PROGRAMMA VAN EISEN (PvE)

GEZONDHEIDSCENTRUM MEEDEN

CONCEPT – uitgangspunten voor gemeentelijke tender

Datum: 19-10-2026
Versie 1

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding en aanleiding	3
2. Doelstelling project	4
3. Zorgvraag en praktijkprofiel	4
4. Organisatie en werkprocessen	8
5. Functionele eisen en routing	9
6. Ruimteprogramma huisartsenpraktijk	10
7. Ruimteprogramma samenwerkingspartners	12
8. Parkeren, bereikbaarheid en ambulance	13
9. Technische en bouwkundige randvoorwaarden	14
10. Toekomstbestendigheid en uitbreidbaarheid	14
11. Samenvatting en totaalindicatie oppervlak	15
Bijlage 1: Indicatieve oppervlakten (m^2)	17
Bijlage 2: Eisen- en wensenmatrix Gezondheidscentrum Meeden	18

INLEIDING GEÏNTEGREERD PROGRAMMA VAN EISEN

Dit document bundelt de ruimtelijke en functionele eisen van de huisartsenpraktijk, fysiotherapie en Buurtzorg voor een toekomstbestendig gezondheidscentrum in Meeden. Het dient als inhoudelijke basis voor de door de gemeente Midden-Groningen voor te bereiden tender. De programma's beschrijven de eigen zorgprocessen en geven aan waar voorzieningen doelmatig kunnen worden gedeeld. De gemeente wordt gevraagd een ontwerp en financieel voorstel te laten uitwerken waarin bereikbaarheid, privacy, exploitatie en betaalbaarheid in samenhang worden beoordeeld.

Uitgangspunt is een efficiënt gebouw met een voorkeur voor laagbouw. De definitieve verdeling van ruimten, bouwlagen en huurgrenzen wordt in het ontwerptraject vastgesteld; de indicatieve oppervlakten uit de deelprogramma's mogen niet zonder gelijke meetgrondslag bij elkaar worden opgeteld.

1. Inleiding en aanleiding

De huisartsenpraktijk in Meeden is momenteel gehuisvest in een praktijk aan huis. Deze huisvesting is niet langer passend bij de huidige en toekomstige zorgvraag. De locatie biedt onvoldoende mogelijkheden om de huisartsenzorg toekomstbestendig te organiseren en door te ontwikkelen naar een gezondheidscentrum.

De huidige huisvesting kent daarnaast meerdere knelpunten:

- onvoldoende ruimte om de huidige zorgverlening en toekomstige zorgvraag goed te faciliteren;
- onvoldoende parkeergelegenheid voor patiënten en personeel;
- een verkeersonveilige situatie door de ligging aan een doorgaande weg;
- beperkte aantrekkelijkheid voor opvolging, mede gezien de toekomstige pensionering van de huidige praktijkhouder;
- beperkte mogelijkheden om samenwerking met eerstelijnspartners structureel te faciliteren.

Binnen de gemeente Midden-Groningen wordt in Meeden woningbouwontwikkeling gerealiseerd. In dit kader wordt onderzocht of binnen deze ontwikkeling tevens ruimte kan worden opgenomen voor de realisatie van een toekomstbestendig gezondheidscentrum, waarin de huisartsenpraktijk en samenwerkende eerstelijnspartners zich kunnen vestigen.

Dit Programma van Eisen (PvE) beschrijft de globale functionele, ruimtelijke en technische uitgangspunten en eisen voor het realiseren van Gezondheidscentrum Meeden. De indicatieve ruimtevraag en oppervlakten zijn gebaseerd op het LHV Bouwadvies (2025) en dienen als uitgangspunt voor verdere planuitwerking.

1.1 Reikwijdte

Dit geïntegreerde PvE omvat de huisartsenpraktijk, fysiotherapie en Buurtzorg. Overige partners (welzijnscoach, diëtist en OJG) kunnen op afspraak een gesprekskamer van de huisartsenpraktijk gebruiken. Per functie worden zelfstandige ruimten en mogelijke gedeelde voorzieningen onderscheiden.

1.2 Status en karakter van dit PvE

Dit PvE is globaal opgesteld en dient als richtinggevend document voor de planvorming en verdere uitwerking van het gezondheidscentrum. De genoemde oppervlakten en ruimtelijke uitgangspunten zijn indicatief en kunnen in de ontwerpfase, in overleg met betrokken partijen, nader worden geoptimaliseerd.

1.3 Uitgangspunt vastgoedontwikkeling en huurconstructie

Uitgangspunt is dat het gezondheidscentrum wordt gerealiseerd door een externe ontwikkelaar/investeerder of belegger. De huisartsenpraktijk heeft de intentie om zich als huurder in het nieuwe pand te vestigen op basis van een langjarige huurovereenkomst. Hierbij wordt uitgegaan van een huurperiode van indicatief 10–15 jaar, passend bij investeringszekerheid voor ontwikkelaar/belegger.
Met deze huurconstructie wordt beoogd een toekomstbestendige huisvesting te realiseren zonder dat de praktijk zelf investerings- en bouwrisico's draagt.

2. Doelstelling project

Het doel van het project is het realiseren van een toekomstbestendig gezondheidscentrum dat:

- huisartsenzorg duurzaam borgt voor inwoners van Meeden en omliggende kernen;
- voldoende capaciteit biedt voor medische zorg, ketenzorg en ondersteuning;
- samenwerking faciliteert met zorg- en welzijnspartners;
- voldoet aan toegankelijkheid, privacy, veiligheid en efficiënt werken;
- aansluit bij actuele werkwijzen in de huisartsenzorg (triage/backoffice);
- uitbreidbaar is bij toenemende zorgvraag (vergrijzing).

2.1 Uitgangspunten bereikbaarheid en toegankelijkheid

Bij de locatiekeuze en inrichting van het gezondheidscentrum is goede bereikbaarheid voor zowel patiënten als hulpdiensten een belangrijk uitgangspunt. Het gebouw dient drempelloos toegankelijk te zijn en geschikt voor mindervaliden, inclusief rolstoeltoegankelijke looproutes en voldoende manoeuvreerruimte.

3. Zorgvraag en praktijkprofiel

3.1 Patiëntenpopulatie

De praktijk richt zich primair op inwoners uit Meeden, Westerlee en Heiligerlee. Tevens verleent de huisartsenpraktijk intensieve zorg aan verpleeghuis De Zijlen in Muntendam,

waar zorg wordt geboden aan circa 20 bewoners. Daarnaast is er een beperkte instroom van patiënten uit omliggende plaatsen zoals Veendam en Scheemda.

Volgens richtlijnen en adviezen binnen de huisartsenzorg (onder andere van de LHV en het NHG) geldt dat de huisarts voor het afleggen van visites een maximale aanrijtijd van circa 10–15 minuten dient te hebben.

Het verzorgingsgebied van de praktijk omvat een gebied van circa 60 km^2.

3.2 Praktijkteam (huidig en uitgangspunt toekomst)
De huisartsenpraktijk in Meeden is momenteel ingericht met een team van huisartsen en ondersteunend personeel. Voor de toekomstige huisvesting wordt uitgegaan van een personele inrichting die aansluit bij de huidige zorgvraag, voldoende flexibiliteit biedt voor groei en past binnen landelijke ontwikkelingen in de huisartsenzorg.

Normpraktijk als referentie (LHV/NZa)
Als landelijke referentie hanteert de LHV (in lijn met de NZa-rekenmethodiek) een normpraktijk van circa 2.095 ingeschreven patiënten per 1,0 fte huisarts. Dit betreft een rekenkundige norm voor bekostiging en tariefstructuur. De LHV benadrukt dat de feitelijke praktijkomvang afhankelijk is van lokale omstandigheden, zoals leeftijdsopbouw, zorgzwaarte en sociaaleconomische kenmerken van de populatie. Gezien de vergrijzing en de toenemende complexiteit van zorgvragen wordt in de praktijk steeds vaker uitgegaan van een lagere haalbare patiëntenbelasting per fte huisarts.
Daarom wordt bij de inrichting van het gezondheidscentrum rekening gehouden met extra ondersteunende capaciteit en ketenzorgfuncties.

De huidige en gewenste personele inrichting is als volgt:

- Huisartsen: momenteel zijn er 3 huisartsen werkzaam. De toekomstige bezetting is afhankelijk van de inzet in uren (parttime/fulltime). Uitgangspunt is dat de praktijk minimaal kan functioneren met circa 2,0 fte huisartsencapaciteit. Dit sluit aan bij de huidige praktijkomvang en biedt ruimte om, afhankelijk van zorgzwaarte, de normpraktijkbelasting verantwoord te houden.
- Ondersteuning door PA/VS: om de huisartsenzorg toekomstbestendig te organiseren, wordt uitgegaan van de mogelijkheid tot inzet van een Physician Assistant (PA) of Verpleegkundig Specialist (VS).
  Deze functie kan bijdragen aan continuïteit en taakdifferentiatie, en ondersteunt de huisarts bij toenemende zorgvraag. Indicatief wordt uitgegaan van 0,6 tot 1,0 fte inzet.
- Doktersassistentes: momenteel zijn er 3 doktersassistentes met een gezamenlijke inzet van 109,5 uur per week (circa 2,88 fte). De praktijkorganisatie is erop gericht dat dagelijks minimaal 2 doktersassistentes aanwezig zijn.

Als minimale basisbezetting wordt uitgegaan van circa 90 uur per week (circa 2,37 fte) voor continuïteit van triage, telefonie, backoffice en assistentenspreekuur, met mogelijkheid tot opschaling afhankelijk van groei en zorgzwaarte.

- POH-Somatiek: momenteel 25 uur per week (circa 0,66 fte). Deze inzet wordt passend geacht voor de huidige somatische ketenzorg (zoals diabetes, CVRM en COPD/astma).
- POH-GGZ: momenteel 24 uur per week (circa 0,66 fte). Deze inzet wordt als ruim bemeten beschouwd.
  Uitgangspunt is geen uitbreiding en waar mogelijk afschaling, afhankelijk van de toekomstige zorgvraag en regionale afspraken over organisatie van GGZ-zorg.
- POH-Ouderenzorg: momenteel is er geen POH-Ouderenzorg inzet aanwezig (0 fte). Gezien de toenemende vergrijzing, het langer zelfstandig wonen van ouderen en de toekomstige eisen aan organisatie van ouderenzorg, wordt verwacht dat deze functie noodzakelijk wordt. Uitgangspunt is een inzet van minimaal 8 uur per week (circa 0,21 fte) voor coördinatie en uitvoering van ouderenzorg

FTE-overzicht (indicatief)

Functie	Uren/week	Indicatie FTE (38 uur = 1 fte)
Huisartsen (uitgangspunt)	±72 uur	±2,0 fte
PA/VS (indicatie)	22/36 uur	0,6 / 1,0 fte
Doktersassistentes (huidig)	109,5 uur	2,88 fte
Doktersassistentes (minimaal gewenst)	90 uur	2,37 fte
POH-S	25 uur	0,66 fte
POH-GGZ	24 uur	0,63 fte
POH-O (toekomst)	8 uur	0,21 fte

De personele inrichting en inzet van ondersteunende functies is in sterke mate bepalend voor de benodigde ruimtelijke capaciteit en inrichting van het gezondheidscentrum.

3.3 Samenwerkingspartners

Het gezondheidscentrum wordt opgezet met structurele samenwerking met:

- Buurtzorg (wijkverpleging) – eigen gebruiksruimte via onderhuur bij de huisarts;
- Welzijnscoach – gebruik consultkamer (onderverhuur);
- Diëtist – gebruik consultkamer (onderverhuur);
- OJG – gebruik consultkamer (onderverhuur).

3.4 Maatschappelijke ontwikkelingen en toekomstbeeld richting 2040

De huisartsenzorg staat landelijk en regionaal onder toenemende druk. De vraag naar eerstelijnszorg neemt toe door demografische ontwikkelingen, waaronder vergrijzing en het langer zelfstandig wonen van ouderen. Hierdoor stijgt het aandeel patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit, wat leidt tot complexere zorgvragen en meer consulttijd per patiënt.

[Bron: Integraal Zorgakkoord (IZA), Rijksoverheid (2022)] [Bron: CBS Bevolkingsprognose] [Bron: RIVM VTV] [Bron: LHV – Over de huisarts]

Daarnaast verschuiven zorgtaken vanuit de tweede lijn (ziekenhuiszorg) steeds meer naar de eerste lijn. Dit vraagt om uitbreiding van ketenzorg, versterking van de inzet van praktijkondersteuners en nauwere samenwerking met wijkverpleging, welzijn en paramedische zorg.
[Bron: IZA, Rijksoverheid (2022)] [Bron: NHG/LHV/InEen – Naar toekomstbestendige organisatie huisartsenzorg] [Bron: LHV – Visie psychische problematiek]

De verwachting is dat deze ontwikkelingen zich richting 2040 verder versterken. Dit betekent dat huisartsenpraktijken niet alleen medische zorg leveren, maar steeds vaker functioneren als coördinatiepunt voor integrale zorg in de wijk.
Het realiseren van een toekomstbestendig gezondheidscentrum in Meeden is daarom noodzakelijk om continuïteit van huisartsenzorg te borgen en samenwerking met ketenpartners structureel mogelijk te maken. Een toekomstbestendig gezondheidscentrum draagt daarnaast bij aan de leefbaarheid en aantrekkelijkheid van het dorp Meeden.
[Bron: RIVM VTV] [Bron: CBS Bevolkingsprognose] [Bron: NHG – Primaire proces: ontvangst en triage]

3.5 Medicatievoorziening en apotheekfunctie (toekomstige situatie)

De huidige praktijk functioneert als apotheekhoudende huisartsenpraktijk. In de toekomstige situatie is het uitgangspunt dat deze apotheekhoudende functie wordt beëindigd en dat de farmaceutische zorg wordt ondergebracht bij een openbare apotheek.

Deze ontwikkeling sluit aan bij landelijke trends waarbij apotheekhoudende huisartsenpraktijken te maken hebben met toenemende eisen op het gebied van kwaliteit, organisatie en bedrijfsvoering. Hierdoor is het combineren van huisartsenzorg met een apotheekfunctie minder toekomstbestendig en minder aantrekkelijk in het kader van continuïteit en opvolging.
[Bron: LHV – Huisartsenpraktijk met apotheek, iets voor u?] [Bron: KNMP – Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)]

Daarnaast is de apotheekhoudende vergunning gekoppeld aan wettelijke voorwaarden en afstandsnormen. In de Geneesmiddelenwet is vastgelegd dat een huisarts slechts een apotheekhoudende vergunning kan verkrijgen indien er geen openbare apotheek in de nabijheid aanwezig is. In de praktijk worden hierbij afstandscriteria gehanteerd.
[Bron: Geneesmiddelenwet art. 61 lid 10] [Bron: Farmatec – Apotheekhoudende huisarts]

De apotheekhoudende vergunning is in de huidige situatie gekoppeld aan de huidige praktijkhouder. Zodra deze praktijkhouder stopt, is het uitgangspunt dat de apotheekhoudende functie wordt beëindigd en de vergunning daarmee in de praktijk komt te vervallen. Dit is destijds in samenspraak afgestemd met Apotheek Eppinga uit Veendam. Hoewel openbare apotheken aanwezig zijn in omliggende kernen, vormt de afstand voor met name ouderen, chronisch zieken en minder mobiele inwoners een drempel. De afstand vanaf Meeden bedraagt circa 5 km naar Muntendam, 7 km naar Veendam en 6 km naar Scheemda.

Daarom is het wenselijk dat binnen het nieuwe gezondheidscentrum een uitgiftepunt (uitdeelpost) wordt gerealiseerd, zodat de medicatievoorziening laagdrempelig en toegankelijk blijft. Hierbij kan worden gewerkt met een medicatie-uitgifteautomaat, afhankelijk van de afspraken met de openbare apotheek.
Dit betekent dat er binnen het ruimteprogramma geen volledige apotheekvoorziening noodzakelijk is, maar wel een beperkte faciliteit voor uitgifte en de bijbehoorende logistiek.

Landelijk wordt gesignaleerd dat apotheekhoudende huisartsenpraktijken steeds vaker onder druk staan. Dit komt onder andere door contracteringsbeleid van zorgverzekeraars, toenemende regeldruk en de complexiteit van farmaceutische bedrijfsvoering. Hierdoor neemt de toekomstbestendigheid van het apotheekhoudend model af en wordt praktijkopvolging in dorps- en plattelandsgebieden lastiger.
[Bron: LHV – Manifest voor behoud apotheekhoudende praktijken / De Dokter (2022)] [Bron: KNMP – Businessanalyse regeldruk apotheekhoudenden (2022)]

3.6 Harde eisen en wensen
Binnen dit PvE wordt onderscheid gemaakt tussen harde eisen (noodzakelijk voor de bedrijfsvoering en kwaliteit van zorg) en wensen (voorkeursoplossingen die bijdragen aan optimale inrichting en toekomstbestendigheid). Dit biedt ruimte om in de ontwerpfase keuzes te maken zonder afbreuk te doen aan de kernfunctionaliteit van het gezondheidscentrum.

4. Organisatie en werkprocessen
4.1 Bezetting doktersassistentes
Uitgangspunt voor dagelijkse bezetting is: minimaal 2 doktersassistentes fysiek aanwezig per dag.

Werkverdeling:
- 1 assistente backoffice/telefonie/triage/administratie;
- 1 assistente omloop/assistentenspreekuur/behandelondersteuning.

Telefonie wordt primair uitgevoerd vanuit de backoffice.

4.2 Afschaling traditionele baliefunctie
De huisartsenpraktijk werkt volgens moderne uitgangspunten van afspraakgestuurde zorg en telefonische en digitale triage.

Hierdoor verschuift het primaire patiëntencontact van de fysieke balie naar de backoffice, waarbij de doktersassistente triage en administratieve verwerking uitvoert vanuit een afgeschermde werkruimte.

NHG. (z.d.). *Primaire proces: ontvangst en triage*. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG, LHV & InEen. (2024). *Naar toekomstbestendige organisatie huisartsenzorg*. Nederlands Huisartsen Genootschap / Landelijke Huisartsen Vereniging / InEen.

De traditionele doorlopende baliefunctie wordt daarom afgeschaald. De ontvangstzone blijft functioneel aanwezig, maar krijgt een beperkte ondersteunende rol.

Onderbouwing afschaling baliefunctie:

- betere borging van privacy en vertrouwelijkheid (geen medische vragen in openbare ruimte);
- efficiëntere inzet van doktersassistentes voor triage, telefonie en administratie;
- vermindering van drukte en onrust in de entree/wachtruimte;
- verbetering van veiligheid door minder confrontatiemomenten aan de balie.

Er blijft een beperkte ontvangstfunctie noodzakelijk voor:

- incidentele administratieve handelingen (bijv. legitimatiecontrole, formulieren en machtigingen);
- het beschikbaar stellen van materialen en documenten (bijv. urinepotjes, informatiefolders en formulieren), waarbij het uitgangspunt is dat wordt gewerkt met een afsluitbare uitgiftekast in de entreezone;
- ondersteuning van patiënten die beperkt digitaal vaardig zijn.

De inrichting van de ontvangstzone en wachtkamer dient te voldoen aan uitgangspunten van privacy en vertrouwelijkheid. Medische vragen en triage vinden bij voorkeur telefonisch of digitaal plaats en niet in een openbare ruimte. De balie/ontvangstzone wordt daarom beperkt ingericht, met als uitgangspunt dat dossiers, beeldschermen en vertrouwelijke gesprekken niet zichtbaar of hoorbaar zijn voor wachtende patiënten.

4.3 Privacy en veiligheid

De ontvangstzone en backoffice dienen zodanig ingericht te worden dat medewerkers veilig kunnen werken. Hierbij wordt rekening gehouden met overzicht, afscherming en de mogelijkheid om bij escalaties afstand te creëren.

5. Functionele eisen en routing

5.1 Entree en routing

Er is één centrale entree voor patiënten en bezoekers. Er is een logische routing vanuit centrale hal naar wachtkamer en spreekkamers. Een tweede entree is niet noodzakelijk.

5.2 Wachtkamerconcept

De wachtkamer is afgesloten van de centrale hal. Vanuit de centrale hal moet visueel toezicht mogelijk zijn. Een kleine kinderhoek is gewenst (compact).

5.3 Privacy en geluidsisolatie
Spreekkamers moeten voldoende geluidsisolatie hebben. Wachtruimte en entree mogen consultvoering niet verstoren.

5.4 Opslag en logistiek (schoon/vuil)
Binnen het gezondheidscentrum dient voldoende opslagruimte aanwezig te zijn voor medische disposables, schoonmaakmaterialen en praktijkvoorraad. Daarnaast moet rekening worden gehouden met de tijdelijke opslag van medisch afval (zoals naaldencontainers) en de logistieke afvoer hiervan. Waar mogelijk wordt een duidelijke scheiding aangebracht tussen schoon en vuil transport binnen de praktijk.

6. Ruimteprogramma huisartsenpraktijk

6.1 Uitgangspunt en normering
Het ruimteprogramma van de huisartsenpraktijk is opgesteld op basis van de huidige bezetting en de verwachte toekomstige zorgvraag. De indicatieve oppervlakten zijn gebaseerd op het LHV Bouwadvies – Oppervlakteoverzicht van de gemiddelde praktijk (2025) en dienen als uitgangspunt voor verdere planuitwerking.

De genoemde oppervlakten betreffen richtwaarden (VVO). Definitieve oppervlakten en indeling worden vastgesteld in de ontwerpfase. Het ontwerp dient waar mogelijk flexibel te zijn, zodat ruimten multifunctioneel gebruikt kunnen worden en uitbreiding van capaciteit in de toekomst mogelijk blijft.

6.2 Medische ruimten
De huisartsenpraktijk omvat minimaal de volgende medische ruimten.

Spreekkamers/consultkamers (totaal 7)
De praktijk beschikt over minimaal 7 spreek-/consultkamers, verdeeld als volgt:

- 2 spreekkamers huisarts (met onderzoekbank) – indicatief 20,8 m^2 per ruimte
- 1 spreekkamer PA/VS (met onderzoekbank) – indicatief 20,8 m^2
- 1 assistentenspreekuurkamer (met onderzoekbank) – indicatief 20,8 m^2
- 1 POH-kamer (gedeeld gebruik POH-S en POH-O) – indicatief 12,0 m^2
- 1 consult-/gesprekskamer partners (OJG, welzijnscoach, diëtist, POH-GGZ) zonder onderzoekbank, bij voorkeur huiselijke setting – indicatief 12,0 m^2
- 1 extra consult-/spreekkamer (flexibel inzetbaar / uitbreiding) – indicatief 12,0 m^2

Behandelkamer/spoedkamer

- 1 behandelkamer/spoedkamer geschikt voor spoedzorg, verrichtingen, wondzorg en medische handelingen – indicatief 20,0 m^2

Laboratorium/instrumentruimte

- 1 laboratorium/instrumentruimte voor medische voorraad, instrumenten, sterilisatie (autoclaaf), meetapparatuur (CRP-meter, urineonderzoek) en spoelvoorziening/wasbak – indicatief 8,3 m^2
- medische voorraad/opslag – indicatief 2,5 m^2

6.3 Publieksruimten

De publieksruimten bestaan uit:

- centrale hal/entreezone;
- afgesloten wachtkamer;
- patiëntentoilet;
- mindervalidentoilet.

De wachtkamer dient passend te zijn bij de schaal van de praktijk. Uitgangspunt is een gesloten wachtkamerconcept met voldoende zitplaatsen (richtlijn LHV: circa 1,2 m^2 per zitplaats).

6.4 Backoffice en personeel

De ondersteunende ruimten bestaan uit:

- backoffice met 3 werkplekken (telefonie/triage/administratie), richtlijn LHV 7 m^2 per werkplek – indicatief 21,0 m^2;
- personeelsruimte/kantine geschikt voor pauze, overleg en MDO;
- personeelstoilet;
- technische ruimte/ICT (incl. schoonmaakopslag).

Telefonie en triage vinden primair plaats vanuit de backoffice. De backoffice dient daarom afgeschermd te zijn van publieksruimten en geschikt te zijn voor vertrouwelijke communicatie.

6.5 Medicatie-uitgiftepunt (uitdeelpost)

Binnen het gezondheidscentrum dient rekening te worden gehouden met een beperkte voorziening voor uitgifte van medicatie, passend bij de functie als uitdeelpost in samenwerking met een openbare apotheek.

Functionele eisen:

- mogelijkheid tot plaatsing van een medicatie-uitgifteautomaat (optioneel, afhankelijk van afspraken met de openbare apotheek);
- afsluitbare voorziening/ruimte voor tijdelijke opslag en logistiek rondom medicatie-uitgifte.

Binnen het ruimteprogramma is geen volledige apotheekvoorziening noodzakelijk.

6.6 Flexibiliteit en toekomstbestendigheid
Het ruimteprogramma is opgesteld op basis van de huidige bezetting en verwachte toekomstige zorgvraag. De indeling dient waar mogelijk flexibel te zijn, zodat ruimten multifunctioneel gebruikt kunnen worden en uitbreiding van capaciteit in de toekomst mogelijk blijft.

7. Ruimteprogramma samenwerkingspartners

7.1 Uitgangspunt huisvesting partners
Het gezondheidscentrum biedt ruimte voor samenwerking met eerstelijns- en welzijnspartners en voorziet daarmee in integrale zorg en ondersteuning voor inwoners van Meeden. Hierbij wordt rekening gehouden met partijen uit zowel de eerste lijn als het sociaal domein.

Voor een deel van de samenwerkingspartners wordt uitgegaan van het gebruik van spreek-/consultkamers binnen de huisartsenpraktijk op basis van onderverhuur**.** Dit betreft met name partners die beperkt aanwezig zijn (bijvoorbeeld op vaste dagdelen per week) en geen zelfstandige huureenheid nodig hebben, zoals een welzijnscoach, diëtist of OJG.

Voor Buurtzorg is de bestaande ruimtebehoefte van circa 25–35 m^2 BVO het uitgangspunt. De beoogde huurconstructie is dat de huisartsenpraktijk de ruimte huurt en aan Buurtzorg onderverhuurt. De contractuele voorwaarden, waaronder de door Buurtzorg gewenste korte looptijd, vragen afzonderlijke afstemming.

De ruimtevraag voor samenwerkingspartners is indicatief en afhankelijk van de definitieve invulling, organisatievorm en bedrijfsvoering. De genoemde oppervlakten dienen als uitgangspunt voor planvorming en haalbaarheid.

7.2 Buurtzorg (eigen gebruiksruimte via onderhuur bij huisarts)
Buurtzorg heeft aangegeven interesse te hebben in een eigen, afsluitbare gebruiksruimte binnen het gezondheidscentrum, via onderhuur bij de huisartsenpraktijk. De ruimtevraag is gericht op een compacte kantoorruimte voor een wijkteam. De toegang tot de ruimte moet ook buiten reguliere openingstijden zelfstandig mogelijk zijn.

Uitgangspunten en voorwaarden Buurtzorg:

- kantoorruimte van circa 25-30 m^2;
- mogelijkheid tot gebruik van een vergaderruimte (circa 1× per week of 1× per 14 dagen) voor teamoverleg;
- (mede)gebruik van een gezamenlijke pantry/keuken**;**
- ruimte dient 24 uur per dag toegankelijk te zijn;
- minimale opslagbehoefte voor materialen en hulpmiddelen;
- ruimte dient instapklaar te worden opgeleverd;

- voorkeur voor een huurovereenkomst van 1 jaar met een opzegtermijn van 3 maanden (een langere huurperiode is onder voorwaarden bespreekbaar).

Indicatieve omvang Buurtzorg: ca. 25- 35 m^2 BVO**,** met optioneel gedeeld gebruik van pantry en vergaderruimte.

7.3 Overige samenwerkingspartners (kamerhuur / gedeeld gebruik)
Voor overige samenwerkingspartners, zoals de welzijnscoach, diëtist en OJG, wordt uitgegaan van gedeeld gebruik van een consult-/gesprekskamer binnen het gezondheidscentrum. Deze ruimte heeft geen medische onderzoekfunctie en wordt bij voorkeur ingericht in een rustige, huiselijke setting passend bij gesprekken en begeleiding.

De consult-/gesprekskamer wordt door deze partners gebruikt op basis van roosterafspraken. De huisartsenpraktijk treedt hierbij op als hoofdhuurder van deze ruimte en stelt de kamer beschikbaar via onderverhuur.

8. Parkeren, bereikbaarheid en ambulance

8.1 Parkeeruitgangspunt
Bij de inrichting van de buitenruimte dient rekening te worden gehouden met duidelijke looproutes, voldoende verlichting en een veilige scheiding tussen voetgangers en autoverkeer.

8.2 Parkeercapaciteit (totaal)
Voorlopige referentie uit het eerdere huisartsen-PvE: 24 parkeerplaatsen (patiënten en personeel). Dit aantal is nadrukkelijk niet vastgesteld als parkeernorm of als toereikende capaciteit voor het gehele gezondheidscentrum. Voor de tender moet een integrale parkeerbalans worden opgesteld voor huisarts, fysiotherapie en Buurtzorg, inclusief personeel, piekbezetting, wisseling van trainingsgroepen, mindervalidenplaatsen, fietsen en avondgebruik. Het definitieve aantal volgt uit deze berekening en de toepasselijke gemeentelijke parkeernormen.
Mindervaliden parkeren: minimaal 1 mindervalidenparkeerplaats direct nabij de entree.

8.3 Ambulance-toegankelijkheid (harde eis)
Het gezondheidscentrum dient goed bereikbaar te zijn voor ambulancevervoer. Er moet een obstakelvrije aanrijroute aanwezig zijn en een korte opstel- en voorrijmogelijkheid voor spoedsituaties. De buitenruimte dient tevens te beschikken over een keermogelijkheid/draaicirkel passend bij hulpdiensten.

Bij voorkeur vindt de toegang voor spoedvervoer plaats via een discrete route en een ingang die niet direct via de hoofdentree en wachtruimte loopt, om de privacy van patiënten en de rust in de praktijk te waarborgen. Hierbij valt te denken aan toegang via een personeelsingang.

8.4 Fietsenstalling
Er is een (overdekte) fietsenstalling voor bezoekers en personeel en ruimte voor minimaal 2 scootmobielen.

9. Technische en bouwkundige randvoorwaarden

9.1 Wet- en regelgeving
Het gebouw dient te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving, waaronder de Omgevingswet en het Besluit bouwwerken leefomgeving (Bbl), brandveiligheidsvoorschriften, toegankelijkheidseisen, ventilatie- en daglichtnormen en de actuele BENG-eisen.

9.2 Techniek en ICT
Er dient een afsluitbare technische ruimte aanwezig te zijn voor ICT- en servervoorzieningen. Deze ruimte moet geschikt zijn voor stabiele ICT-infrastructuur, waaronder een serverkast, netwerkapparatuur en telecommunicatievoorzieningen. Daarnaast dienen voldoende aansluitpunten en netwerkvoorzieningen aanwezig te zijn. Er dient rekening gehouden te worden met koeling/ventilatie en toegangsbeveiliging. Installaties moeten geschikt zijn voor uitbreiding en het gebruik van medische apparatuur.

9.3 Duurzaamheid en energieconcept
Uitgangspunt is dat het gezondheidscentrum gasloos wordt gerealiseerd en voldoet aan de actuele BENG-eisen en geldende wet- en regelgeving. Bij voorkeur wordt het gebouw voorbereid op duurzame opwekking (bijv. zonnepanelen) en energiezuinige installaties, passend binnen gemeentelijke duurzaamheidsdoelstellingen.

9.4 Toegankelijkheid gebouw
Het gebouw dient drempelloos toegankelijk te zijn en geschikt voor mindervaliden. Dit omvat onder andere voldoende deurbreedtes, rolstoeltoegankelijke looproutes, voldoende draaicirkels en waar mogelijk automatische deuropeners.

10. Toekomstbestendigheid en uitbreidbaarheid

Het gezondheidscentrum dient flexibel en toekomstbestendig te zijn. Het ontwerp moet rekening houden met een toenemende zorgvraag door vergrijzing, uitbreiding van ketenzorg en mogelijke uitbreiding van spreekkamers, ondersteunende functies en samenwerking met eerstelijnspartners.

De ruimtevraag en indicatieve oppervlakten in dit PvE zijn opgesteld op basis van het LHV Bouwadvies (2025) en vormen een uitgangspunt voor verdere planuitwerking.
In de ontwerpfase dient nadrukkelijk rekening gehouden te worden met flexibiliteit in gebruik en de mogelijkheid om functies uit te breiden of anders in te richten zonder ingrijpende bouwkundige aanpassingen.

Uitgangspunten hierbij zijn

- een flexibele indeling, zodat ruimten multifunctioneel inzetbaar zijn en eenvoudig van functie kunnen wisselen;
- installaties (elektra, ICT, ventilatie) die geschikt zijn voor toekomstige uitbreiding en extra werkplekken;
- mogelijkheden om het ruimtegebruik uit te breiden of te optimaliseren zonder ingrijpende bouwkundige aanpassingen;
- voldoende schaalbaarheid om nieuwe zorgconcepten of samenwerkingsvormen te kunnen faciliteren.

11. Samenvatting bestaande ruimteprogramma huisarts en Buurtzorg

11.1 Huisartsenpraktijk (conform LHV Bouwadvies 2025)

De omvang van de huisartsenpraktijk is indicatief bepaald op basis van het LHV Bouwadvies (2025) en uitgewerkt in Bijlage 1. De oppervlakten zijn weergegeven als VVO en omgerekend naar BVO volgens de LHV-systematiek (toeslag verkeersruimte/gangzone +17% en BVO-factor ×1,10).

- Totaal VVO (indicatief): 231,3 m^2
- Toeslag verkeersruimte/gangzone (+17%): 39,3 m^2
- Totaal VVO incl. gangzone: 270,6 m^2
- Totaal BVO (VVO × 1,10): 297,7 m^2

Totale omvang huisartsenpraktijk: circa 298 m^2 BVO

11.2 Buurtzorg (onderhuur bij huisarts)

Buurtzorg wordt onderhuurder van de huisartsenpraktijk, met een eigen teamruimte, werkplekken, overlegmogelijkheid (MDO) en beperkte opslag. De onderhuurafspraken en financiële risicoverdeling worden vóór contractering uitgewerkt. Voor ondertekening zijn onder meer hoofdhuur-toestemming voor onderhuur, looptijd en opzegtermijnen, indexatie, servicekosten, toegangsrechten, beëindiging van de hoofdhuur en risico op leegstand schriftelijk vast te leggen. De beoogde korte huurtermijn van Buurtzorg moet expliciet worden afgezet tegen de langjarige hoofdhuur van de huisarts.

Indicatieve omvang Buurtzorg: circa 30 m^2 BVO

11.3 Subtotaal huisarts en Buurtzorg (exclusief fysiotherapie)

Op basis van bovenstaande uitgangspunten bedraagt de totale indicatieve omvang van het gezondheidscentrum:

Functie	Oppervlakte (BVO)
Huisartsenpraktijk	ca. 298 m^2
Buurtzorg	ca. 30 m^2

Subtotaal huisarts + Buurtzorg: circa 328 m^2 BVO (exclusief fysiotherapie; geen totaal gebouw).

11.4 Uitgangspunt ruimtebehoefte en gedeelde voorzieningen

De bestaande uitgangswaarde voor huisarts en Buurtzorg samen is 297,7 + 30 = 327,7 m^2 BVO. Hieraan wordt de afzonderlijke ruimtebehoefte voor fysiotherapie toegevoegd. Dit is géén definitief gebouwtotaal: de fysiotherapie-oppervlakten zijn overwegend netto, terwijl de huisartsenpraktijk en Buurtzorg in BVO zijn weergegeven. Delen van voorzieningen mag pas na een integrale netto- en brutoruimtestaat als besparing worden afgetrokken.

De definitieve oppervlakte wordt na een integrale ruimtestaat, toetsing van gedeelde voorzieningen en ontwerpuitwerking vastgesteld.

Bijlage 1: Indicatieve oppervlakten, LHV Bouwadvies 2025 (m^2)

Dit overzicht bevat een indicatieve ruimtestaat voor de huisartsenpraktijk binnen Gezondheidscentrum Meeden. De oppervlakten zijn gebaseerd op het LHV Bouwadvies (2025) en dienen als uitgangspunt voor verdere planuitwerking. Definitieve oppervlakten worden vastgesteld in de ontwerpfase.

Ruimte	Aantal	m^2 per ruimte (VVO)	Totaal m^2 (VVO)
Spreekkamer huisarts (met onderzoekbank)	2	20.8	41.6
Spreekkamer PA/VS (met onderzoekbank)	1	20.8	20.8
Assistentenspreekuurkamer (met onderzoekbank)	1	20.8	20.8
POH-kamer (gedeeld POH-S/POH-O)	1	12.0	12.0
Consult-/gesprekskamer partners (huiselijk, zonder onderzoekbank)	1	12.0	12.0
Extra consult-/spreekkamer (flexibel / uitbreiding)	1	12.0	12.0
Behandelkamer/spoedkamer	1	20.0	20.0
Laboratorium/instrumentruimte	1	8.3	8.3
Medische voorraad/opslag	1	2.5	2.5
Backoffice (3 werkplekken)	1	21.0	21.0
Personeelsruimte/kantine (incl. overleg/MDO)	1	20.0	20.0
Technische ruimte/ICT + schoonmaakopslag	1	5.0	5.0
Centrale hal / entreezone	1	10.0	10.0
Afgesloten wachtkamer	1	18.0	18.0
Patiëntentoilet	1	1.5	1.5
Mindervalidentoilet	1	4.3	4.3
Personeelstoilet	1	1.5	1.5

Totaal VVO (indicatief): 231.3 m^2
Toeslag verkeersruimte/gangzone (+17%): 39.3 m^2
Totaal VVO incl. gangzone: 270.6 m^2
Totaal BVO (indicatief, VVO × 1,10): 297.7 m^2

NB: Wachtruimte is indicatief en afhankelijk van het aantal zitplaatsen en het gekozen ontwerpconcept.

Bijlage 2: Eisen- en wensenmatrix Gezondheidscentrum Meeden

In dit Programma van Eisen (PvE) wordt onderscheid gemaakt tussen:

- EIS: noodzakelijk voor de bedrijfsvoering, kwaliteit en veiligheid van zorg.
- WENS: bij voorkeur, draagt bij aan optimale inrichting en toekomstbestendigheid.

Deze matrix is bedoeld als hulpmiddel voor ontwerp, beoordeling en afweging in de ontwerpfase.

A. Algemeen / uitgangspunten

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Globaal PvE	EIS	PvE is richtinggevend, definitieve indeling en m^2 worden vastgesteld in ontwerpfase.
Huurconstructie	EIS	Realisatie via externe investeerder/ontwikkelaar; praktijk huurt op basis van langjarige overeenkomst.
Flexibiliteit gebouw	EIS	Indeling moet multifunctioneel en uitbreidbaar zijn.
Toekomstbestendigheid	EIS	Ontwerp moet rekening houden met groei zorgvraag richting 2040.

B. Medische ruimten

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Spreekkamers totaal	EIS	Minimaal 7 spreek-/consultkamers.
Huisarts spreekkamers	EIS	2 spreekkamers met onderzoekbank.
PA/VS spreekkamer	EIS	1 spreekkamer met onderzoekbank.
POH-kamer	EIS	1 kamer gedeeld door POH-S en POH-O.
Assistentenspreekuurkamer	EIS	1 kamer met onderzoekbank.
Gesprekskamer partners	EIS	1 kamer zonder onderzoekbank, huiselijke setting.
Behandel-/spoedkamer	EIS	1 ruimte geschikt voor spoedzorg, wondzorg en verrichtingen.

Laboratorium/instrumentruimte	EIS	Aparte ruimte met autoclaaf, CRP-meter, urineonderzoek, spoelvoorziening.

C. Publieksruimten

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Centrale hal	EIS	Centrale hal als entree en verdeelruimte.
Afgesloten wachtkamer	EIS	Wachtkamer afgesloten vanaf hal, met zicht/overzicht.
Kindhoek	WENS	Kleine kinderhoek in wachtkamer.
Patiëntentoilet	EIS	Minimaal 1 patiëntentoilet.
Mindervalidentoilet	EIS	Minimaal 1 mindervalidentoilet.

D. Backoffice en personeel

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Backoffice werkplekken	EIS	3 werkplekken (2 standaard, 1 uitbreidbaar).
Telefonie vanuit backoffice	EIS	Telefonie/triage primair vanuit backoffice.
Personeelsruimte/kantine	EIS	Ruimte geschikt voor pauze, overleg en MDO.
Personeelstoilet	EIS	Eigen toilet voor personeel.
Opslag schoonmaak	EIS	Opslagruimte voor schoonmaak en werkkast.
Technische ruimte/ICT	EIS	Afsluitbare technische ruimte met koeling/ventilatie.

E. Werkprocessen / organisatie

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Assistente bezetting	EIS	Minimaal 2 doktersassistentes per dag fysiek aanwezig.
Werkverdeling assistentes	EIS	1 backoffice/triage, 1 omloop/spreekuur/behandeling.
Afschaling baliefunctie	EIS	Balie niet als doorlopende publieksfunctie; focus op triage/backoffice.
Privacy/AVG	EIS	Geen medische vragen in openbare ruimte; schermen en dossiers niet zichtbaar.

Veiligheid medewerkers	EIS	Mogelijkheid tot afscherming en afstand creëren bij escalaties.

F. Medicatievoorziening (uitdeelpost)

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Uitdeelpost medicatie	EIS	Voorziening voor ontvangst en uitgifte medicatie.
Medicatie-uitgifteautomaat	WENS	Optioneel, afhankelijk van afspraken met openbare apotheek.
Beperkte opslag	EIS	Afsluitbare opslag voor tijdelijke medicatie/logistiek.

G. Buitenruimte en parkeren

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Parkeerplaatsen	EIS	Ontwerpuitgangspunt 24 parkeerplaatsen totaal.
Mindervaliden parkeren	EIS	Minimaal 1 plek direct nabij entree.
Ambulance bereikbaar	EIS	Obstakelvrije route, opstelplek en draaicirkel aanwezig.
Discrete spoedroute	WENS	Spoedingang niet via hoofdentree/wachtkamer.
Fietsenstalling	EIS	Overdekte fietsenstalling voor bezoekers en personeel.
Scootmobielplekken	EIS	Ruimte voor minimaal 2 scootmobielen.

H. Bouwkundig / techniek / duurzaamheid

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Wet- en regelgeving	EIS	Voldoen aan Omgevingswet/Bbl, brandveiligheid, ventilatie en daglicht.
Gasloos bouwen	EIS	Gebouw gasloos uitvoeren.
BENG-eisen	EIS	Voldoen aan actuele BENG-normen.
Zonnepanelen	WENS	Voorbereiding voor duurzame opwekking (PV).
Toegankelijkheid gebouw	EIS	Drempelloos, rolstoelroutes, draaicirkels, brede deuren.

Automatische deuropeners	WENS	Bij voorkeur automatische deuropeners bij entree.
Uitbreidbare installaties	EIS	Installaties geschikt voor uitbreiding en medische apparatuur.

I. Toekomstbestendigheid

Onderdeel	Eis / Wens	Omschrijving
Flexibele indeling	EIS	Ruimten multifunctioneel inzetbaar.
Uitbreiding mogelijk	EIS	Ontwerp moet uitbreiding spreekkamers/backoffice mogelijk maken.
Extra zorgpartners	WENS	Mogelijkheid tot groei van samenwerkingspartners in gebouw.

12. Ruimteprogramma fysiotherapie

Onderstaand programma is integraal overgenomen uit het aangeleverde ruimteprogramma fysiotherapie. De daar opgenomen antwoorden en opmerkingen van de fysiotherapie zijn richtinggevend voor het ontwerp. De oorspronkelijke nummering van de deelparagrafen is behouden als bronstructuur.

Opgesteld op basis van: Aanlevering fysiotherapiecentrum

1. Doel en uitgangspunt

Dit document vertaalt de aangeleverde wensen van het fysiotherapiecentrum naar een zelfstandig functioneel en ruimtelijk programma voor de architect en het projectteam. Het ruimteprogramma van de fysiotherapie staat los van het Programma van Eisen van de huisartsenpraktijk. Alleen voor voorzieningen die de fysiotherapie mogelijk wil delen, is nadere onderlinge afstemming nodig.

Belangrijk voor de planvorming: de fysiotherapie beschrijft een volwaardige praktijk met behandelkamers, een grote oefenzaal en groepsactiviteiten. Alleen de concreet bemeten ruimten bedragen circa 217,5–250 m^2 netto, exclusief balie, aanvullende opslag en overige ondersteunende of gebouwgebonden ruimten.

2. Praktijkprofiel en zorgaanbod

- Huidige bezetting: 5 fysiotherapeuten.
- Gewenste groei: 6–7 fysiotherapeuten; behandelkamers kunnen onderling worden gedeeld.
- Individuele behandelingen: algemene fysiotherapie, manuele therapie, bekkenfysiotherapie, ademhalingstherapie, fasciatherapie, kaaktherapie en behandeling van sportgerelateerde klachten.
- Groeps- en trainingsaanbod: revalidatie, medische trainingstherapie, core power en ZwangerFit, overdag en enkele avonden.
- Behandelingen vanuit de behandelkamers kunnen doorlopen naar de oefenzaal.

3. Indicatief ruimteprogramma

Ruimte	Aantal	m^2 per ruimte	Totaal m^2	Hoofdfunctie
Behandelkamer	(5 of) 6	17,5–20	87,5–120	Onderzoek en individuele behandeling; 1 of mogelijk 2 kamers geschikt voor bekkenfysiotherapie.
Oefenzaal	1	91	91	7x13meter, Groepstraining, revalidatie, medische trainingstherapie en individueel oefenen; met vaste toestellen en losse materialen.
Kleedkamer	2	6,25	12,5	2,5x2,5meter. Omkleden voor gebruik oefenzaal; geen douche gewenst.

Ruimte	Aantal	m² per ruimte	Totaal m²	Hoofdfunctie
Balie/werkplek	1	9	9	Werkplek voor 1 medewerker; mogelijk onderdeel van gedeelde ontvangstzone. Frontoffice, goed afsluitbaar.
Opslag	1 of 2	10	10	Opslag voor trainingsmaterialen, behandelmaterialen, voorraad en mogelijk schoonmaak/linnen.
Kantine	1	25	25	Eventueel te combineren met balie, voor 8 personen met keukenblok en kraan. Vaatwasser. Magnetron
wachtkamer	1			In de loopruimtes? 6 kamers, min 6 patiënten.
Wc	2			1 op de bovenverdieping voor patiënten 1 voor personeel

3.1 Oppervlaktebandbreedte

Variant	Behandelkamers	Oefenzaal	Kleedkamers	Bekend netto totaal
Compact	5 × 17,5 = 87,5 m²	91 m²	13 m²	191,5 m²
Midden	5 × 20 = 100 m²	91 m²	13 m²	204 m²
Ruim/groei	6 × 17,5 = 105 m²	91 m²	13 m²	209 m²
Maximaal opgegeven	6 × 20 = 120 m²	91 m²	13 m²	224 m²

De genoemde totalen zijn netto oppervlakten van uitsluitend de concreet bemeten ruimten. Niet inbegrepen zijn onder meer balie, aanvullende opslag, toiletten, personeels-/koffieruimte, wachtruimte, verkeersruimte, wanden, installatieruimte en eventuele eigen entree. Het uiteindelijke BVO zal daarom duidelijk hoger uitvallen.

4. Functionele en technische eisen per ruimte

4.1 Behandelkamers

- Bij voorkeur rechthoekig: circa 4 × 5 m (20 m²) of minimaal 3,5 × 5 m (17,5 m²).
- Inrichting: behandelbank van circa 2,0 × 0,70 m, bureau/computerwerkplek en 2 stoelen.
- Wastafel met kraan; per kamer ruimte voor minimaal 1 kast.
- Goede akoestische privacy: gesprekken en behandelingen mogen niet hoorbaar zijn in aangrenzende ruimten of de gang.
- Goede ventilatie, vanwege langdurig gebruik en geuroverlast.
- Voldoende daglicht en goede werkverlichting.
- Individueel regelbaar of goed gezoneerd binnenklimaat; patiënten kleden zich voor onderzoek en behandeling gedeeltelijk uit.

4.2 Kamer(s) bekkenfysiotherapie

- Minimaal 1 kamer, mogelijk 2 in verband met uitbreiding van het aantal bekkenfysiotherapeuten.
- Aanrecht direct naast de wastafel, met voldoende werkvlak voor onderzoeks- en trainingsmaterialen voor inwendig gebruik.
- Kraan die hygiënisch met de elleboog kan worden bediend.
- Kastruimte onder het aanrecht en aanvullende afsluitbare opslag.
- De kamer moet afsluitbaar zijn; privacy en veilige opslag vragen extra aandacht.

4.3 Oefenzaal

- Circa 91 m² voor toestellen, vrije oefenruimte en groepslessen.
- Voorzieningen voor onder andere pulley, fietsen, leg press, ballen en losse trainingsmaterialen.
- Aangrenzende, goed bereikbare opslag voor losse en grotere materialen.
- Verhoogde akoestische aandacht vanwege groepsactiviteiten, muziek/stemgeluid en stuiterende ballen; constructie en vloer mogen geen hinder veroorzaken voor de huisartsenpraktijk of andere gebruikers.
- Gebruik overdag en op enkele avonden; toegangs- en afsluitingsconcept moet hierop aansluiten.

4.4 Kleedkamers

- 2 kleedkamers van circa 2,5 × 2,5 m (6,25 m² per ruimte), zonder douche.
- Directe, logische routing naar de oefenzaal, met voldoende privacy.

5. Gedeelde en ondersteunende voorzieningen

De fysiotherapie geeft aan de volgende voorzieningen na overleg met de huisartsenpraktijk te kunnen delen:

- personeelstoilet;
- patiëntentoilet, waarbij rolstoeltoegankelijkheid moet zijn geborgd;
- koffieruimte/pantry;
- wachtruimte;
- ontvangst/balie voor 1 medewerker.

Voor de architect is een expliciet exploitatie- en gebruiksbesluit nodig: welke ruimten behoren tot de zelfstandige fysiotherapie-eenheid, welke liggen centraal en hoe worden openingstijden, beheer, schoonmaak, privacy, beveiliging en kostenverdeling geregeld?

6. Toegankelijkheid, routing en parkeren

- Alle patiëntenroutes moeten drempelloos en geschikt zijn voor rolstoel, rollator en tijdelijk minder mobiele patiënten.
- Voorkeur: fysiotherapie en oefenzaal op de begane grond. Bij situering op een verdieping is een volwaardige personen-/brancardgeschikte lift waarschijnlijk passender

dan alleen een traplift; dit moet bouwkundig en vanuit toegankelijkheid worden getoetst.

- De behandelkamers, kleedkamers en oefenzaal moeten logisch met elkaar verbonden zijn zonder onnodige kruising met rustige huisartsfuncties.
- Huidige parkeervraag: 8 eigen patiëntplaatsen zijn regelmatig allemaal bezet; incidenteel worden circa 4 van de 8 extra plaatsen tegenover de huidige praktijk gebruikt, vooral bij wisseling van sportgroepen.
- Indicatieve piekvraag fysiotherapie: circa 12 patiëntplaatsen, exclusief personeelsparkeren. De piekbelasting en overlap met huisartsbezoek moeten nog met een roosterberekening worden onderbouwd.
- Personeelsparkeren mag volgens de fysiotherapie op grotere loopafstand worden gesitueerd.

7. Beslispunten en ontbrekende informatie

Onderstaande vragen moeten aan het fysiotherapiecentrum worden voorgelegd voordat de architect een definitieve ruimtestaat en eerste indeling kan maken.

Onderwerp	Te beantwoorden vraag
Capaciteit en oppervlak	Is de definitieve behoefte 5 of 6 behandelkamers? Is 17,5 m^2 daadwerkelijk voldoende, of geldt 20 m^2 als voorkeurs-/minimum eis? Welke groeihorizon hoort daarbij? De voorkeur ligt bij 20 m2. Het liefst dan ook 6 behandelruimtes, waarvan 2 geschikt voor bekkenfysiotherapie, deze kunnen ook gebruikt worden door andere fysio's, indien nodig.
Bekkenfysiotherapie	Moeten vanaf de start 1 of 2 kamers volledig worden ingericht? Is extra hygiënevoorziening nodig, zoals niet-poreuze afwerking, aparte afvalstroom of materiaal-/linnenopslag? Het is wenselijk dat er 2 behandelkamers komen voor de bft, daarbij is het belangrijk dat de vloer afneembaar is voor eventueel verlies van urine en/of feces. Aparte afvalstroom is niet nodig, materiaal- en linnenopslag wel.
Oefenzaal	Is 91 m^2 netto vrije zaalruimte of inclusief toestellen en opslag? Is inclusief toestellen. Hoeveel deelnemers zijn gelijktijdig aanwezig en welke groepsgrootte is maximaal?8-10 personen. Mogelijkheid voor mensen om hun sleutels/telefoon e.d. neer te kunnen leggen.
Toestellen en bouwkundige belasting	Welke toestellen komen er exact, met afmetingen, gewicht, vloerbelasting, benodigde vrije zones en elektrische aansluitingen? Is plafondbevestiging nodig? Plafondbevestiging is niet nodig, hebben we nu ook niet. We hebben nu 2 x loopband, 1x crosstrainer, 1x roeitrainer, 4x fiets, hiervan zijn er 3 apparaten aan het stroom, we hebben een watercooler aan stroom. Extra stroompunten zijn wenselijk ivm stofzuigen. Verder een lat pulley, een backrow, een backextension, legpress apparaat, multi kracht station, flywheelapparaat, 6 grote ballen en veel klein oefenmateriaal, matten, een wandrek, een aantal bevestigingen aan de muur moet mogelijk zijn. Vrije zone is belangrijk voor lopen, speedfoottraining, rennen, er moeten 8 matten kunnen liggen voor oefenen op de grond.

Onderwerp	Te beantwoorden vraag
Akoestiek en vloer	Welke activiteiten veroorzaken impactgeluid, muziek of trillingen? Welke vloerafwerking en akoestische scheiding zijn gewenst? Er wordt vaak gerend/speedfootladder, gestuiterd ook met zware ballen, dit kan geluidsoverlast veroorzaken, dus de oefenzaal kan het beste op de begane grond. De vloer moet stroef zijn en ook makkelijk schoon te maken zijn, deze wordt zwaar belast. Ook wordt er bij de groepslessen muziek gedraaid en er wordt ook vaak veel gelachen.
Opslag	Hoeveel m^2 opslag is nodig voor ballen, matten, hulpmiddelen, verbruiksmaterialen, schoonmaak, linnengoed en afval? Moet opslag direct aan de oefenzaal grenzen? Matten kunnen aan de wand hangen in de zaal zelf; veel hangt aan de wand, er is een dumbel toren en grote ballen moeten worden gestapeld twee stapels (anders passen ze niet onder het plafond) grootste bal is 75 cm diameter, 8 ballen> zo'n 1,5 m2 samen (2 torens van 4 ballen) Linnengoed kan op een centraal punt, evenals hulpmiddelen, massage olie, naaldjes dry needling enz; afval in de keuken en in alle kamers een afvalbakje, in de kamers voor de bekkenfysiotherapie een hoge afvalbak, hoeft niet een speciale afvalcontainer te zijn, het wordt vooral gebruikt voor handschoenen en papier. Keuken: koelkast, mogelijkheid voor vaatwasser (en wasmachine en droger hier, of delen met huisartsen?) koffiezet apparaat, waterkoker, magnetron oid om eten op te warmen.
Kleedkamers	Voor hoeveel personen moeten de kleedkamers geschikt zijn? Ongeveer 5 personen. Zijn banken, lockers, kapstokken, wastafel of een rolstoeltoegankelijke kleedmogelijkheid nodig? Kapstokken aan de muur, stoelen of een bank om op te kunnen zitten. De meeste mensen komen in hun trainingskleding en moeten alleen nog schoenen wisselen en jas uit, ook de mensen in een rolstoel. Er is geen douche nodig.
Sanitair	Is gedeeld patiëntentoilet voldoende bij avondgebruik? Ja Is een eigen toegankelijk toilet nabij de oefenzaal nodig en zijn extra toiletten vereist op basis van piekbezetting? Onze ervaring is dat 1 toilet voldoende is, vlakbij de oefenzaal is wel handig, zeker voor de zwangeren.
Balie en wachten	Moet de balie permanent bemand zijn? Momenteel is dat niet, maar in de toekomst wellicht wel. Hoeveel werkoppervlak, dossier-/voorraadruimte, ICT en privacyafscherming zijn nodig? Plaats voor max 2 personen achter de balie is voldoende, we hebben nu 3 schermen, waarvan de secretaresse er constant 2 in gebruik heeft. Dossiers zitten in de cloud tegenwoordig, we gebruiken 2 hoge kasten voor voorraad kantoorartikelen, vanwege de soms erg persoonlijke gesprekken aan de balie zelf is privacy wel goed, ook moet de secretaresse zichzelf af kunnen schermen om telefoon goed te kunnen beantwoorden en andere werkzaamheden te kunnen doen, misschien door een raam dicht te kunnen schuiven of mat te maken? Misschien is het ook mogelijk om deze ruimte zo groot te maken dat ze ook als vergaderruimte gebruikt kan worden . Hoeveel wachtplaatsen vraagt de fysiotherapie tijdens groepswissels? Voor de oefenzaal max 8-10. Voor patiëntenwissel is dat elk half uur max 7 personen.
Toegang en beveiliging	Heeft de fysiotherapie een eigen entree nodig?nee Welke openingstijden gelden, ook 's avonds? Maandag 8.00-20.00; dinsdag 8.00-21.00; woensdag 8.00-18.00; donderdag 8.00-21.00; vrijdag 8.00-18.00. Hierin kunnen veranderingen komen, maar de avonden blijven wel, alleen mogelijk in andere tijden en dagen. Welke ruimten moeten afzonderlijk afsluitbaar en alarmeerbaar zijn? De balie, hier liggen soms nog patiëntgegevens in de kasten, hoewel we deze wel afsluiten. Verder staat in elke behandelruimte een pc/chromebox Bekkenfysiotherapieruimten moeten op slot kunnen.

Onderwerp	Te beantwoorden vraag
Binnenklimaat	Welke temperatuurbandbreedte en ventilatiecapaciteit zijn nodig voor behandelkamers versus intensieve groepsinspanning? Is koeling vereist? 21 graden in de behandelruimtes, omdat de mensen zich uitkleden (gedeeltelijk); frisse lucht voor menselijke luchtjes (niet altijd even fris) ; in de zomer kunnen koelen is belangrijk. Oefenzaal, max 18 graden, ook mogelijkheid om te kunnen ventileren en koelen.
ICT en elektra	Hoeveel data-, stroom- en laadpunten zijn per kamer en in de oefenzaal nodig? Zijn audiovisuele voorzieningen, wifi voor apparatuur of een muziekinstallatie gewenst? Elke kamer een pc en mogelijkheid om apparatuur op te kunnen laden, zoals telefoon, laser, MAPLe. In de oefenzaal zeker 4 liefst aan een zijde, waar de cardio komt. En nog 2 aan de andere zijde. Ook een pc in de oefenzaal, voor schema's te kunnen laden en printen. Wifi dus voor alle kamers, balie en oefenzaal. Muziek doen we via bluetooth op de telefoon, naar een muziekinstallatie.
Ondersteunende functies	Zijn een eigen kantoor, overlegplek, personeelsgarderobe, pantry, was-/droogvoorziening of schoonmaakruimte nodig? Kantoor voor de secretaresse met baliefunctie die ze kan afsluiten indien nodig; garderobe, keukentje voor personeel, was-/droog voorziening , schoonmaakruimte mag ook met de andere disciplines.
Routing en logistiek	Hoe verlopen patiënten, personeel, schoon/vuil, afval, leveringen en bevoorrading? Is een aparte leveranciersingang nodig? Alles verloopt nu bij ons via de voordeur, alleen afval gaat via de achterdeur naar de containter die daar staat. Personeel komt via de achterdeur, omdat de voordeur niet van buitenaf te openen is. Maar dat is geen vereiste.
Parkeren en fietsen	Wat is de maximale gelijktijdige bezetting per dagdeel, inclusief groepswissels, personeel en halen/brengen? Hoeveel fiets-, e-bike- en mindervalidenplaatsen zijn nodig? We rekenen in de toekomst op 7 patiënten per half uur, in de wisseling kan het 14 zijn , evt met begeleiding erbij. Niet iedereen komt met de auto, ook fiets en openbaar vervoer en taxi. Maximaal ligt bij ons op 5 fietsen en 8 auto's van patiënten en 6 auto's van personeel
Huurgrens en delen	Welke functies wil de fysiotherapie zelf huren en welke delen? Oefenzaal, behandelruimtes en balie zelf huren, kantine , keuken, afvalruimte, wachtkamer, wc's personeel en patiënten , garderobe, was/droogruimte, hal kan wat ons betreft allemaal gedeeld.Welke afspraken zijn nodig over beschikbaarheid, exclusiviteit, schoonmaak, beheer en kosten? Eens per maand hebben we een praktijk vergadering tijdens de lunch, voor als de vergaderruimte/kantine gedeeld wordt.. Wat ons betreft delen we de kosten over de schoonmaak, ramenwasser e.d.
Toekomstbestendigheid	Welke uitbreiding wordt binnen 5–10 jaar verwacht en moet bouwkundig ruimte worden gereserveerd voor een extra behandelkamer, grotere zaal of tweede discipline? We hebben al toekomstbestendig gerekend, vandaar dat we uitgaan van 7 collega's en 6 behandelruimtes, omdat bij ons de ruimtes gedeeld kunnen worden en ook vrijwel iedereen een dag per week vrij is, omdat er veel van 8.00-18.00 gewerkt wordt. Welke disciplines er binnen de fysiotherapie bij komen is afhankelijk van het aanbod, dit kan zijn sport, geriatrie, bekken(natuurlijk omdat er ook al is met een lange wachtlijst), psychosomatisch,.... Eigenlijk is alles welkom. Daarbij zijn de lijntjes met de huisartsen en hun gespecialiseerde assistenten ook van belang wellicht.

8. Samenvatting voor architect en projectteam

- Programmeer voorlopig 6 behandelkamers, waarvan minimaal 1 en bij voorkeur 2 voorbereid voor bekkenfysiotherapie, tenzij de fysiotherapie expliciet kiest voor een compactere startvariant.
- Neem een oefenzaal van 91 m² met direct aangrenzende opslag en 2 kleedkamers van 6,25 m² op als harde functionele kern.
- Scheid de actieve, mogelijk luidruchtige oefenfunctie akoestisch en qua routing van de rustige huisartsenzorg.
- Werk een gedeeld-voorzieningenconcept uit, maar reserveer nog geen besparingen totdat openingstijden, piekbezetting, privacy, toegankelijkheid en beheer zijn bevestigd.
- Bereken na vaststelling van alle ontbrekende ruimten het totale netto oppervlak en pas vervolgens een passende bruto-opslagfactor toe voor verkeersruimte, wanden en gebouwgebonden voorzieningen.
- Laat de architect pas na beantwoording van de beslisvragen een netto ruimtestaat, bruto-opslagfactor en vlekkenplan opstellen.

13. Integrale conclusie en uitgangspunten voor gemeentelijke tender

13.1 Voorkeur gebouwconcept

Laagbouw heeft een sterke voorkeur, maar is geen harde uitsluitingsvoorwaarde. De volledige huisartsenpraktijk, inclusief alle spreek-/consultkamers en ondersteunende functies, moet op de begane grond komen. De fysiotherapeutische oefenzaal van 91 m^2 netto moet eveneens beneden liggen wegens impactgeluid, trillingen en groepsactiviteiten. De twee kleedkamers van elk 6,25 m^2 zijn een wens en worden, indien gerealiseerd, logisch bij de oefenzaal geplaatst. De zes fysiotherapiebehandelkamers mogen op de verdieping liggen, mits de toegankelijkheid, lift, privacy en exploitatiekosten aantoonbaar aanvaardbaar zijn. Buurtzorg kan beneden of boven worden gevestigd en heeft zelfstandige toegang nodig.

13.2 Voorkeursindeling en delen van voorzieningen

Uitgangspunt is één gezamenlijke entree, ontvangst-/baliezone en wachtruimte op de begane grond, met privacybescherming en duidelijke gescheiden personele verantwoordelijkheden. Voor fysiotherapie op de verdieping is een eigen kleine wachtruimte boven vereist. De huisarts krijgt beneden een eigen compacte personeelskantine met keuken en de fysiotherapie boven eveneens een eigen compacte personeelskantine met keuken. Gezamenlijk gebruik is mogelijk voor ICT/techniek, schoonmaakruimte, algemene opslag, afval, was-/droogvoorzieningen, toiletten en overlegfaciliteiten, voor zover toegankelijk, veilig en operationeel uitvoerbaar. Medische en vertrouwelijke voorraad moet afsluitbaar gescheiden blijven. Dubbele ruimte wordt vermeden zonder onwerkbare afhankelijkheid tussen de gebruikers.

13.3 Veiligheid, bereikbaarheid en beheer

Fysiotherapie is ook in de avonduren geopend (op dit moment maandag tot 20.00 uur en dinsdag/donderdag tot 21.00 uur). Daarom zijn een goed verlichte, overzichtelijke en veilige looproute vanaf parkeerplaatsen en fietsenstalling, een onafhankelijk afsluitbaar toegangs- en alarmsysteem en veilige toegang tot gedeelde sanitaire voorzieningen noodzakelijk. Bij verdiepingen moet de architect aantonen hoe toegankelijkheid, lift, vluchtwegen en onderhoudskosten worden opgelost. De ambulance-aanrijroute en bereikbaarheid van de huisarts blijven gegarandeerd. Voor gedeelde ruimten worden vóór contractering afspraken gemaakt over openingstijden, sleutelbeheer, schoonmaak, beveiliging, aansprakelijkheid, kosten en prioriteit bij gelijktijdig gebruik.

13.4 Oppervlakten en bandbreedtes

Huisartsenpraktijk: 231,3 m^2 VVO aan ruimten, plus 17% gangzone = 270,6 m^2, omgerekend circa 297,7 m^2 BVO. Buurtzorg: indicatief 25–35 m^2 BVO (rekenwaarde 30 m^2), via onderhuur bij de huisarts. Fysiotherapie: definitief uitgangspunt zes behandelkamers à 20 m^2 = 120 m^2 netto, plus oefenzaal 91 m^2 netto op de begane grond. Twee kleedkamers à 6,25 m^2 (samen 12,5 m^2) zijn gewenst, niet verplicht. De kernfuncties fysiotherapie bedragen daarmee 211 m^2 netto zonder kleedkamers en 223,5 m^2 netto met beide

kleedkamers. Daarnaast noemt het bronprogramma een balie/werkplek van 9 m², opslag van circa 10 m² en kantine van circa 25 m²; deze onderdelen kunnen deels gezamenlijk worden georganiseerd, behalve de afzonderlijke kantine die is gewenst. De oorspronkelijke compactere varianten uit het fysiotherapieprogramma blijven als broninformatie behouden maar zijn geen ontwerpuitgangspunt meer. Een definitief BVO voor het hele gebouw kan pas worden berekend na vaststelling van gedeelde functies, routing, sanitaire ruimten, installaties en bruto-opslag; netto en BVO mogen niet rechtstreeks worden opgeteld.

13.5 Financiële haalbaarheid en huurconstructie

De huisartsenpraktijk beoogt een langjarige huurrelatie met een externe ontwikkelaar/investeerder. Buurtzorg huurt onder van de huisarts; onderhuurprijs, looptijd, toegang en leegstandsrisico moeten vooraf worden geregeld. Voor de huisarts is circa € 200 per m² per jaar een voorlopige, nog niet financieel onderbouwde inschatting en nadrukkelijk géén vastgesteld maximum of toezegging. De betaalbaarheid moet met een onafhankelijke exploitatie- en draagkrachtanalyse worden getoetst. De gemeente wordt geadviseerd in de tender een volledige, vergelijkbare jaarlijkse lastenopgave per gebruiker te verlangen: kale huur, exacte huurgrondslag (VVO/BVO), toerekening gedeelde meters, servicekosten, energie, schoonmaak, beheer, onderhoud, indexatie, eventuele liftkosten en een meerjarige kostenprognose (bijvoorbeeld 15 jaar). Beoordeel niet uitsluitend de laagste huurprijs per m² maar de totale levensduurkosten en praktische bruikbaarheid. De inschrijver dient huurprijs en lasten te specificeren zonder de voorlopige inschatting van € 200/m²/jaar als budget, plafond of gegarandeerde betalingsbereidheid te behandelen. Een aanbieding of selectie houdt geen financiële verplichting voor de zorgpartijen in zolang draagkracht en contractvoorwaarden niet zijn vastgesteld.

13.6 Nog te verifiëren ontwerp- en tenderpunten

Vaststaande uitgangspunten zijn zes fysiotherapiebehandelkamers van 20 m² (totaal 120 m² netto), waarvan twee geschikt voor bekkenfysiotherapie; de oefenzaal van 91 m² ligt op de begane grond. Twee kleedkamers van 6,25 m² zijn een wens, geen harde eis. Nog te toetsen: (1) integrale netto-/brutoruimtestaat en geen dubbeltellingen; (2) noodzakelijke capaciteit van kleedkamers en wachtruimten; (3) gezamenlijke parkeerberekening op basis van piekbezetting van alle gebruikers, in plaats van automatisch 24 plaatsen overnemen; (4) beheer, beschikbaarheid en kostenverdeling van gedeelde voorzieningen; (5) de huur- en onderhuurvoorwaarden van Buurtzorg; (6) lift, toegankelijkheid en totale exploitatiekosten van een eventuele verdieping. De gemeente dient de architect/inschrijver expliciet te vragen een sluitende integrale ruimtestaat te leveren met per functie aantallen, netto oppervlak, gedeelde oppervlaktes, toerekeningssleutel, verkeersruimte, installaties en totaal BVO. De uitgangswaarde van circa 328 m² BVO voor huisarts en Buurtzorg is geen totaaloppervlak van het gezondheidscentrum en mag niet zonder herrekening bij de netto fysiotherapiemeters worden opgeteld.

13.7 Besluiten en toetsingscriteria voor de tender

De gemeente wordt gevraagd de hierboven genoemde keuzes als uitgangspunt aan inschrijvers mee te geven en ontwerpen te laten toetsen op daadwerkelijke beschikbaarheid van gedeelde ruimtes, zelfstandige avondtoegang voor fysiotherapie, 24-uurs toegang voor Buurtzorg, privacy en beveiliging, parkeercapaciteit en financiële draagkracht. Een gedeelde ruimte mag uitsluitend als besparing worden ingeboekt wanneer gelijktijdig gebruik, beheer, huurgrenzen en kosten aantoonbaar zijn uitgewerkt. De voorlopige € 200/m^2/jaar is geen vastgestelde huurgrens; de haalbaarheid moet nog worden onderzocht. De gemeente wordt tevens verzocht inschrijvingen op identieke uitgangspunten te laten onderbouwen met een integrale parkeerbalans, een sluitende VVO/BVO-ruimtestaat en een per huurder uitgesplitste jaarlijkse en meerjarige exploitatiebegroting. Het definitieve gebouwoppervlak en de huurlasten zijn pas vast te stellen na toetsing van de ontwerpvarianten.

13.8 Conclusie

Het gezamenlijke uitgangspunt is één toekomstbestendig, goed toegankelijk en betaalbaar gezondheidscentrum waarin de huisarts, fysiotherapie en Buurtzorg functioneel kunnen samenwerken. Waar dat praktisch en financieel verantwoord is, willen de partijen voorzieningen delen. Het delen van ruimten is geen doel op zich: een gezamenlijke voorziening levert uitsluitend een reële besparing op wanneer deze voor alle gebruikers daadwerkelijk beschikbaar en functioneel bruikbaar is, zonder knelpunten in privacy, patiëntveiligheid, openingstijden, routing of dagelijkse werkprocessen. Inschrijvers dienen per voorgestelde gedeelde ruimte het gelijktijdige gebruik, de beheerafspraken, de toerekening van vierkante meters en de werkelijke totale huisvestingskosten inzichtelijk te maken. Een lagere oppervlakte mag niet leiden tot inefficiënte zorgverlening of verborgen exploitatiekosten. De voorkeur gaat uit naar een gelijkvloers ontwerp, met de huisarts en de fysiotherapeutische oefenzaal op de begane grond. Alleen als een ontwerp met een verdieping aantoonbaar functioneel, toegankelijk en over de gehele exploitatie goedkoper of beter is, is dat een reëel alternatief. De gemeente wordt verzocht de tender zodanig op te stellen dat ontwikkelaars deze afweging transparant kunnen maken, met een sluitende ruimtestaat, duidelijke huurgrenzen, onderbouwde parkeeroplossing en inzicht in de totale gebruikskosten. Betaalbaarheid en continuïteit van huisartsenzorg vormen hierbij leidende criteria.