante functionele oplossingen zijn bedacht. Deze zijn door middel van tekeningen en foto's in de tekst verwerkt.
De opstellers van deze rapportage zijn er van uit gegaan dat bij de lezers basiskennis omtrent MFE's aanwezig is. Om die reden wordt een aantal begrippen niet nader toegelicht en is de omschrijving van wat een MFE is, beperkt gehouden.

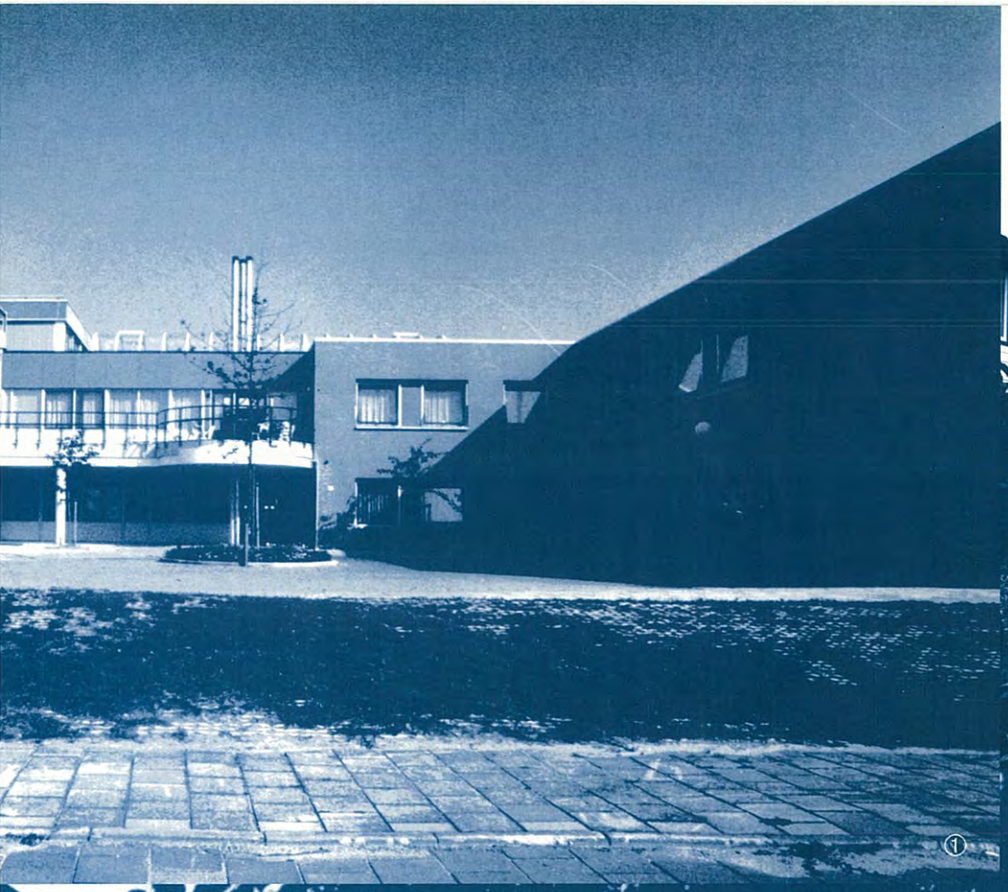
2 De multifunctionele eenheid

Het idee van de MFE is ontstaan in het begin van de jaren tachtig. In de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid* uit 1984 van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur werd een sterk pleidooi voor MFE-vorming gehouden. MFE's werden daarbij omschreven als goed gespreide, kleinschalige voorzieningen voor klinische en ambulante psychiatrie. Het concept van de MFE werd daarna door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) in een tweetal adviezen verder uitgewerkt.
In haar *Rapport Multifunctionele Eenheden 1984-1990* van 1991 geeft de NRV de volgende omschrijving:

**"Een MFE is een psychiatrische voorziening, gelegen in een stedelijke kern, van een beperkte omvang - ongeveer 80 plaatsen - die functioneert in een beperkt gebied.
In die voorziening wordt poliklinische zorg, crisisinterventie, kortdurende klinische behandeling, deeltijdbehandeling en medium- of long stay-zorg geboden, waarbij afspraken met de riagg zijn gemaakt over de intake, indicatiestelling, crisisinterventie, ambulante hulp, èn voor- en nazorg. De mfe is vaak gesitueerd bij een algemeen ziekenhuis, waarmee het betrekkingen onderhoudt op het gebied van consultatieve psychiatrie, somatische zorg en algemene diensten.
In een aantal gevallen zijn alle paaz-faciliteiten erin opgenomen. Een mfe kan worden gezien als een deconcentratie van een groot aantal apz-activiteiten over de regio."**



① en ② De verschijningsvorm van MFE's is zeer divers.
③ In 1988 werd in Oosterhout de eerste MFE geopend.



①



③



4AN MFE'S

Deze omschrijving is door de STAGG-werkgroep als uitgangspunt overgenomen. In de beginfase van deze studie is ze voorgelegd aan diverse sleutelfiguren uit het veld. Deze gingen in grote lijnen akkoord met de omschrijving.
In het vervolg van deze rapportage zal blijken dat er vormen van MFE's denkbaar zijn en ook in de praktijk al voorkomen die niet (geheel) aan de definitie voldoen.

Tot 1990 zag eigenlijk alleen de stichting Het Hooghuys kans een MFE te realiseren. Pas vanaf 1990 kwam de MFE-vorming in een stroomversnelling terecht, toen het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) positief adviseerde over kleinschalige initiatieven.
In mei 1991 waren vijf MFE's operationeel en waren er zevenentwintig initiatieven bij WVC ingediend. Een inventarisatie van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) begin 1993[1] kwam op 19 initiatieven die operationeel waren of dat binnen een jaar zouden zijn en een totaal van 41 initiatieven. Er werd een voorzichtige schatting gemaakt van 80 initiatieven in het jaar 2000.

Er zijn meerdere ontwikkelingen die leiden tot deze uitbreiding van het aantal MFE's:
- Bestaande Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en) moeten verder deconcentreren. Het overheidsbeleid is gericht op het tot stand brengen van minder grootschalige voorzieningen die beter gespreid zijn over de regio's.
- De zorg wordt in toenemende mate omschreven in functionele termen en niet meer in termen van voorzieningen. Dit biedt mogelijkheden tot een meer individuele invulling van zorg met als uitgangspunten continuïteit en flexibiliteit.
- Integratie en differentiatie van bestaande zorg wordt in de *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*[2] en in de nota *Onder Anderen*[3] bepleit: integratie van het intramurale en ambulante circuit en differentiatie door scheiding tussen behandeling en verblijf.

De verschijningsvorm van MFE's die tot nu toe gerealiseerd zijn, is zeer divers. De initiatieven verschillen wat betreft de functies die worden aangeboden, de capaciteit, de doelgroep en de samenwerking tussen de partners. Deze verscheidenheid hangt samen met het gevoerde overheidsbeleid. Er zijn geen normen en richtlijnen specifiek voor MFE's opgesteld. De overheid heeft de GGZ-partners een grote mate van autonomie gelaten.
Er is nog weinig ervaring met de huisvesting van MFE's en er zijn geen huisvestingsmodellen. In principe moet elke initiatiefnemer het wiel opnieuw uitvinden. In de komende tien jaar zal een groot aantal MFE's gebouwd worden.
Deze gebouwen kunnen de behandelwijze voor een belangrijk gedeelte vastleggen.
Dat vormde voor de STAGG-werkgroep de aanleiding zich in dit onderwerp te verdiepen met als doel een bijdrage te leveren aan de verdere ideevorming omtrent de huisvesting van MFE's.

Op basis van de hierboven beschreven ontwikkelingen op het terrein van de huisvesting van MFE's heeft de STAGG-werkgroep de volgende vraagstellingen geformuleerd voor haar studie:
- Zijn er modellen van MFE's te ontwikkelen op basis van varianten in organisatie, behandelfilosofie en stedebouwkundige randvoorwaarden? Zo ja, wat zijn de meest geschikte gebouwtypologieën voor MFE's?
- Welke stedebouwkundige voorwaarden dienen aan MFE's gesteld te worden?
- Wat is de gewenste flexibiliteit bij de huisvesting van de MFE's? Welke consequenties heeft dat voor de gebouwen vanuit het oogpunt van ruimtelijke structuur en organisatie?
- Zijn de bestaande normen van de overheid ten aanzien van gebouwen in de GGZ (Wet Ziekenhuisvoorzieningen) toepasbaar voor de huisvesting van MFE's?

---

1 Wilde, G.W.M.M. de, Verspreidt en vermenigvuldigt u!. **MFE, tussen droom en daad. Verslag van een invitational conference over MFE-vorming.** NcGv, Utrecht, 1993.

2 **Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid**, Ministerie WVC, Rijswijk, 1984.

3 **Onder Anderen, Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief.** Ministerie WVC, Rijswijk, 1993.

3

Gevolgde werkwijze

Na een eerste literatuurverkenning is een aantal sleutelfiguren geïnterviewd over hun visie op het onderzoeksveld en op de factoren die naar hun mening van invloed zijn op de huisvesting van MFE's.
Er zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC)[4], van de Centrale Zorgverzekeraars, van de NRV en van instellingen betrokken bij de MFE-vorming (zie bijlage 1).

Vervolgens zijn van zeventien MFE-initiatieven de projectplannen opgevraagd. Dertien initiatiefnemers hebben hun plannen ter beschikking gesteld (zie bijlage 3)[5]. Het betrof hier programma's van eisen, tekeningen (plattegronden, doorsneden, gevels, situatietekeningen) en de formulieren voor de aanvraag goedkeuring schetsontwerp bij WVC. Deze dertien plannen zijn door de werkgroep uitgebreid geanalyseerd. Vier van de dertien projecten zijn daarnaast bezocht en beperkt geëvalueerd. Bovendien heeft de werkgroep een excursie gemaakt naar twee al wat langer bestaande MFE's. Er is gekeken naar onderlinge overeenkomsten tussen de verschillende projecten en naar opvallende kenmerken van de MFE's.
Voordat begonnen werd aan het opstellen van randvoorwaarden voor gebouwtypen heeft een tweede interviewronde plaatsgevonden met deskundigen (zie bijlage 2). In deze ronde is met name ingegaan op de visie ten aanzien van de huisvesting van MFE's en de ontwikkelingen die deskundigen op dit terrein signaleren. De daarna geformuleerde randvoorwaarden zijn besproken met een panel van deskundigen (zie bijlage 2) en naar aanleiding daarvan aangepast. Vervolgens is een drietal huisvestingsmodellen ontwikkeld en uitgewerkt.

De werkgroep heeft tijdens haar studie enkele beperkingen ondervonden. Deze beperkingen hebben betrekking op de geanalyseerde projecten. Een groot deel van deze projecten is nog niet uitgevoerd of is nog slechts sinds korte tijd operationeel, waardoor een evaluatie achteraf niet of nauwelijks mogelijk bleek. Met andere woorden: het is onduidelijk of hetgeen in het programma van eisen aan wensen is geformuleerd en de daaruit voortvloeiende gebouwen, in de praktijk voldoen aan de verwachtingen.
Dit laatste leidt tegelijkertijd tot een andere beperking die tijdens het bestuderen van de dertien projecten naar voren kwam. In de meeste programma's van eisen ontbrak een duidelijke filosofie over de wijze waarop de behandeling vorm zou moeten krijgen in de gevraagde huisvesting. Weliswaar wordt een scheiding van wonen en behandelen vaak wenselijk geacht, maar een verdere uitwerking van ideeën over de wijze van wonen en behandelen ontbreekt veelal.
Het lijkt er op dat een en ander samenhangt met het feit dat de vorm van samenwerking van de verschillende participanten binnen de MFE bij het starten van bouwplannen vaak nog onvoldoende gestalte heeft gekregen.

4 Tijdens de eindredactie van deze publikatie is de naamgeving van dit Ministerie veranderd in ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

5 Dit waren de projecten die in het voorjaar van 1993 in het bezit waren van een goedgekeurd pve en schetsontwerp. Twee projecten waren niet in het bezit van alle gevraagde gegevens. Eén project wenste niet aan het onderzoek deel te nemen en één project viel buiten de werkdefinitie van de werkgroep. Een overzicht van de dertien projecten is opgenomen in bijlage 3.

4

Een nadere analyse

De STAGG-werkgroep heeft een nadere analyse gemaakt van de specifieke kenmerken van MFE's. Deze analyse had in eerste instantie betrekking op de volgende onderwerpen: doelstellingen en uitgangspunten, behandelfilosofie, doelgroepen, capaciteit en functies. Gegevens omtrent deze onderwerpen zijn noodzakelijk om een beeld te kunnen vormen van de eisen die gesteld moeten worden aan de huisvesting van MFE's. Immers, kennis over werkwijze, functies en doelgroepen is een voorwaarde voor het ontwerpen van een gebouw dat daarbij aansluit.
De analyse is gebaseerd op interviews en op bestudering van de dertien projectplannen.



①

4.1

Doelstellingen en uitgangspunten van de MFE

De basisdoelstelling van de MFE is het bieden van integrale zorg voor een bepaalde doelgroep binnen een beperkt gebied. Dit vormt ook de kern van de NRV-definitie zoals die in hoofdstuk 2 beschreven is. Uit de interviews komt naar voren dat men voor het bereiken van deze doelstelling met name de samenwerking tussen APZ en RIAGG essentieel vindt. In principe ziet men de MFE niet als een nieuwe voorziening maar als een bundeling van bestaande voorzieningen.

Het merendeel van de geanalyseerde MFE's formuleert in het programma van eisen als doelstelling het ontwikkelen van een samenhangend hulpaanbod van het ambulante en klinische circuit. Een aantal stelt daarbij uitdrukkelijk te willen werken vanuit een opname voorkomende of bekortende visie. Ook het bieden van kleinschalige hulpverlening dicht bij de woonomgeving wordt een aantal keer genoemd.

Het ontwikkelen van een samenhangend hulpaanbod vereist een samenwerking tussen verschillende instellingen. Een dergelijke samenwerking zal dan vrijwel altijd het APZ, de RIAGG en veelal de PAAZ betreffen.

In elf van de dertien geanalyseerde projecten is er een RIAGG betrokken bij de MFE-vorming en in acht een PAAZ. Bij één project is het APZ de enige betrokkene.

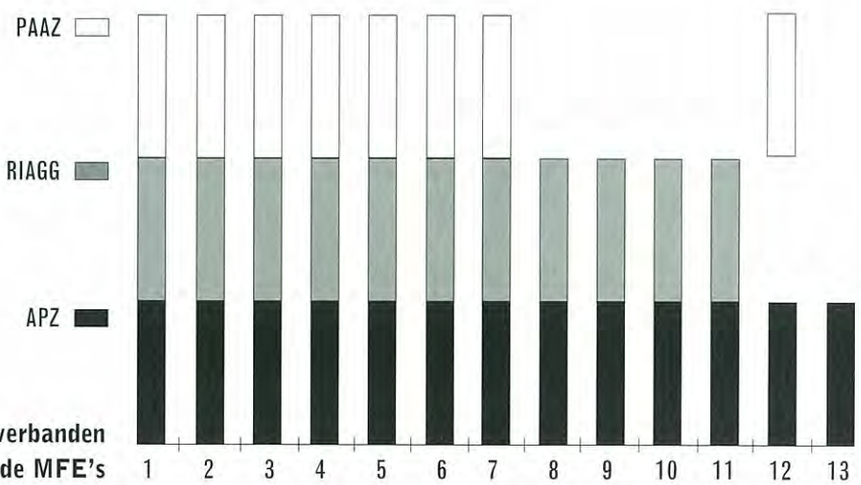
Hoewel dus bij twaalf van de dertien MFE's sprake is van een vorm van samenwerking, verschilt de aard van deze samenwerking sterk. Zo is er soms sprake van nauwe samenwerking tussen RIAGG en APZ. Deze nauwe samenwerking komt vooral daar voor waar het de intake en de voor- en nazorg van patiënten betreft. Dat wil dan niet zeggen dat er sprake is van huisvesting van RIAGG-medewerkers in de MFE. In één geval is er samenwerking, maar vormen RIAGG en APZ (lees hier: MFE) autonome eenheden die samen in een behandelgebouw zitten. Het spreekt voor zich dat dit consequenties heeft voor de huisvesting. Een van de redenen dat volledige ruimtelijke integratie door veel RIAGG's wordt afgewezen, kan gelegen zijn in een afwijkende sociale achtergrond van hun cliënten en in verschillen in bedrijfscultuur.

Daarnaast zijn er voorbeelden van MFE's waar APZ, RIAGG en PAAZ een geïntegreerd geheel vormen. Voor ambulante en poliklinische behandeling is er één team waarin medewerkers van RIAGG, APZ en AZ deelnemen. Deze medewerkers zijn dan ook in de MFE gehuisvest.

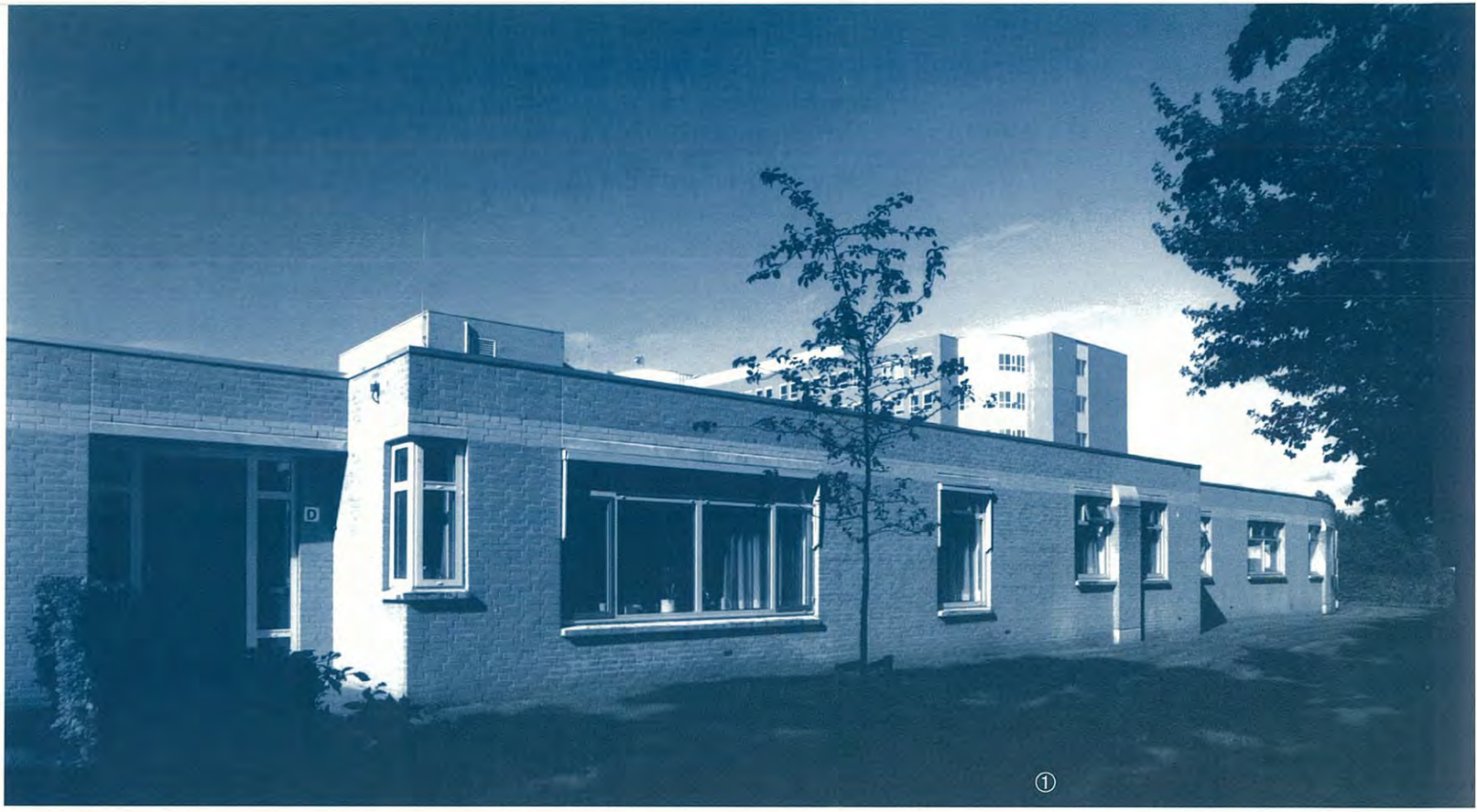
Het is heel goed mogelijk dat zowel de vorm van intensieve samenwerking met RIAGG vanuit aparte lokaties als de vorm van vergaande integratie in de huisvesting, naast elkaar blijven bestaan. Immers voor de MFE's is met name van belang dat voorzorg-zorg-nazorg in samenhang gebracht worden en onder één regie komen, zodat er sprake is van totaalzorg. De uitwerking van deze doelstelling kan men op verschillende manieren vorm geven.

van de MFE

① Een MFE geïntegreerd in de woonomgeving.



Samenwerkingsverbanden bij de geanalyseerde MFE's



4.2

Behandelfilosofie

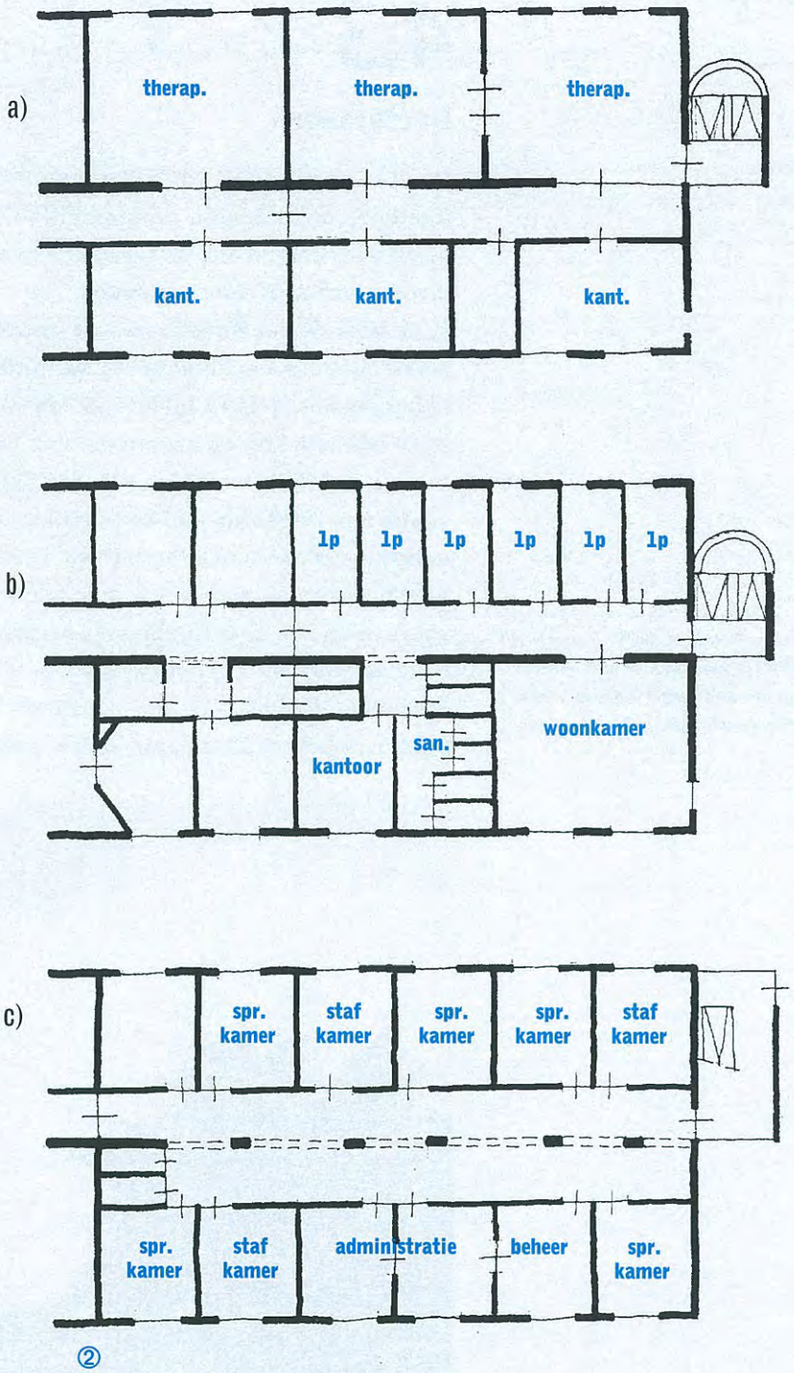
Uit gesprekken met deskundigen en uit de literatuur komt naar voren dat men het scheiden van wonen en behandelen ziet als een belangrijk uitvloeisel van een veel voorkomende behandelvisie.
Ook binnen elf van de dertien geanalyseerde projecten wordt in de programma's van eisen het scheiden van wonen en behandelen, soms doelbewust `wonen en werken' genoemd, als uitgangspunt genomen. In de andere twee plannen is voor een gedeeltelijke scheiding gekozen.
In de uitwerking van de plannen wordt het scheiden van wonen en behandelen vaak wat afgezwakt ten aanzien van de gesloten afdelingen. Daar worden dan binnen de afdeling een of enkele therapieruimten ondergebracht.
Er worden verschillende argumenten voor het scheiden van wonen en behandelen gegeven. Zo wordt in enkele pve's expliciet het belang van de functie van het leefmilieu in de MFE genoemd, waarbij normalisering, het (weer leren) onderhouden van sociale contacten en huishoudelijke zelfzorg kenmerkende aspecten zijn. De reden voor een scheiding van wonen en behandelen is dan dat het wonen zoveel mogelijk `normaal wonen' moet zijn. In andere MFE's ligt de nadruk op de niet klinische behandelvorm. Het verblijven ofwel wonen heeft vanuit behandelperspectief een ondergeschikte rol en is nadrukkelijk tijdelijk. Ook dit wordt genoemd als reden voor het scheiden van wonen en behandelen.

De meeste MFE's streven naar een zo kort mogelijke opnameduur, zodat de patiënt de banden met de thuissituatie en de directe omgeving niet verliest. Een snelle omzetting van de klinische behandeling in dagbehandeling verdient dan de voorkeur. Dit streven leidt tot een groei van de ontwikkeling van de opnamevervangende dagbehandeling.
De patiënt wordt korter klinisch opgenomen maar de totale behandelduur hoeft daarbij niet af te nemen. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat in de toekomst de klinische capaciteit van MFE's zal teruglopen ten gunste van de dagbehandeling.
Een andere ontwikkeling die wordt gesignaleerd in het aanbod van de MFE's is de outreaching-zorg, ook wel buitenzorg genoemd. Dit zijn de behandelactiviteiten die de MFE

① De klinische afdeling is opgesplitst in kleine woon-eenheden met elk een eigen entree.

buiten het gebouw ontplooit; MFE-medewerkers zoeken de patiënten dan thuis op.
Op het behandelingsvlak zien we dat er bij de helft van de geanalyseerde projecten een scheiding is tussen behandelgroepen voor klinische en deeltijdpatiënten. Bij de andere helft zijn er gecombineerde behandelgroepen rond bepaalde vraagstellingen of thema's.

Vanuit de programma's van eisen ontstaat geen helder beeld over de relatie tussen de behandelfilosofie en de eisen ten aanzien van de huisvesting, met uitzondering van het idee van scheiding wonen-behandelen. Zo ontbreekt vaak een motivatie of een beschrijving van achtergronden die geleid hebben tot bepaalde keuzes zoals bijvoorbeeld de afdeling- of unitgrootte of de clustering van bepaalde ruimten. Ook wordt weinig aandacht besteed aan immateriële eisen zoals sfeer- en beeldverwachtingen. Wanneer bijvoorbeeld gesteld wordt dat het verblijven of wonen een ondergeschikte rol speelt, wordt dit niet expliciet vertaald in specifieke eisen voor de verblijfsruimten. Dit wil uiteraard niet zeggen dat deze aspecten niet aan de orde zijn geweest gedurende het bouwvoorbereidingsproces. Uit de pve's blijkt echter onvoldoende of er op een gestructureerde wijze aandacht is besteed aan de relatie tussen behandelvisie en huisvesting.
Verschillende deskundigen zijn van mening dat die relatie nadrukkelijker aanwezig zou moeten zijn. Daarmee zou kunnen worden voorkomen dat gebouwen ontstaan die niet passen bij het beoogde behandelmodel, hetgeen tot gevolg kan hebben dat de behandelfilosofie moet worden aangepast aan het gebouw. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat gebouwen altijd een zekere flexibiliteit moeten hebben, omdat ook behandelfilosofieën aan verandering onderhevig zijn.



② Een gebouwdeel met zodanige basisstructuur dat meerdere indelingen mogelijk zijn. Alleen de buitengevels en de tussenwand zijn dragend. Het gebouw kan daardoor vrij eenvoudig worden aangepast aan een andere werkwijze. De volgende indelingsvarianten zijn bijvoorbeeld denkbaar:

a) een behandelafdeling met verschillende therapieruimten. De gang ligt hier aan de andere zijde van de dragende tussenwand;
b) een crisisafdeling met 6 bedden en een verblijfsruimte;
c) een polikliniek met behandel- en stafkamers. Een brede gang in het midden biedt mogelijkheid meerdere wachtplekken te creëren.

4.3

Doelgroepen

De doelgroep van de MFE wordt door deskundigen en in diverse programma's van eisen omschreven als: volwassenen met `normaal' psychiatrische problemen.
In de nota *Onder Anderen* wordt de MFE met name een rol toegekend in het kortdurende behandelcircuit. Door integratie van voorzorg, behandeling en nazorg èn door de bouw van MFE's temidden van bevolkingscentra kan de relatie met het eigen sociale milieu optimaal behouden blijven. Mede daardoor kan (onnodige) chroniciteit worden voorkomen. De nota signaleert daarnaast het ontstaan van MFE's voor chronici; een ontwikkeling die ook door een aantal van de geïnterviewde deskundigen wordt genoemd.

Dit sluit aan bij de enquête die het NcGv heeft gehouden onder bezoekers van de Invitational conference te Heiloo, onder direct betrokkenen bij MFE-initiatieven[6]. Daarbij bleek dat chronici vaak als doelgroep werden genoemd.
Onduidelijk is of dit initiatieven betreft die zich uitsluitend op chronici richten, of dat het gaat om MFE's die zich zowel op acute en kortdurende psychiatrie als op de chronici richten. Uit de interviews werd duidelijk dat men een voorkeur had voor aparte `chronische' MFE's. Ook hierbij is dan het streven de behandeling zoveel mogelijk niet klinisch te laten zijn.
Enkele deskundigen voorzien daarnaast verdergaande specialisatie van MFE's naar bijvoorbeeld jeugdigen, ouderen en verslaafden. Daarbij wordt in alle gevallen van belang geacht dat de ambulante en klinische

6 Wilde, G.W.M.M. de, R. Gorter (red.), **MFE, tussen droom en daad. Verslag van een invitational conference over MFE-vorming.** NcGv, Utrecht, 1993.

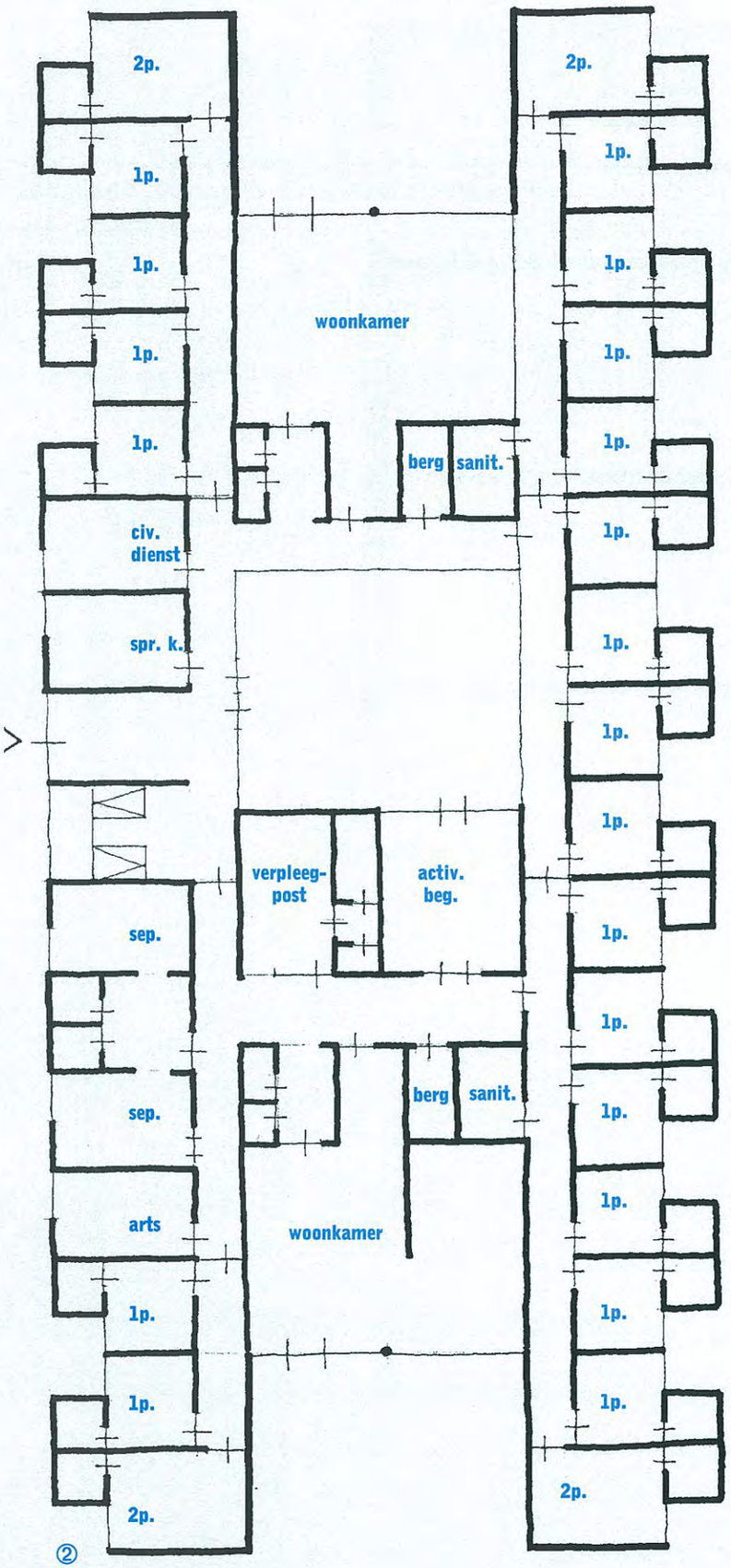


① Deze MFE ligt midden in een woonwijk. De tuin grenst aan de tuinen van de omliggende woningen.

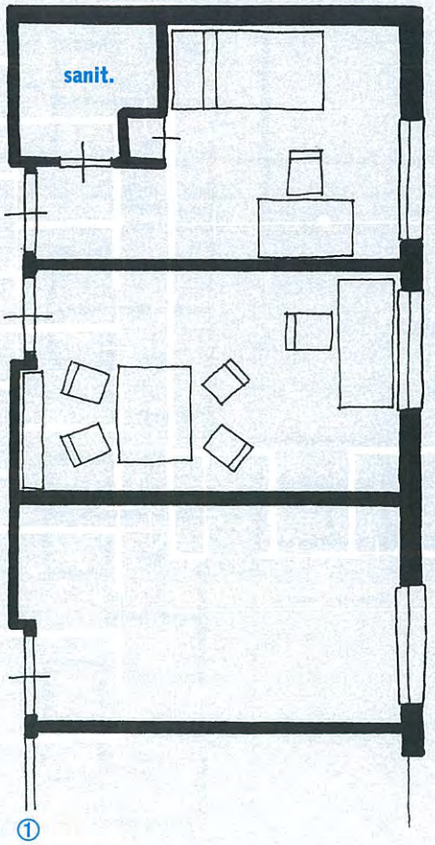
zorg geïntegreerd zijn.

De geanalyseerde projecten richten zich op volwassenen vanaf 18 jaar, op één uitzondering na waar ook adolescenten worden opgenomen. Hoewel categoriaal werken niet in de MFE-`definitie' staat, komt het wel een aantal malen voor. Het betreft hier met name afdelingen die specifiek voor ouderen bestemd zijn. In drie van de dertien MFE's is een afdeling gerontopsychiatrie ondergebracht, waarbij tevens rekening gehouden wordt met lichamelijke handicaps. Een van deze voorzieningen heeft daarnaast een aparte afdeling psychogeriatrie. Een andere MFE beschikt over een aparte afdeling voor adolescenten.
In veel gevallen voert de MFE een a-selectief opnamebeleid. Dit betekent dat zowel vrijwillige als gedwongen opnames plaatsvinden. De MFE vervult dan alle functies van het APZ





② Plattegrond van een klinische afdeling, waarbij rekening is gehouden met een flexibel opnamebeleid. Door de gangenstructuur en deuren op meerdere plekken in de gangen kunnen afdelingen vergroot of verkleind worden. De omvang van de gesloten afdeling kan naar behoefte variëren.



① Voorbeeld van een slaapruimte met eigen sanitair die bij een afname van het aantal bedden om te bouwen is tot stafkamer.

die bij kortdurende opnames horen.
Andere MFE's stellen beperkingen; zij nemen bijvoorbeeld geen personen op bij wie drugsverslaving of dementeringsverschijnselen op de voorgrond staan.
Enkele MFE's richten zich expliciet op patiënten die een kortdurende behandeling behoeven en sluiten patiënten uit die een gedwongen opname of een gesloten deur behoeven. Deze MFE's stellen ook een maximum aan de verblijfsduur dat in de buurt ligt van de twee à drie maanden. Mensen waarvan te verwachten is dat ze voor langere tijd opgenomen moeten worden, gaan dan rechtstreeks naar het APZ. Dit wil echter niet zeggen dat de totale behandelduur ook kort zal zijn. Het betreft met name een beperking van de klinische opnameduur. De nadruk bij deze MFE's ligt sterk op dag- of deeltijdbehandeling.
In de andere MFE's kan de opnameduur langer zijn: zes maanden, één jaar of twee jaar. Twee MFE's hebben langdurige klinische behandeling expliciet in hun zorgaanbod opgenomen.

4.4

Capaciteit

Volgens de omschrijving van de NRV heeft een MFE een beperkte omvang van ongeveer 80 plaatsen (klinische en deeltijdplaatsen samen).
De meningen van de geïnterviewde personen over de ideale omvang van een MFE lopen uiteen van 60 tot 120 plaatsen. Daarbij worden argumenten gehanteerd zoals de gewenste kleinschaligheid als ook de noodzakelijke omvang om een breed pakket aan behandelingen te kunnen bieden.
In de geanalyseerde projecten komen drie projecten uit boven de grens van 80 plaatsen[7]. Deze drie hebben alle een categoriale afdeling voor ouderen. De overige MFE's hebben tussen de 56 en 80 plaatsen.
De gewenste verhouding tussen het aantal klinische plaatsen (bedden) en deeltijdplaatsen (stoelen) werd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1986) gesteld op 2:1. In veel van de geanalyseerde MFE's is de verhou-

7 Respectievelijk 100, 104 en 140 plaatsen

ding bedden/stoelen eveneens ongeveer 2:1. De verwachting is dat in het kader van de opname vervangende deeltijdbehandeling het aantal stoelen binnen de MFE zal toenemen ten koste van het aantal bedden. In de nota *Onder Anderen* wordt deze ontwikkeling sterk bepleit. Volgens sommige deskundigen is het waarschijnlijk dat de verhouding bedden en stoelen eerder omgekeerd zal worden; 1 bed ten opzichte van 2 stoelen. Dit wordt ook nodig geacht om te komen tot een verdere verkorting van de klinische opnameduur. Immers, wanneer er minder stoelen dan bedden zijn, zal de doorstroming van klinische naar opname vervangende deeltijdbehandeling stagneren.
Het feit dat veel van de geanalyseerde MFE's meer bedden dan stoelen hebben, hangt mogelijk samen met andere factoren. Zo kan de omvang van het te deconcentreren APZ-gedeelte of de capaciteitsinbreng van de PAAZ een rol spelen. Ook de financiering en de richtlijnen van het CvZ, die voor bedden gunstiger zijn dan voor stoelen, zouden een ontwikkeling in de richting van een groter aantal stoelen kunnen afremmen. Daarnaast zullen het gekozen organisatiemodel en de behandelvisie van invloed zijn op de verhouding bedden/stoelen.
Het lijkt in elk geval belangrijk om in de toekomst rekening te houden met een ontwikkeling in de richting van een toename van het aantal stoelen. Dit stelt eisen aan de flexibiliteit bij de bouw van nieuwe MFE's.

4.5

Functies

De NRV-omschrijving van de MFE gaat uit van een aantal functies die door de MFE verzorgd moeten worden: poliklinische zorg, crisisinterventie, kortdurende klinische behandeling, deeltijdbehandeling en medium- of long stay-zorg. In gesprekken met deskundigen stond alleen de long stay-zorg ter discussie (zie 4.3 Doelgroepen).
Hieronder volgt een overzicht van de verschillende functies die de dertien geanalyseerde MFE's uitoefenen, met daarachter het aantal betrokken MFE's.

Crisisinterventie	13
Kortdurende klinische behandeling	13
Voortgezette klinische behandeling	8
Logies/bed-op-recept	3
Deeltijdbehandeling	13
Polikliniek	11
Sociaal psychiatrische hulpverlening RIAGG	3

De functies worden hierna kort beschreven.

4.5.1

Crisisinterventie

Het is duidelijk dat crisisinterventie in alle gevallen een functie van de MFE is. Het gaat hier om de 7 x 24-uurs bereikbaarheid. In de uitwerking zijn er wel onderlinge verschillen. Sommige MFE's staan geen gedwongen opnames toe terwijl weer andere een aselect opnamebeleid voeren. Dit betekent dat ook niet alle MFE's duidelijke gesloten afdelingen hebben. Wèl beschikt elke MFE over een separeerruimte.

4.5.2

Kortdurende klinische behandeling

Kortdurende klinische behandeling komt in alle geanalyseerde MFE's voor. Het blijkt echter bij nadere bestudering dat het begrip kortdurend rekbaar is. Volgens het CvZ betreft het hier een maximale opnameduur van zes maanden. In de praktijk hanteren sommige MFE's de definitie kortdurende behandeling ook in het geval van een maximale opnameduur van twee jaar. In de meeste MFE's varieert de opnameduur tussen zes weken en zes maanden.

4.5.3

Voortgezette klinische behandeling

Hier wordt ook wel gesproken van vervolgbehandeling of van langerdurend verblijf. Voortgezette behandeling komt in acht van de dertien MFE's voor. Volgens het CvZ betreft het hier een opnameduur langer dan zes maanden. De door de MFE's gehanteerde maximale verblijfsduur varieert van zes maanden tot twee jaar.

4.5.4

Logies/bed-op-recept

Het betreft hier een vorm van klinisch verblijf die verschillende functies kan vervullen. Soms gaat het om een pension-/logiesvoorziening voor patiënten aan het eind van een klinische opname, die geen permanente zorg behoeven maar enkel een tijdelijke beschutte woonvorm. In andere gevallen betreft het een bed-op-recept voor iemand die bijvoorbeeld in deeltijdbehandeling is maar voor een zeer korte periode behoefte heeft aan klinisch verblijf.
Deze vorm van klinisch verblijf komt in drie van de MFE's expliciet voor, in de zin dat er speciaal bedden (in twee gevallen zelfs een hele unit) voor gereserveerd zijn. In enkele andere gevallen is logiesverblijf wel mogelijk maar wordt gesproken van multifunctionele bedden, die naar behoefte ook een logiesfunctie kunnen hebben.

4.5.5

Deeltijdbehandeling

Het begrip deeltijdbehandeling kan op meerdere wijzen worden ingevuld. Soms betekent deeltijdbehandeling dat één patiënt gedurende vijf hele dagen per week in behandeling is. Een stoel wordt dan door één persoon bezet. In een groot aantal van de gevallen wordt een stoel door meerdere personen bezet; meestal door twee personen. Mensen komen dan een of enkele dagen of dagdelen per week. Uitgangspunt is doorgaans dat tegelijkertijd niet meer patiënten aanwezig zijn dan dat er stoelen zijn.

4.5.6

Polikliniek

Poliklinische hulpverlening komt in elf van de dertien projecten voor; bij de andere MFE's ligt een polikliniek op korte afstand. De inhoud van de poliklinische functie kan sterk variëren.
Een uitgebreide polikliniek omvat de volgende functies:
- crisisinterventie en consultatie;
- diagnostiek;
- individuele psychiatrische begeleiding;
- behandeling met medicijnen;
- psychotherapie;
- relatie-gezinstherapie;
- groepspsychotherapie;
- voor- en nazorg.

Er zijn ook poliklinieken met een beperktere functie, bijvoorbeeld:
- observatie;
- individuele gesprekken;
- onderzoek.

Tussen beide vormen komen diverse varianten voor.

4.5.7

Sociaal psychiatrische hulpverlening

Hoewel de RIAGG in tien van de dertien projecten deelneemt, komt sociaal psychiatrische hulpverlening als functie binnen de MFE aanzienlijk minder voor. Volgens de gegevens uit de programma's van eisen vindt dit slechts in drie MFE's plaats. In de andere gevallen vindt wel samenwerking plaats bij screening en intake van cliënten. De redenen voor het feit dat sociaal psychiatrische hulpverlening niet binnen de MFE plaatsvindt zijn verschillend. In twee projecten vloeit het duidelijk voort uit het behandelmodel waarin men slechts deeltijdbehandeling biedt, voorzover deze intensiever is dan ambulante behandeling. In andere projecten lijkt het eerder samen te hangen met het feit dat samenwerking nog in een pril stadium verkeert en men nog bezig is met de discussie hoe deze samenwerking precies vormgegeven moet worden. Bij één project speelt huisvesting een rol; de RIAGG ligt naast de MFE.



① Een MFE gelegen in een stedelijke omgeving.



5

In dit hoofdstuk worden de ideeën van deskundigen over de huisvesting van MFE's beschreven en gekoppeld aan gegevens uit de analyse van de dertien projecten. Allereerst wordt er ingegaan op de stedebouwkundige situatie. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de wijze waarop diverse functies in de MFE worden gehuisvest. Daarbij komen niet alleen onderlinge relaties en specifieke kenmerken aan de orde maar ook afzonderlijke ruimten, voorzover deze relevant en kenmerkend zijn voor de MFE.

5.1

Stedebouwkundige situatie

Over de situering van een MFE in een stedelijke omgeving en bij voorkeur op een centrale plek bestaat bij de geïnterviewde deskundigen grote eenstemmigheid. Hierbij wordt vaak gewezen op het belang van een goede bereikbaarheid van de MFE en op de wenselijkheid van de MFE als een geïntegreerd onderdeel van de maatschappij.

Ruimtelijke consequenties



Zij verschillen wel van mening over de vraag of een MFE per se in één gebouw danwel in meerdere gebouwen of zelfs op verschillende locaties gehuisvest moet worden. Als voordeel van huisvesting in één gebouw wordt wel genoemd de gebruiksflexibiliteit die kan worden ingebouwd. Dit is vooral van belang wanneer men denkt aan de mogelijkheid om bedden om te zetten in stoelen. Een voordeel van huisvesting op meerdere locaties is dat op deze wijze beter vormgegeven kan worden aan kleinschaligheid en normalisering van wonen en werken. Een voorbeeld hiervan is te vinden in Oosterhout en omstreken, waar de stichting Het Hooghuys werkt met een Regionaal Integratie Centrum (RIC), dat huizen verspreid in de stad heeft liggen. De kliniek op de locatie van de MFE hoeft dan maar klein te zijn.
Veel deskundigen spreken een voorkeur uit voor situering nabij een Algemeen ziekenhuis. Hiervoor worden argumenten gehanteerd als het gebruik kunnen maken van diensten en faciliteiten van het ziekenhuis, maar ook het terugdringen van stigmatisering van de psychiatrie (de MFE als normale gezondheidszorgvoorziening).

De door de werkgroep geanalyseerde projecten gaan allen uit van situering van de MFE op één locatie. Wel is er soms sprake van meerdere gebouwen die dan door een gang onderling verbonden zijn.
Situering op één locatie betekent niet dat ook alle functies binnen de MFE zijn ondergebracht. Zo is er in een aantal gevallen wel sprake van samenwerking met de RIAGG, maar blijft deze vanuit een aparte locatie werken. Soms is er ook een polikliniek in de nabijheid, waardoor deze niet in het MFE-gebouw opgenomen hoeft te worden. Ook uit de in paragraaf 4.3 genoemde enquête van het NcGV blijkt dat in tien van de vijfendertig geplande MFE's niet alle functies op één locatie worden ondergebracht.
Vijf van de geanalyseerde projecten zijn gesitueerd op het terrein van een Algemeen ziekenhuis. Het wordt niet duidelijk waarop deze keuze gebaseerd is. Het is opmerkelijk dat in de meeste programma's van eisen nauwelijks aandacht wordt besteed aan stedebouwkundige uitgangspunten. De indruk bestaat dat de locatiekeuze in een aantal gevallen eerder op toeval of op de beschikbaarheid van een kavel berust dan dat deze samenhangt met een behandelvisie.

① Losse woon- en therapiegebouwen vormen samen de MFE.
② Een centrale entree met receptie. Links gaat men naar de verblijfsafdelingen en rechts naar het behandelcentrum.



5.2

Gebouwstructuur

Hoewel er grote onderlinge verschillen zijn tussen de geanalyseerde projecten in gebouwstructuur, omvang en te huisvesten functies, zijn er toch een aantal overeenkomsten. Opvallende kenmerken zijn aan de orde gekomen in de tweede serie interviews en tijdens bezoeken aan enkele MFE's. De uitkomsten worden in deze paragraaf beschreven.

5.2.1

Binnenkomst

Alle projecten beschikken over één gemeenschappelijke hoofdingang voor de diverse functies. Daarnaast heeft een aantal projecten een aparte ingang voor een ambulance bij de afdeling crisisinterventie. De keuze voor één hoofdingang wordt gemaakt vanuit het oogpunt van beheersbaarheid. Een aantal geïnterviewden geeft echter wel aan dat een nadeel kan zijn dat verschillende cliëntengroepen die niets met elkaar te maken willen hebben (poli-cliënten, RIAGG-cliënten) toch met elkaar in aanraking komen. Men probeert dit in een deel van de projecten te ondervangen door direct na binnenkomst de diverse cliëntengroepen te scheiden door bijvoorbeeld de polikliniek in een aparte vleugel of op een aparte verdieping te situeren.

5.2.2

Crisisinterventie

Een paar deskundigen pleiten voor het onderbrengen van de crisisafdeling in de gesloten (opname)afdeling vanuit personeelstechnische overwegingen. Er is dan maar één gesloten afdeling nodig. In de geanalyseerde projecten blijkt de crisisafdeling steeds nabij de gesloten afdeling te liggen. Soms is ze daarmee volledig geïntegreerd en soms vormt ze een aparte eenheid. Alle MFE's hebben een of meerdere separeerruimten. Twee beschikken niet over een duidelijk gesloten afdeling door de gehanteerde beperking in het opnamebeleid.

5.2.3

Klinische behandeling

De afdelingen voor klinische behandeling zijn veelal ondergebracht in een aparte vleugel van het gebouw of op de verdieping(en). Twee van de geanalyseerde projecten beschikken over een apart woongebouw naast het behandelgebouw. Een en ander komt overeen met het veel gehanteerde uitgangspunt van het scheiden van wonen en behandelen. In slechts één project zijn verblijfs- en behandelafdelingen niet duidelijk gescheiden.

Het merendeel van de MFE's die beschikken over een gesloten afdeling heeft deze op de begane grond gesitueerd. Bij zeven projecten ligt de afdeling aan een patio (besloten binnenruimte). Alle gesloten afdelingen worden op één niveau gerealiseerd in verband met het gewenste overzicht en de onwenselijkheid om agressieve patiënten via een trap of lift te verplaatsen.

Bij de gesloten afdelingen hanteren zes projecten een unitgrootte tussen de zes en tien bedden en vijf tussen de tien en veertien bedden. In een aantal projecten kan de capaciteit van de afdeling variëren afhankelijk van het patiëntenaanbod. Dit gebeurt middels het handig situeren van te openen of te sluiten tussendeuren waardoor er kamers bij de ene dan wel de andere afdeling getrokken kunnen worden, zogenaamde wisselkamers.

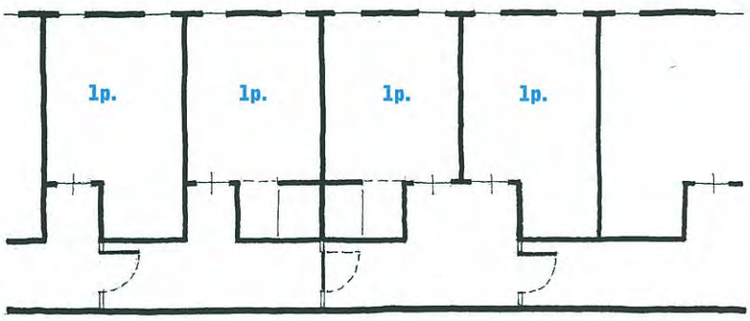
De gesloten afdeling ligt meestal excentrisch in het gebouw; ofwel in een aparte vleugel, ofwel als onderdeel van het totale verblijfsgedeelte.

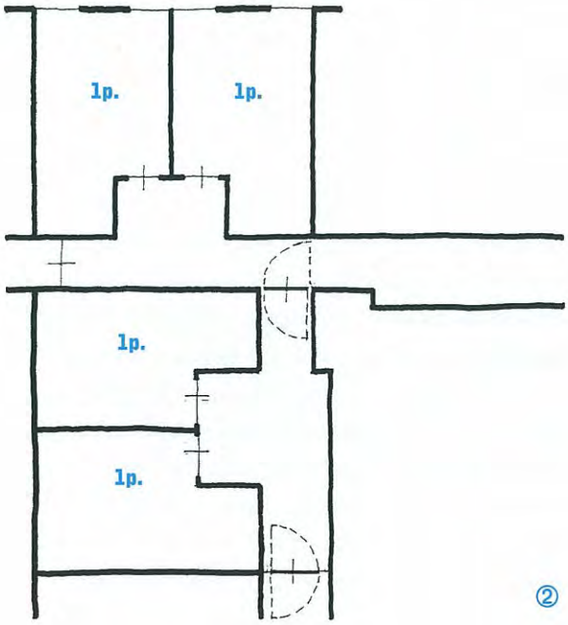
Hoewel veel MFE's het uitgangspunt hanteren dat wonen en behandelen gescheiden moeten zijn, gaat dit niet zover dat op de klinische afdelingen behandelruimten ontbreken. Elke MFE heeft enkele behandelruimten binnen de klinische afdeling. Het betreft hier met name kleine behandelruimten (spreekkamer, onderzoekkamer); in acht van de dertien MFE's komen ook één of enkele grote behandelruimten voor groepstherapie voor.

De open afdelingen zijn vaak op meerdere verdiepingen gesitueerd. De unitgrootte fluctueert sterk, van zes tot zestien bedden. Het



①





②





④

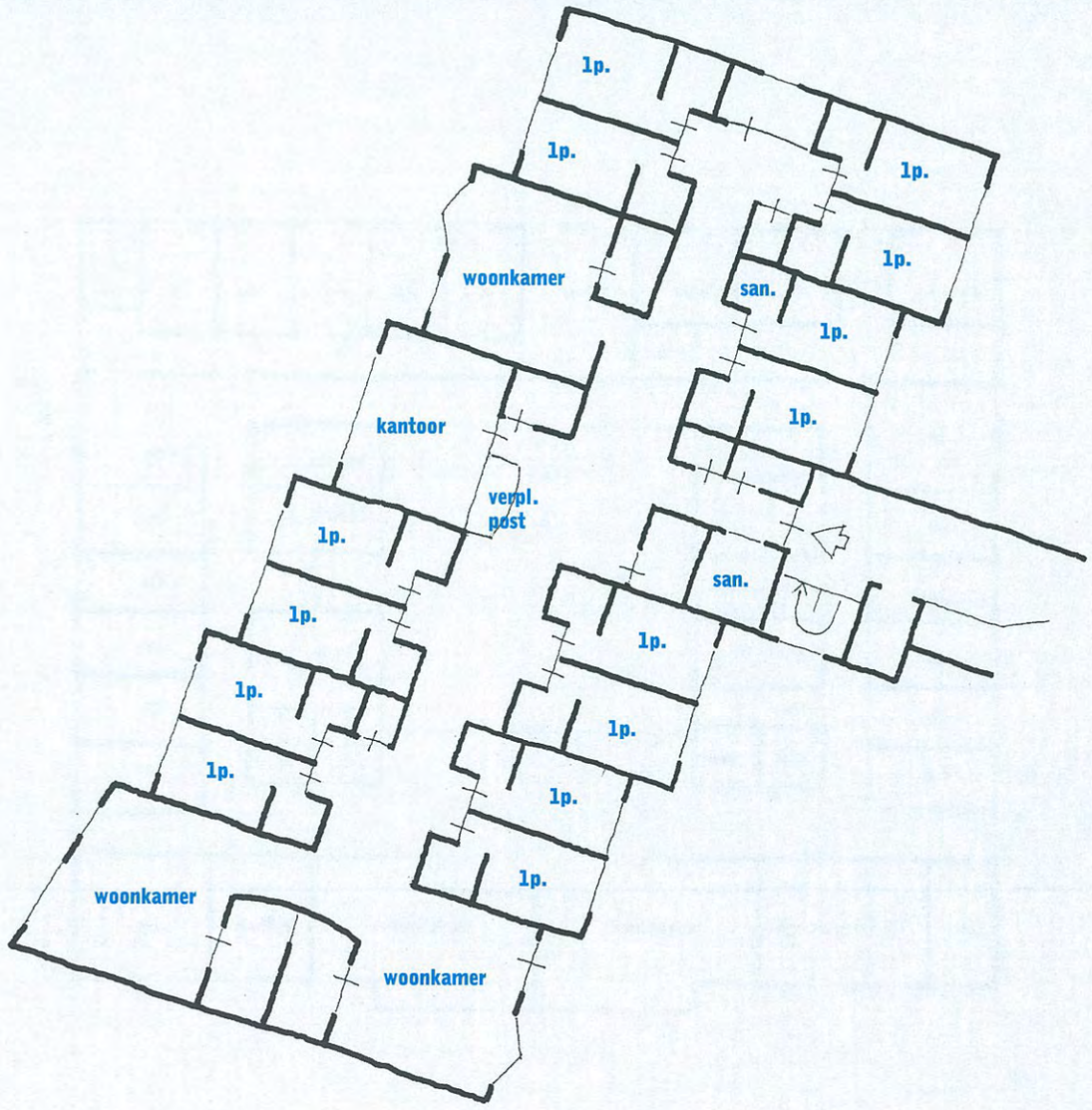
① De deur kan verschillende gangen afsluiten. Daardoor kan de capaciteit van de afdeling gewijzigd worden

② Door het openen of sluiten van deuren in gangen kunnen slaapkamers bij de ene danwel bij de andere afdeling getrokken worden.

③ Gang van een gesloten afdeling gelegen aan een patio.

④ Een gesloten afdeling met in het midden een patio. Er is een apart af te sluiten crisis-unit met 5 bedden en een separeereenheid





① Een voorbeeld van een verblijfsruimte met een zakelijk karakter (hotelsetting).

② Plattegrond van een hotelsetting. Deze open afdeling heeft eenpersoonskamers met eigen sanitair en een open lounge aan het eind van de gang.

③ Deze woonkamer heeft een meer huiselijke sfeer.

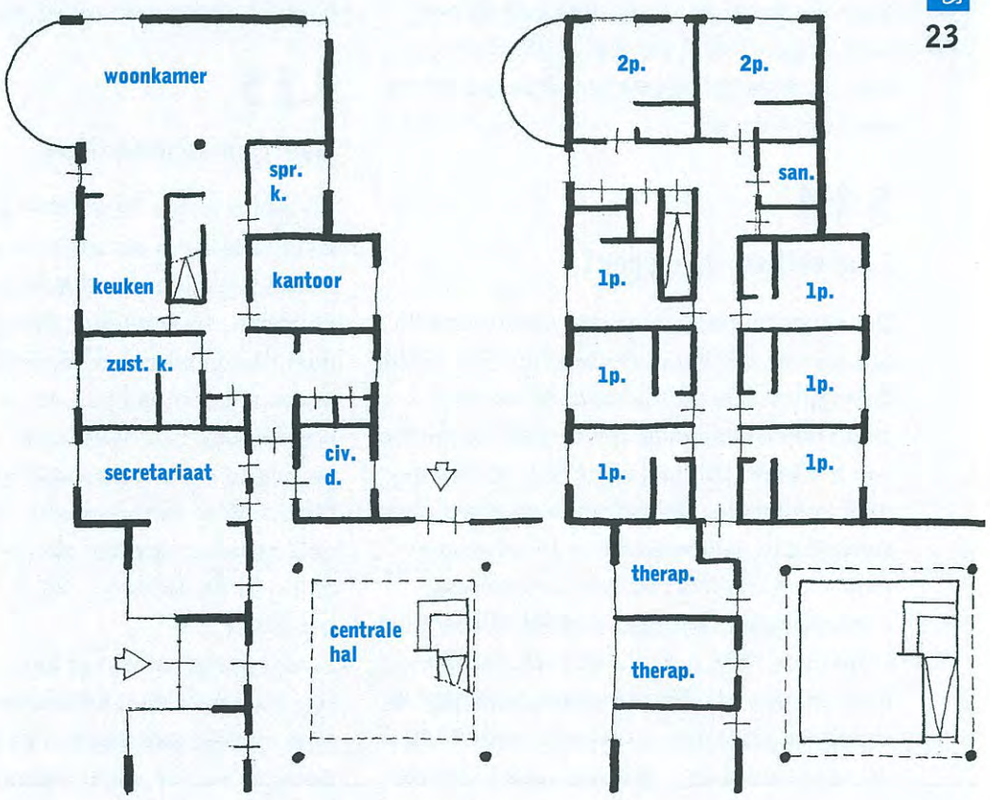
④ Voorbeeld van een verblijfsafdeling waar de slaapkamers op de verdieping liggen. Op de begane grond zijn woonkamer, keuken en stafruimten gesitueerd.



③

is onduidelijk of de grootte samenhangt met de behandelfilosofie of met organisatorische aspecten.

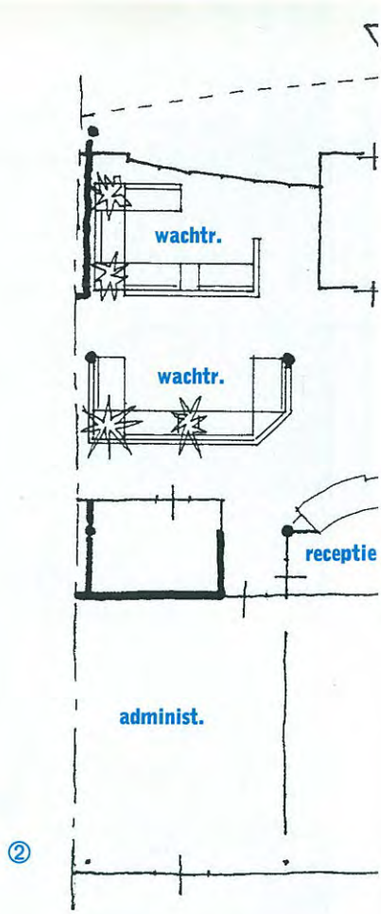
Bij een aantal projecten is het woongedeelte (woonkamer, eetkamer, keuken) gescheiden van de slaapkamers. Deze liggen dan op een verdieping boven het woongedeelte. Dit geeft veel meer rust in de slaapkamers en komt meer overeen met een woonsituatie zoals in een eengezinswoning. Er is op deze manier wel minder toezicht door personeel mogelijk. In interviews is door diverse personen een 'hotelsetting' bepleit. Daarbij is het argument dat het verblijven in een MFE in principe zo kort mogelijk moet duren en men zo snel mogelijk moet kunnen overgaan naar deeltijdbehandeling. In de uitwerking kan dat leiden tot een afdeling met slaapkamers waar men zich kan terugtrekken en een open lounge met pantry in plaats van een woonkamer met keuken. In de MFE's die ook een afdeling voor langerdurend verblijf kennen en de nadruk leggen op resocialisatie en daarbij het woonmilieu een belangrijke functie toekennen, kan men zich eerder een uitgesproken woonsfeer voorstellen. Dit betekent dan dat dat in de uitwerking kan leiden tot een of meerdere woonkamers, een keuken -waar men ook zelf (beperkt) maaltijden kan berei-



④



①



②

den- en slaapkamers. Uit de analyse van projecten is een dergelijk onderscheid niet naar voren gekomen. Wanneer een MFE een afdeling voor kortdurend verblijf heeft èn een voor langerdurend verblijf, is daartussen geen onderscheid aangebracht in grootte en aard van ruimten.

5.2.4

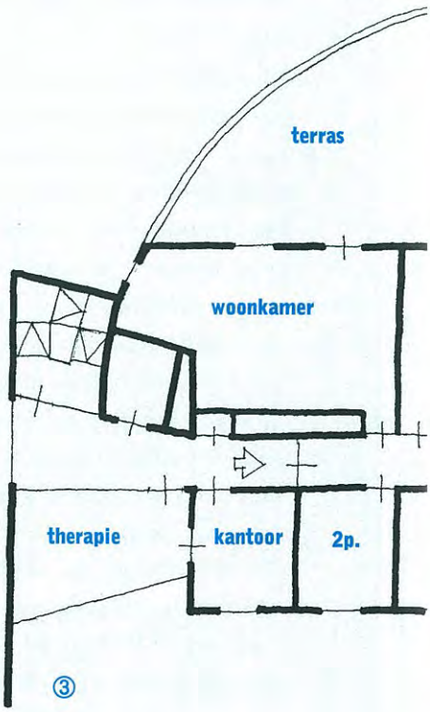
Logies/bed-op-recept

Deze functie komt als aparte voorziening in drie van de dertien projecten voor. Uit behandeloogpunt pleiten sommige deskundigen voor een loskoppeling van de pensionfunctie van het MFE. Dit past uitstekend in de integratie gedachte; kleinschalige voorzieningen worden dan geïntegreerd in de woonomgeving. Op basis van personeelstechnische overwegingen wordt het pension echter bijna altijd in de MFE gerealiseerd. Het is immers duur om een 24-uurs personeelsbezetting in een klein pension te realiseren. In de MFE is die reeds aanwezig. Wèl kan men zich voorstellen dat de pensionfunctie in een aparte vleugel van het gebouw wordt ondergebracht met mogelijk een eigen, aparte entree of dat ze in de nabije omgeving van de MFE wordt gesitueerd. Het is overigens de vraag of een pension een 24-uurs personeelsbezetting nodig heeft. Een aantal MFE's heeft pensionkamers waarbij alleen gedurende een beperkt aantal uren personeel aanwezig is.

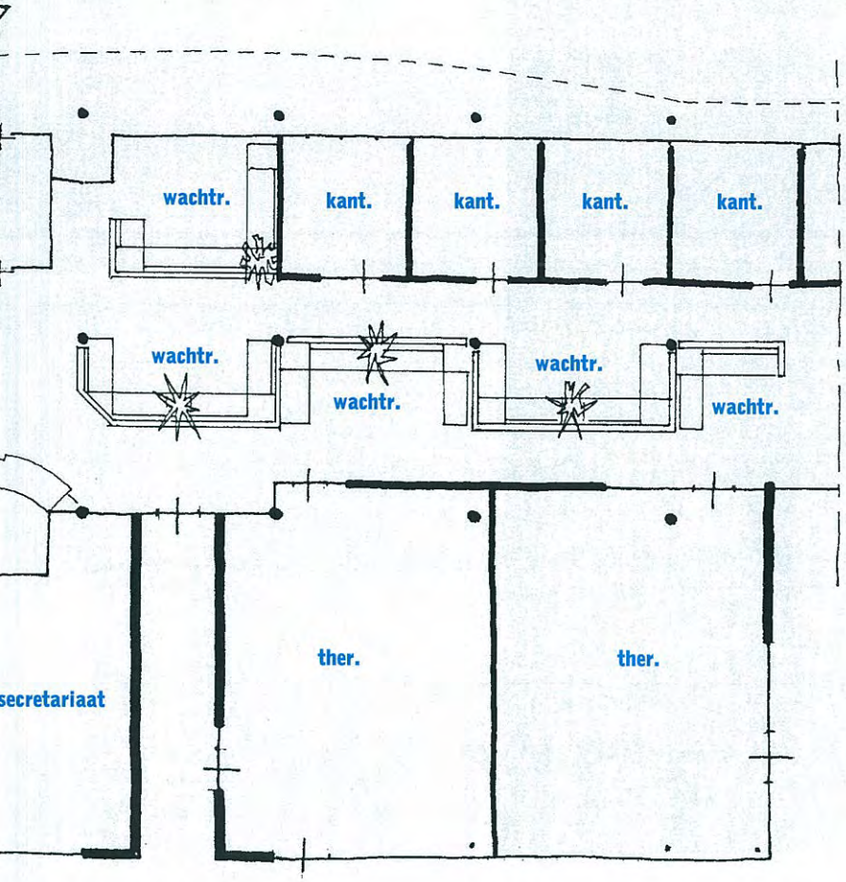
5.2.5

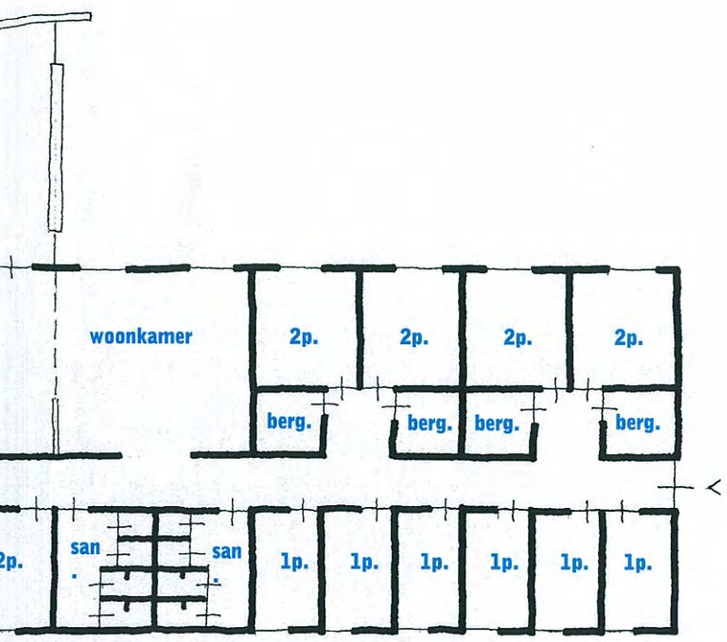
Deeltijdbehandeling

De ruimten voor deeltijdbehandeling zijn vaak zodanig in het gebouw gesitueerd dat verkeer naar andere afdelingen (polikliniek, klinische afdeling) niet door deze ruimten gaat. Dat betekent dat deeltijdbehandeling ofwel achter in het gebouw, ofwel op de verdieping ligt. Het betreft hier dan met name de ruimten voor groepstherapie en dagverblijfruimten. Deze therapieruimten zijn in veel gevallen ruimten die ook gebruikt worden voor de dagbehandeling van klinische patiënten.
In vier projecten zijn er behandelruimten die specifiek voor deeltijdpatiënten bestemd zijn. Men spreekt dan van een dagcentrum waar een deel van de dagactiviteiten en therapieën plaatsvindt. Dit dagcentrum vormt een apart onderdeel van het gebouw, terwijl in andere MFE's deeltijdbehandeling als zodanig een minder herkenbaar onderdeel van het behandelgedeelte vormt. Soms is er een sociëteit/-



③





① Verblijfsruimte voor deeltijd-behandeling.

② In dit voorbeeld zijn bij de polikliniek meerdere wacht-plekken gecreëerd. Hierdoor kunnen cliëntengroepen des-gewenst gescheiden worden

③ Een voorbeeld van een verblijfs-afdeling voor zeer kortdurend verblijf. Er zijn zes een-persoonskamers en zes twee-persoonskamers. Men beschikt over gemeenschappelijk sanitair en twee verblijfsruimten.

④ De polikliniek is gesitueerd in een aparte vleugel van het gebouw.





trefcentrum waar ambulante (ex-)psychiatrische patiënten elkaar kunnen ontmoeten. Ruimten voor individuele therapie worden vaak ook voor andere functies dan deeltijdbehandeling (RIAGG, polikliniek) gebruikt. In een aantal projecten heeft een clustering van ruimten plaatsgevonden naar de aard van de therapie die er plaatsvindt; ruimten voor groepstherapie zijn bij elkaar gesitueerd, evenals de ruimten voor individuele therapie. Doel daarvan is onder andere de oriëntatie in het gebouw te versterken.

5.2.6
Polikliniek

De polikliniek is het gedeelte waar het meeste verkeer plaatsvindt. Om die reden, maar ook om menging met andere cliëntengroepen te voorkomen, achten veel van de geïnterviewden het gewenst de polikliniek zo dicht mogelijk bij de entree te situeren. In de praktijk blijkt dat ook meestal te gebeuren, hoewel in enkele van de geanalyseerde projecten de polikliniek op de verdieping gesitueerd is. Dit is dan echter op zodanige wijze gebeurd dat deze afdeling direct vanuit de entreehal te bereiken is.
Sommige MFE's hebben de ervaring dat bij een vrij gedifferentieerde polikliniek meerdere wachtruimten noodzakelijk zijn. Het blijkt dan dat de polikliniek door verschillende doelgroepen gebruikt wordt die niets met elkaar te maken willen hebben. Bij menging van deze groepen bestaat de kans dat de polikliniek de chronische groep patiënten die zwerft en de groep die aan de bovenzijde van het spectrum zit, slecht bereikt. Om dit te voorkomen dienen cliëntenstromen gescheiden te worden en zijn in een dergelijke polikliniek meerdere wachtruimten nodig.

5.3
Analyse van diverse ruimten

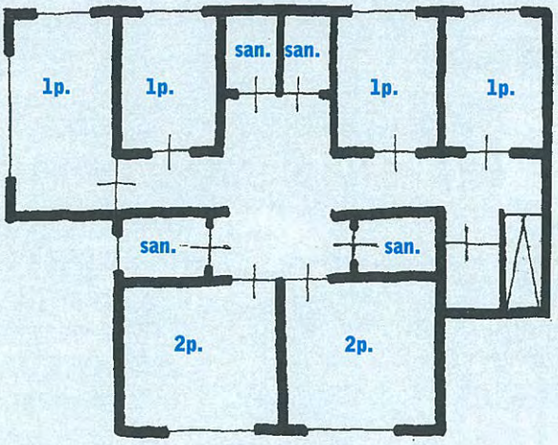
In deze paragraaf wordt een aantal ruimten nader geanalyseerd. Daarbij wordt vooral ingegaan op het aantal m^2 vloeroppervlak en op specifieke kenmerken van de ruimten. Tevens wordt een relatie gelegd met de richtlijnen zoals die gehanteerd worden door het CvZ over het totaal benodigd aantal m^2 vloeroppervlak per patiënt. Er zijn overigens geen specifieke normen voor de afzonderlijke ruimten binnen de MFE.

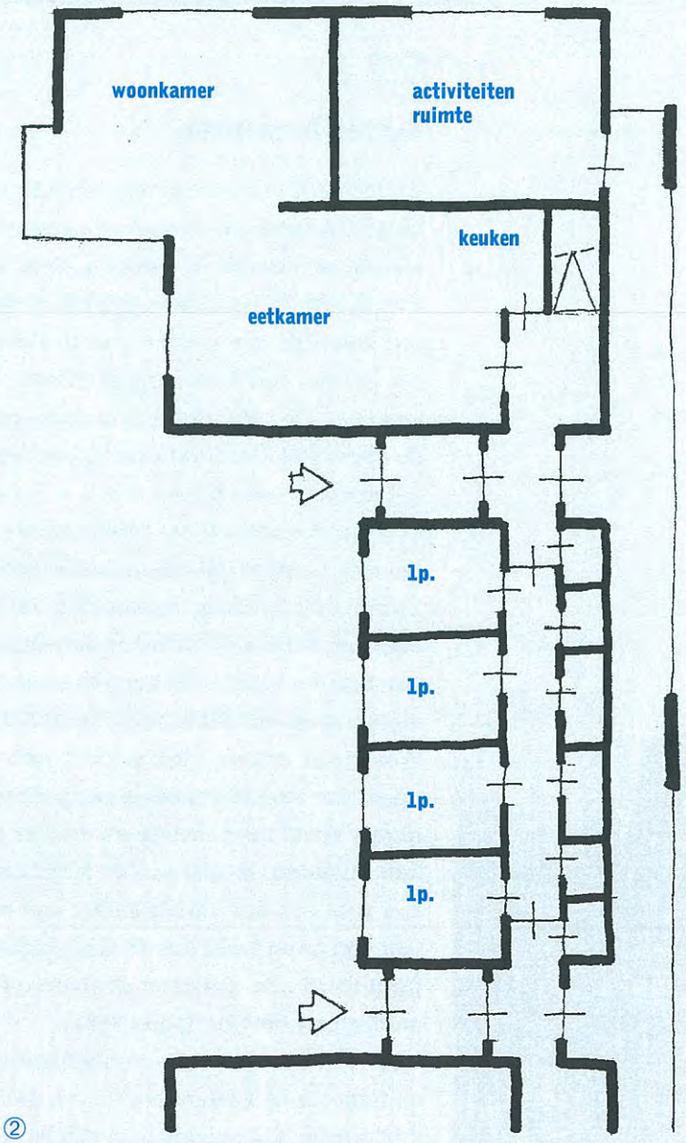
① Een open verblijfsruimte aan het einde van de gang.
② Plattegrond van een verblijfsafdeling met een eigen entree en verblijfsruimten op de begane grond. Een deel van de slaapkamers ligt op de verdieping. Een deel ligt op de begane grond en kan bij een andere afdeling getrokken worden.

5.3.1

Slaapruimten

De slaapruimten voor niet lichamelijk gehandicapte patiënten variëren in de geanalyseerde projecten in grootte van 8 tot 10 m^2 netto vloeroppervlakte zonder eigen sanitair, tot 14 m^2 inclusief eigen sanitair. Om een goed gemiddelde te kunnen berekenen is bij de oppervlakten van de slaapruimten zonder eigen sanitair een toeslag gevoegd van 1 m^2. Het gemiddeld netto vloeroppervlak inclusief sanitair bedraagt dan 12,5 m^2.
Negen van de dertien MFE's beschikken naast eenpersoonskamers over tweepersoonskamers. In drie gevallen is de verhouding eenpersoons-:tweepersoonskamer zodanig dat bij volledige bezetting de helft van de patiënten in een tweepersoonskamer verblijft. Dit betreft drie MFE's die zich voor wat betreft de klinische behandeling op kortdurende opnames richten met een maximale verblijfsduur van drie maanden. De keuze voor een groot aantal tweepersoonskamers zou kunnen samenhangen met de wens het verblijf van patiënten niet te veel op wonen te laten lijken. Dit motief wordt echter in geen van de pve's als zodanig genoemd; overigens ook andere motieven ontbreken.
Er zijn vier MFE's die duidelijk aangeven dat zij het wonen van belang achten als sociotherapeutische functie. Alle vier hebben zij gekozen voor eenpersoonskamers met eigen sanitaire voorzieningen als een wastafel en een douche.
De verwachting van een aantal deskundigen is dat MFE's in de toekomst voornamelijk over eenpersoonskamers met eigen sanitair zullen beschikken. Dit hangt met name samen met de eisen die men stelt aan privacy. Sommige kamers dienen dan wel een voldoende groot oppervlak te hebben zodat in noodgevallen (angst e.d.) tijdelijk een bed bijgeplaatst kan worden. Een oppervlakte van 10 m^2 voor een eenpersoonskamer wordt door enkele deskundigen als een minimum beschouwd. Bij gesloten afdelingen wordt het wenselijk geacht gemeenschappelijk sanitair toe te passen of sanitair dat (ook) vanaf de gang bereikbaar is, zodat intensiever toezicht mogelijk is.





②





5.3.2

Verblijfsruimten

Onder verblijfsruimten worden hier verstaan: huis/woonkamers, eetkamers, hobbyruimten, afdelingskeukens en pantry's. Voor wat betreft de klinische afdelingen van de geanalyseerde projecten wordt in het pve gemiddeld per patiënt een netto oppervlak van 7 m^2 gewenst. De MFE met het laagste gemiddelde oppervlak beschikt over 5,5 m^2, die met het hoogste over 8,5 m^2.
Er is geen aantoonbare relatie tussen het gewenste oppervlak en de behandelvisie. Zo zou men kunnen verwachten dat met name de MFE's die aan het woonmilieu een belangrijke functie toekennen meer vierkante meters wensen; dat is echter niet het geval. Wel zijn er enkele MFE's die kiezen voor meerdere verblijfsruimten per patiëntengroep, zodat men rustige en drukke patiënten kan scheiden. In één van de MFE's is gekozen voor een open woonkamer aan het eind van een gang waaraan de slaapkamers gesitueerd zijn. Dit komt overeen met het al eerder beschreven 'lounge-idee'.
Voor wat betreft de deeltijdbehandeling zijn de onderlinge verschillen tussen de MFE's veel groter. De gewenste verblijfsruimte per stoel varieert tussen 3 m^2 en 9,5 m^2. De veronderstelling dat dit zou kunnen samenhangen met het totaal aantal stoelen per MFE - weinig stoelen betekent relatief veel oppervlak per stoel- bleek niet te kloppen.
Er kan wel een relatie bestaan met de werkwijze. Zo heeft één MFE een gemiddeld verblijfsoppervlak van 9 m^2 per stoel, maar de verblijfsruimten voor de deeltijdbehandeling zijn hier overdag ook in gebruik voor de klinische patiënten. In feite is het oppervlak dan niet alleen bestemd voor de patiënten van de dagbehandeling maar ook voor de klinische patiënten. Bovendien wordt hier gewerkt met vaste groepen die vijf dagen per week komen en de dagverblijven als 'uitvalsbasis' hebben.



Men kan veronderstellen dat de grootte van het verblijfsareaal moet samenhangen met de volgende factoren:

- De hoeveelheid mensen die daadwerkelijk gebruik maken van de deeltijd-verblijfsruimte; alleen de stoelen of ook (een deel van) de bedden.
- Het behandelmodel voor deeltijdbehandeling. Gaat men uit van min of meer vaste basisgroepen die hele dagen aanwezig zijn en een eigen verblijfsruimte nodig hebben, of gaat men uit van patiënten die een takenpakket aan therapieën hebben



① Een ruimte voor bezigheidstherapie
② Een ruimte voor groepstherapie.

en daarbuiten niet of nauwelijks in de MFE verblijven. In het laatste geval is er minder verblijfsruimte nodig.

5.3.3

Behandel- en stafruimten

Onder behandelruimten wordt hier verstaan: therapieruimten, spreekkamers, onderzoeks- en testruimten, observatieruimten en prikpoli's. Onder stafruimten worden verstaan de werkruimten voor verpleging, artsen en therapeuten. In een aantal gevallen komt het voor dat de werkkamer van een therapeut of arts tevens spreekkamer is.
De meeste MFE's bieden tussen de vier en zes verschillende typen therapie aan. De meest voorkomende zijn: groepstherapie, creatieve therapie, bewegingstherapie, bezigheidstherapie en muziektherapie. In iets mindere mate komen drama, ergotherapie en kooktherapie voor. Het totaal aantal ruimten varieert sterk en is niet te relateren aan het aantal stoelen\bedden. Daarnaast zijn er gespreksruimten voor individuele gesprekken.
Er is berekend hoeveel oppervlak er per patiënt aanwezig is aan behandel- en stafruimte. Er is daarbij geen onderscheid aangebracht tussen bedden en stoelen. Immers, in de meeste MFE's is een aantal behandel- en stafruimten zowel voor deeltijdpatiënten als voor klinische patiënten in gebruik. Wèl is er een onderscheid gemaakt tussen de ruimten bestemd voor klinische en deeltijdpatiënten enerzijds, en de ruimten voor poliklinische en RIAGG-behandeling anderzijds. Deze ruimten zijn immers (deels) bestemd voor andere cliëntengroepen. Het oppervlak voor poliklinische en RIAGG-functies kan dan ook niet gerelateerd worden aan het aantal bedden en stoelen. Ook is er een uitzondering gemaakt voor de separeerruimten. Dit zijn ruimten die uitsluitend gebouwd worden voor klinische patiënten. Ze worden aan het eind van deze paragraaf besproken.
Aan behandel- en stafruimten (exclusief poliklinische, RIAGG- en separeerruimten) is in de geanalyseerde projecten gemiddeld per patiënt (bedden + stoelen) 9 m^2 beschikbaar. In de meeste MFE's varieert het oppervlak tussen 8 en 10 m^2. Een MFE met opvallend weinig behandel- en stafruimten (5,5 m^2 per patiënt) blijkt gebruik te maken van ruimten voor psychomotore en ergotherapie in een nabijgelegen ziekenhuis.

Elf MFE's beschikken over behandel- en stafruimten ten behoeve van poliklinische en RIAGG-functies. Hier bestaan grote verschillen in oppervlakte; grotendeels samenhangend met het type polikliniek. Zo hebben enkele MFE's een uitgebreide polikliniek met veel contacten op jaarbasis, andere een beperkte. Een uitgebreide polikliniek omvat ruimten voor onderzoek, een prikpoli/medicijnkamer, spreekkamers, ruimten voor groepsbijeenkomsten, testkamers, wachtruimte en stafruimten. In twee van de MFE's is daarvoor netto 425 respectievelijk 500 m^2 nodig. In een beperkte polikliniek is de ruimtebehoefte geringer; in enkele MFE's gaat het dan om ± 140 m^2.

Elke MFE beschikt over separeerruimten. Hun aantal varieert van twee tot vier, op één uitzondering na met slechts een separeerruimte. Het aantal ruimten lijkt niet in relatie te staan tot het totaal aantal bedden per MFE. Ook wordt niet duidelijk of er een verband bestaat met het opnamebeleid of de behan-

delfilosofie. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de MFE's met uitsluitend kortdurende behandeling, die geen gedwongen opnames kennen, minder behoefte hebben aan separeerruimten.
De oppervlakten van de separeerruimten (inclusief voorruimte en sanitair) lopen nogal uiteen; de kleinste is 14,5 m^2 (in een MFE met uitsluitend kortdurende behandeling) en de grootste is 31 m^2. Gemiddeld is het oppervlak per separeereenheid 22 m^2. Dit komt overeen met de beoordelingsmaatstaven van het CvZ. Gerelateerd aan het totaal aantal bedden in een MFE is aan separeerruimte gemiddeld 1 m^2 per bed beschikbaar. De variaties lopen uiteen van 0,5 tot 1,5 m^2.

5.3.4

Overige ruimten

Onder overige ruimten worden hier verstaan de ruimten voor receptie, administratie, wachtruimte, beheer en civiele dienst. Niet meegenomen zijn bergingen, werkkasten, sanitair en garderobes. Wel bijvoorbeeld ruimten als personeelsrestaurant, keuken, wasserette met de betreffende bergruimten. Bij ruim de helft van de projecten wordt een deel van of alle civiele diensten (keuken, wasserij, technische dienst) van nabijgelegen instellingen betrokken. Overwegingen met betrekking tot efficiency en exploitatie spelen bij dergelijke keuzen een hoofdrol. Een deel van de geïnterviewde deskundigen pleit eveneens voor het onderbrengen van civiele diensten bij andere voorzieningen.
Het gemiddelde nuttig oppervlak aan overige ruimten per patiënt ligt op 4 m^2, waarbij negen MFE's tussen de 3 en 5 m^2 hebben. De drie MFE's die daarboven liggen, zijn allen MFE's die de civiele diensten intern hebben. Eén daarvan is bij de berekening van het gemiddelde niet meegenomen, omdat deze een uitzonderlijk hoog oppervlak had. Bij de analyse van dit project is geconstateerd dat deze MFE met name qua civiele en technische dienst sterk op een APZ lijkt.
Het niet onderbrengen van bepaalde diensten bij derden hoeft overigens niet per definitie te leiden tot een hoger nuttig oppervlak. Van de negen MFE's die binnen de range van

TABEL 1

GEMIDDELD NUTTIG OPPERVLAK PER RUIMTESOORT

ruimtesoort	per bed	per stoel
slapen	12,5 m^2	
wonen	7 m^2	5 m^2
behandelen/staf	9 m^2	9 m^2
separeren	1 m^2	
overige	4 m^2	4 m^2

TABEL 2

GEMIDDELD BRUTO OPPERVLAK PER BED EN STOEL
(tussen haakjes: nuttig vloeroppervlak)

stoelen:bedden per mfe	totaal bvo	per bed/stoel
14 : 48	4124 (2557) m^2	66,5 (41,2) m^2
24 : 48	5594 (3782) m^2	77,7 (52,5) m^2
22 : 54	4675 (3012) m^2	61,5 (39,6) m^2
20 : 36	4347 (2929) m^2	77,6 (52,3) m^2
32 : 72	5690 (3500) m^2	54,7 (33,6) m^2
20 : 56	4024 (2678) m^2	52,9 (35,2) m^2
24 : 50	5070 (2863) m^2	68,5 (38,7) m^2
30 : 70	7194 (4643) m^2	71,9 (46,4) m^2
40 : 100	8094 (4926) m^2	57,8 (35,2) m^2
32 : 24	2665 (1750) m^2	47,6 (31,2) m^2
24 : 40	2917 (1953) m^2	45,5 (30,5) m^2
00 : 40	2980 (1936) m^2	74,7 (48,4) m^2
24 : 54	3760 (2426) m^2	48,2 (31,1) m^2
GEMIDDELD		61,9 (39,7) m^2

3 en 5 m² vallen zijn er twee die niet over externe diensten beschikken.
In tabel 1 zijn de gemiddelden aan nuttig vloeroppervlak per functie weergegeven voor stoelen en voor bedden. De verhouding bed:stoel qua nuttig oppervlak is in deze opstelling 1,8 : 1.

5.3.5

Conclusies over het totaal-oppervlak

- Het nuttig vloeroppervlak per patiënt loopt in de dertien geanalyseerde projecten uiteen van 30,5 m² tot 52,5 m² per stoel/bed. Deze grote verschillen vallen deels te verklaren uit het al dan niet gebruik maken van externe diensten. De MFE's die geen gebruik maken van externe diensten hebben een gemiddeld nuttig oppervlak van 44,5 m² per stoel/bed. Degenen die daar wel gebruik van maken zitten gemiddeld op 35,5 m².
- Er is geen duidelijk verband te vinden tussen de totale capaciteit van een MFE en het oppervlak per bed/stoel. De veronderstelling van enkele deskundigen dat een kleine MFE zou kunnen leiden tot een relatief hoog oppervlak per patiënt wordt door de cijfers niet bevestigd. Wèl zal er een verband bestaan tussen aanwezige functies en benodigd oppervlak. Een uitgebreide polikliniek of RIAGG leidt uiteraard tot een hoger benodigd oppervlak.
- Ook lijkt er verband te bestaan tussen de behandelopzet en het benodigde oppervlak. De drie MFE's die zich uitsluitend richten op kortdurende behandeling (klinische opname van maximaal 3 maanden) hebben een relatief laag nuttig oppervlak. Zij 'scoren' laag op het gebied van slaapruimte en stafruimte en maken gebruik van externe diensten.

Door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen worden de volgende richtlijnen gehanteerd ten aanzien van het bruto oppervlak per patiënt. Per stoel wordt er uitgegaan van 26 m². Daarvan is ongeveer 20 m² bestemd voor centrale voorzieningen (behandelruimten, stafruimten, overige ruimten) en ongeveer 6 m² voor verblijfsvoorzieningen.

Per bed wordt er uitgegaan van ongeveer 39 m² voor woonvoorzieningen en ongeveer 20 m² voor centrale voorzieningen. In deze cijfers zijn niet opgenomen de vierkante meters benodigd voor functies die extra cliënten aantrekken zoals de polikliniek en de RIAGG. Het beschikbare oppervlak voor deze functies hangt nauw samen met het aantal cliënten dat men gaat behandelen. Worden deze functies meegerekend in het totaal benodigde bruto oppervlak dan zal dit volgens het CvZ voor kleinere MFE's boven de APZ norm van 60 m² per patiënt kunnen uitkomen.
In tabel 2 staan de gegevens van de geanalyseerde MFE's over het aantal bedden en stoelen, het totale oppervlak en over het oppervlak per patiënt. Bij dit laatste is geen onderscheid aangebracht naar stoelen en bedden.
In het kader van de studie van de STAGG-werkgroep bleek het niet altijd mogelijk een zodanige uitsplitsing naar ruimtesoorten te maken dat een precieze vergelijking met de CvZ norm mogelijk was. Dit hangt onder andere samen met het feit dat in een aantal pve's niet altijd een even duidelijke onderverdeling naar functies gemaakt wordt. Zo lopen behandel- en stafruimten soms door elkaar, worden RIAGG-ruimten tevens voor de klinische behandeling gebruikt etcetera.

Het gemiddelde bruto oppervlak ligt iets boven de APZ-norm van 60 m². Onderlinge verschillen in oppervlak zijn vrij groot; van minimaal 45,5 tot 77,7 m.
De twee echte uitschieters naar boven hebben inderdaad, zoals eerder verondersteld, een uitgebreide polikliniek en/of RIAGG in huis en maken geen gebruik van externe diensten.
De toeslag aan bruto vloeroppervlak ligt gemiddeld op 54,6 %; variërend van 48 tot 65 %. Er is geen verband aan te wijzen tussen de percentages en bijvoorbeeld het aantal stoelen/bedden, de externe diensten of de basisfilosofie. Het lijkt er eerder op dat ontwerpoplossingen hierin de voornaamste rol spelen.

6

In de voorgaande hoofdstukken is veel aandacht besteed aan de huidige stand van zaken binnen de MFE-vorming. Bestaande plannen zijn geanalyseerd en er is gesproken met deskundigen die op een of andere wijze betrokken zijn bij de MFE-vorming tot nu toe.
In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag die de STAGG-werkgroep zich aan het begin van het MFE-project stelde: 'Zijn er bouwkundige modellen van MFE's te ontwikkelen op basis van varianten in organisatie, behandelfilosofie en stedebouwkundige uitgangspunten?'

De MFE in de toekomst: enkele bouwkundige modellen

Deze vraag kan positief beantwoord worden, zij het dat daarbij enige beperkingen gesteld moeten worden. Al eerder is aangegeven dat bij de analyse van projecten de behandelvisie vaak niet duidelijk werd. Op hoofdlijnen is de opvatting van de MFE als nieuwe 'bundeling van functies' bekend. Deze wordt ook algemeen zo omschreven. Echter een nadere uitwerking van de verschillende functies qua werkwijze, organisatiestructuur en gebouweisen ontbrak vaak of was zeer summier.
Aan stedebouwkundige uitgangspunten bijvoorbeeld worden door diverse deskundigen duidelijke eisen gesteld. Ook in de NRV-definitie wordt hierop ingegaan. Echter in de praktijk lijkt het erop dat deze uitgangspunten eerder bepaald worden door het al dan niet beschikbaar zijn van een bouwkavel op een bepaalde plek.
Ondanks deze beperkingen is de werkgroep er toch in geslaagd een drietal huisvestings modellen te ontwikkelen die kunnen dienen als leidraad/hulpmiddel bij het tot stand brengen van nieuwe MFE's. Deze modellen zijn enerzijds gebaseerd op gegevens die naar voren kwamen uit geanalyseerde projecten en bezoeken aan gebouwen, anderzijds op interviews met deskundigen. De conceptmodellen zijn voorgelegd aan een panel van deskundigen en door hen van kritisch commentaar voorzien en vervolgens bijgesteld.

Voor alle drie de modellen geldt een aantal randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden hebben vooral betrekking op hetgeen in de MFE-definitie is omschreven en gaan uit van toekomstige te verwachten ontwikkelingen. Ter toelichting: bij de geanalyseerde projecten zijn er enkele waarin de RIAGG niet participeert. Het overheidsbeleid is echter nadrukkelijk gericht op deze samenwerking en de verwachting is dan ook dat deze in de

toekomst in verreweg de meeste MFE's in de praktijk zal worden gebracht. In de navolgende modellen is hiervan dan ook steeds uitgegaan.
In een aantal geanalyseerde MFE's komt ook langdurende klinische behandeling voor. De werkgroep gaat uit van de stelling, hierin gesteund door een aantal deskundigen, dat deze niet in een algemene MFE thuishoort en heeft deze functie dan ook niet in haar modellen opgenomen. Dat laat onverlet dat een ontwikkeling van een apart MFE-type voor chronici zeer wel denkbaar is, evenals die voor andere specifieke doelgroepen zoals jongeren en mensen met verslavingsproblematiek. Dit type MFE valt echter buiten het kader van deze studie.

Elk model omvat een mini programma van eisen waarin de specifieke gegevens met betrekking tot capaciteit, stedebouwkundige situatie, functies en eisen ten aanzien van de structuur van de huisvesting beschreven staan.
Voor de drie modellen tezamen worden eerst de algemene randvoorwaarden beschreven.

6.1

Randvoorwaarden voor de huisvestingsmodellen

De modellen gaan uit van een MFE die is ontstaan uit een samenwerkingsverband van een APZ, een RIAGG en eventueel een PAAZ.
Het betreft een organisatorische eenheid die is ontstaan vanuit de wens over te gaan tot deconcentratie van bestaande APZ-functies en samenbundeling met ambulante functies.
Er is een a-selectief opnamebeleid voor volwassen mannen en vrouwen. Dit betekent dat zowel vrijwillige als onvrijwillige opnamen mogelijk zijn. Dit heeft als consequentie dat zoveel mogelijk functies binnen de MFE als organisatie aanwezig zullen zijn. Anderzijds is de MFE een basis-psychiatrie voorziening. Specialistische behandelingen en langdurig 24-uurs verblijf zouden op een andere locatie geboden moeten worden. Misschien dat de bestaande APZ'en, wanneer de chronische sector tot een apart circuit is gemaakt, zich transformeren tot centra voor specialistische psychiatrische behandeling.
De capaciteit van de MFE is gebaseerd op de definitie van een MFE die door de NRV is opgesteld en door de STAGG-werkgroep is overgenomen. Daarin wordt gesteld dat een MFE ongeveer 80 plaatsen heeft. Voor de navolgende modellen wordt er uitgegaan van een capaciteit van 40 bedden en 36 stoelen.
Er is bewust niet gekozen voor de tot nu toe gebruikelijke verhouding van bedden:stoelen van 2:1. Deze keuze hangt samen met de verwachting dat in de toekomst het aantal stoelen zal stijgen ten koste van het aantal bedden (zie paragraaf 4.2.).
Uitgangspunt bij de behandelfilosofie is dat er een naadloze overgang moet zijn tussen ambulante, deeltijd- en klinische hulpverlening. Er is sprake van één zorgmodel van intake tot en met ontslag, waarbij de intensiteit van de behandeling kan variëren.
Eigenlijk zou er geen sprake moeten zijn van bedden en stoelen maar van behandelplaatsen met verschillende zorgintensiteit. De behandeling in een MFE kan meerdere jaren duren. Een klinische opname duurt maximaal zes maanden. Er is dus duidelijk sprake van kortdurend verblijf. Vervolgbehandeling in een klinische setting dient in een APZ plaats te vinden.
Elke patiënt krijgt één hoofdbehandelaar of behandelteam toegewezen tijdens het hele traject in de MFE. Er moet een flexibel aanbod zijn dat voor wat betreft het klinische deel kan variëren van crisisopname in een gesloten setting tot een pensionvoorziening.
Voor wat betreft het niet klinische deel varieert het aanbod van opname vervangende deeltijdbehandeling tot een trefcentrum/sociëteit voor ambulante (ex)psychiatrische patiënten.

Als uitgangspunt geldt dat verblijven en behandelen gescheiden worden.
In de volgende subparagrafen zullen de uitgangspunten voor de verschillende functies beschreven worden.

FUNCTIES MFE

- crisisinterventie
- dag-/deeltijdbehandeling
- kortd. klinische behandeling
- poliklinische behandeling
- bed-op-recept
- pensionvoorziening
- trefcentrum
- sociaal psychiatrische hulp

6.1.1

Klinisch verblijf

Voor het klinisch verblijf wordt uitgegaan van een verblijfsduur tussen 0 en 6 maanden. Het klinisch verblijf heeft een eenvoudig, sober karakter met een hotelachtige sfeer. Er is één verpleegpost bij de entree van het klinisch verblijf, met in de nabijheid een onderzoekskamer en spreekkamer. Een separeerblok met minimaal twee separeerkamers ligt dicht bij de verpleegpost.
De afdelingen moeten zodanig geschakeld zijn dat in de nachtsituatie gemakkelijk toezicht gehouden kan worden.
De gesloten afdeling heeft de beschikking over een gemeenschappelijke badkamer en een therapieruimte. Behandeling van patiënten die een gesloten setting behoeven vindt hoofdzakelijk plaats binnen de verblijfsafdeling. De overige patiënten worden samen met de ambulante patiënten behandeld in het behandelcentrum.
In principe heeft elke patiënt een eigen kamer[8] van 10 m^2 met eigen sanitair (3 m^2). In verband met flexibiliteit en de mogelijkheid van het omzetten van bedden naar stoelen moet deze ruimte zodanig vorm gegeven worden dat door samenvoeging van kamer en sanitair een werk-/behandelkamer kan ontstaan. Sommige kamers dienen een iets groter oppervlak te krijgen (14 m^2) zodat in het geval dat een patiënt niet alleen kan slapen een bed bijgeplaatst kan worden. Sanitair bij kamers in de gesloten afdeling moet in verband met toezicht tevens vanaf de gang bereikbaar zijn en afsluitbaar vanuit de kamer indien nodig.

6.1.2

Pensionvoorziening

Dit betreft een voorziening waar mensen die niet (meer) klinisch behandeld worden gedurende een zeer beperkte periode de nacht door kunnen brengen. Het gaat om een sobere, hotelmatige voorziening bestaande uit eenpersoonskamers met eigen sanitair.

6.1.3

Behandelcentrum

Het behandelcentrum is bestemd voor alle patiënten van de MFE (klinisch, dagbehandeling, deeltijd).
Naast individuele behandeling worden patiënten in groepen van 8-12 personen behandeld. Het betreft hier met name groepstherapie, creatieve therapie, bewegingstherapie, bezigheidstherapie, muziektherapie.
Het behandelcentrum omvat de volgende ruimten:

- **Dagverblijf**
  Dit verblijf bestaat uit een gecombineerde eetzaal/ontspanningsruimte waar de dag- en deeltijdpatiënten bij wijze van dagverblijf gebruik van maken. Deze ruimte kan ook door klinische patiënten van de open afdeling als eetzaal gebruikt worden.
- **Therapie- en stafruimten**
  De therapieruimten omvatten zowel ruimten voor groepstherapie als voor individuele therapie. De ruimten moeten zodanig van vorm en afmeting zijn dat ze flexibel gebruikt kunnen worden. Kamers van behandelaars liggen in het behandelcentrum en deels in de buurt van de klinische afdelingen. De kamers dienen zodanig van oppervlak te zijn dat daar ook individuele behandeling gegeven kan worden.

6.1.4

Polikliniek

De RIAGG (sociaal psychiatrische hulp) is gedeconcentreerd en vormt een onderdeel van de uitgebreide polikliniek. Dit betekent dat de volgende functies worden uitgeoefend: crisisinterventie en consultatie; diagnostiek; individuele psychiatrische begeleiding; behandeling met medicijnen; psychotherapie; relatie-gezinstherapie; groepspsychotherapie; voor- en nazorg.
De polikliniek omvat:

- voornamelijk spreek/werkkamers en een klein aantal gespreksruimten;
- ruimten voor groepsbijeenkomsten;
- twee of meer aparte wachtplekken;
- aparte prikpoli met wachtruimte.

[8] Alle hierna te noemen oppervlakten te lezen als nuttig vloeroppervlak

6.1.5

Trefcentrum

In het trefcentrum kunnen ambulante (ex)patiënten elkaar ontmoeten. Het is met name bestemd voor mensen die niet meer in klinische, dag- of deeltijdbehandeling zijn. Het is een ruimte die gedurende de dag en een deel van de avond open staat voor mensen om te zitten, iets te drinken, elkaar te ontmoeten en zich te ontspannen.

6.1.6

Overige ruimten

Het betreft hier de ruimten voor civiele en technische dienst, kantoorruimten en personeelsruimten. Niet opgenomen zijn ruimten als bergingen, werkkasten en dergelijke.

- **Civiele en technische dienst**
  Deze diensten zijn elders ondergebracht. Wel is er in de MFE ruimte nodig voor de beheerder en een verdeel- en afwaskeuken.
- **Receptie, administratie en coördinatie**
  Er komt één centrale receptie en administratie voor alle afdelingen nabij de entree.
- **Personeelsruimte**
  Minimaal één aparte personeelsruimte, garderobe en toiletten.

6.2

Model 1 (zie volgende pagina's) Geconcentreerde MFE

Voor zover er al sprake kan zijn van een traditionele MFE, beantwoordt model 1 hieraan het meest. Er wordt hier gekozen om alle functies in één gebouwencomplex onder te brengen. Het mini programma van eisen omvat naast de in paragraaf 6.1 geformuleerde algemene randvoorwaarden de volgende specifieke gegevens.

Capaciteit

Aantal bedden: 40. Aantal stoelen: 36.

Opzet van de MFE

De MFE omvat de volgende voorzieningen:

- een gesloten verblijfsafdeling met in totaal 16 bedden voor crisisinterventie en andersoortig verblijf;
- een open verblijfsafdeling van 16 bedden;
- een behandelcentrum met 36 stoelen;
- een polikliniek met 7000 à 8000 contacten op jaarbasis;
- een trefcentrum;
- een pensionafdeling met 8 bedden;
- ruimten voor sociaal psychiatrische hulp en buitenzorg.

Eisen voor de verschillende functies

Gesloten afdeling

De gesloten afdeling bestaat uit een unit crisisinterventie met 6 tot 8 bedden en een unit kortdurend verblijf met 8 tot 10 bedden. Flexibiliteit in omvang van de units wordt gerealiseerd door in een tussengebied twee kamers te situeren die afhankelijk van het aanbod bij de ene dan wel bij de andere afdeling betrokken kunnen worden. De ruimten worden op één bouwlaag gesitueerd.

Voor de unit crisisinterventie geldt:

- een maximale verblijfsduur van een week;
- 6 tot 8 eenpersoonskamers met in één kamer de mogelijkheid tot het plaatsen van een extra bed.

Voor de unit kortdurend verblijf geldt:

- 8 tot 10 eenpersoonskamers met in twee kamers de mogelijkheid tot het plaatsen van een extra bed.

Gezamenlijk beschikken de units over:

- een therapieruimte;
- twee dagverblijven van elk maximaal 50 m^2;
- besloten buitenruimte (patio) of dakterras.

Open afdeling

Tussen de open en gesloten afdeling moet het mogelijk zijn het aantal kamers te variëren zodat de open afdeling desgewenst met enige kamers kan worden uitgebreid. De afdeling beschikt over:

- 16 eenpersoonskamers met in twee kamers de mogelijkheid tot het plaatsen van een extra bed;
- twee dagverblijven van elk 40 m^2.

Behandelcentrum

Het dagverblijf, dat naast de therapie- en stafruimten onderdeel uitmaakt van het behandelcentrum, heeft een oppervlak van 100 m^2. Dit oppervlak is eventueel opgebouwd uit twee te combineren ruimten van elk 50 m^2.
Aan therapie- en stafruimten is gemiddeld 9 m^2 per patiënt nodig (exclusief separeerruimten). Er zijn maximaal 76 patiënten: totaal 700 m^2.
Relaties ten opzichte van andere ruimten:

- directe relatie met de entree;
- geen relatie met de polikliniek.

Polikliniek

De totale oppervlakte bedraagt 300 m^2.
Relaties ten opzichte van andere ruimten:

- directe relatie met de entree zonder andere afdelingen te kruisen.

Trefcentrum

De totale oppervlakte bedraagt 75 m^2.
Relatie ten opzichte van andere ruimten:

- directe relatie met de entree. Men hoeft niet in de rest van het gebouw te komen.

Pensionafdeling

De afdeling ligt in de nabijheid van de verblijfsafdelingen en beschikt over:

- 8 eenpersoonskamers.

Overige ruimten

De totale oppervlakte bedraagt 300 m^2.

Stedebouwkundige uitgangspunten

Het centrum is in één gebouwencomplex gehuisvest. Het gebouw kan uit maximaal

vier bouwlagen bestaan. Er is één hoofdentree voor alle bezoekers en cliënten.
Er zijn voor wat betreft de locatie twee mogelijkheden; ofwel het centrum staat op het terrein van een Algemeen ziekenhuis ofwel het gebouw vormt een zelfstandige eenheid op een aparte locatie.
Wanneer het gebouw op het terrein van een A-ziekenhuis ligt, gelden de volgende eisen. Het moet:
- in een stedelijke omgeving liggen die goed bereikbaar is met openbaar vervoer;
- in beeld en architectuur aansluiten bij het ziekenhuis om stigmatisering te voorkomen;
- zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van voorzieningen van het ziekenhuis (civiele en technische faciliteiten).

Wordt het gebouw op een zelfstandige locatie gesitueerd dan gelden de volgende eisen.
Het moet:
- gelegen zijn temidden van een bevolkingscentrum;
- goed bereikbaar zijn met openbaar vervoer;
- in de buurt liggen van andere centrum functies;
- als onopvallend gebouw geïntegreerd zijn in de omgeving.

6.2.1

Toelichting model 1

1 Het behandelen en verblijven zijn duidelijk ruimtelijk gescheiden.

2 Er is één hoofdingang voor cliënten en personeel. Er is een neveningang voor de civiele en technische dienst. Daarnaast is het mogelijk een aparte ingang te creëren voor de afdeling crisisinterventie.

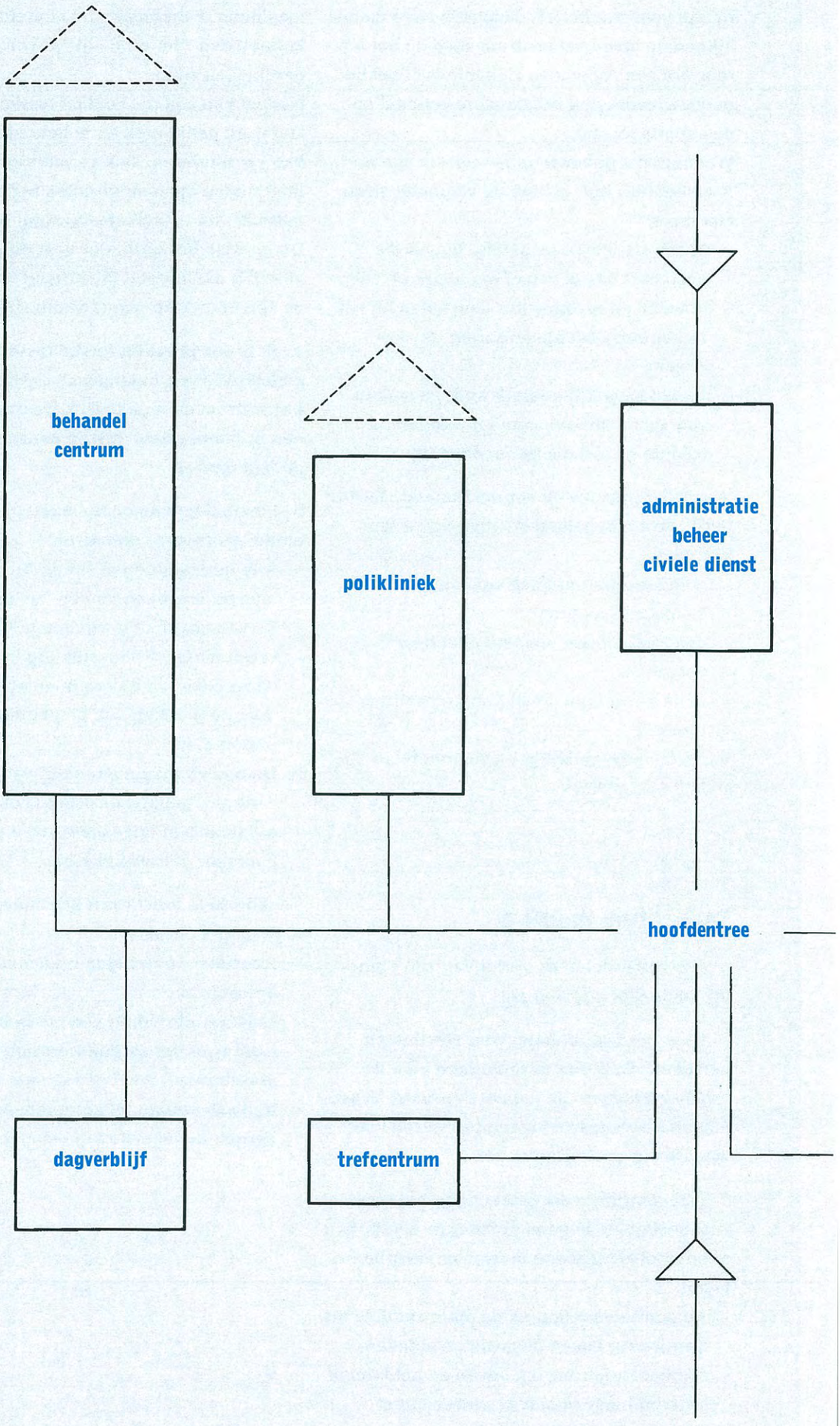
3 Het centrum zoals getekend in het schema is geheel op de begane grond gesitueerd. Een alternatief is realisatie in twee of meer bouwlagen:
- de pensionafdeling en de open afdeling als verdieping boven de gesloten afdeling;
- het behandelcentrum boven de polikliniek waarbij beide vanuit de entree direct bereikbaar moeten zijn.

Voordeel van meerdere bouwlagen is dat er een compacter gebouw ontstaat met kortere looplijnen. Polikliniek en behandelcentrum kunnen dan zeer duidelijk van elkaar gescheiden zijn.
Nadeel kan zijn dat contact tussen behandelaars van polikliniek en behandelcentrum kan verminderen. Ook vermindert de flexibiliteit tussen open en gesloten bedden. Het gebruik van wisselkamers wordt bemoeilijkt. Dit geldt in het bijzonder voor de gesloten afdeling die meestal in verband met toezicht op één bouwlaag wordt gesitueerd.

4 Er is een primaire relatie tussen polikliniek/RIAGG en ingangshal, evenals tussen trefcentrum en ingangshal. Daarnaast is er een primaire relatie tussen pensionafdeling en ingangshal.

5 Flexibiliteit van de huisvesting valt in dit model als volgt te realiseren:
- Alle functiegroepen zijn uitbreidbaar door middel van open einden (zie pijlen).
- Kamerscheidende wanden in behandelcentrum en verblijfsafdelingen zijn niet constructief en dus wegneembaar, waardoor de indeling van de plattegrond flexibiliteit biedt.
- De bouwkundige structuur van behandelcentrum, polikliniek/RIAGG en klinische afdeling is in hoge mate vrij indeelbaar en daardoor gebruiksflexibel.

Toekomstige functieveranderingen zijn daardoor mogelijk zoals:
- functieveranderingen binnen het behandelcentrum;
- functie-uitbreiding van het behandelcentrum naar het verblijfscentrum (bij een verschuiving van bedden naar stoelen);
- herbestemming tot kantoren, hotel en dergelijke bij afstoting van gebouwdelen.

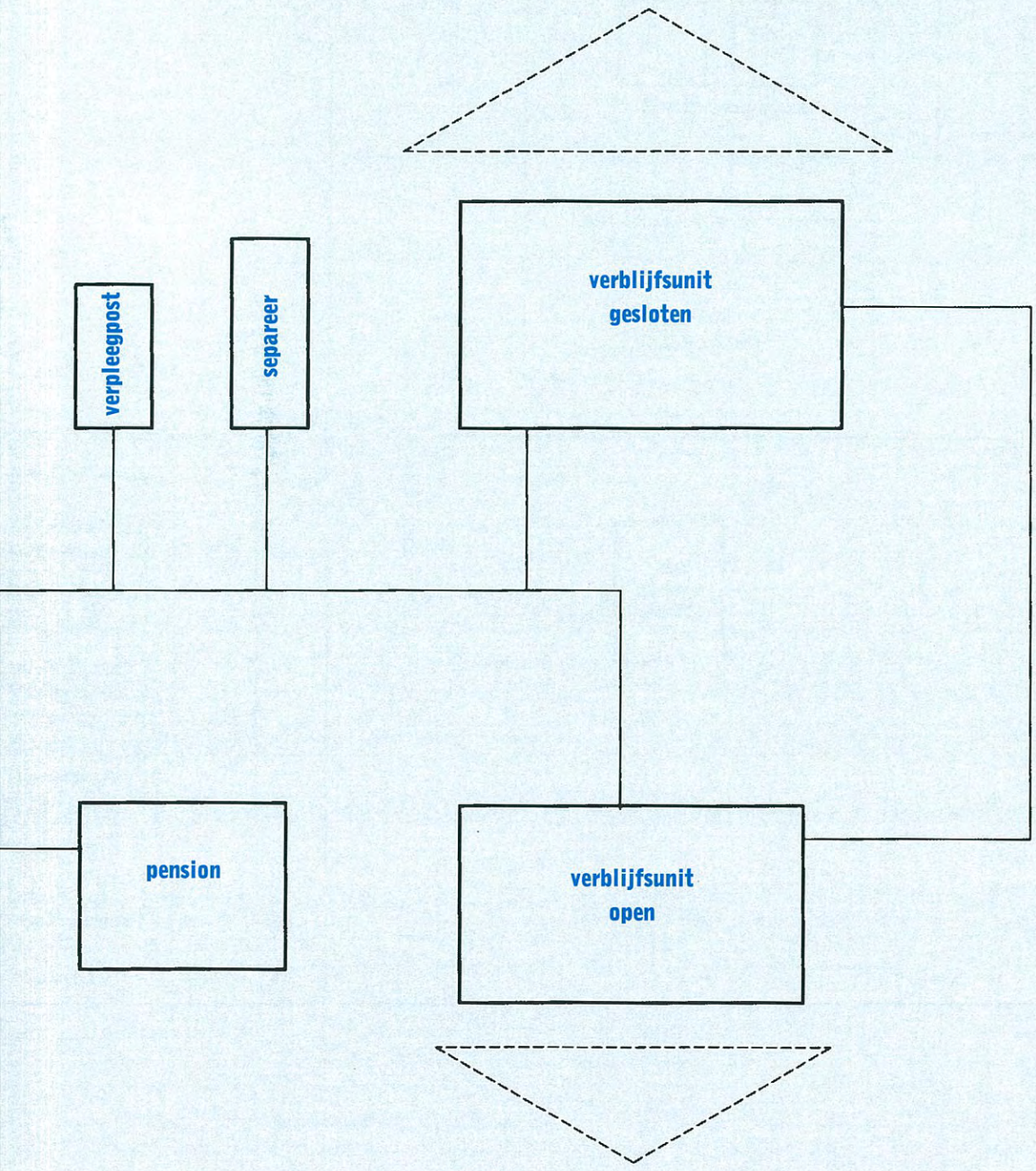


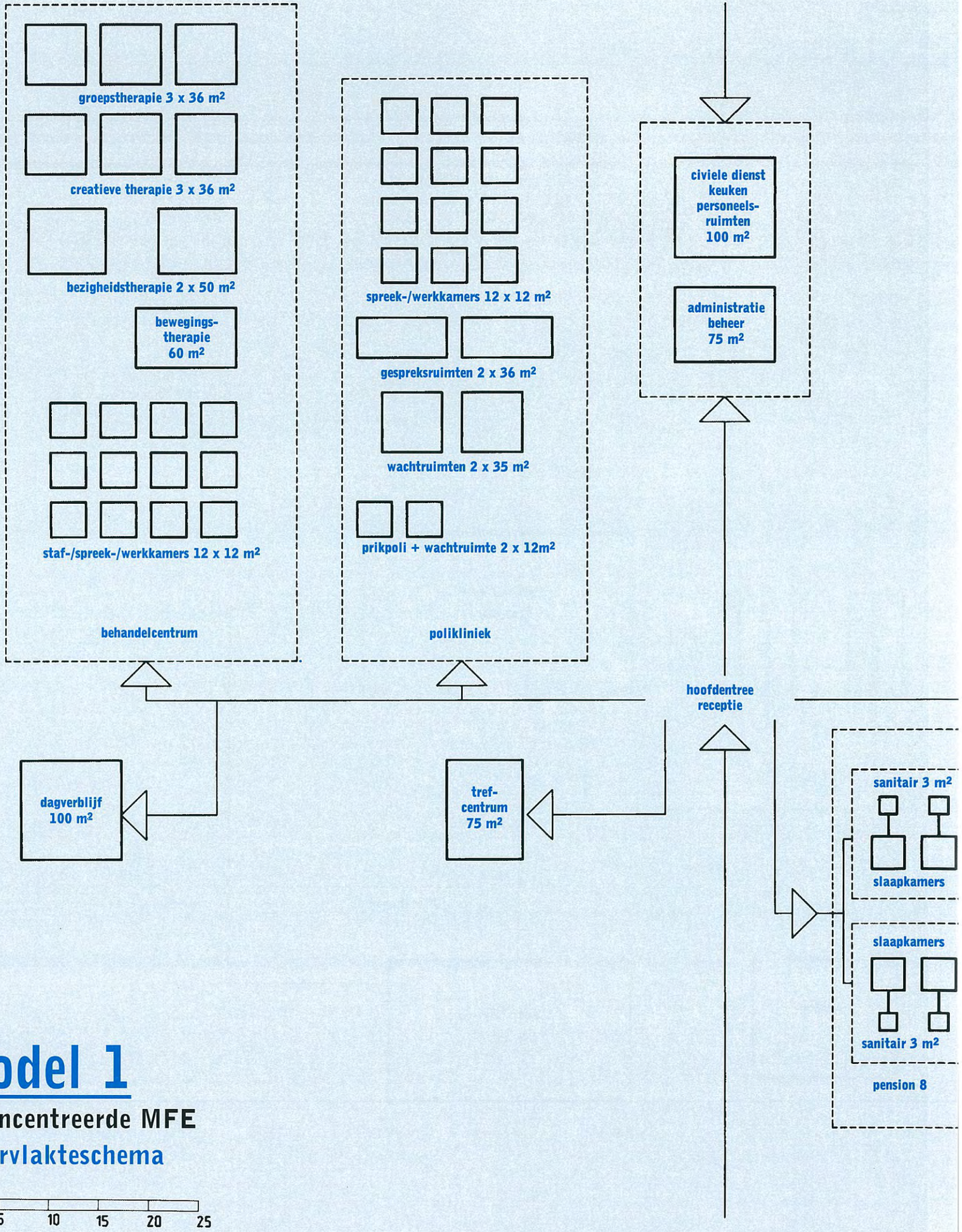
Model 1

Geconcentreerde MFE

Structuurschema

0 5 10 15 20 25


verpleegpost
separeer
verblijfsunit
gesloten
pension
verblijfsunit
open

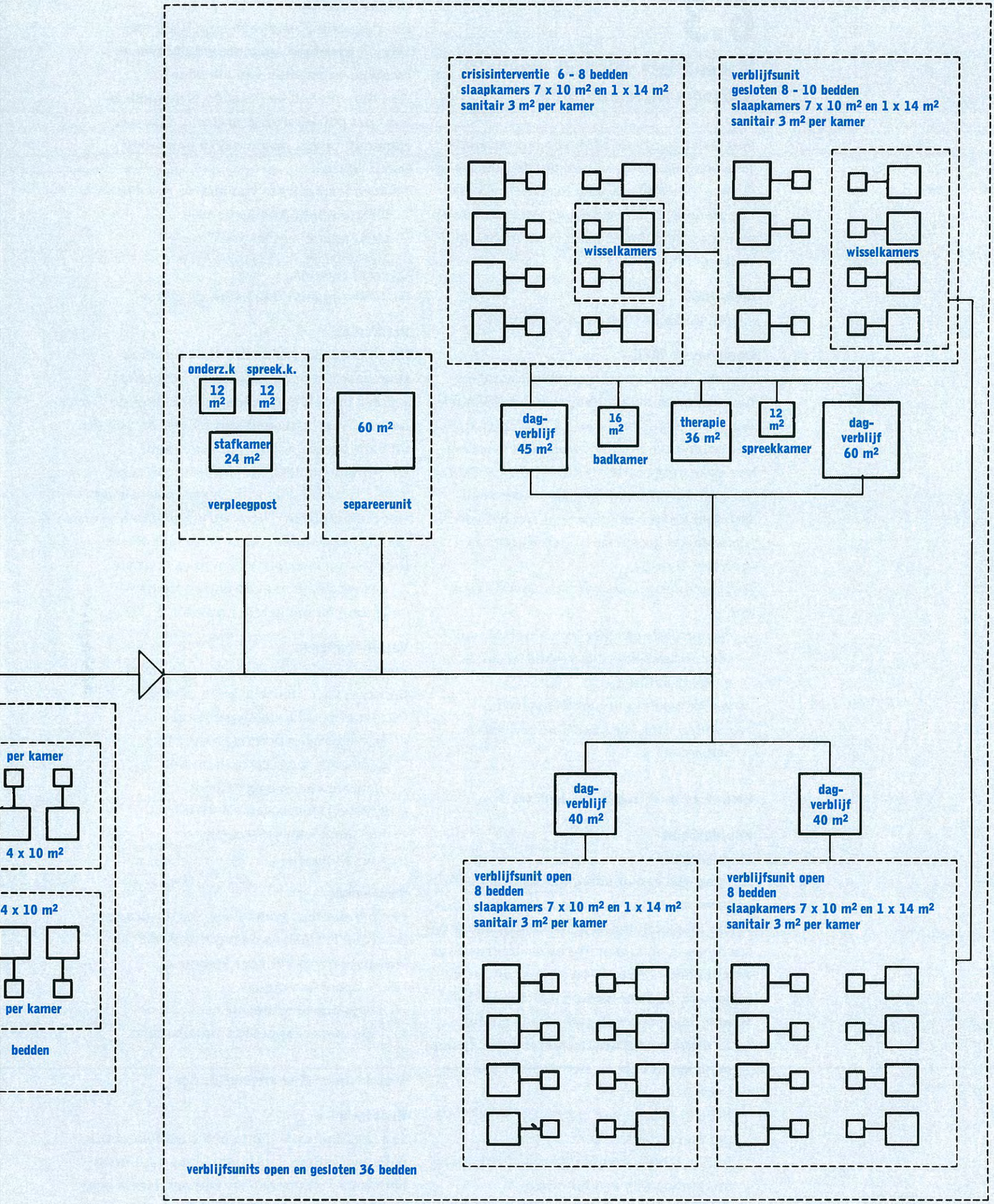


Model 1

Geconcentreerde MFE

Oppervlakteschema

0 5 10 15 20 25


crisisinterventie 6 - 8 bedden
slaapkamers 7 x 10 m² en 1 x 14 m²
sanitair 3 m² per kamer
wisselkamers
verblijfsunit
gesloten 8 - 10 bedden
slaapkamers 7 x 10 m² en 1 x 14 m²
sanitair 3 m² per kamer
wisselkamers
onderz.k
12 m²
spreek.k.
12 m²
stafkamer 24 m²
verpleegpost
60 m²
separeerunit
dag-verblijf 45 m²
16 m²
badkamer
therapie 36 m²
12 m²
spreekkamer
dag-verblijf 60 m²
per kamer
4 x 10 m²
4 x 10 m²
per kamer
bedden
dag-verblijf 40 m²
dag-verblijf 40 m²
verblijfsunit open
8 bedden
slaapkamers 7 x 10 m² en 1 x 14 m²
sanitair 3 m² per kamer
verblijfsunit open
8 bedden
slaapkamers 7 x 10 m² en 1 x 14 m²
sanitair 3 m² per kamer
verblijfsunits open en gesloten 36 bedden

6.3

Model 2 (zie volgende pagina's) Gedeconcentreerde MFE

In model 2 vormt de MFE een organisatorische eenheid die de verschillende functies op diverse locaties in wijken heeft gehuisvest. Integratie in de samenleving, deïnstitutionalisering en flexibiliteit staan in dit model op de voorgrond.

Capaciteit

Aantal bedden: 40. Aantal stoelen: 36.

Opzet van de MFE

De MFE is op verschillende locaties gevestigd. Er is een hoofdgebouw, een polikliniek, een verblijfsgebouw voor 16 patiënten en een pensionhuis voor 8 patiënten. Een voordeel van deze opzet is dat deïnstitutionalisering en integratie beter mogelijk zijn. Bijkomend voordeel is dat een groot deel van het verblijfsaanbod gerealiseerd kan worden in 'gewone' huizen.
Het hoofdgebouw omvat de volgende ruimten:

- een verblijfsunit met 16 bedden bestemd voor crisisinterventie, verblijf in open en gesloten setting;
- een behandelunit met 36 plaatsen;
- ruimten voor administratie, beheer en personeel.

Eisen voor de verschillende functies

Hoofdgebouw

Verblijfsunit
Het gaat om een afdeling die zeer flexibel opgezet moet zijn omdat er zowel crisisinterventie moeten kunnen plaatsvinden als gesloten en open opnamen. De capaciteit van deze verschillende onderdelen moet voortdurend aangepast kunnen worden aan het aanbod.
Verder gelden de volgende voorwaarden:

- 16 eenpersoonskamers met in twee kamers de mogelijkheid tot het plaatsen van een extra bed;
- twee dagverblijven, maximaal 50 m^2 per dagverblijf;
- besloten buitenruimte (patio) of dakterras;
- alle ruimten op één bouwlaag.

Behandelcentrum
Het dagverblijf heeft een oppervlak van 100 m^2, eventueel opgebouwd uit twee te combineren ruimten van elk 50 m^2.
Aan therapie- en stafruimten is gemiddeld 9 m^2 per patiënt nodig (exclusief separeerruimten). Er zijn maximaal 76 patiënten: totaal 700 m^2.
Relaties ten opzichte van andere ruimten:

- directe relatie met de entree;
- geen relatie met de polikliniek.

Overige ruimten
De totale oppervlakte bedraagt 300 m^2.

Polikliniek

De polikliniek kan in directe verbinding staan met het hoofdgebouw of gehuisvest worden op een aparte locatie. De voor- en nadelen van beide oplossingen worden bij de uitwerking van het model besproken.
De polikliniek heeft op jaarbasis ongeveer 7500 contacten. Het trefcentrum maakt daarvan onderdeel uit. De totale oppervlakte van polikliniek en trefcentrum bedraagt 400 m^2.
Relaties ten opzichte van andere ruimten:

- directe relatie met de entree zonder andere afdelingen te kruisen.

Verblijfsgebouw

Op een aparte locatie komt een open verblijfsunit voor klinische behandeling.
Deze unit bestaat uit 16 plaatsen:

- 16 eenpersoonskamers met in twee kamers de mogelijkheid tot het plaatsen van een extra bed;
- 2 dagverblijven van elk 40 m^2;
- 1 kantoor voor personeel;
- 1 à 2 keukens.

Pensionhuis

Het pensionhuis komt eveneens op een aparte locatie te staan in de buurt van het verblijfsgebouw of het hoofdgebouw.
Het is opgebouwd uit:

- 8 eenpersoonskamers;
- 1 gemeenschappelijke woonkeuken.

Stedebouwkundige uitgangspunten

Hoofdgebouw

Het hoofdgebouw ligt in een stedelijke omgeving met andere centrumfuncties en is goed bereikbaar met openbaar vervoer. Het is een

onopvallend gebouw dat goed geïntegreerd is in de omgeving. Het gebouw heeft een centrale entree voor bezoekers en cliënten en bestaat uit maximaal 3 bouwlagen.

Polikliniek
Idem als hoofdgebouw. De polikliniek vormt bij voorkeur een onderdeel van een groter bouwblok. Het is bijvoorbeeld denkbaar dit onderdeel te situeren in of nabij een winkelcentrum. De polikliniek en hoofdgebouw liggen op loopafstand van elkaar.

Verblijfsgebouw
Een onopvallend woongebouw in een woonomgeving. Gelegen in een straal van 500 meter (5 à 10 minuten lopen) van het hoofdgebouw. Het is denkbaar dat de verblijfsunits verdeeld zijn over naast elkaar gelegen woonhuizen of appartementen.

Pensionhuis
Idem als verblijfsgebouw.

6.3.1
Toelichting model 2

1 De MFE is opgebouwd uit meerdere gebouwen op verschillende locaties in elkaars nabijheid.

2 Het hoofdgebouw kan uit een, twee of drie bouwlagen bestaan. Om de verblijfsafdeling zo flexibel mogelijk te houden ligt het voor de hand deze op één laag te situeren.

3 De 16 eenpersoonskamers in de verblijfsafdeling zijn flexibel te koppelen aan twee dagverblijven. Deze dagverblijven staan in verbinding met een besloten terras/patio.
De verpleegpost heeft zicht op de entree van de afdeling. In de nabijheid daarvan zijn ook de separeerruimten gesitueerd.

4 Op kleine afstand van het hoofdgebouw is de polikliniek gesitueerd, bijvoorbeeld aan de overzijde van de straat. Deze heeft een eigen entree en kan bestaan uit een of twee bouwlagen.
Er is een directe relatie tussen entree en prikpoli en tussen entree en trefcentrum. Daarnaast zijn er meerdere wachtruimten zodat een optimale scheiding van verschillende cliëntencategorieën gewaarborgd is.
Voordeel van het vestigen van de polikliniek apart van het hoofdgebouw is dat kleinschaligheid gerealiseerd kan worden. Ook is het op deze wijze zeer goed mogelijk om cliëntenstromen te scheiden.
Nadeel kan zijn dat het uitgangspunt om zoveel mogelijk de patiënt gedurende het hele traject eenzelfde behandelteam te bieden moeilijker te realiseren is. Vandaar de keuze om de polikliniek in elk geval in de directe nabijheid van de MFE te situeren.

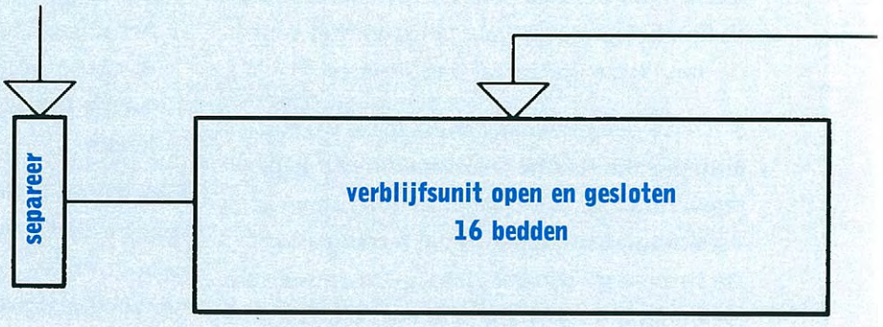
5 Het aparte verblijfsgebouw kan op 5 à 10 minuten loopafstand van het hoofdgebouw liggen. Hier worden twee groepen van 8 patiënten gehuisvest. In dit gebouw is altijd toezicht aanwezig door middel van een teampost. Te denken valt aan een tweetal geschakelde verdiepingen in een groot woongebouw of twee gekoppelde herenhuizen.

6 In het apart gesitueerde pensionhuis is geen permanent toezicht aanwezig. Dit pensionhuis kan een groot woonhuis of woonverdieping zijn bestaande uit 8 privékamers en een gemeenschappelijke woonkeuken.

7 Flexibiliteit van de huisvesting kan in het hoofdgebouw gerealiseerd worden door:
- kamers in de verblijfsafdeling zodanig te schakelen dat gevarieerd kan worden in het aantal bedden in de open en gesloten afdeling;
- het sanitair bij de slaapkamers te verwijderen en sanitaire ruimte en slaapkamer samen te voegen tot geschikte spreekkamers.

Flexibiliteit in de MFE als totaal kan gerealiseerd worden omdat er van afzonderlijke gebouwen uitgegaan wordt die indien nodig eenvoudig afgestoten kunnen worden. Dit geldt met name voor het verblijfsgebouw, de polikliniek en het pensionhuis.

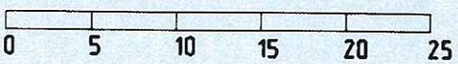


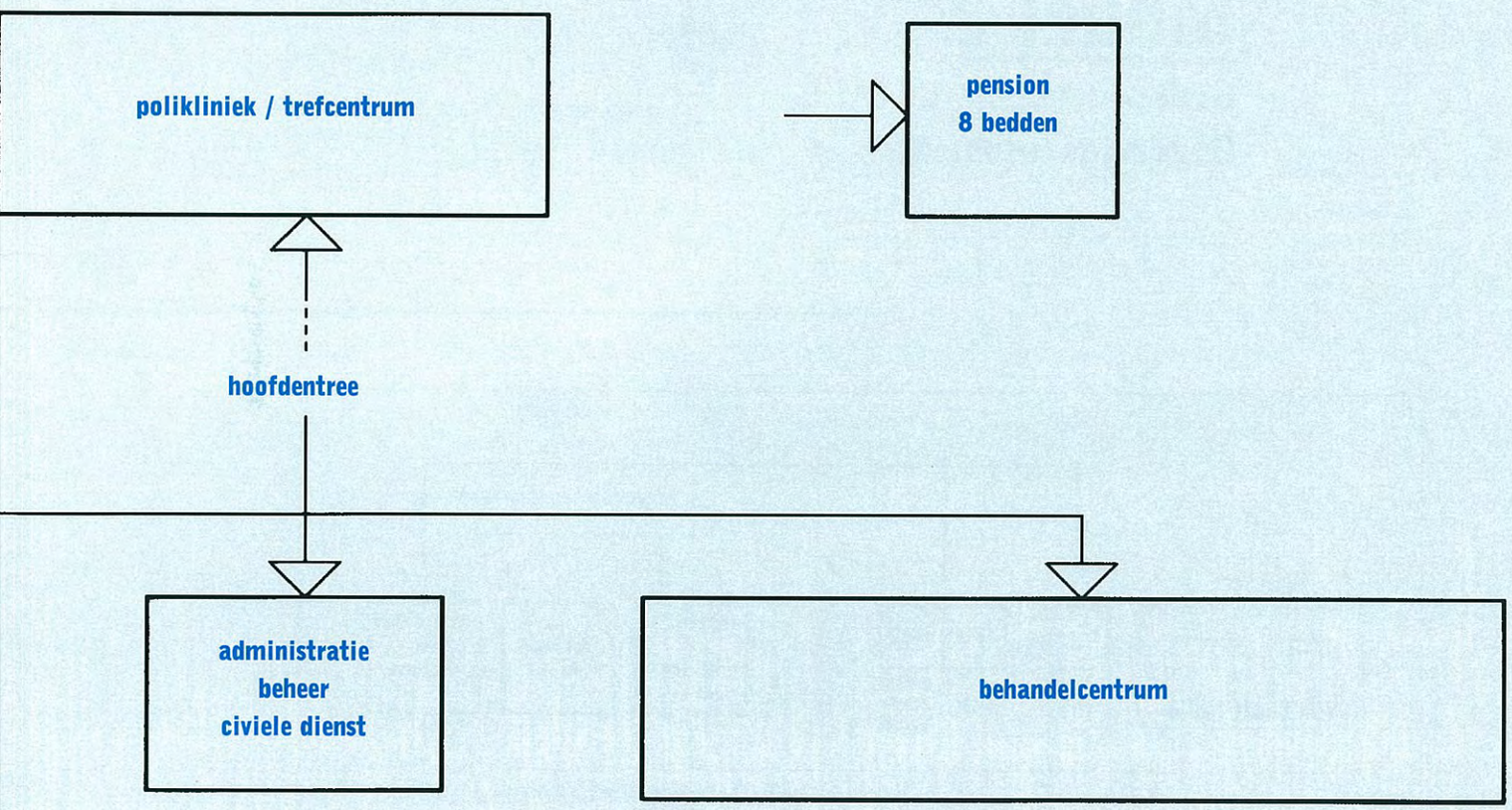


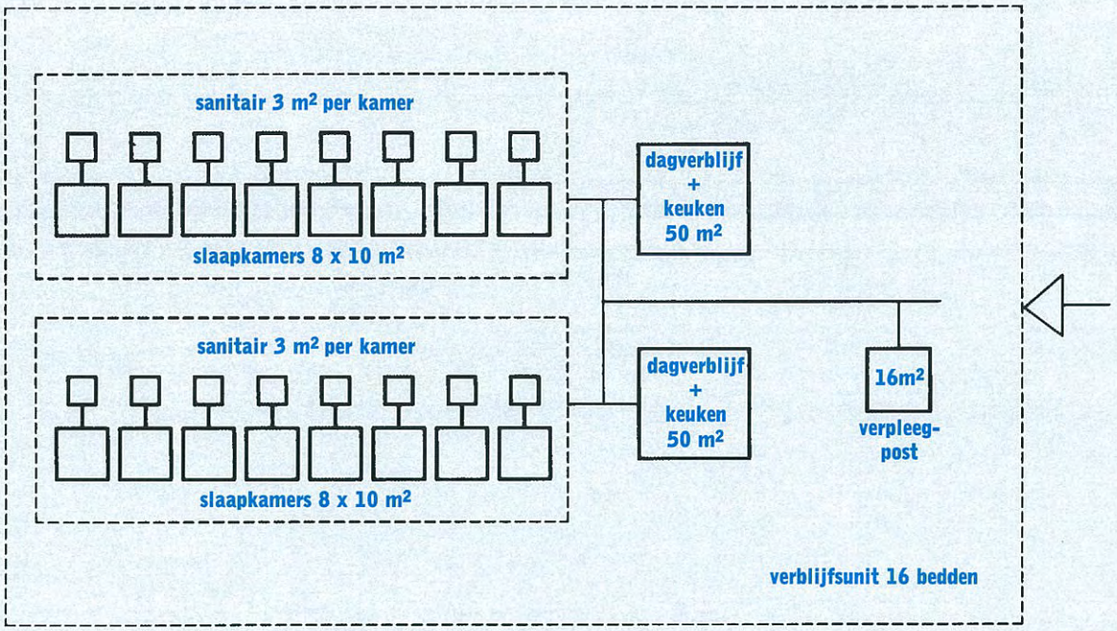
Model 2

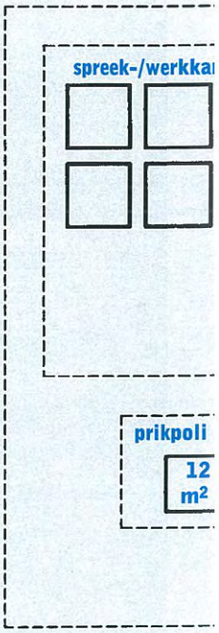
Gedeconcentreerde MFE

Structuurschema




polikliniek / trefcentrum
pension
8 bedden
hoofdentree
administratie
beheer
civiele dienst
behandelcentrum

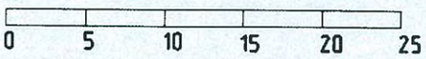


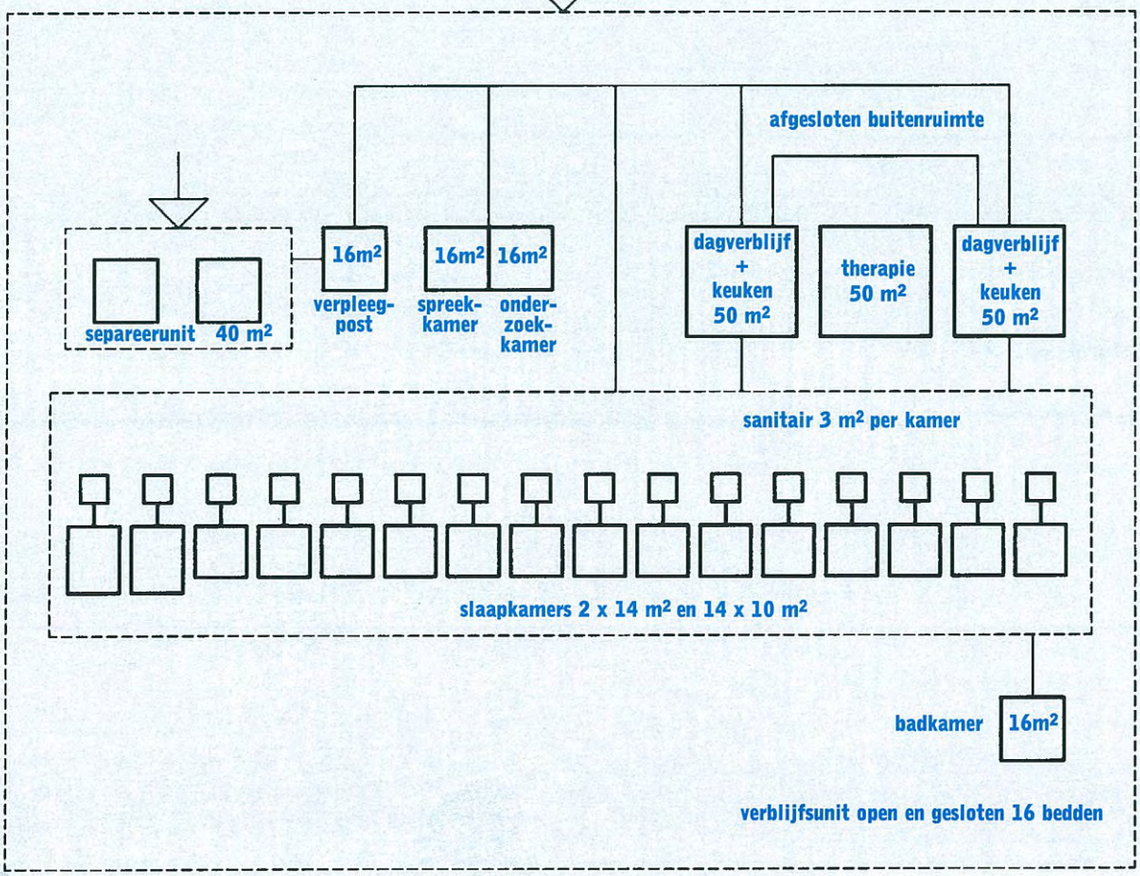


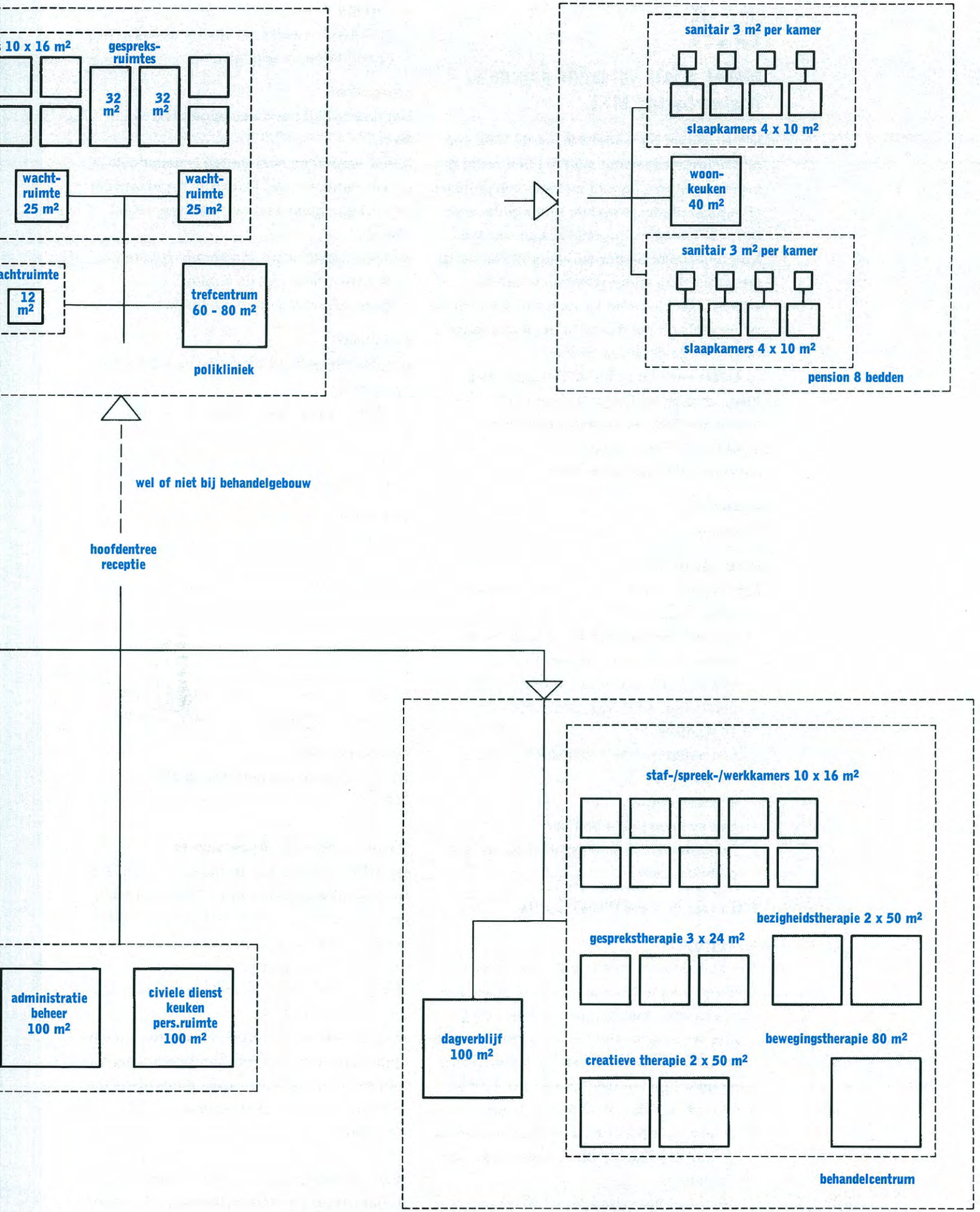
Model 2

Gedeconcentreerde MFE

Oppervlakteschema






10 x 16 m²
gespreks-
ruimtes
32
m²
32
m²
wacht-
ruimte
25 m²
wacht-
ruimte
25 m²
achtruimte
12
m²
trefcentrum
60 - 80 m²
polikliniek
sanitair 3 m² per kamer
slaapkamers 4 x 10 m²
woon-
keuken
40 m²
sanitair 3 m² per kamer
slaapkamers 4 x 10 m²
pension 8 bedden
wel of niet bij behandelgebouw
hoofdentree
receptie
administratie
beheer
100 m²
civiele dienst
keuken
pers.ruimte
100 m²
dagverblijf
100 m²
staf-/spreek-/werkkamers 10 x 16 m²
bezigheidstherapie 2 x 50 m²
gesprekstherapie 3 x 24 m²
bewegingstherapie 80 m²
creatieve therapie 2 x 50 m²
behandelcentrum

6.4

Model 3 (zie volgende pagina's) Kleinschalige MFE

Uitgangspunt bij model 3 is dat de MFE een niet te grote capaciteit mag hebben zodat het principe dat een patiënt met één behandelaar of behandelteam te maken krijgt gedurende het hele circuit waargemaakt kan worden. Voordelen zijn minder bureaucratie en hospitalisering. Een ander voordeel is dat de MFE's beter gespreid kunnen worden over de zorgregio's en dat daardoor de bereikbaarheid voor de patiënten verbetert.
In plaats van één grote MFE worden twee kleinschalige MFE's gerealiseerd, die verspreid over het verzorgingsgebied worden gesitueerd. Hierna wordt voor een zo'n kleinschalige MFE het model beschreven.

Capaciteit

Aantal bedden: 20. Aantal stoelen: 18.

Opzet van de MFE

De volgende functies zijn in één gebouw ondergebracht:

- een verblijfsunit van 16 bedden (deels gesloten/crisis en deels open)
- een behandelunit voor verblijfs-, dagbehandeling- en deeltijdpatiënten voor 18 plaatsen;
- een polikliniek met 3000 à 4000 contacten op jaarbasis;
- een trefcentrum;
- een pension met 4 bedden;
- ruimten voor sociaal psychiatrische hulp en buitenzorg.

Eisen voor de verschillende functies

Verblijfsunit

Het gaat om een afdeling die zeer flexibel opgezet moet zijn omdat er zowel crisisinterventie moeten kunnen plaatsvinden als gesloten en open opnamen. De capaciteit van deze verschillende onderdelen moet voortdurend aangepast kunnen worden aan het aanbod.
Verder gelden de volgende voorwaarden:

- 16 eenpersoonskamers met in twee kamers de mogelijkheid tot het plaatsen van een extra bed;
- 2 dagverblijven, maximaal 50 m² per dagverblijf;
- besloten buitenruimte (patio) of dakterras;
- alle ruimten op één laag.

Behandelunit

Het dagverblijf heeft een oppervlak van 50 m².
Aan therapie- en stafruimten is gemiddeld 9 m² per patiënt nodig (exclusief separeerruimten). Er zijn maximaal 38 patiënten: totaal 350 m².
Relaties ten opzichte van andere ruimten:

- directe relatie met de entree.
- geen relatie met de polikliniek.

Polikliniek

De polikliniek heeft op jaarbasis 3000 à 4000 contacten.
De totale oppervlakte bedraagt 200 m².
Relaties ten opzichte van andere ruimten:

- directe relatie met de entree zonder andere afdelingen te kruisen.

Trefcentrum

De totale oppervlakte bedraagt 60 m².
Relatie met andere ruimten:

- directe relatie met de entree.

Pensionafdeling

Deze afdeling bestaat uit 4 eenpersoonskamers.
Relaties ten opzichte van andere ruimten:

- in de nabijheid van de verblijfsafdeling.

Overige ruimten

De totale oppervlakte bedraagt 150 à 200 m².

Stedebouwkundige uitgangspunten

De MFE is zoals reeds gesteld, opgesplitst in twee gelijkwaardige centra. Deze zijn elk in één gebouw gehuisvest. Het gebouw bestaat uit maximaal twee bouwlagen met veel functies op de begane grond.
Het gebouw heeft één hoofdentree voor alle bezoekers en cliënten.
Er zijn voor wat betreft de locatie twee mogelijkheden: ofwel het centrum staat op het terrein van een Algemeen ziekenhuis ofwel het gebouw vormt een zelfstandige eenheid op een aparte locatie.

Wanneer het gebouw op het terrein van een A-ziekenhuis ligt gelden de volgende eisen.

Het moet:
- in een stedelijke omgeving liggen die goed bereikbaar is met openbaar vervoer;
- in beeld en architectuur aansluiten bij het ziekenhuis om stigmatisering te voorkomen;
- zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van voorzieningen van het ziekenhuis (civiele en technische faciliteiten).

Wordt het gebouw op een zelfstandige locatie gesitueerd dan gelden de volgende eisen.
Het moet:
- gelegen zijn temidden van een bevolkingscentrum;
- goed bereikbaar zijn met openbaar vervoer;
- in de buurt liggen van andere centrumfuncties;
- als onopvallend gebouw geïntegreerd zijn in de omgeving.

6.4.1

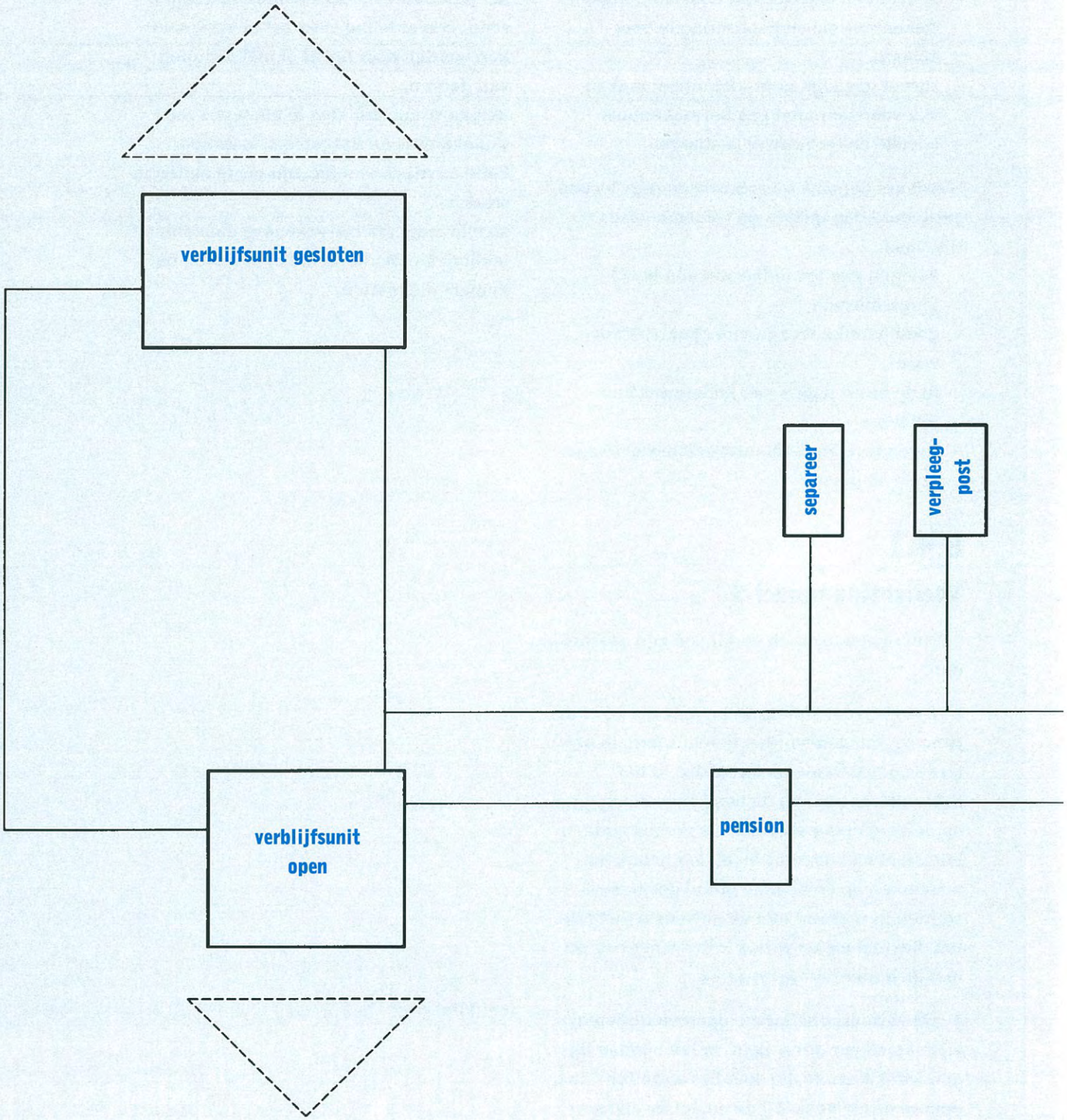
Toelichting model 3

1 Het behandelen en verblijven zijn gescheiden.

2 Het centrum kan op de begane grond of in twee bouwlagen worden gerealiseerd. In het laatste geval kan men bijvoorbeeld het behandelcentrum en de pensionvoorziening op de verdieping situeren. De verblijfsafdeling moet bij voorkeur bij elkaar gehouden worden en op de begane grond gesitueerd worden in verband met de gewenste flexibiliteit. Bovendien is op deze wijze meer contact met de buitenruimte mogelijk.

3 De verblijfsafdelingen (open en gesloten) zijn aan elkaar gekoppeld. In het midden liggen wisselkamers die door het omzetten van deuren desgewenst bij de ene of de andere afdeling getrokken kunnen worden.
4 Er is een centrale entree waarbij een directe relatie bestaat tussen:
- polikliniek en entree;
- trefcentrum en entree;
- behandelcentrum en entree.

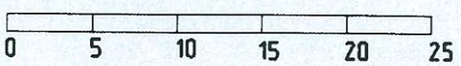
Cliëntenstromen worden bij de entree meteen gescheiden.
5 Flexibiliteit van de huisvesting wordt gerealiseerd door het feit dat afdelingen uitbreidbaar zijn (zie pijlen). Binnen het gebouw wordt flexibiliteit bereikt door:
- het plaatsen van extra deuren in gangen zodat een afdeling vergroot of verkleind kan worden door het al of niet afsluiten van deuren;
- gelijke stramienmaten te hanteren voor slaapkamers en stafkamers, waardoor bedden vrij eenvoudig zijn om te zetten in stoelen;
- zo min mogelijk constructieve elementen, leidingen of leidingschachten tussen de kamers te plaatsen.

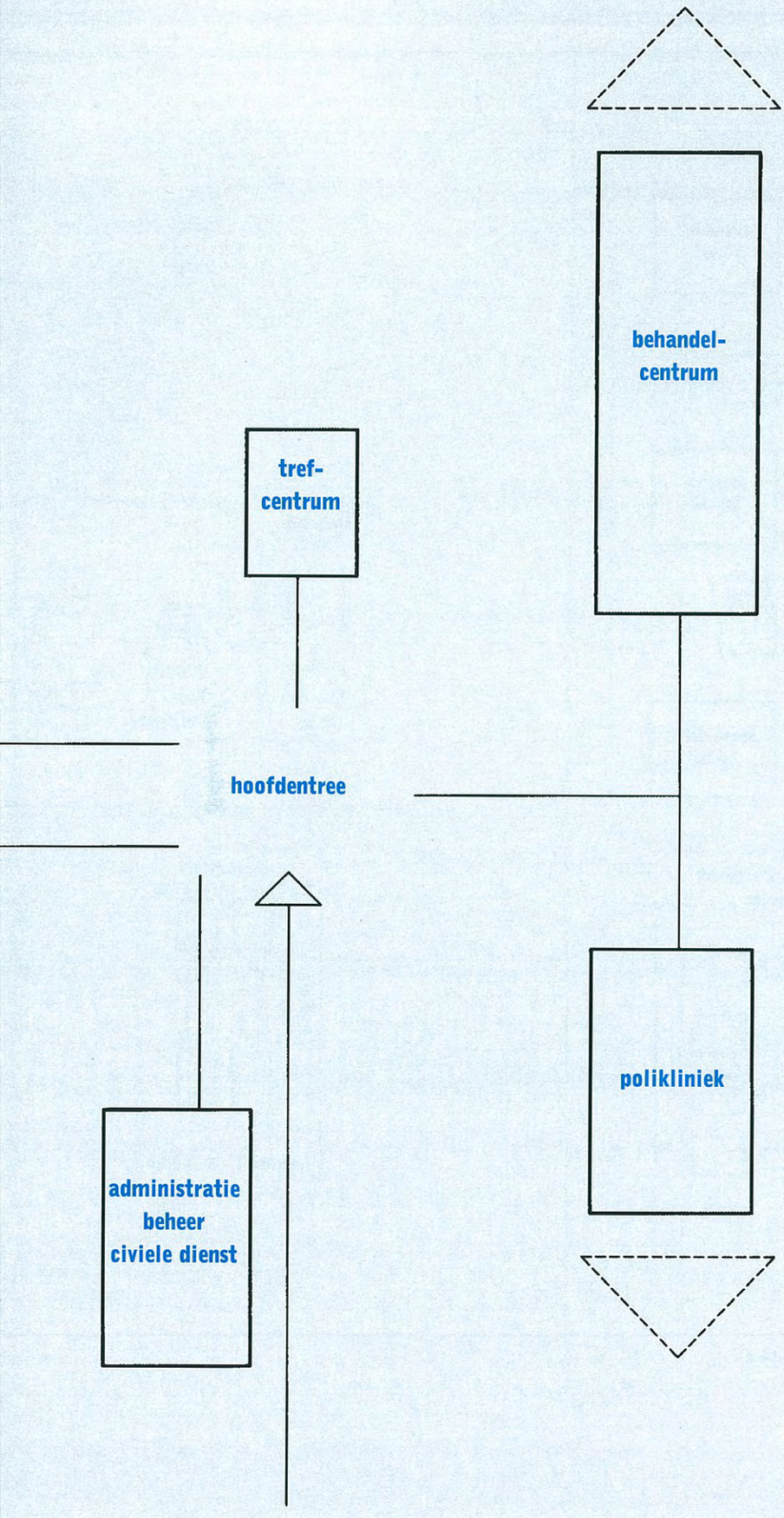


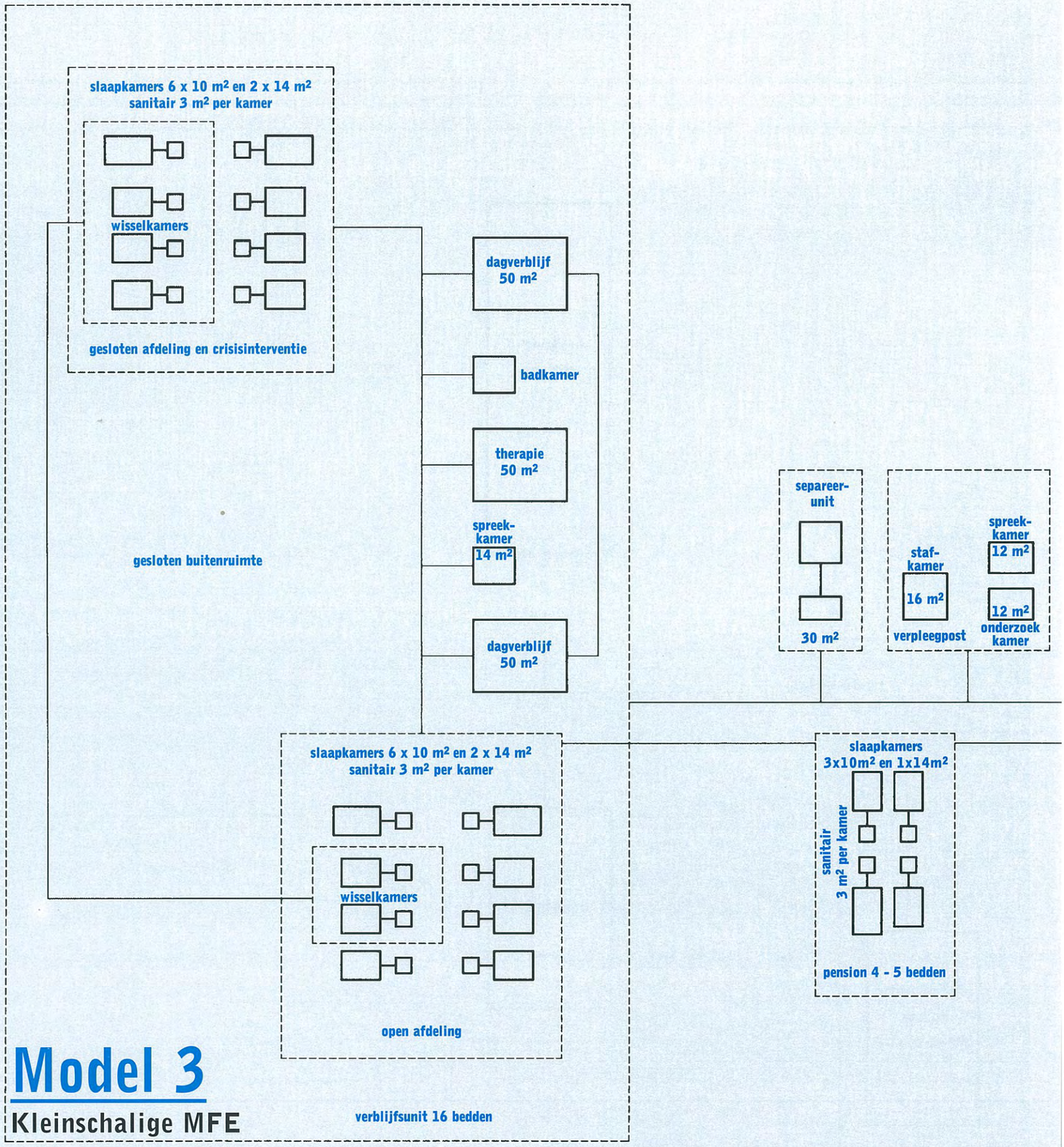
Model 3

Kleinschalige MFE

Structuurschema




behandel-
centrum
tref-
centrum
hoofdentree
polikliniek
administratie
beheer
civiele dienst

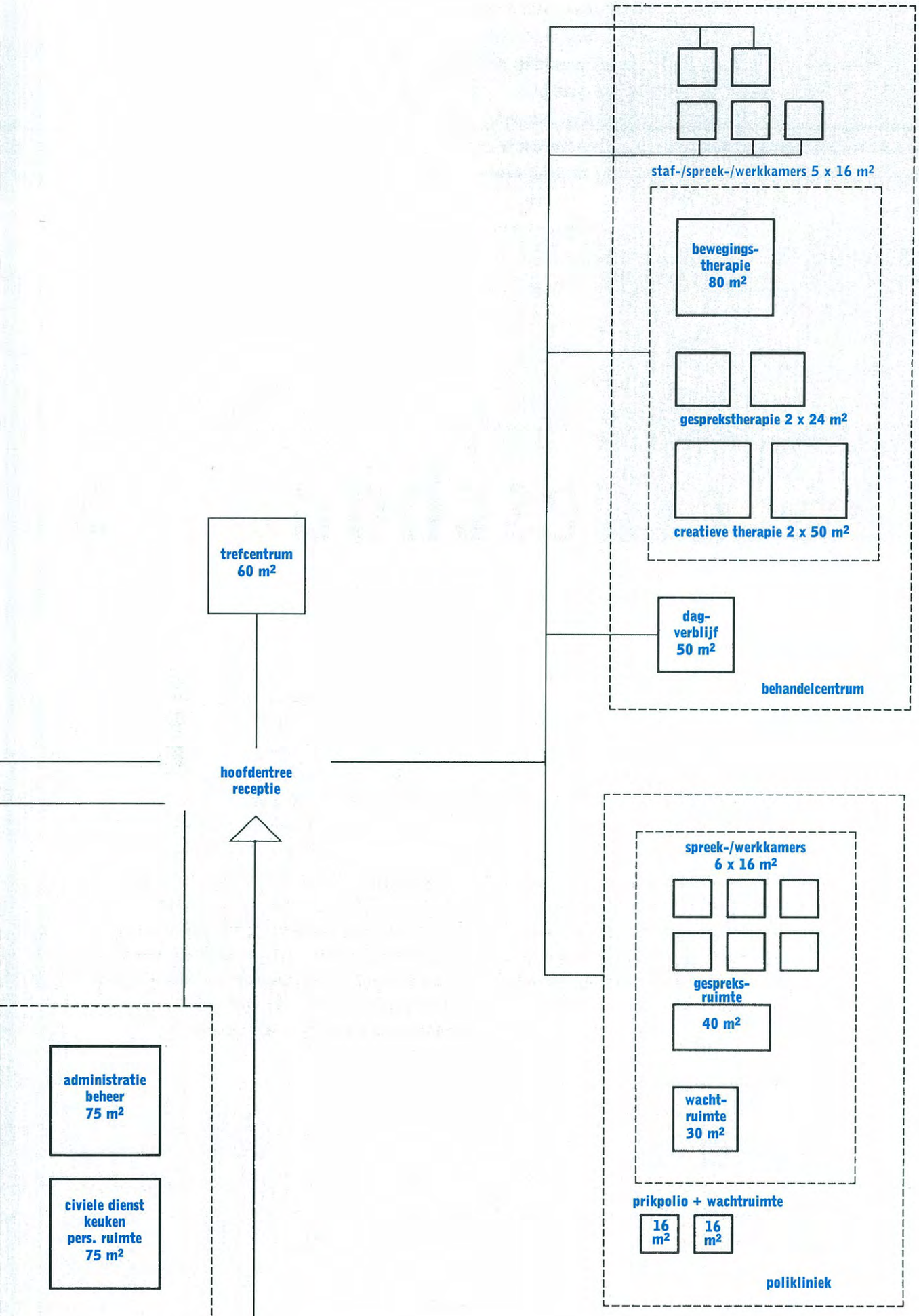


Model 3

Kleinschalige MFE

Oppervlakteschema

0 5 10 15 20 25


staf-/spreek-/werkkamers 5 x 16 m²
bewegings-
therapie
80 m²
gesprekstherapie 2 x 24 m²
creatieve therapie 2 x 50 m²
dag-
verblijf
50 m²
behandelcentrum
trefcentrum
60 m²
hoofdentree
receptie
spreek-/werkkamers
6 x 16 m²
gespreks-
ruimte
40 m²
wacht-
ruimte
30 m²
prikpolio + wachtruimte
16
m²
16
m²
polikliniek
administratie
beheer
75 m²
civiele dienst
keuken
pers. ruimte
75 m²

Het onderzoek naar ontwikkelingen binnen de huisvesting van MFE's is met deze publikatie zeker niet afgerond. Dat is ook geenszins de opzet geweest van deze STAGG-studie. Bovendien zou dit onmogelijk zijn. Immers, hoewel er inmiddels tien jaar verstreken is sinds de term multifunctionele eenheid voor het eerst in de beleidsstukken verscheen, begint de MFE pas de laatste drie jaar echt vorm te krijgen.

7 Slotbeschouwing

De ontwikkelingen binnen de MFE-vorming zijn bovendien zeer divers. Er zijn aanzienlijke verschillen in werkwijze, capaciteit, functies en samenwerkingsverbanden. Deze zijn in de voorgaande hoofdstukken geschetst en soms in tabellen weergegeven. De overeenkomsten liggen met name daar waar het gaat om de wens wonen en behandelen te scheiden en bij de keuze voor integratie van voorzorg-zorg-nazorg.
Daarnaast zijn er nieuwe ontwikkelingen, die niet zozeer naar voren kwamen bij de bestudering van de dertien projecten, die te beschouwen zijn als MFE's van het eerste uur, maar wel in gesprekken met deskundigen. Ontwikkelingen waarmee nieuwe initiatieven rekening kunnen houden bij het opstellen en uitwerken van hun plannen. Regelmatig is in gesprekken de wens uitgesproken dat bij nieuwe initiatieven de organisatorische vernieuwing, toch het doel van de MFE, nadrukkelijker al in een vroeg stadium op de voorgrond zou moeten staan. Dat zou kunnen bevorderen dat gebouwen ontstaan die gebaseerd zijn op deze vernieuwing en hieraan kunnen bijdragen.

De in hoofdstuk 6 gepresenteerde modellen zijn een uitvloeisel van alle verschillende gegevens die verzameld zijn. Daarbij is enerzijds uitgegaan van aspecten binnen de geanalyseerde projecten die grote overeenkomst met elkaar vertoonden. Anderzijds is er bij de uitwerking van de modellen rekening gehouden met de te verwachten toekomstige ontwikkelingen.
Op deze wijze zijn modellen ontstaan die zowel gebaseerd zijn op de huidige stand van zaken binnen de MFE-vorming, als op elementen die bijdragen aan het toekomstig beleid. Het zijn daarmee geen 'prototypes van een MFE' geworden, maar men dient ze nadrukkelijk te beschouwen als een hulpmiddel bij de discussie over de vorm die een MFE in de toekomst moet krijgen.

Eerste interviewronde

Er hebben gesprekken plaatsgevonden met:

- mevrouw mr. R.P.M. van der Avort-Lier,
  beleidsmedewerker planning, CZ-groep (Centrale Zorgverzekeraars);
- de heer dr. J.B. van Borssum Waalkes,
  voormalig Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid;
- de heer drs. M. Euwema,
  hoofd van de Hoofdafdeling Structuur en Organisatie van de directie GVC,
  Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC);
- de heer dr. D.N. Oudshoorn,
  directeur behandelzaken, APZ De Grote Rivieren;
- de heer drs. A.H. Peters,
  directeur, RIAGG Westelijk Utrecht;
- de heer drs. F. Vuister,
  coördinator, PCO Oosterhout;
- de heer dr. H.J. Wennink, plaatsvervangend hoofd afdeling Zorg,
  Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Daarnaast is in deze periode door de heer A.P.J. Höppener,
lid van de Raad van Bestuur van de H.C.Rümke-groep,
een referaat gehouden voor de werkgroep over het onderwerp MFE's.

Tweede interviewronde

Er hebben gesprekken plaatsgevonden met:

- de heer A.C.F. Voogt, psychiater,
  Inspecteur Geestelijke Volksgezondheid, ministerie van WVC;
- de heer drs. L. Nelissen en de heer ir. J. van Vliet,
  adviseurs, Bennekom Advies bv;
- de heer drs. J. Penninga,
  plaatsvervangend hoofd, Hoofdafdeling GGZ,
  en de heer mr. D. de Waal,
  beleidsmedewerker, Hoofdafdeling GGZ, ministerie van WVC;
- mevrouw ir. A.P. de Vries, bouwkundig medewerker,
  en de heer ir. L. Wessels,
  hoofd Afdeling Bouwzaken, College voor Ziekenhuisvoorzieningen;

De heer dr. D.J.M. van der Voordt, TU Delft, heeft een referaat verzorgd over het onderwerp Vergelijkende plattegrondanalyse van multifunctionele eenheden.

De door de werkgroep ontwikkelde modellen zijn besproken met een panel bestaande uit:

- de heer V. Buitendijk,
  hoofd Multifunctioneel Centrum Rotterdam Zuid;
- de heer A.A.A. Verberne,
  directeur, Stichting Het Hooghuys;
- de heer A.C.F. Voogt,
  Inspecteur Geestelijke Volksgezondheid, ministerie van WVC;
- de heer dr. H.J. Wennink,
  plaatsvervangend hoofd afdeling Zorg, Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Overzicht geanalyseerde projecten[1]

MFE Almelo*

MFE Almere

MFE Nieuwegein

MFE Woerden

MFE Amstelveen

SPDC Amsterdam Noord

SPDC Amsterdam Oost

APZ Gouda

APZ Nieuwe Waterweg Noord (Schiedam)

MFC Rotterdam Zuid*

MFC Hellevoetsluis*

MFE Gorinchem

MFE Dordrecht*

De dertien geanalyseerde projecten worden hierna in schematische plattegronden weergegeven (schaal 1 : 600).

Legenda

OP = opname
KB = kortdurende behandeling
VB = voortgezette behandeling
PO = polikliniek
ABC = administratie, beheer, civiele dienst
V = hoofdverkeersruimte
CR = crisisinterventie
SP = sociaal psychiatrische hulpverlening (RIAGG)
LV = langdurig verblijf
H = pension
TH = therapie
E = entree

Gesloten afdelingen zijn gearceerd.

Afsluitbare afdelingen zijn aan de randen gearceerd.

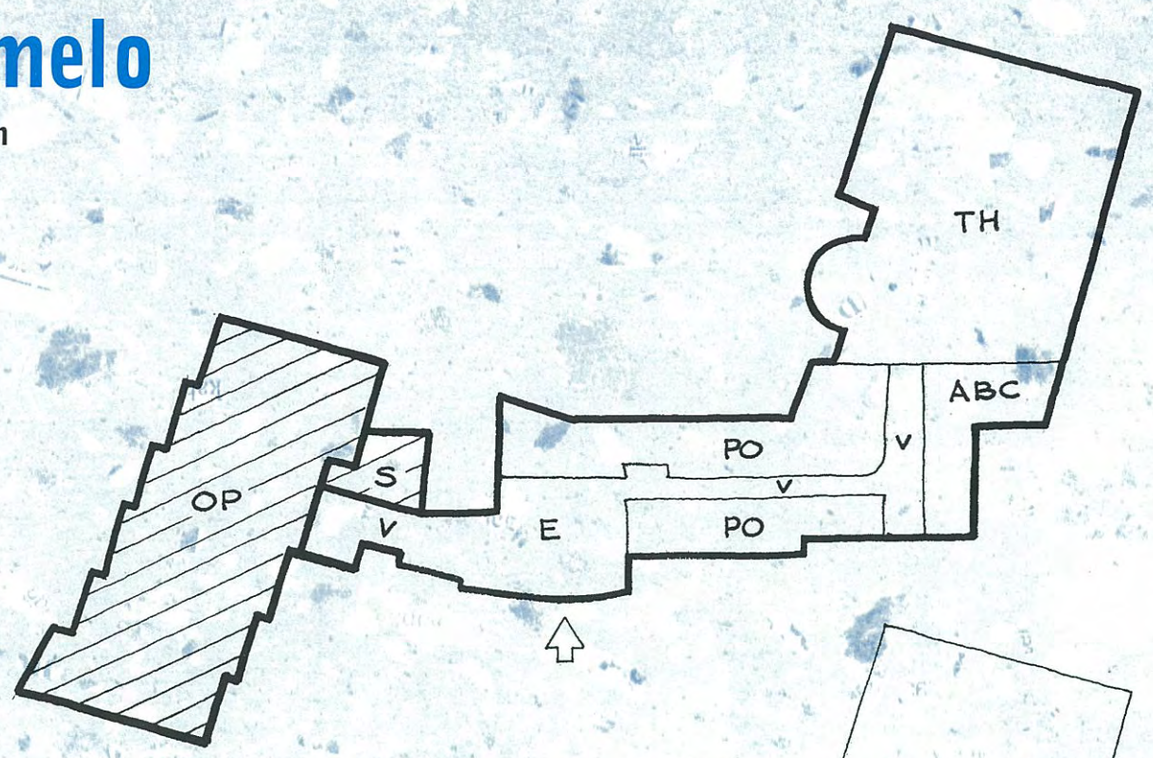
1 Gegevens van de geanalyseerde projecten zijn verzameld in het voorjaar van 1993. Het is mogelijk dat sommige plannen in een later stadium nog gewijzigd zijn. De met een * gemarkeerde projecten zijn bezocht en beperkt geëvalueerd.

MFE Almelo

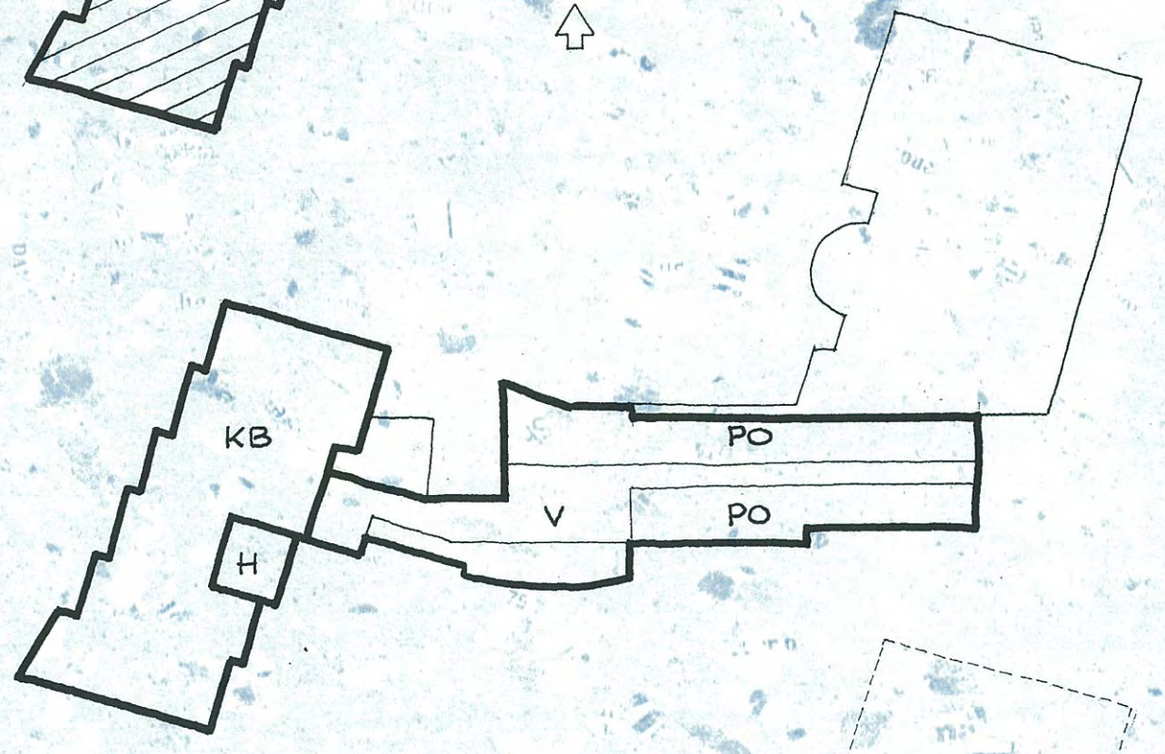
48 klinische plaatsen

14 deeltijdplaatsen

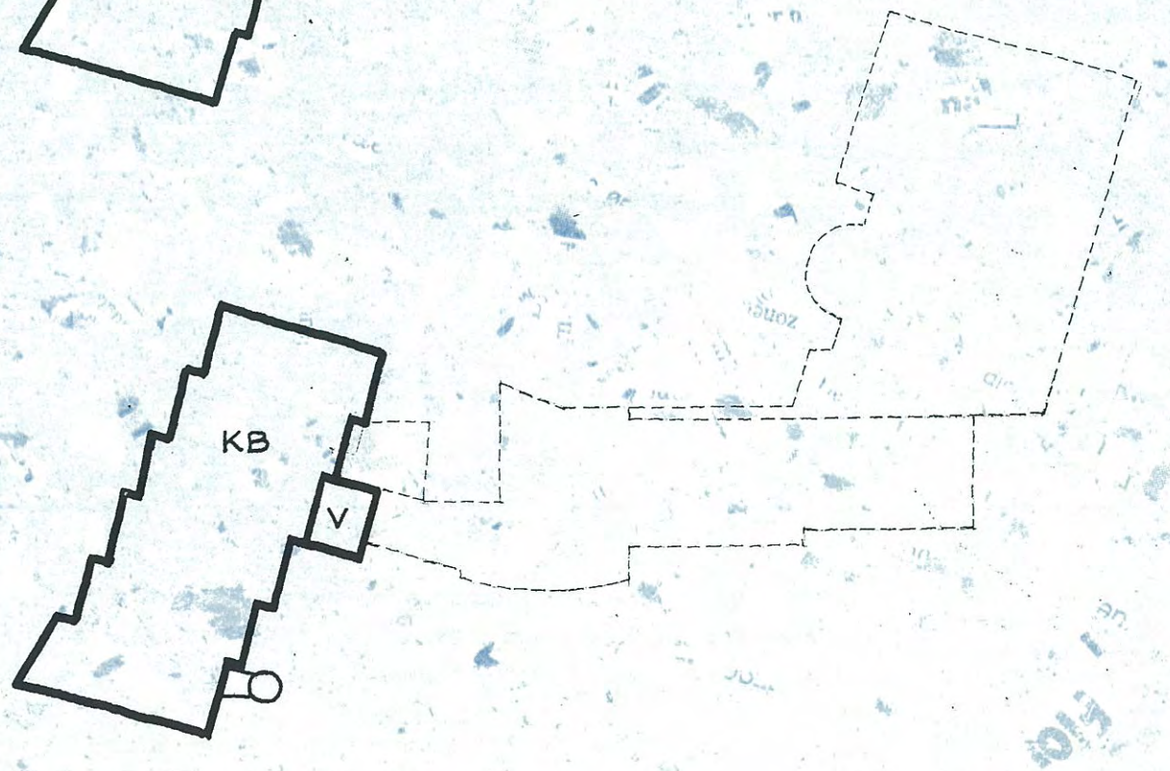
polikliniek



begane grond



1e verdieping



2e en 3e verdieping

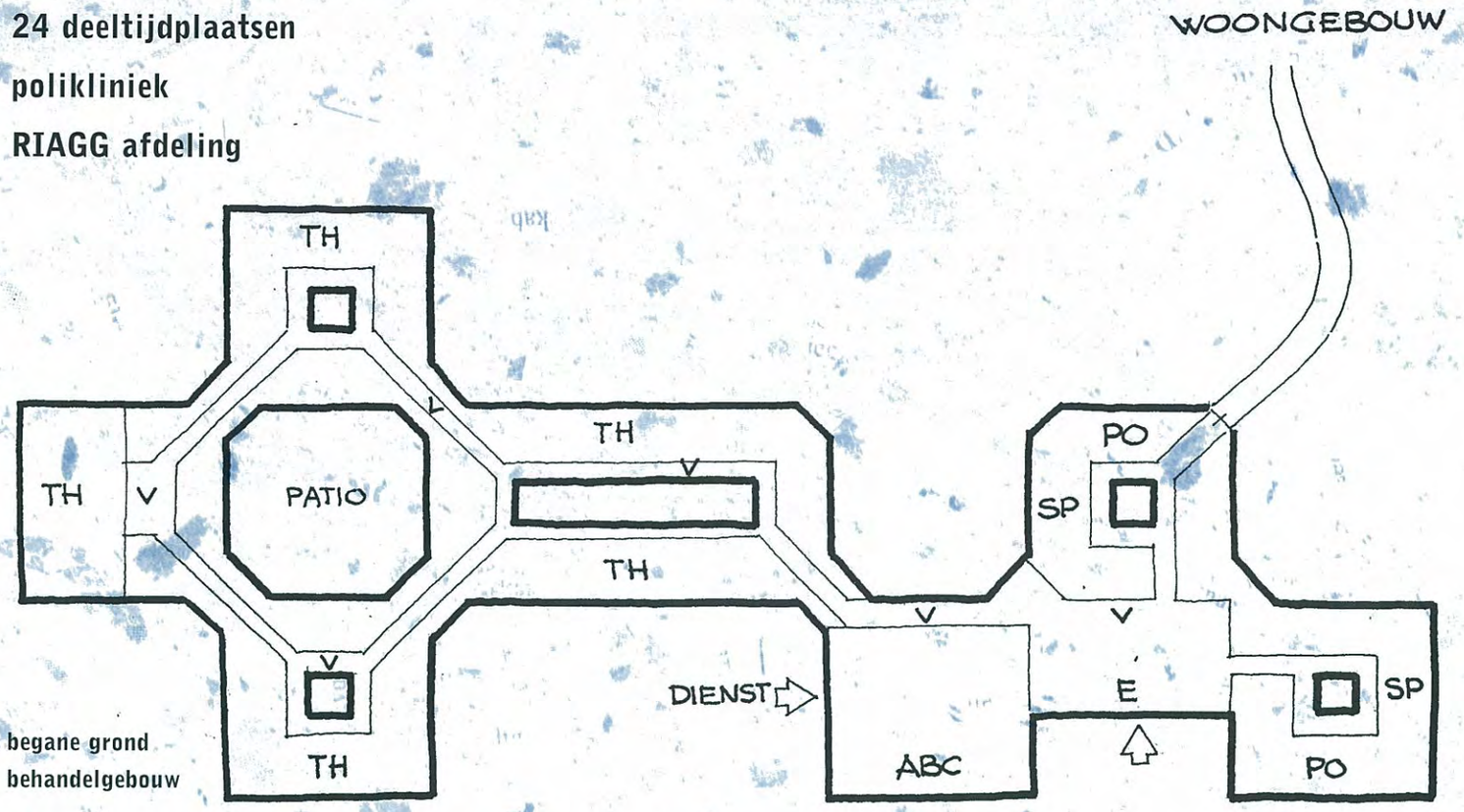
MFE Almere

48 klinische plaatsen

24 deeltijdplaatsen

polikliniek

RIAGG afdeling

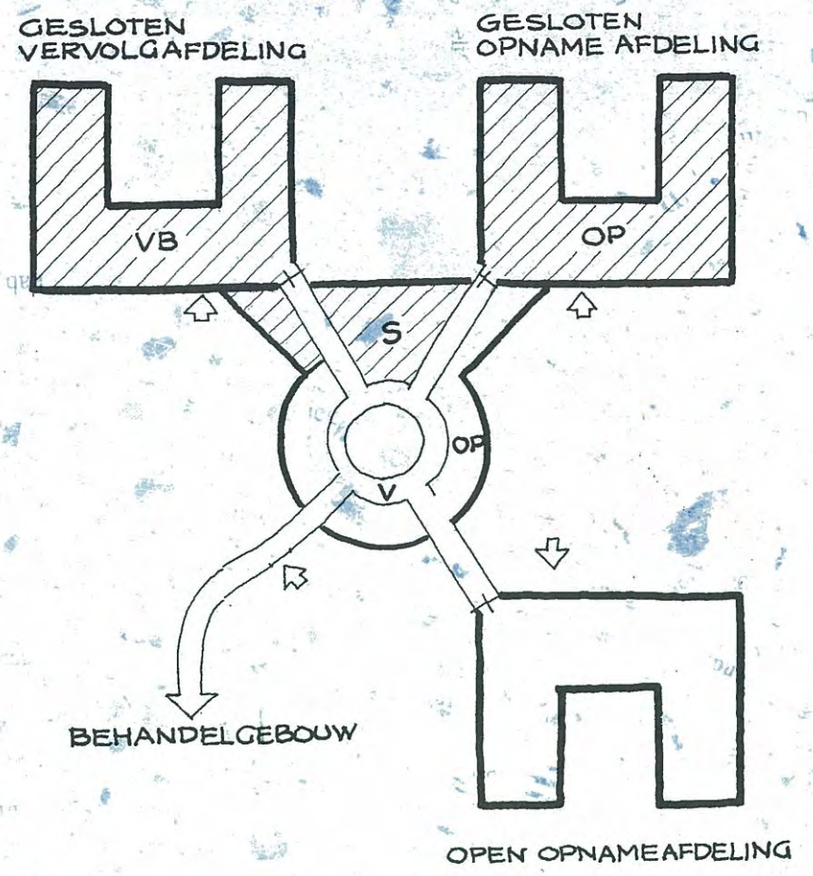


begane grond
behandelgebouw

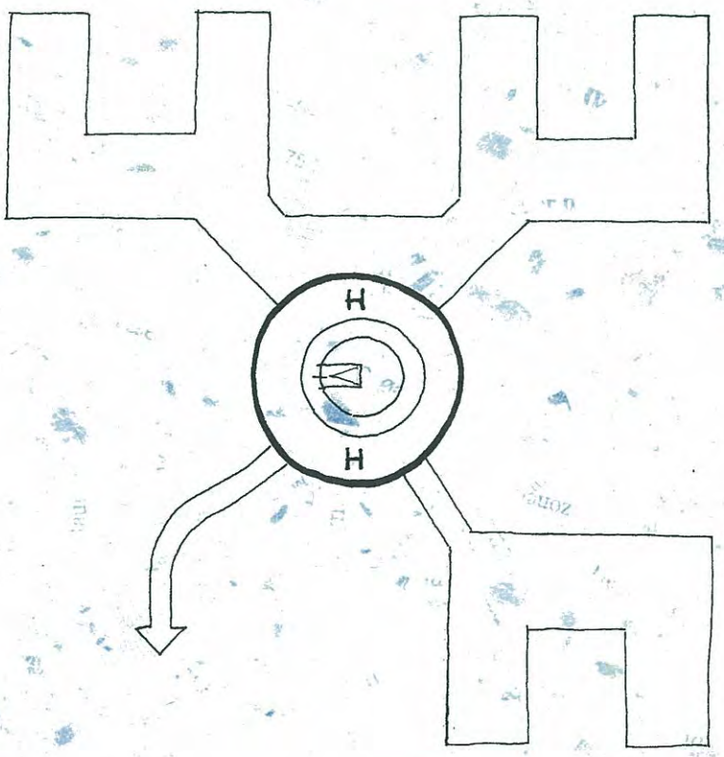


verdieping
behandelgebouw

MFE Almere



begane grond
woongebouw



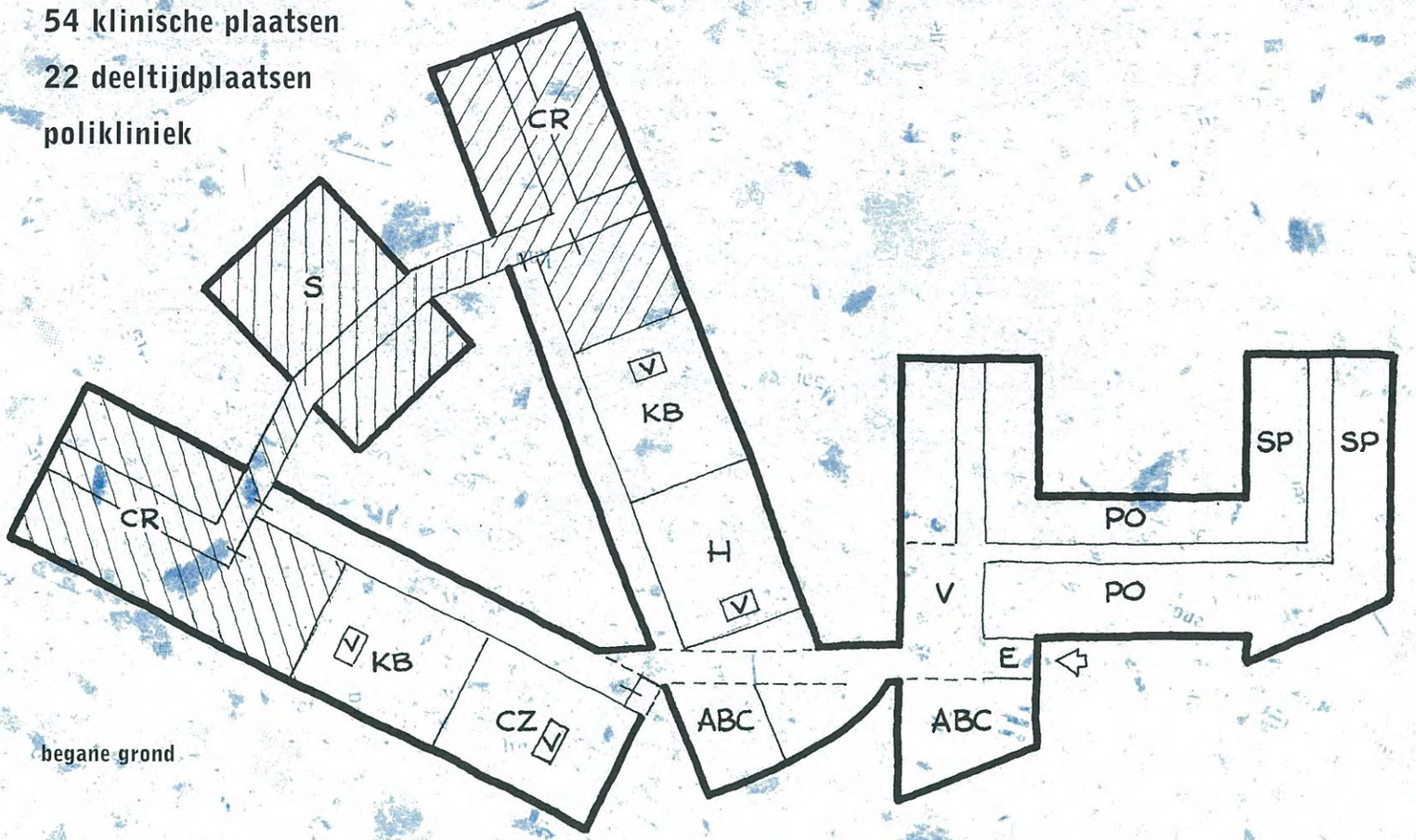
1e verdieping
woongebouw

MFE Nieuwegein

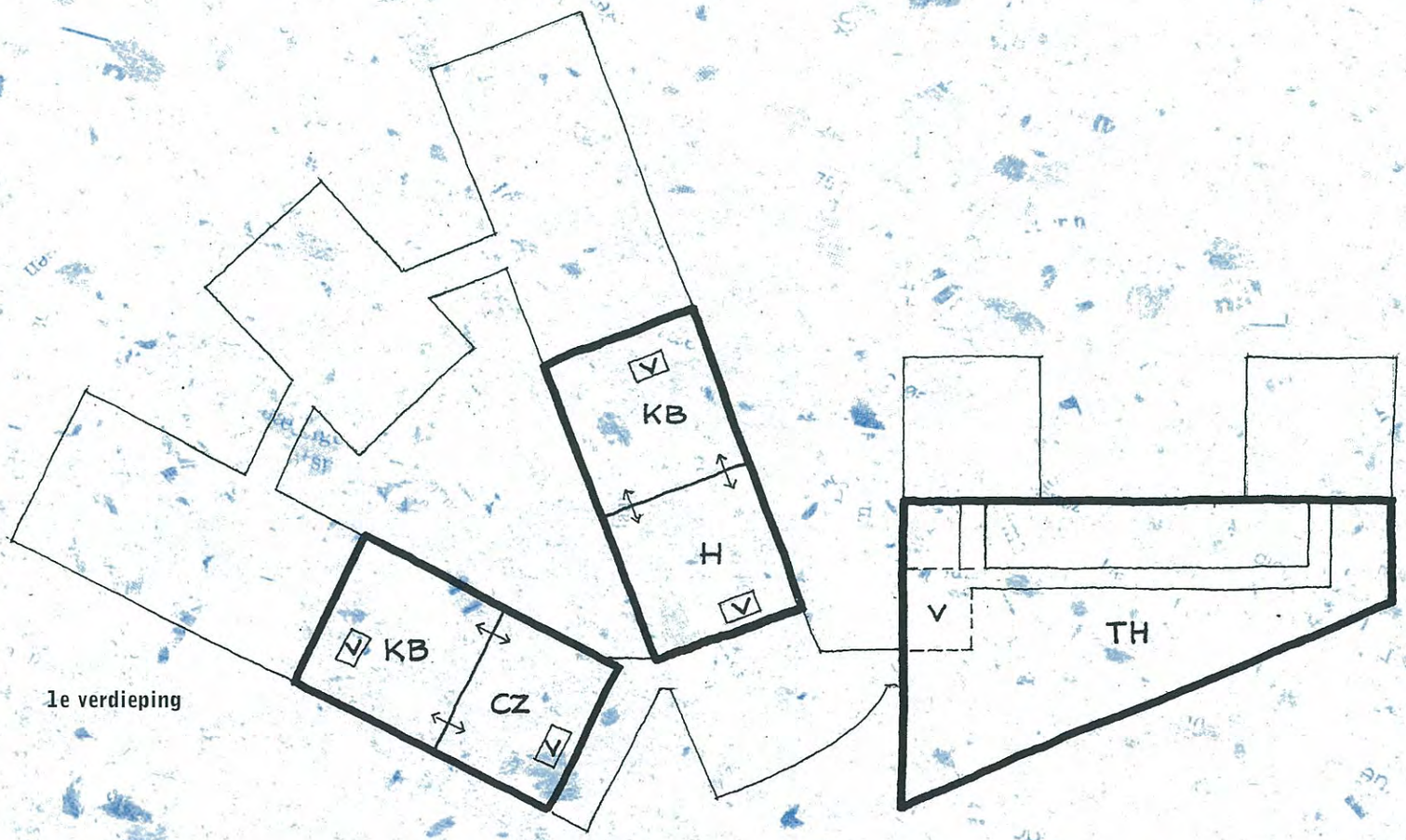
54 klinische plaatsen

22 deeltijdplaatsen

polikliniek



begane grond



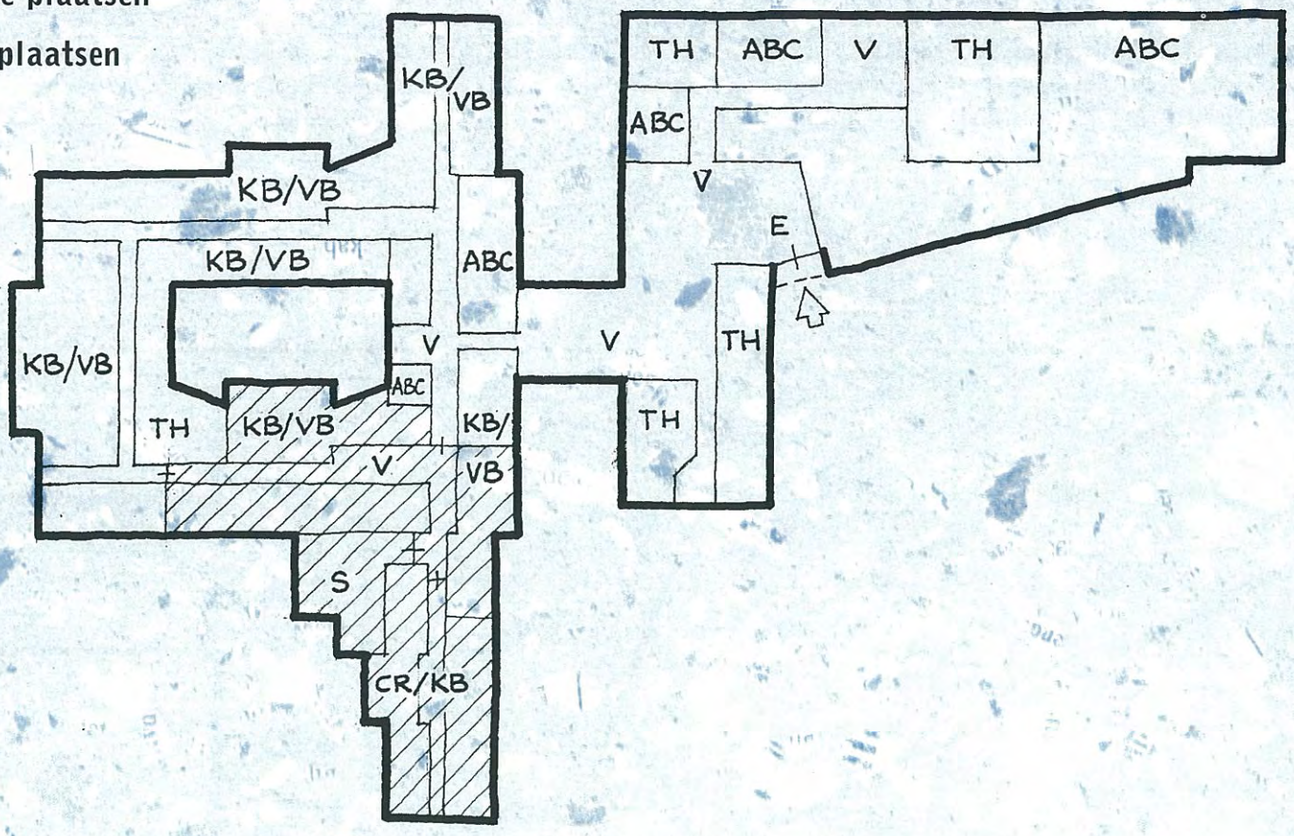
1e verdieping

MFE Woerden

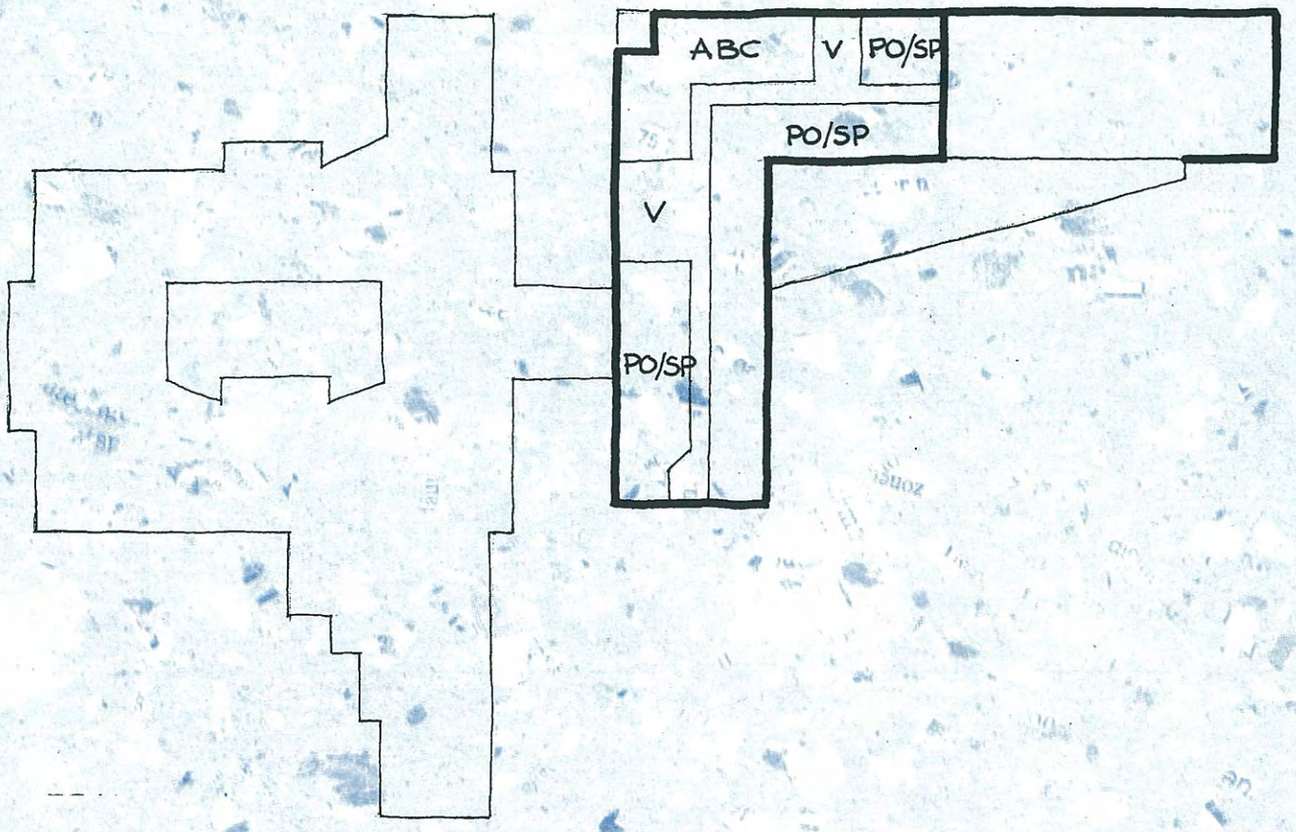
36 klinische plaatsen

20 deeltijdplaatsen

polikliniek

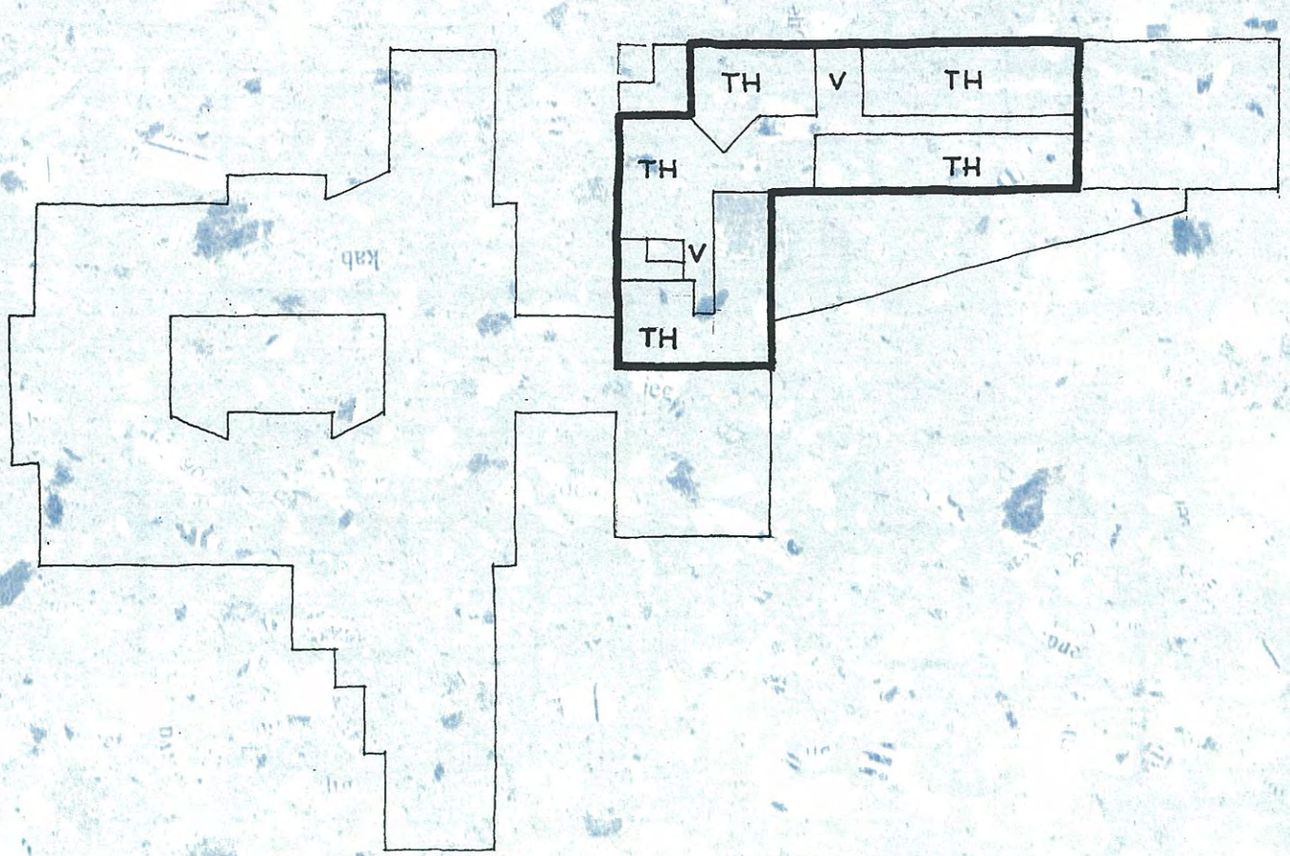


begane grond



1e verdieping

MFE Woerden



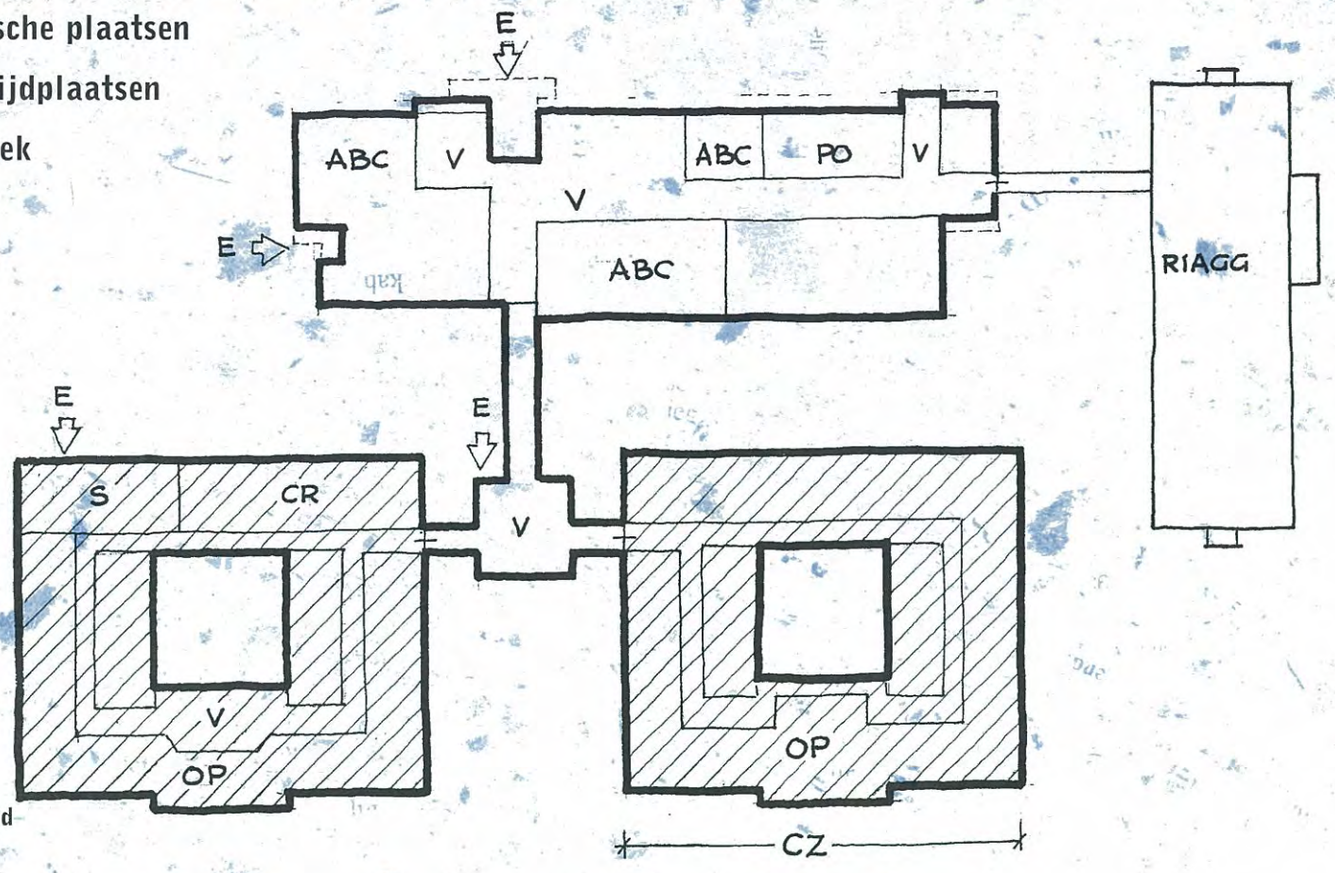
2e verdieping

MFE Amstelveen

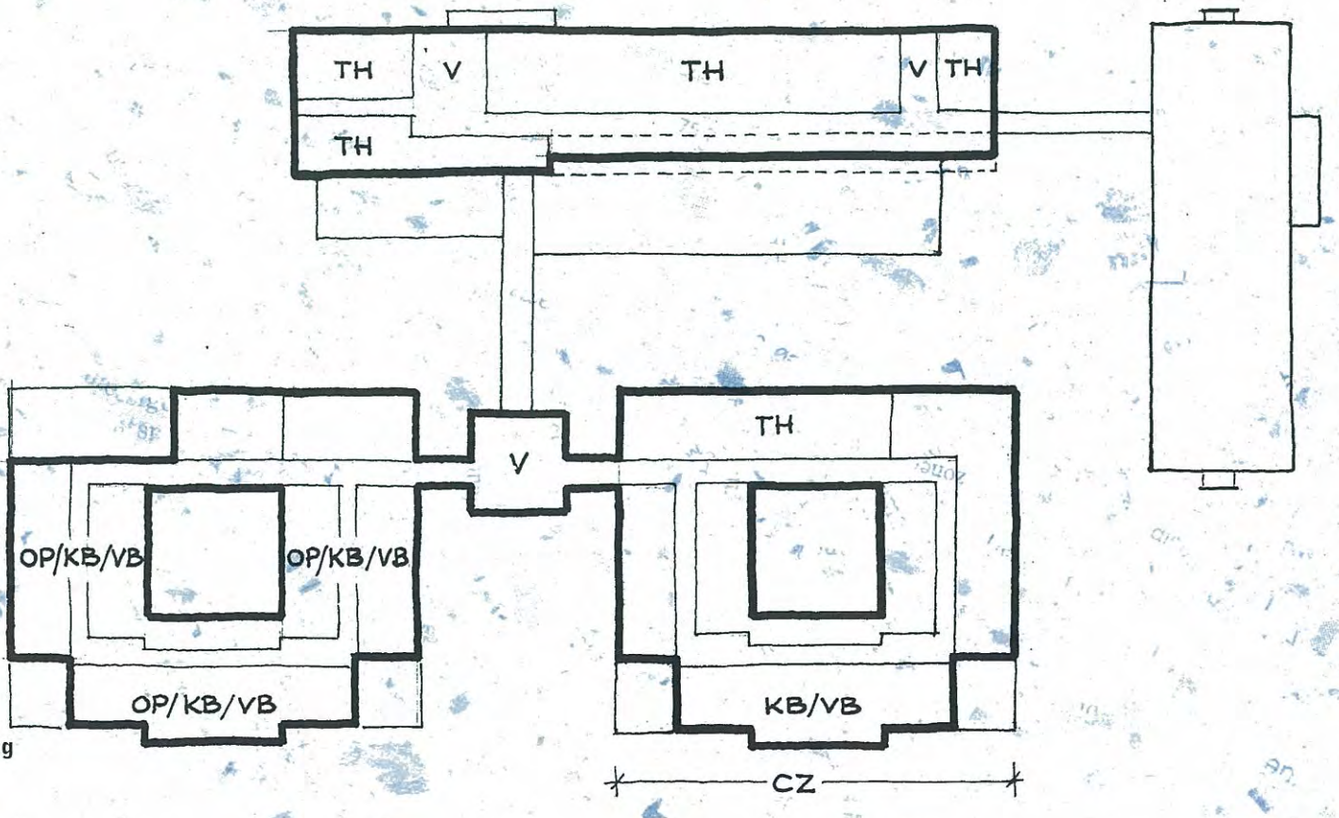
72 klinische plaatsen

32 deeltijdplaatsen

polikliniek

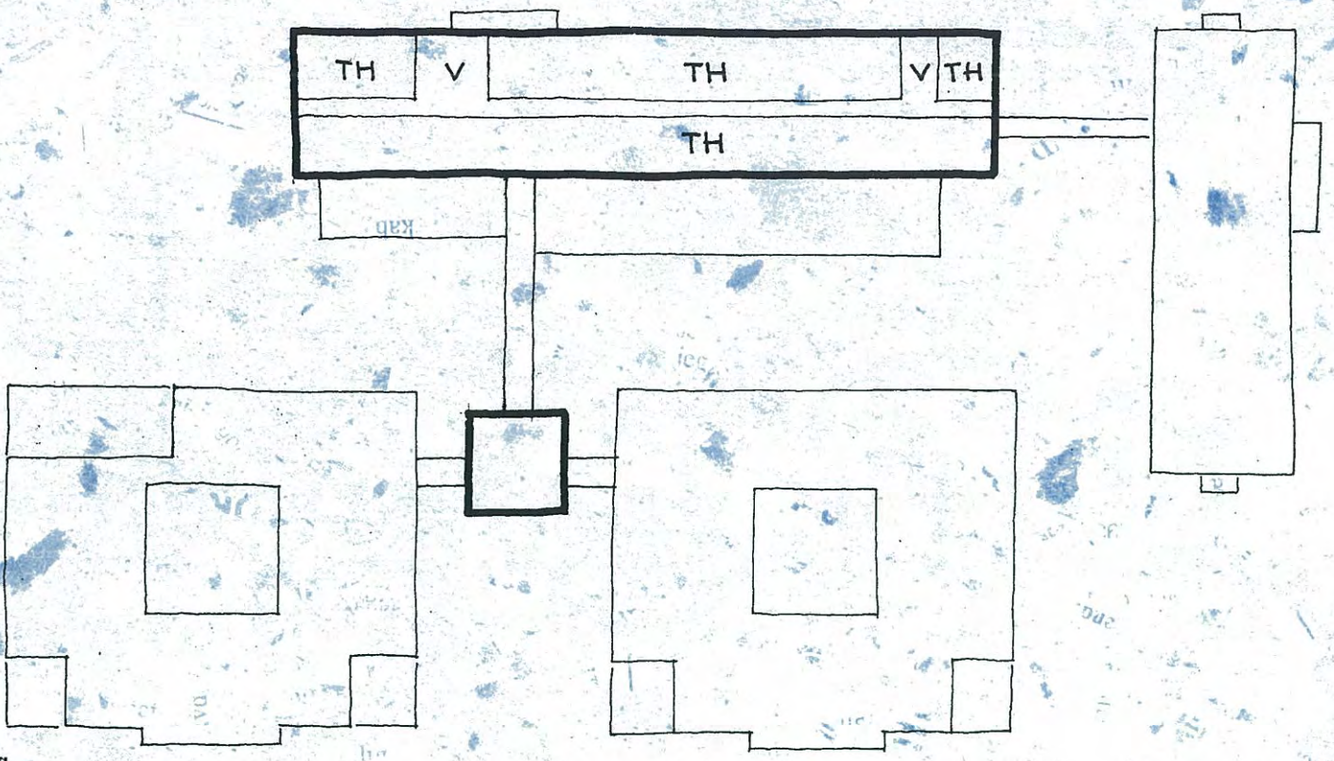


begane grond



1e verdieping

MFE Amstelveen

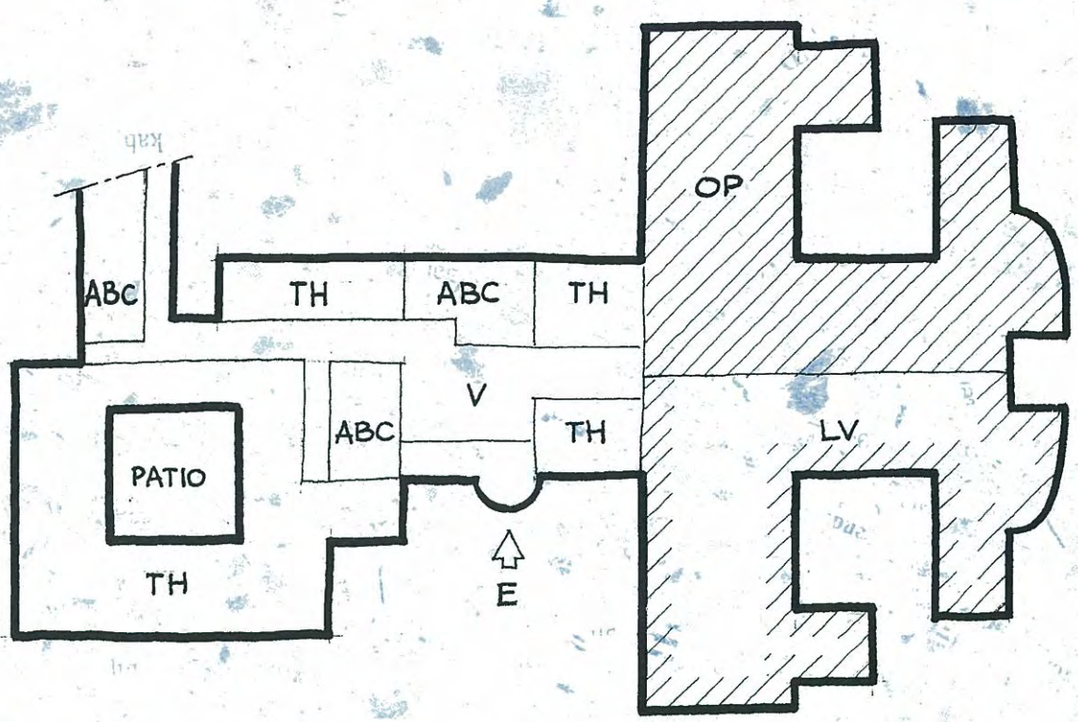


2e verdieping

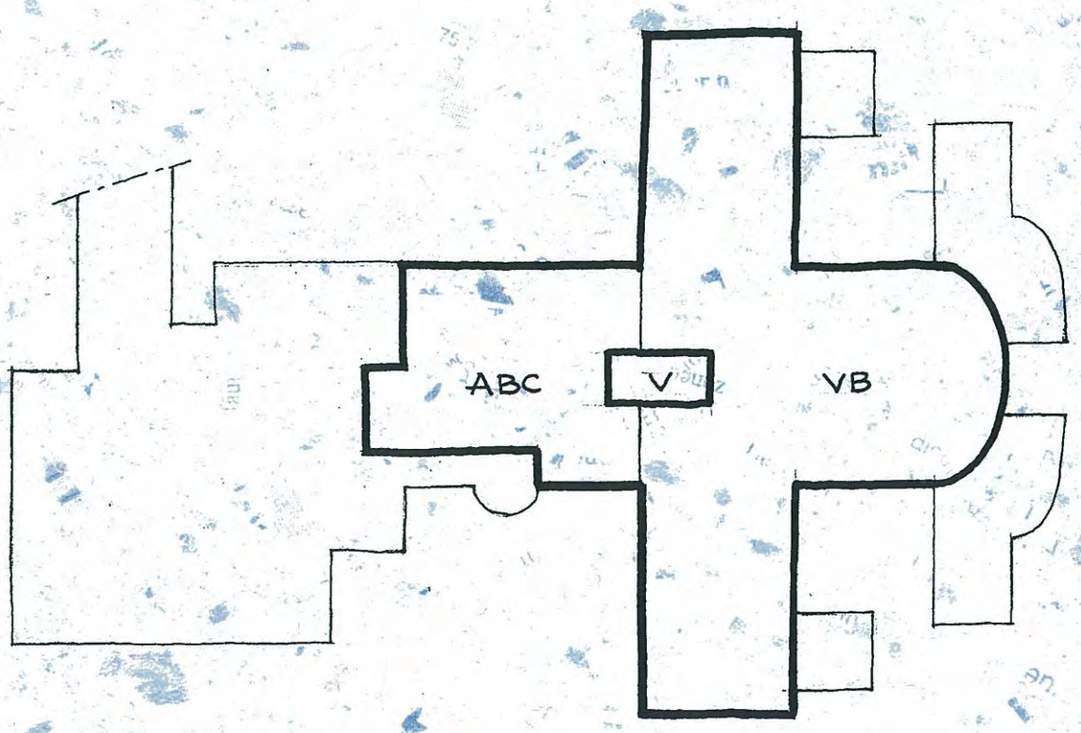
SPDC Amsterdam Noord

56 klinische plaatsen

20 deeltijdplaatsen



begane grond



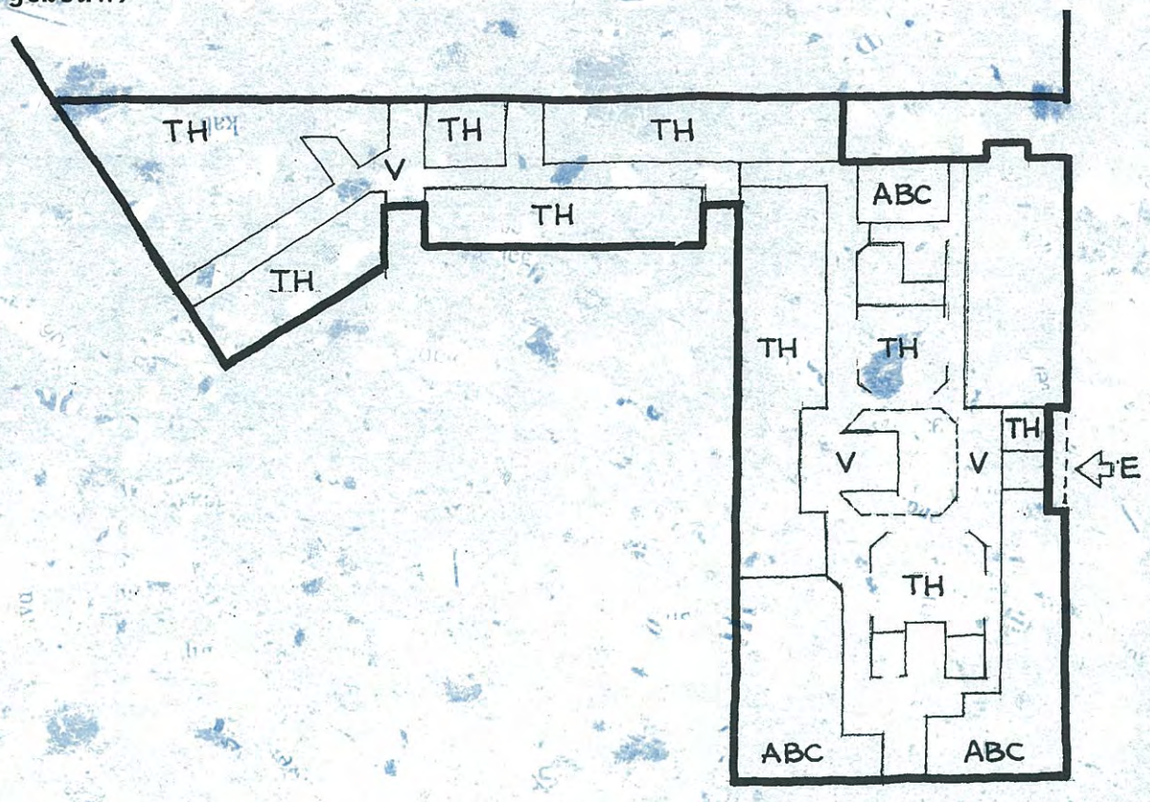
1e verdieping

SPDC Amsterdam Oost

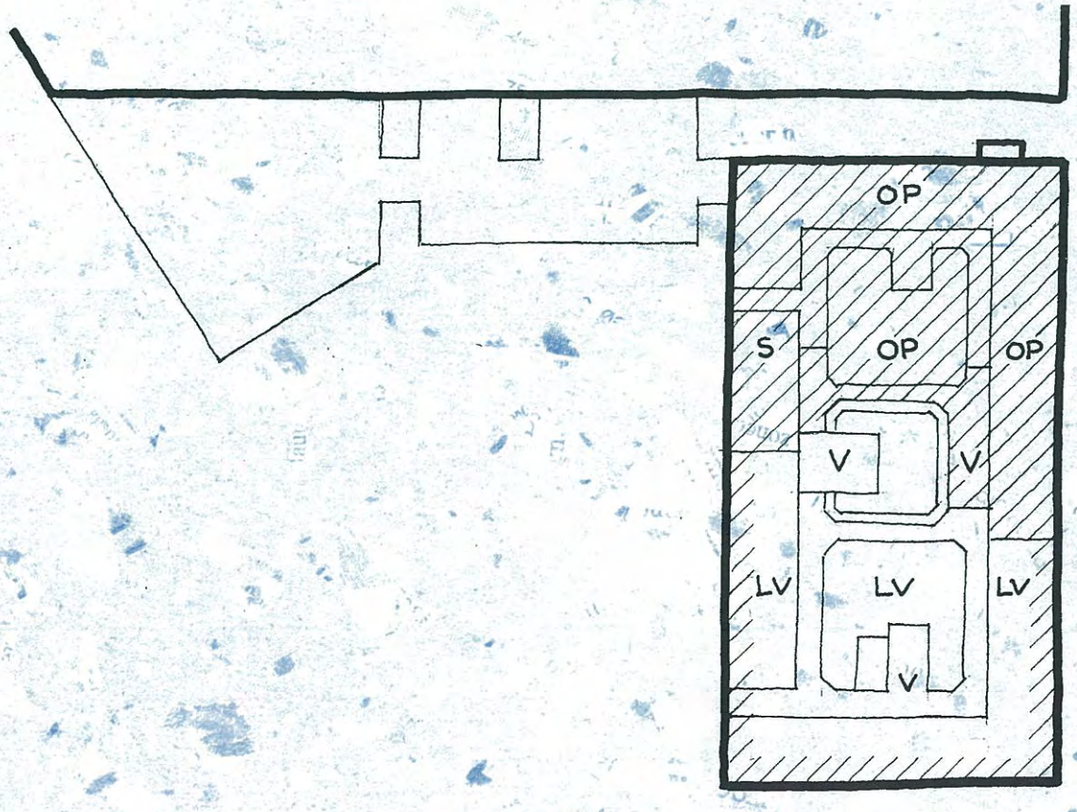
50 klinische plaatsen

24 deeltijdplaatsen

polikliniek (in apart gebouw)

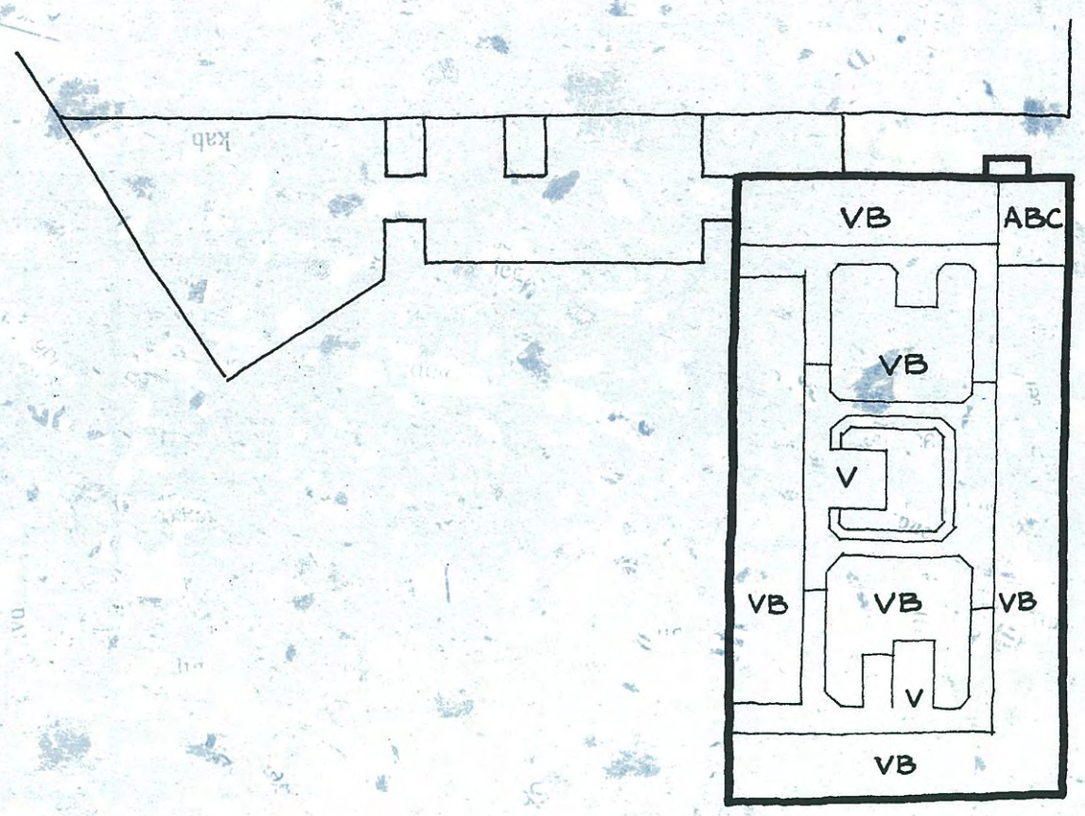


begane grond



1e verdieping

SPDC Amsterdam Oost



2e verdieping

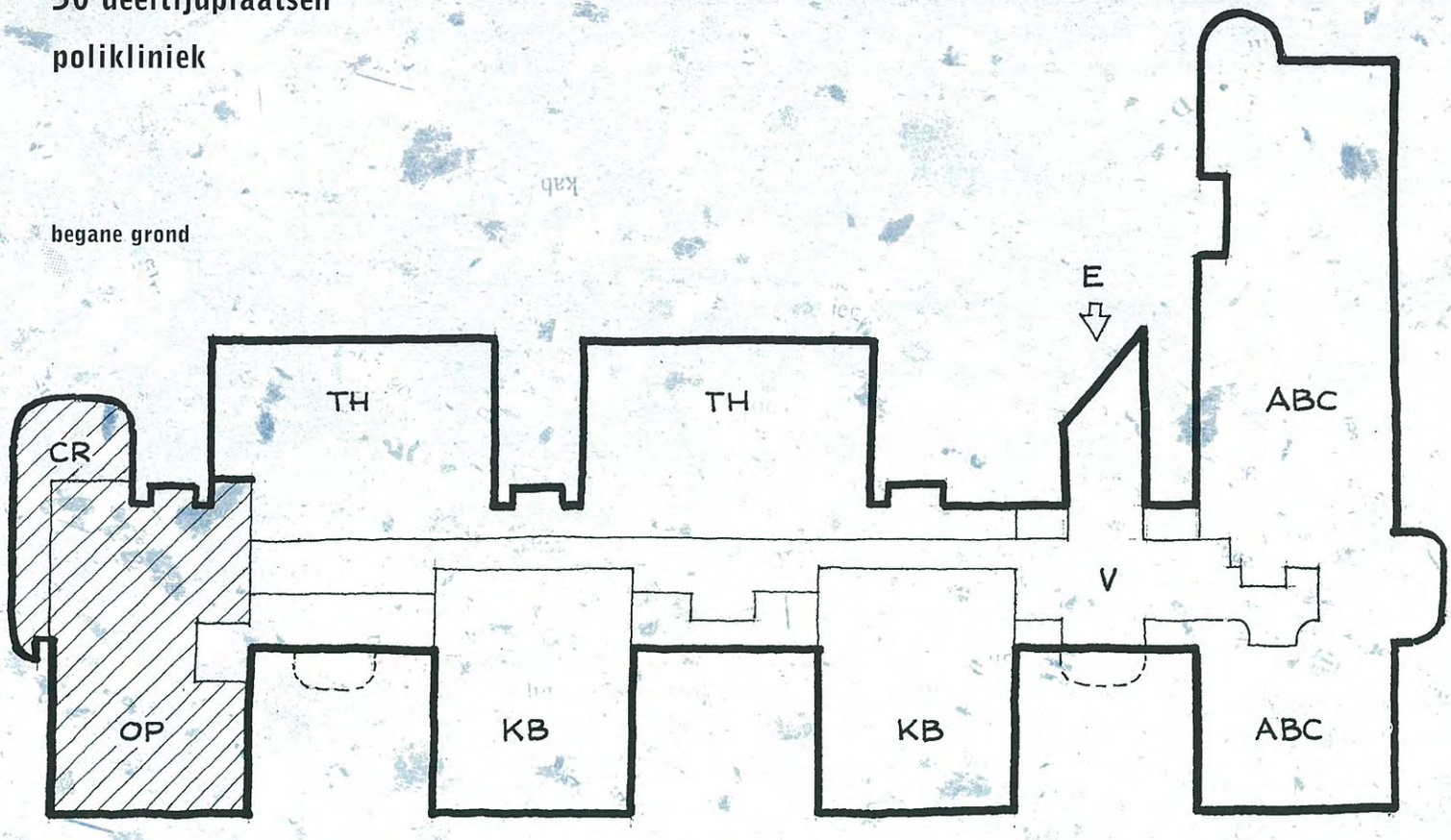
MFE Gouda

70 klinische plaatsen

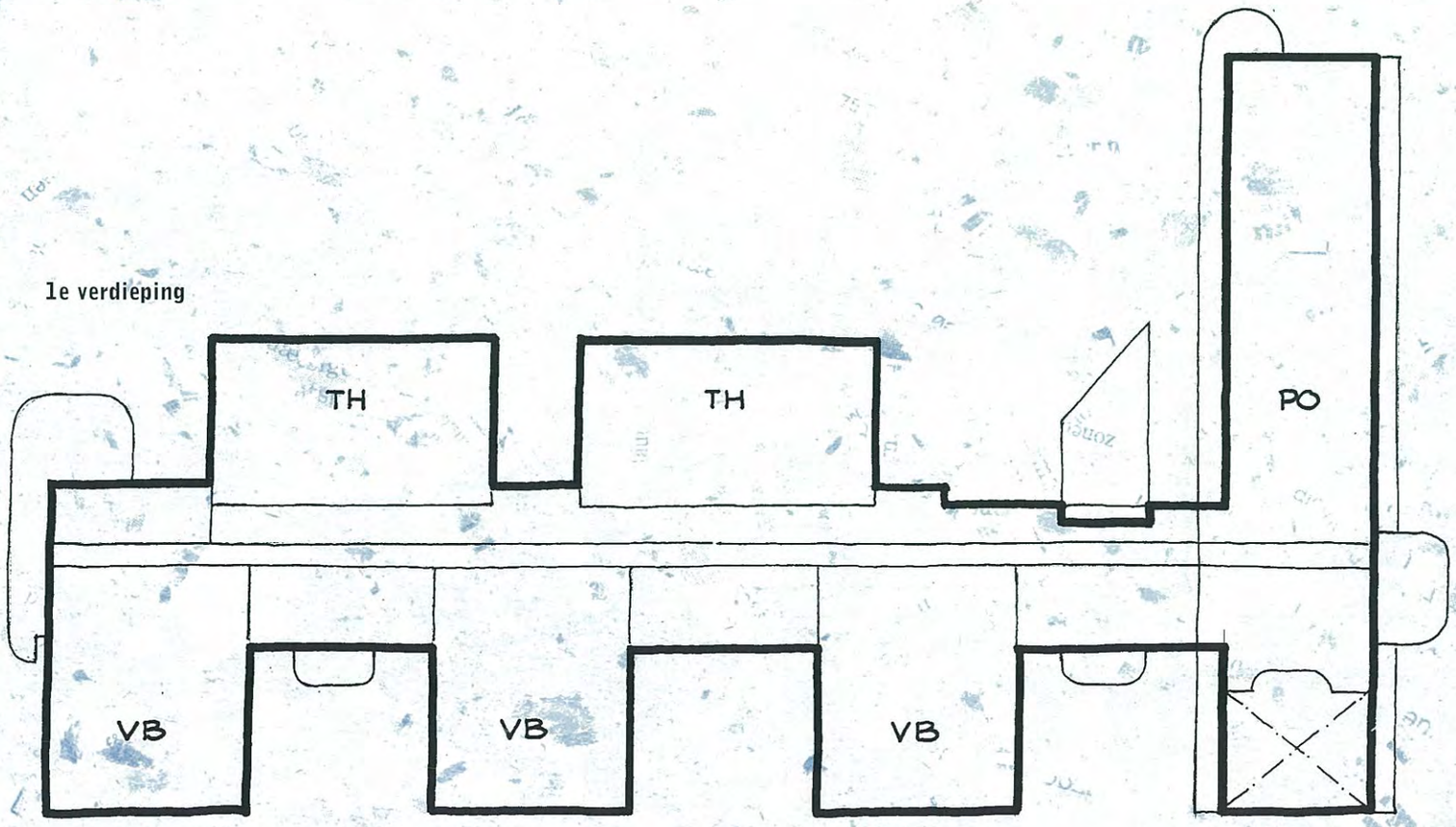
30 deeltijdplaatsen

polikliniek

begane grond



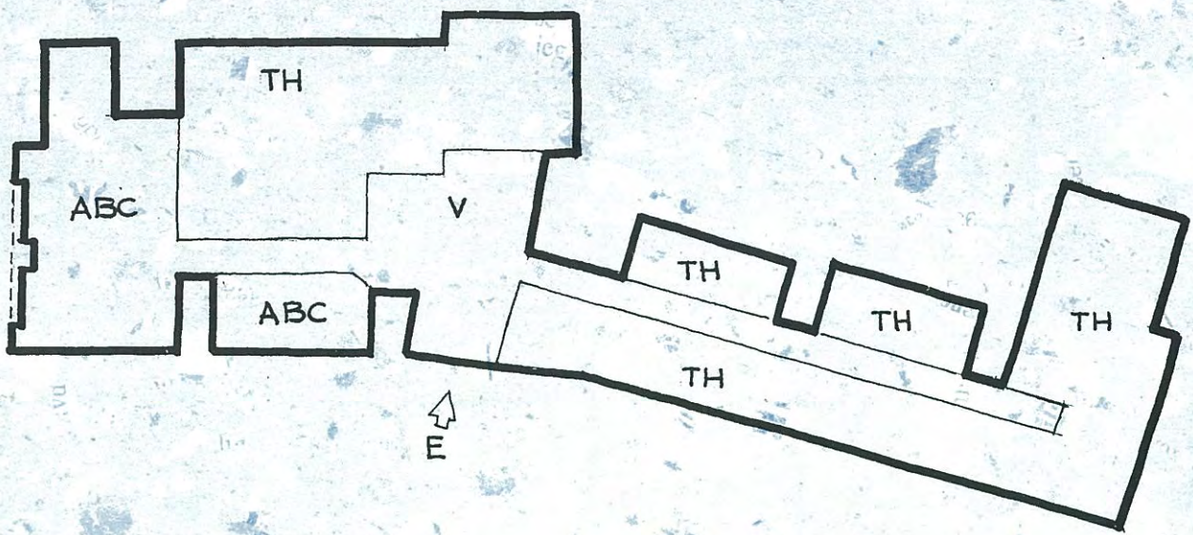
1e verdieping



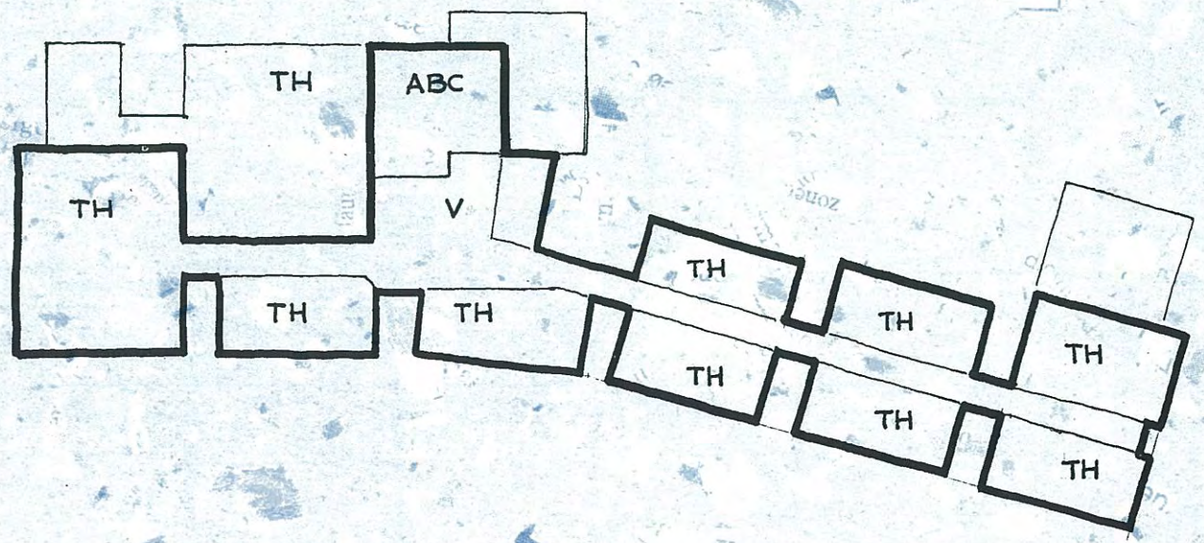
MFE Schiedam

100 klinische plaatsen

40 deeltijdplaatsen

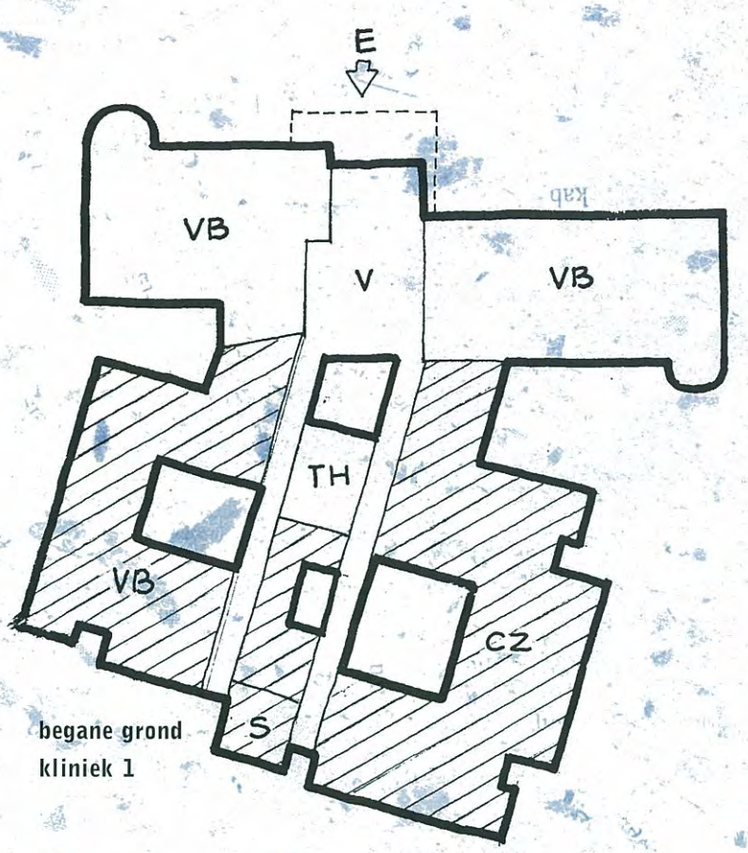


begane grond
behandelgebouw

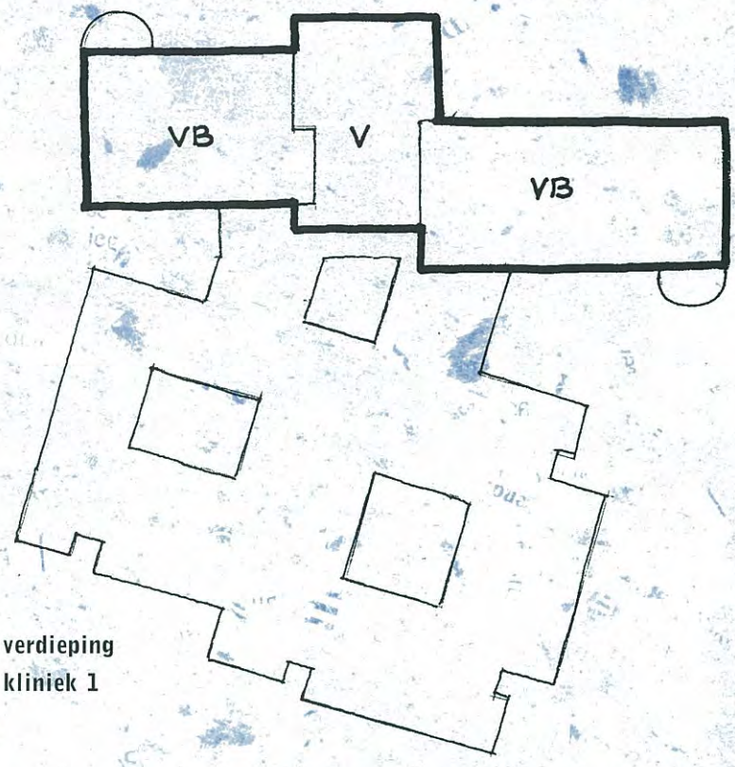


1e verdieping
behandelgebouw

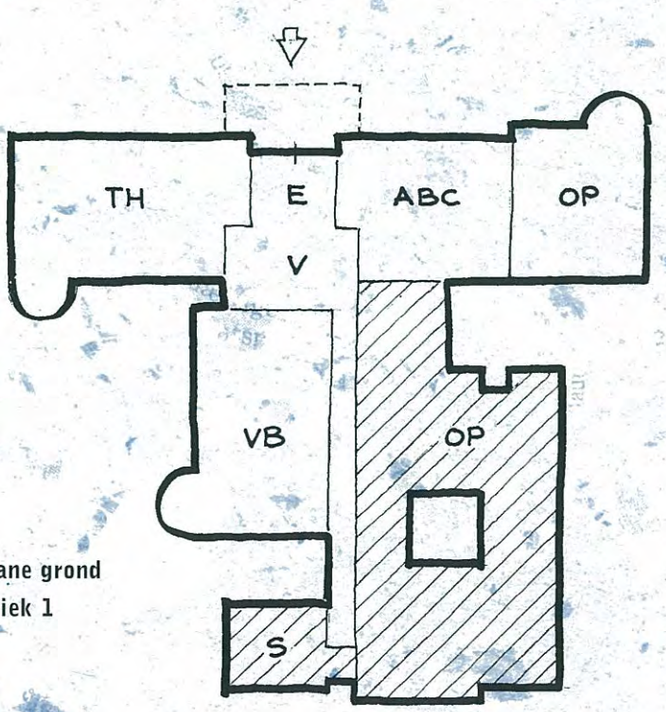
MFE Schiedam



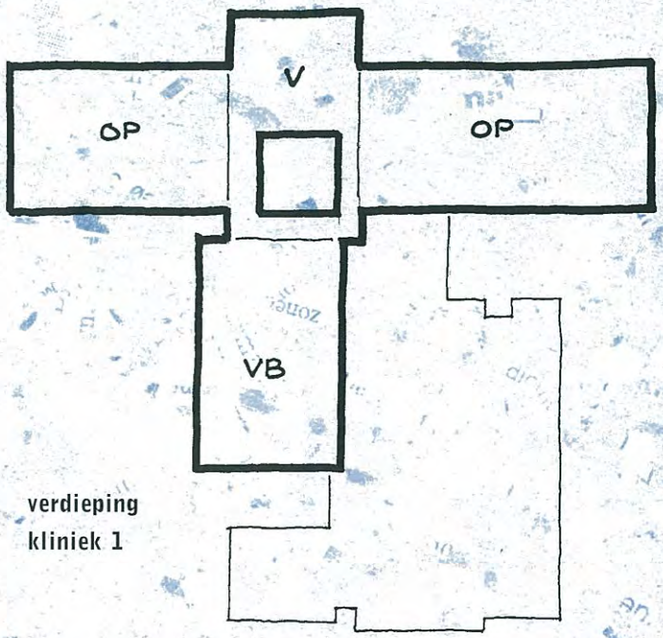
begane grond
kliniek 1



verdieping
kliniek 1



begane grond
kliniek 1



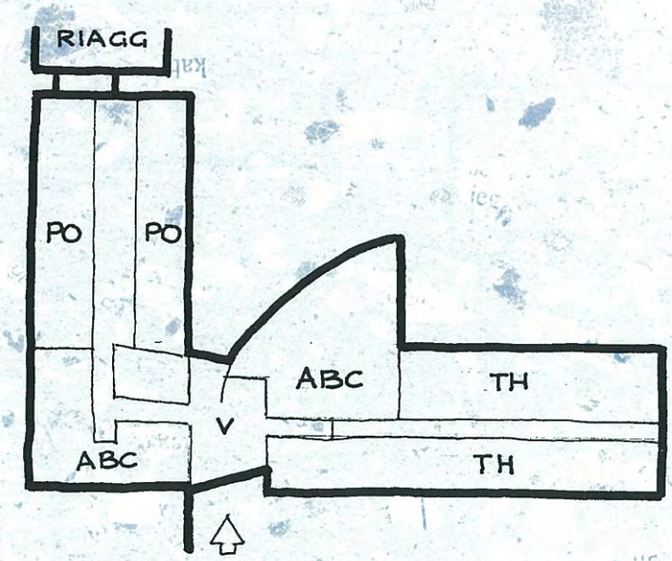
verdieping
kliniek 1

MFC Rotterdam Zuid

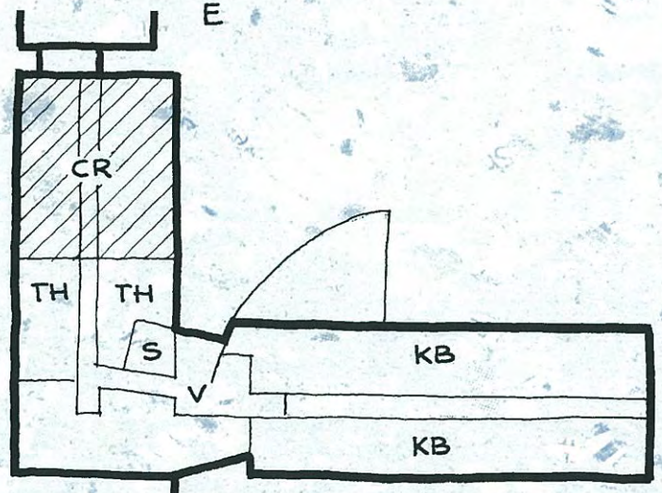
24 klinische plaatsen

32 deeltijdplaatsen

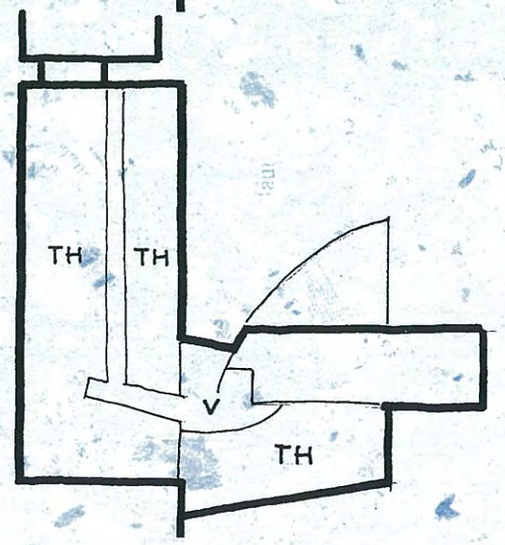
polikliniek



begane grond



1e verdieping



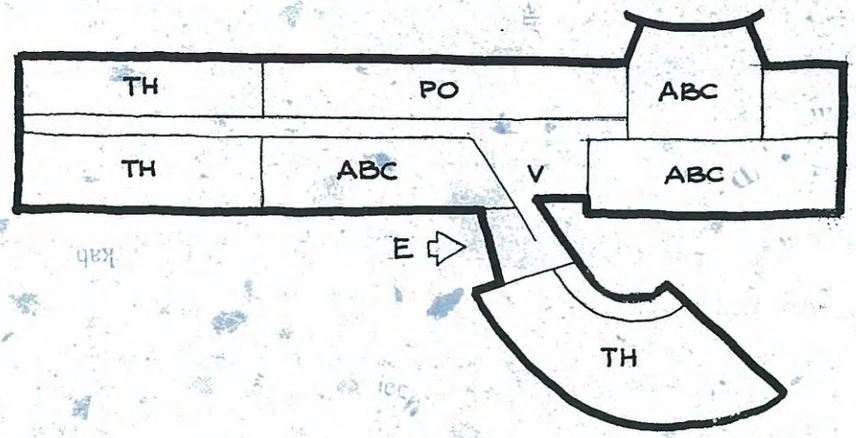
2e verdieping

MFC Hellevoetsluis

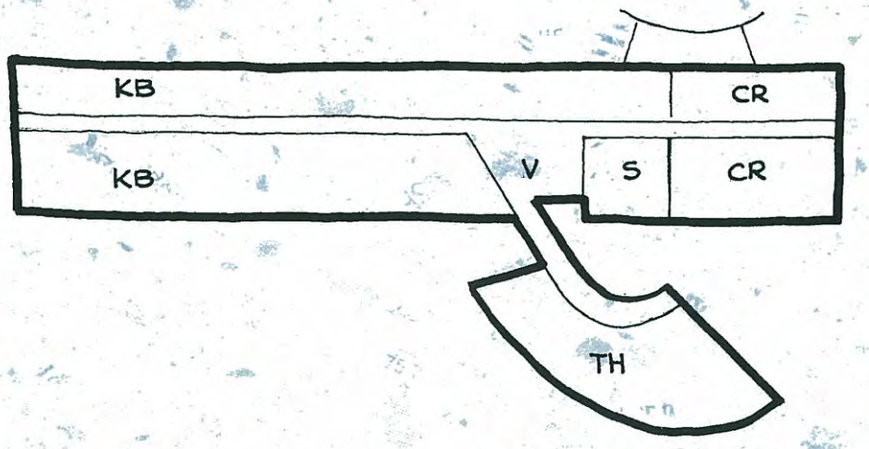
40 klinische plaatsen

24 deeltijdplaatsen

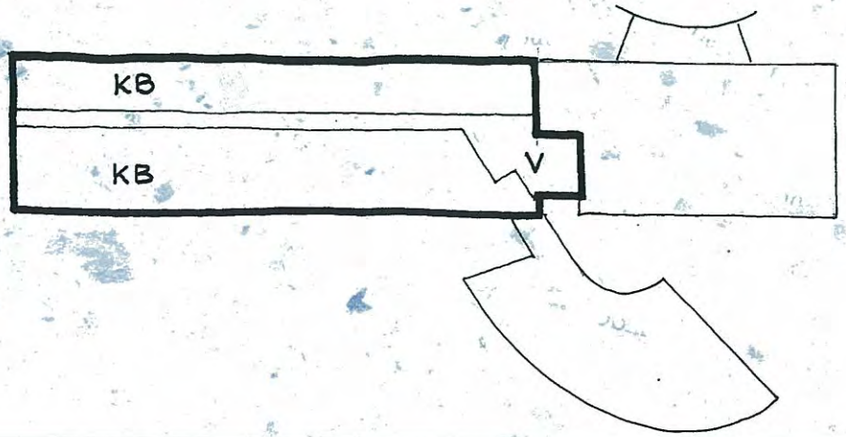
polikliniek



begane grond



1e verdieping

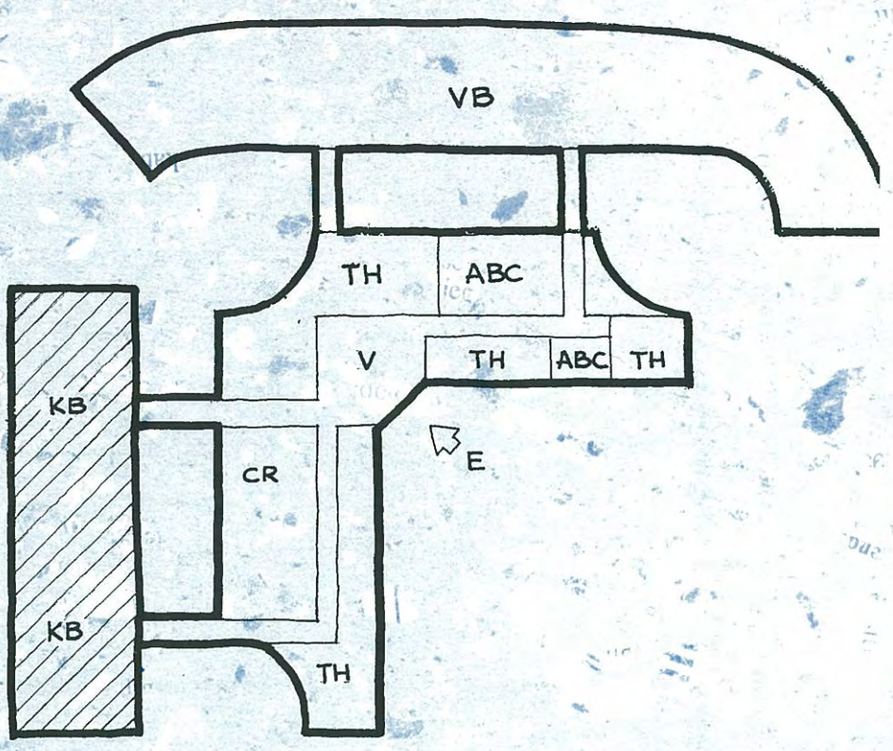


2e verdieping

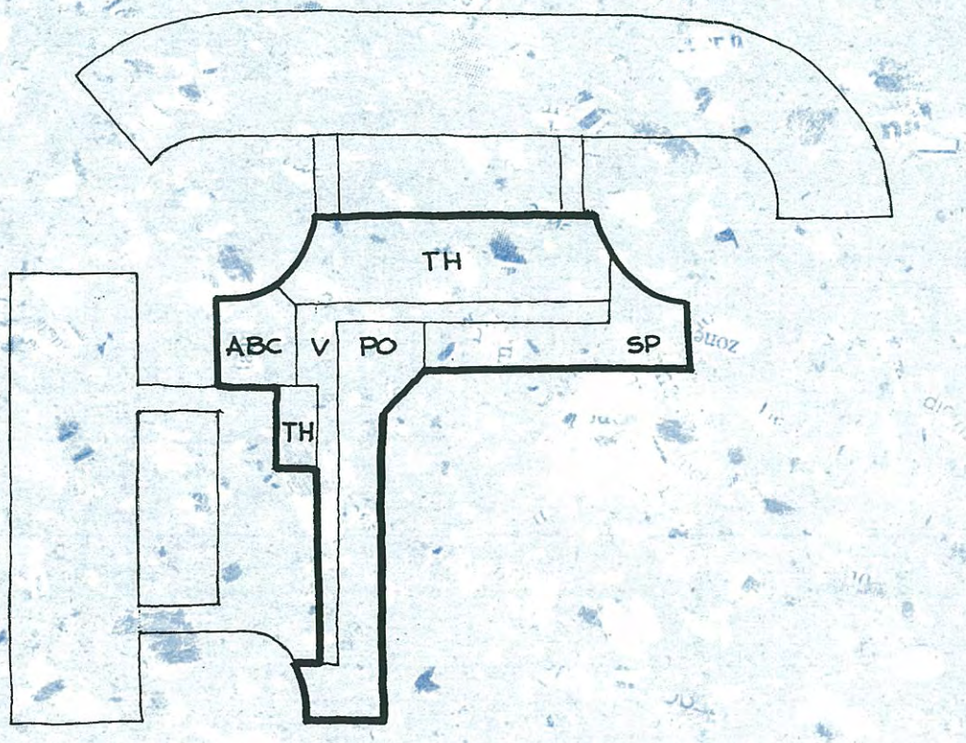
MFE Gorinchem

40 klinische plaatsen

polikliniek



begane grond



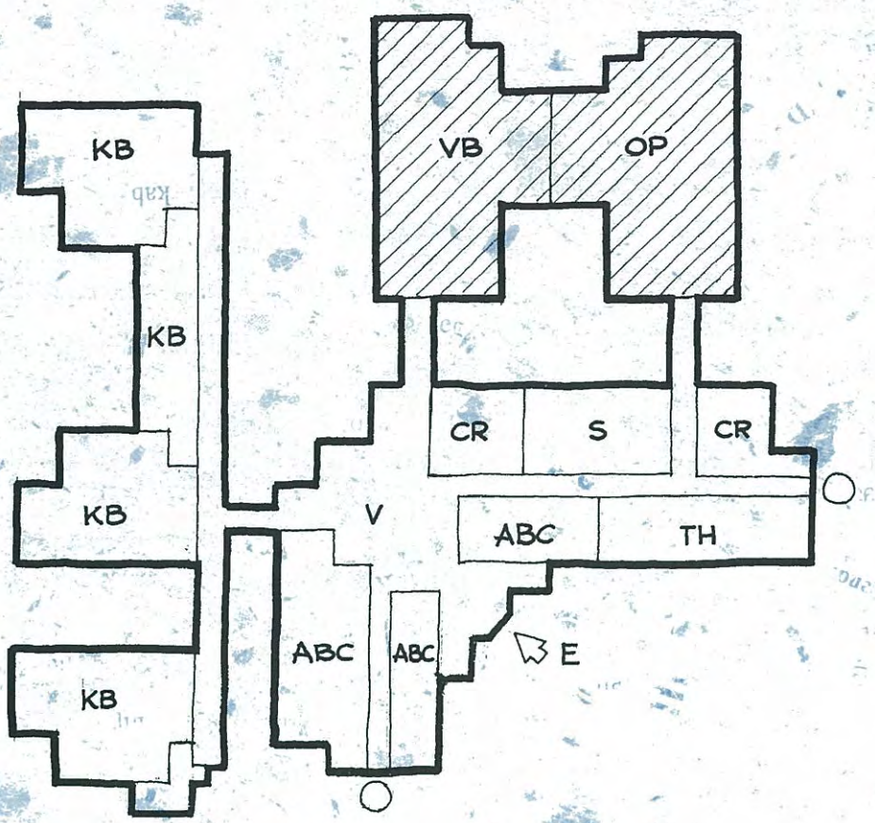
1e verdieping

MFE Dordrecht

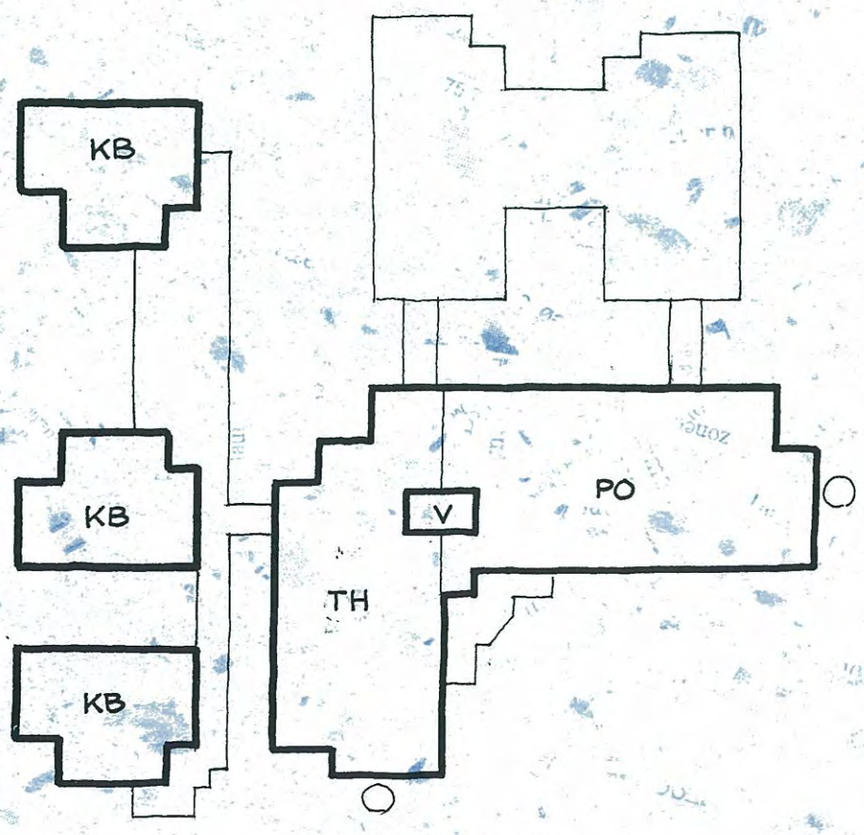
54 klinische plaatsen

24 deeltijdplaatsen

polikliniek

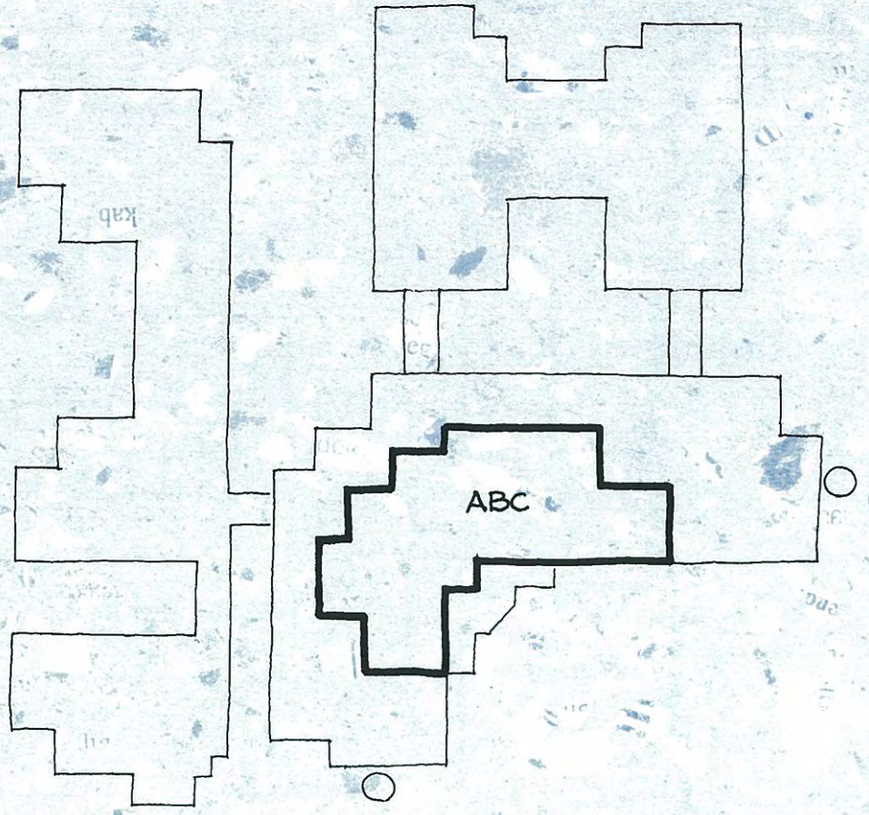


begane grond



1e verdieping

MFE Dordrecht



2e verdieping

Literatuuroverzicht

- *Advies Multifunctionele Eenheden*. NRV, Zoetermeer, 1985.
- Hezewijk, W.J.M., Multifunctionele benadering in de GGZ. *Metamedica*, jrg 66, 3 (1987), p. 102-112.
- *Advies Ontwerp-besluit Bouwmaatstaven*. CvZ, Utrecht, 1985.
- Hoogdalem, H. van, D.J.M. van der Voordt en H.B.R. van Wegen, Comparative floorplan-analysis as a means to develop design guidelines. *Journal of environmental psychology*, jrg. 5 (1985) p. 153-179.
- *Naar een geïntegreerd psychiatrisch behandelaanbod in Zwolle; een multifunctioneel model*. Werkgroep MFE, Zwolle, 1992.
- *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Ministerie van WVC, Rijswijk, 1984.
- *Onder anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Ministerie van WVC, Rijswijk, 1993.
- *Rapport Multifunctionele Eenheden 1984-1990*. NRV en CvZ, Zoetermeer, 1991.
- Romme, Prof. Dr. M.A.J., *Onder één Dak. Verslag van het symposium over Regionale Psychiatrische Centra als Multifunctionele Eenheden in Rotterdam*. Rotterdam, 1985, p. 71-74.
- Roosenschoon, Drs. B.J., *Bestuurbare Deconcentratie*. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1988.
- Vuister, F., Boston in Brabant. *MGv*, jrg. 45, 10 (1990), p. 1050-1063.
- de Wilde, G. en R. Gorter (red.), *MFE, tussen droom en daad. Verslag van de invitational conference over MFE-vorming*. NcGv, Utrecht, 1993.

Medewerkers aan het project:

studiecoördinator:

Drs. E.K. Hoekstra
AKTA, onderzoeks- en adviesbureau voor gebruikskwaliteit van leef- en werkruimte, Utrecht

werkgroepleden:

Ir. W. van den Ban
NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, Utrecht

H. Beekhoven AvB
Wiegerinck Architekten, Arnhem

Ir. R.H.M. Bonneur
Swinkels/Passchier/Bonneur/ Westelaken architekten & ingenieurs, Maastricht

Ir. B. van den Bos
Ingenieurs/Architekten Associatie, Enschede

Ir. J.J.M. Broere
Wiegerinck Architekten, Den Bosch

Ir. J.H.C.G. Calis
Calis & van Gendt Architekten bv, Den Bosch

Ir. G. Frishert
Kruisheer Elffers Architecten Adviseurs, Rotterdam

Ir. R.H. Gortemaker
Campman Tennekes de Jong Architekten, Gouda

Ir. A. van Hille
B & D Architekten bv, Leiden

Ir. J. Koldewey
Architektengroep Duintjer bv, Amsterdam

Ir. Y.P.J. van der Pluijm
EGM Architecten bv, Dordrecht

Ir. J. Smook-Noach (voorzitter)
Smook Architekten, Dordrecht

A.A.A. Verberne, psychiater
Stichting Het Hooghuys, Etten-Leur

Ir. D. Wentink
Architektenbureau Wentink, Baarn

secretariaat:

D. Branderhorst, notuliste

J. van Oirschot, secretariaat STAGG





STAGG

Stichting Architektenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg