



1 RUIIMTE\_VOOR ZORG

# Zorg voor ruimte

Provinciale Hogeschool Limburg | mei 2012





# Voorwoord

Limburg vergrijsst in ijtempo. Als gevolg van een steeds ouder wordende bevolking stijgt de specifieke behoefte aan wonen en zorg. Het aantal ouderen met zeer specifieke en intensieve eisen op het vlak van zorg neemt eveneens toe. De vergrijzing leidt immers onvermijdelijk tot meer (en andere) ziekten met dikwijls een meer intensieve behandeling. Dit uit zich in een hoge nood aan diverse woon- en zorgtypologieën.

Samenleven is samen (ver)zorgen. Vanaf de geboorte tot de dood zijn mensen in verschillende levensfasen in meer of mindere mate zorgafhankelijk. Als baby, kleuter en kind, maar ook als volwassene wanneer het lichamelijk of geestelijk minder gaat of de ouderdom zijn tol eist. Verzorging vraagt tijd en aandacht. Verzorging vraagt om ruimte en voorzieningen, en stelt zo eisen aan woning en woonomgeving.

Voor een groeiende groep mensen - met name ouderen - is het zonder ondersteuning moeilijk of zelfs onmogelijk om zelfstandig te blijven wonen.

De komende decennia zal de combinatie van wonen, zorg en dienstverlening steeds belangrijker worden. Ook voor jonge generaties biedt het heel wat voordelen om de keuze te kunnen maken voor een aangepaste woning in een aangepaste en duurzame woonomgeving.

Deze tendens gaat gepaard met een (steeds luider) vraag naar meer persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg vergt echter andere ruimtelijke eisen zoals schaalverkleining, verweving met niet-zorg-gerelateerde functies, een vormgeving op mensenmaat ... Het probleem is dat de vertrouwde (ruimtelijke) zorgconcepten deze omslag niet kunnen ondersteunen omdat ze veelal ontstaan zijn vanuit het idee van (medische) instellingen: de ziekte moest gecontroleerd worden en de zorgvrager moest daarom (tijdelijk) verwijderd worden uit de 'gezonde' samenleving. Ondanks de spectaculaire evoluties in de medische verzorging van de laatste decennia wordt dit ruimtelijk model nog altijd gevolgd en zijn zorg-'instellingen' nog altijd eilanden, ruimtelijk afgesloten van het leven van alledag.

Daarbij komt dat onze ruimte beperkt is. We kunnen niet extra open ruimte blijven aansnijden om aan de sterk toenemende zorgbehoefte te voldoen.

Hoe kunnen we bijgevolg op een creatieve, innoverende en doordachte manier zorgprojecten integreren in onze samenleving? Hoe kunnen we bijvoorbeeld stads- en dorpscentra uitrusten opdat mensen niet hoeven te verhuizen in functie van hun zorgbehoefte? Hoe kan de nodige hulp- en dienstverlening geïntegreerd worden in het wonen en hoe kan de zorginfrastructuur mensen stimuleren om actief deel te nemen in het maatschappelijk leven? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het bestaande zorgmodel evolueert naar een meer open, continue en geïntegreerde zorg: een zorg die haar eiland verlaat en een vanzelfsprekende en zichtbare plaats inneemt in dorps- en stadsweefsels?

Als provinciebestuur besteden we reeds meerdere jaren bijzondere aandacht aan het woon- en zorgbeleid. Meer bepaald wat het aspect kwaliteitsvol, aangepast en betaalbaar wonen voor iedereen betreft. Hiermee willen wij als provinciaal bestuur streven naar de realisatie van nieuwe woonvormen, ook voor mensen met nood aan zorg en dit in hun vertrouwde omgeving dicht bij voorzieningen.

De combinatie van wonen en zorg wordt in de komende decennia steeds belangrijker. Tijdig inspelen op de groeiende vraag naar woonzorgvoorzieningen maakt het noodzakelijk



Bron foto: Provincie Limburg

dat institutionele belemmeringen worden geslecht, dat de individuele vraagondersteuning door subsidies flexibeler wordt en dat het aanbod van woon-zorgdiensten verder wordt gedifferentieerd en beter gaat aansluiten op de vraag. Ook in de recente herziening van het ruimtelijk structuurplan van de provincie Limburg is de ruimtelijke vertaling van de vergrijzing, verzilvering en de stijgende gezinsverdunding opgenomen.

Met een aantal publicaties rond zorg willen wij als Provinciebestuur, gemeenten informeren over het ontwerpend onderzoek rond zorg dat aan de Provinciale Hogeschool Limburg departementen Architectuur en Interieurarchitectuur gebeurt. Met deze publicaties willen wij gemeenten stimuleren om innovatief te durven nadenken over zorg en ruimte: hen inspiratiebronnen aanreiken om organisatorisch, stedenbouwkundig en architecturaal ook buiten bestaande kaders en concepten te denken. Ook al is dit niet steeds evident.

Uit een door de Provincie en de PHL georganiseerd resonantiemoment met een aantal stedenbouwkundige ambtenaren uit Limburg blijkt immers dat er tal van factoren zijn die het moeilijk maken om innovatie te introduceren in zorgprojecten.

Een aantal belangrijke factoren hierbij zijn:

- de bestaande, steeds strenger wordende regelgeving omtrent zorg; deze maakt dat het in de praktijk quasi onmogelijk is om ruimtelijke innovatie door te voeren. Zo is bijvoorbeeld een zorginstelling die infrastructuurwerken wil uitvoeren afhankelijk van subsidies van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). Deze subsidies worden pas toegekend als de instelling voldoet aan de VIPA-regelgeving. Deze is echter zo stringent dat de invulling en verschijningsvorm van zorgprojecten al op voorhand vastliggen. Voor de (veranderende) wensen van zorgvragers is er geen ruimte.

- de snelheid waarmee de wettelijke procedures voor het bekomen van subsidies gebeurt, verschilt enorm met de snelheid waarmee promotoren en uitbaters zorgprojecten willen realiseren. Hierdoor krijgt niet enkel de ontwerper weinig tijd toebedeeld om innovatief na te denken over een zorgproject maar ook de stedenbouwkundige ambtenaar.

- het streven van ontwikkelaars en uitbaters van een zorginstelling naar zo compact mogelijke bouwvolumes binnen het perspectief van rendabiliteit, het liefst op nog grote onbebouwde terreinen, legt eveneens een hypotheek op de

zoektocht naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten; - de niet altijd even gemakkelijke samenwerking tussen de partijen die bij de realisatie van een zorgproject betrokken zijn.

Bovenstaande problematiek maakt dat ondermeer de traditionele gebouwen voor zorg met hun institutionele en naar binnen georiënteerde karakter, de archetypische lange gangen, wachtkamers zonder daglicht en steriele kamers nog steeds de standaard zijn.

Het ontwikkelen van innovatieve ruimtelijke zorgconcepten is dan ook enkel mogelijk als er ook eens buiten de bestaande regelgeving en moeilijkheden gedacht kan worden. Hier speelt de PHL op in door middel van ontwerpend onderzoek.

Ouderenzorg wordt geconfronteerd met de historische babyboom expansie. De sector die zich specialiseert in de laatste levensstadia, staat nu voor een nieuw begin. Binnenkort wordt ouderenverzorging een politieke prioriteit, een sociale kwestie, een budgettaire test en een levendige economische markt en een ruimtelijke uitdaging. Kunnen we deze uitdagingen omplooiën tot opportuniteiten voor een ganse woonbuurt, wijk en een gemeente?

Wij als provinciaal beleid zijn overtuigd van wel!

Gilbert van Baelen en Walter Cremers  
Gedeputeerden provinciebestuur Limburg



Bron foto: Liesbet Thewissen



“Hoe kunnen we ervoor zorgen dat zorgvoorzieningen zo worden gelokaliseerd dat mensen geïntegreerd blijven in de maatschappij en zo actief kunnen blijven deelnemen aan de activiteiten die hier plaatsvinden ?

Hoe geven we zorg vorm zodat deze haar eiland verlaat en een vanzelfsprekende en zichtbare plaats inneemt in dorps- en stadswefsfels?”

# 1. Ontwerpend onderzoek naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten

## 1.1 Definitie 'ontwerpend onderzoek'

Ontwerpend onderzoek kan gedefinieerd worden als het aftasten van ontwikkelingsmogelijkheden door middel van concrete ontwerpvoorstellen en scenario's.

Basis voor het ontwerpend onderzoek is het scheppen van een duidelijk onderzoekskader dat tot stand komt vanuit een gericht onderzoek naar hetgeen men wil aanpakken (de eigenheid van iets, de knelpunten en potenties ervan, de betrokken actoren, ...). Binnen dit onderzoekskader worden de randvoorwaarden (of aannames), het beoordelingskader en de parameters waaraan ontwerpen en scenario's worden getoetst, bepaald. Enkel zo zijn de uiteindelijke onderzoeksresultaten verifieerbaar en vergelijkbaar.

Het einddoel van het ontwerpend onderzoek is niet zozeer het aanreiken van één uitgewerkte en pasklare oplossing, maar het aanreiken van nieuwe kennis of inzichten gegenereerd door het bedenken en vergelijken van alternatieven (scenario's, concepten, visies, ...). Door middel van ontwerpend onderzoek kunnen bestaande denkpatronen of oplossingen herdacht worden en kan men tot nieuwe inzichten komen die op hun beurt weer aanleiding kunnen geven tot verbeterde en/of nieuwe oplossingen (=innovatie). Hoe generieker en dus hoe meer toepasbaar de gegenereerde kennis, hoe waardevoller deze is.

## 1.2 Ontwerpend onderzoek aan de PHL

Het ontwerpend onderzoek aan de PHL<sup>1</sup> voor de opleidingen architectuur en interieurarchitectuur vloeit voort uit de nauwe samenwerking tussen de onderzoeksgroep ArcK, de studiobegeleiders en de studenten aan de PHL associatiefaculteit architectuur en interieurarchitectuur.

### Onderzoeksgroep ArcK

Het onderzoek in de opleidingen architectuur en interieurarchitectuur is gebundeld in de overkoepelende onderzoeksgroep ArcK, waar een 25-tal onderzoekers en ontwerpers fundamenteel en toegepast onderzoek uitvoeren naar ontwerpmatige, sociaal-culturele en ruimtelijke aspecten van onze gebouwde omgeving.

De focus binnen de onderzoeksgroep ligt op een multidisciplinaire aanpak - met naast (interieur)architecten ook teamleden met een achtergrond in o.a. stedenbouw, kunstgeschiedenis, communicatie, semiotiek, psychologie - en op een expliciete aandacht voor de mogelijkheden van ontwerpen als onderzoeksmethode (ontwerpend onderzoek).

Binnen ArcK staat het onderzoek naar de relatie tussen mens en ruimte centraal. Zo wordt er momenteel gewerkt rond thema's als herbestemming, participatie en democratie, energie en comfort, toegankelijkheid, woontypologie, winkelbeleving en scenografisch ontwerpen.

Eenzijds maakt men voor dit onderzoek gebruik van gekende methodes als kwalitatief, empirisch of kwantitatief onderzoek, maar anderzijds is er ook de discipline-eigen methode van het ontwerpend onderzoek. Hierbij wordt de creativiteit van de ontwerper om te verbeelden wat er nog niet is, ingezet als wetenschappelijk instrument.

**Een belangrijke doelstelling** van ArcK is om het onderzoek dat gebeurt binnen de associatiefaculteit architectuur en interieurarchitectuur ook toe te passen in actuele maatschappelijke thema's als zorg en vergrijzing. Hiervoor wenst zij actief samen te werken met beleidsmakers. De ruimtelijke vraagstukken kunnen hierbij in schaal variëren van nieuwe woontypologieën of passief wonen tot stedenbouwkundige uitdagingen.

### Studiobegeleiders

De studiobegeleiders - gekwalificeerde architecten, interieurarchitecten en/of stedenbouwkundigen - dragen bij tot het opstellen van het onderzoekskader rond een bepaald thema of onderwerp en bereiden de specifieke onderzoeks- en ontwerp opdrachten voor de studenten voor. Daarnaast begeleiden zij de studenten in de onderzoeks- en ontwerpfase en dragen zij bij tot de kritische reflectie van de studentenprojecten.

### Studenten

De studenten worden in de methode van het 'ontwerpend onderzoek' enerzijds ingezet als onderzoekers naar het heden en verleden van een bepaald onderwerp (analyse), anderzijds worden zij ook vooral ingezet als ontwerpers. Doel is dat zij hun creativiteit inzetten om te verbeelden wat er nog niet is en zo nieuwe kennis creëren door reflectie over toekomstige ruimtelijke scenario's.

## 1.3 Ontwerpend onderzoek naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten

De onderzoeksgroep ArcK van de Provinciale Hogeschool Limburg (PHL) voert momenteel, in samenwerking met de opleidingen architectuur en interieurarchitectuur, een ontwerpend onderzoek naar innovatieve (ruimtelijke) concepten en visies voor de zorgsector.

Aanleiding was het ontwerpend onderzoek in samenwerking met studie bureau Omgeving naar innovatieve (ruimtelijke) zorgconcepten in opdracht van het Team Vlaams Bouwmeester tijdens het academiejaar 2010-2011 dat leidde tot de volgende resultaten:

1. een inventaris van bestaande zorgtypes zoals een kinderdagverblijf, dagcentrum voor ouderen, etc. Een twaalfal types werden hierbij in meer detail onderzocht;
2. een inventaris van zorgbegrippen;
3. een inventaris van zorgtrends (gebaseerd op het trendonderzoek van Omgeving en SUM in opdracht van de Provincie Limburg (2009) waarin verschillende tendensen en trends binnen het zorgwonen worden gedefinieerd);
4. een ruimtelijke analyse van 8 gemeenten in Limburg;
5. een analyse van het ruimtelijk beleid en het zorgbeleid;
6. het ontwerpen van een masterplan voor dezelfde 8 gemeenten in Limburg;
7. een vertaling en synthese van de masterplannen naar generieke ruimtelijke situaties;
8. een architectonische uitwerking van zes hybride zorgprogramma's (bijvoorbeeld de combinatie van een dagcentrum voor ouderen en een museum) gelegen in een binnengebied;
9. een vertaling en synthese van de architectonische uitwerking naar innovatieve ruimtelijke zorgtypes.

Tijdens het academiejaar 2010-2011 concentreerde het ontwerpend onderzoek rond zorg zich op de specifieke ruimtelijke situaties eigen aan binnengebieden. Tijdens het academiejaar 2011-2012 werden tijdens semester 1 dorpscentra onderzocht, tijdens semester 2 infrastructuurbarrières (stations en stationsomgevingen).

De resultaten van het ontwerp rond deze specifieke ruimtelijke situaties worden achtereenvolgens besproken in de brochures 'Ruimte voor Zorg - Deel 2: Casus Binnengebieden', 'Deel 3: Casus dorpscentra' en 'Deel 4: Casus infrastructuurbarrières'.

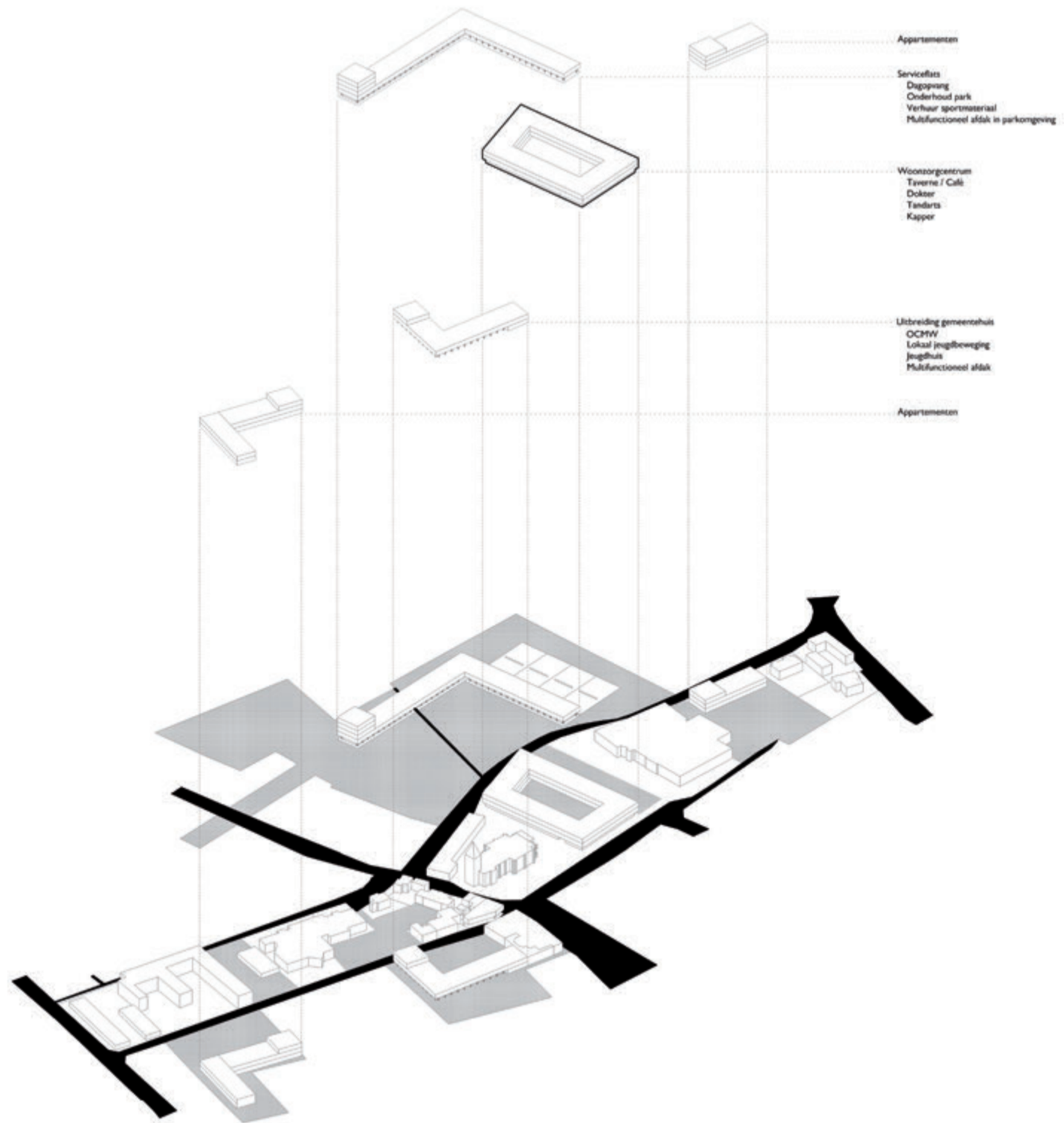
Deze publicatie concentreert zich op de zorgproblematiek zelf (zorg- en zorgtrends, vertrouwde ruimtelijke zorgconcepten en sporen van innovatieve zorgconcepten) en de manier waarop dit onderzoek binnen de PHL benaderd wordt.

Tijdens dit onderzoek beperkt de PHL zich niet enkel tot het innovatief ontwerpen van nieuwe woon-zorgtypologieën voor ouderen. Ook andere vormen van zorg worden onderzocht en geïntegreerd in het ontwerp.

Afbeeldingen rechterpagina:

Visualisaties van een studentenproject binnen het kader van het ontwerpend onderzoek naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten voor dorpscentra (academiejaar 2011-2012/semester 1)  
(Bron: student Kristof Mariën, PHL)

<sup>1</sup> Bron: Publicatie 'Doctoreren@UHasselt 2011'



# 2. Benadering van de zorgproblematiek

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de manier waarop men in de PHL de zorgproblematiek tijdens het onderzoek voor het Team Vlaams Bouwmeester benaderd heeft.

Achtereenvolgens komen in dit hoofdstuk aan bod: zorg en zorgtrends (2.1), vertrouwde ruimtelijke zorgconcepten (2.2), bestudeerde ruimtelijke zorgconcepten (2.3) en sporen van innovatieve ruimtelijke zorgconcepten (2.4).

## 2.1 Zorg en zorgtrends

### 2.1.1 Wat verstaan we onder het begrip 'zorg'?

Zorg kan omschreven worden als: 'een typisch menselijke activiteit die alles insluit wat we doen om 'onze wereld' te handhaven, voort te laten duren en te herstellen, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven'.

De modale mens kan een groot deel van de zorg voor zijn eigen wereld zelf opnemen. Mensen willen doorgaans ook niet liever dan voor zichzelf zorgen: vanaf het moment waarop ze als kind bepaalde handelingen leren tot op (hoge) ouderdom. Voor zichzelf zorgen vervult kennelijk een diepe menselijke behoefte aan zelfstandigheid, vrijheid van handelen en scheppend vormgeven aan iemands bestaan.

Voor bepaalde doelgroepen of in bepaalde levensfasen is (volledige) zelfzorg echter niet mogelijk. Sommige mensen zijn tijdelijk of permanent, in mindere of meerdere mate afhankelijk van anderen voor zorg. We denken hierbij aan kinderen, zieken, mensen die revalideren, mensen met een verstandelijke, fysieke of zintuiglijke handicap, ouderen, vluchtelingen en daklozen, mensen met psychiatrische of psycho-sociale problemen. Zij moeten een beroep doen op anderen om hun leven te helpen handhaven en zo goed mogelijk te kunnen leven.

'Zorgverlening voor elkaar is voor een belangrijk deel **professionele zorg** geworden<sup>1</sup>. Denk maar aan kraamzorg, gezinszorg, ouderenzorg: allemaal takken van zorgverlening die door daartoe opgeleide beroepskrachten worden geleverd.

**Een andere belangrijke vorm van zorg voor anderen is mantelzorg.** Deze onderscheidt zich van de professionele zorg omdat het een zorg is die wordt verstrekt door goede bekenden (familie of vrienden). Dit gebeurt vaak uit betrokkenheid, als iets vanzelfsprekends, maar soms ook noodgedwongen omdat er onvoldoende professionele zorg is of omdat de zorg niet genoeg aansluit bij de behoeften<sup>2</sup>

### 2.1.2 Het ruimtelijk voorkomen van professionele zorg volgens Foucault.

**Professionele zorg** vindt plaats in een **instelling**.

Volgens de Franse filosoof Foucault (1975) is het uitgangspunt van een instelling 'disciplineren': bij het betreden van de instelling neemt de zorgvrager de rol op van een patiënt die door het volgen van een set strikte regels aan een genezingstraject begint; de ruimtelijke setting maakt daarbij een essentieel onderdeel uit van dit disciplineringsproces: zo is een zorginstelling typisch naar binnen georiënteerd, zijn kamers zo gesitueerd dat deze altijd door verplegend personeel gecontroleerd kunnen worden en maakt bijvoorbeeld ook de nadruk op hygiëne elke huiselijkheid onmogelijk. Volgens Foucault vindt bovendien niet enkel zorg plaats in een instelling, maar ook arbeid (het bedrijf), opvoeding (de school) of straf (de gevangenis). Telkens met eigen regels en ritmes en een ruimtelijke setting die deze ondersteunt. Het individu wordt er gecontroleerd en gedisciplineerd in een afgelijnde rol (de arbeider, de leerling, de gevangene).

### 2.1.3 Dient zorg echter nog wel benaderd te worden vanuit het kader zoals Foucault dat schetst?

De geschiedenis leert immers dat elke vorm van disciplineren na verloop van tijd onder druk komt te staan. Regels worden in vraag gesteld en opgelegde rollen worden ondergraven. Disciplineren en emancipatie gaan hand in hand. Vastgeroeste instellingen maken plaats voor nieuwe opvattingen, op maat van de tijdsgeest.

Een belangrijk verschil met de instellingen zoals deze beschreven door Foucault is de rol van de ruimte in het disciplineringsproces. Zo laat technologie (zoals de camera, het internet, de gps, de tag) vandaag toe om de controle (en dus de disciplineren) ook buiten de poorten van de instelling te laten plaatsvinden, dat instellingen open en transparant gebouwd kunnen worden, dat deze vernetwerkt kunnen worden, dat deze kunnen verhuiselijken, enz ....

Zo heeft deze technologische evolutie er al voor gezorgd dat er nieuwe vormen van hybride activiteiten konden ontstaan zoals thuiswerken, thuisleren, thuiszorg en elektronisch huisarrest. Het individu neemt hier telkens meerdere rollen op: op één en dezelfde locatie. Een evolutie die op zich weer geleid heeft tot nieuwsoortige, hybride gebouwtypes zoals het flexibele kantoor en de brede school.

**Ook binnen zorg speelt deze emancipatiebeweging. Zo is er een stijgende vraag naar:**

#### - zorg op maat

De zorgvrager wil ondermeer kunnen kiezen voor meer of minder luxe, voor een bepaalde geneesheer of voor een specifieke locatie;

#### - verhuiselijking

De zorgvrager vraagt om vertrouwde en huiselijke omgevingen vanuit de volgende drie behoeften<sup>3</sup>:

- de behoefte om te ontsnappen aan het domein van ziekte: het gegeven dat een zorgvrager met andere zorgvragers in contact komt, blijkt in veel gevallen confronterend. Deze emotie wordt versterkt door de geurbeleving en door de (steriele) inrichting van het ziekenhuis;
- de behoefte aan herstel van de controle over het eigen leven; om zijn gezondheid te herstellen, moet de zorgvrager zich overgeven aan anderen: artsen, paramedisch personeel en verpleegkundigen;
- de behoefte aan rust.

#### - vermaatschappelijking van de zorg

De zorgvrager wil zoveel mogelijk verblijven of behandeld worden in wijken en buurten waar ook niet-zorgvragers verblijven<sup>4</sup>.

#### - kleinschaligheid

De zorgvrager wil zoveel mogelijk gehuisvest of behandeld worden (dit laatste voor mensen die thuis blijven wonen) in kleine groepen, zonder een zogenaamd 'institutioneel karakter'. Op die manier is meer aandacht mogelijk voor de mens en zijn individuele behoeften<sup>5</sup>.

#### - ontschotting van zorgvragen

Door het huisvesten of behandelen van zorgvragers in kleinschalige settings die zoveel mogelijk geïntegreerd zijn in de maatschappij, kan men tot slot ook steeds meer komen tot een zogenaamde ontschotting van de zorgvoorzieningen. Zorgvoorzieningen voor verschillende doelgroepen of voor mensen met een variërende zorgzwaarte kunnen nauwer samenwerken, zodat barrières tussen zorgvoorzieningen stelselmatig opgeheven of gemilderd worden. Ook de barrières tussen zorgvragers en niet-zorgvragers worden er kleiner door.

### 2.1.4 Mogelijke verklaringen voor de trage ingang van veranderingen binnen de zorgsector.

De vraag naar verandering binnen de zorgsector, vanuit het standpunt van de zorgvrager, vindt echter traag ingang.

Mogelijke verklaringen zijn:

- de **toename** aan voorschriften, reglementen en beheersaspecten die elke (ruimtelijke) innovatie onmogelijk maken:

"Naar mijn mening ligt het grootste probleem om kwaliteit te realiseren binnen de zorgsector, niet bij de bouwheer of architect, maar de andere adviserende partijen en dan voornamelijk de technieken. Vanuit die sector is er een dusdanige standaardisatie zodat steeds wordt geopteerd voor dezelfde oplossingen met een institutioneel karakter. De grootste uitdaging ligt er in om die studie bureaus mee betrokken te krijgen in het idee om een woongebouw te realiseren i.p.v. een zorginstelling"<sup>6</sup>.

- de **organisatie** van de zorgsector die een geïntegreerde en zorgvrager-gerichte aanpak onmogelijk maakt: "De zorg voor bejaarde mensen hebben we bijvoorbeeld opgesplitst in medisch werk (de arts), verpleging, verzorging en logistiek. We hebben daarnaast iemand die de zorg organiseert (de maatschappelijk werker) en iemand die de zorg plant. Allemaal verschillende beroepen waar bovendien nog allemaal aparte organisaties boven staan. In de praktijk werkt dit hiërarchisch geordend systeem allesbehalve efficiënt"<sup>7</sup>.

- de **professionalisering** van de zorgsector van voorstudie tot uitbater; hierdoor is het moeilijk voor nieuwe spelers (met andere ideeën) om toegang tot de zorgwereld te krijgen.

- de **schaalvergroting** van zorgopdrachten; hierdoor komen er nieuwe zorgspelers (bijvoorbeeld investeerders, projectontwikkelaars, grote operatoren), is er een split tussen vastgoed en exploitatie, verdwijnen de kleine spelers en beginnen zorgdomeinen samen te werken. Dit zorgt ervoor dat de complexiteit van zorgopdrachten toeneemt<sup>8</sup>.

- de **privatisering** van de zorg; hierdoor wordt er enkel naar de kapitaalcrachtige zorgvrager geluisterd en wordt er enkel ingespeeld op eenvoudige zorgvragen<sup>9</sup>.

### 2.1.5 Conclusie

Uit bovenstaande bedenkingen met betrekking tot de veranderingen in de zorgsector kan geconcludeerd worden dat de disciplineren, eigen aan instellingen binnen de zorgsector, voor een groot deel nog steeds ruimtelijk blijft: de archetypische lange gangen, wachtkamers zonder daglicht of steriele kamers zullen waarschijnlijk nog een tijdje de standaard blijven. De vertrouwde zorginstelling blijft met andere woorden bestaan en de zorgvrager blijft patiënt die, telkens hij de instelling betreedt, de samenleving tijdelijk verlaat.

Maar, demografische ontwikkelingen maken dat de zorgvraag zal blijven toenemen. Zo heeft vandaag ongeveer 7% van de bevolking van 15 jaar en ouder nood aan professionele zorg. In 2050 zou dit 11% zijn. Dit is een toename van 81%<sup>10</sup>! Het verschil met de huidige zorgvragers is dat de komende generaties vermogend en mondig genoeg zijn om niet langer de rol van patiënt te willen opnemen en deze in te ruilen voor die van geïnformeerde en veeleisende klant. Patrick Syen (2011) verwijst naar deze generatie als 'medioren', mensen die vandaag tussen 45 en 65 jaar oud zijn, de babyboomers, die nog vitaal en actief zijn maar dikwijls al vervroegd uit het arbeidsproces gestapt zijn. Het zijn kapitaalcrachtige mensen, met veel vrije tijd. Boegbeelden van deze generatie zijn volgens hem mensen als John Cleese, Mick Jagger, Raymond van het Groenewoud en Guy Mortier. Mensen dus die niet bereid zullen zijn om hun eigen levensstijl op te geven. Voor dergelijke kapitaalcrachtigen worden vandaag al antwoorden op maat aangeboden. **Maar wat met de rest van de zorgvrager?**

1 citaat zorgethica Joan Tronto in van Zadelhoff, Abma, Verbeek & Widdershoven, 2010)

2 Naafs, 2010, Deel 4, p.277-290

3 Naafs, 2010, Deel 4, p.277-290

4 van der Burgt, van Mechelen-Gevers & te Lintel Hekkert, 2006

5 Niemeijer & Wagenaar, 2008; Idenburg & van Schaik, 2010

6 Den Engelsens, van Beek en Blijham, 2007

7 van den Beld & van Zalk, 2010

8 van den Beld & van Zalk, 2010

9 Jerry Van Veldhuizen in gesprek met Adinda Van Geystelen, 2010

10 Geert Van Hootegem in gesprek met Jan Bosteels, 2011

11 Syen, 2011

12 De Maeseneer, 2009

13 Pelfrene, 2009





Bron foto: Provincie Limburg

## 2.2 Vertrouwde ruimtelijke zorgconcepten

De vertrouwde ruimtelijke zorgconcepten kunnen onderverdeeld worden in **twee** grote groepen:

1. een onderverdeling in soorten zorg op basis van inhoud of vorm en vanuit een taakgericht model;
2. een onderverdeling op basis van de setting waarin de zorg verleend wordt.

### 2.2.1 Benaderingen van zorg vanuit een taakgericht model

#### Benadering 1:

Puur op basis van de inhoud of vorm en vanuit een taakgericht model<sup>1</sup> kunnen we zorg inhoudelijk indelen in **begeleiding, verzorging, verpleging en medisch-specialistische behandeling**. Deze indeling hangt samen met de **zorgzwaarte**.

Over het algemeen kunnen we zeggen dat **begeleiding en verzorging** betrekking hebben op de activiteiten uit het dagelijks leven zoals zich aankleden, zich verplaatsen of boodschappen doen. Iemand die mits begeleiding veel van deze dingen zelf kan doen, is minder zwaar zorgbehoevend dan iemand die voor bijvoorbeeld persoonlijke hygiëne is aangewezen op een verzorgende. **Verpleging** kan gedefinieerd worden als de behandeling van een ziekte om erger te voorkomen en ongemakken en pijn te verlichten<sup>2</sup>. Een **medisch-specialistische behandeling** is geneeskundige zorg van meer korte duur.

#### Benadering 2:

Een andere benadering van zorg vanuit het taakgericht model situeert zich rond het begrip **'cure- en caresector'**<sup>3</sup>. Onder **cure** wordt geneeskundige gezondheidszorg verstaan, die vaak kortdurend is, bestaat uit onderzoek en behandeling en gericht is op genezing. Deze sector valt min of meer samen met de medisch-specialistische zorg zoals besproken in de vorige paragraaf. **Care** is langdurige zorg aan mensen met een somatische, psych(oger)iatische en/of psychische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap en mensen met psychosociale problemen. Voor deze doelgroepen is niet de medisch-specialistische zorg, maar wel begeleiding en verzorging aangewezen. Doel van deze zorg is het voorkomen van beperkingen en complicaties en ondersteuning bij de kwaliteit van leven.

**Verpleging** bevindt zich binnen deze benadering van zorg ergens op de grens tussen cure en care in omdat er een medische component inzit. Genezing is echter niet altijd de finaliteit en verpleging kan ook een onderdeel zijn van de langdurige zorg die de vermelde doelgroepen nodig hebben.

### 2.2.2 Benadering van zorg vanuit de ruimtelijke setting waarin zorg verleend wordt

Binnen deze benadering is er een doorlopende lijn te schetsen met aan het ene uiteinde het leven **thuis** zonder zorg door anderen en aan het andere uiteinde het permanente verblijf in een **tehuis**, waarbij men volledig afhankelijk is van het krijgen van zorg en waar men 24 uur per dag toezicht nodig heeft. In deze laatste situatie zijn huisvesting en zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zorg krijgt dan de naam intramuraal of residentieel.

In het geval van bijvoorbeeld een ziekenhuisopname of bij revalidatie is een intramuraal verblijf vaak van relatief korte duur en van tijdelijke aard. Naast het verblijf in de instelling blijft er nog een thuiswoonsituatie bestaan. Maar als bijvoorbeeld een

oudere of een persoon met een handicap definitief in een tehuis zijn intrek neemt, is het tehuis langdurig of permanent een vervangend thuismilieu. Tussen de twee uitersten in bevinden zich veel mogelijke arrangementen van zorg en dienstverlening, die in talloze woonzorgcombinaties aan hulpvragers kunnen worden aangeboden<sup>4</sup>.

Binnen het kader van het onderzoek naar zorg in opdracht van de Vlaams Bouwmeester tijdens het academiejaar 2010-2011, heeft de PHL op basis van literatuurstudie vijftienveertig vertrouwde woonzorgcombinaties of zorginstellingen geïnventariseerd op basis van hun ruimtelijke setting. Het uitgangspunt bij de selectie van deze combinaties was het trendonderzoek van Omgeving/Sum (2010) in opdracht van de Provincie Limburg. Twaalf van deze combinaties zijn, omwille van de stijgende nood aan dit soort voorzieningen, gedetailleerd uitgewerkt op basis van concrete cases.

Concreet gaat het om:

- een kinderdagverblijf
- een dagcentrum voor ouderen of personen met een handicap
- de kangoeroewoning
- een serviceflatcomplex
- een centrum voor kortverblijf voor personen met een handicap
- een centrum voor kortverblijf voor ouderen
- een woonzorgcentrum
- residentieel verslavingshulpverlening
- een centrum voor integrale gezinszorg
- een centrum voor kindercare en gezinsondersteuning
- een revalidatiecentrum
- een woonzorgzone

<sup>4</sup> Naafs, 2010, Deel 4, p.277-290; van Hoof, Kort en van Waarde

<sup>1</sup> Geelen, 2009

<sup>2</sup> Naafs, 2010, Deel 3, p. 157-201)

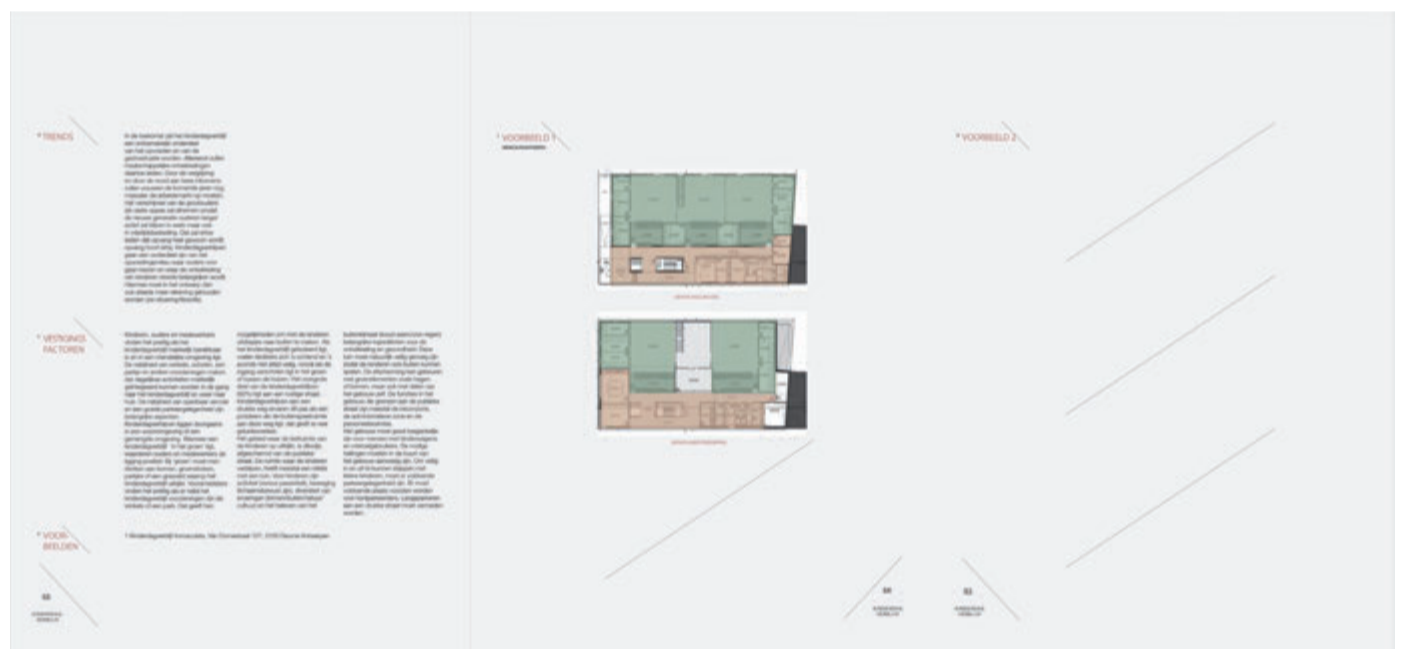
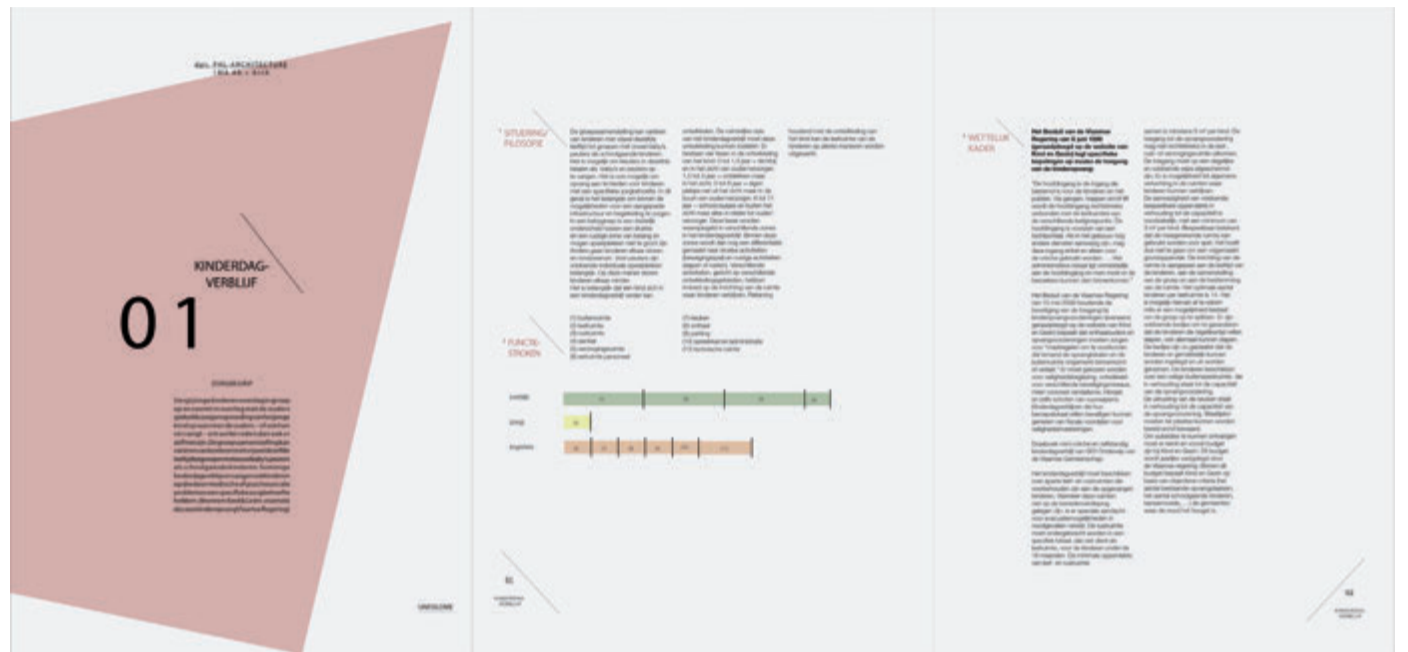
<sup>3</sup> De Winter, Klaver, Krediet en Pansier, 2007 en van der Burgt, 2006

## 2.3 Bestudeerde ruimtelijke zorgconcepten

Voor elk van de 12 uitgewerkte zorgconcepten werden binnen het kader van het onderzoek voor het Team Vlaams Bouwmeester **steekkaarten** uitgewerkt met daarop een definitie, de achterliggende filosofie van het zorgconcept, het relatieve belang van de aanwezige functies door middel van functiestroken, het wettelijk kader, trends, vestigingsfactoren, gebouwde voorbeelden en een bibliografie.

De basisinformatie op de steekkaarten werd aangeleverd door de studenten en vervolgens verder verwerkt door ArcK.

Aangezien bepaalde informatie op de steekkaarten kan functioneren als leidraad bij het begrijpen en kaderen van de door de studenten ontworpen zorgconcepten (verwerkt in andere, gethematiseerde brochures rond zorg), werd de meest essentiële informatie met betrekking tot de uitgewerkte vertrouwde zorgconcepten eveneens verwerkt in deze brochure.



Afbeelding 1: Voorbeeld van een steekkaart met een vertrouwd zorgconcept

1	Dagcentrum ouderen	
2	Dagcentrum palliatieve zorg	
3	Dagcentrum psychiatrische patiënten	
4	Kinderdagverblijf	
5	Initiatief buitenschoolse opvang (IBO)	
6	Dagcentrum Bijzondere Jeugdbijstand (BJB)	
7	Dagcentrum voor personen met een handicap	
8	Kangoeroewoning	zorgwoning, duplexwoning, meergeneratiewoning, tandemwoning
9	Mantelzorgwoning met zorgunit	
10	Nachtopvang ouderen	
11	Centrum voor kortverblijf (CVK) ouderen	
12	Centrum voor herstelverblijf	
13	Centrum voor kortverblijf (CVK) voor personen met een handicap	
14	Orthopedagogisch internaat of semi-internaat	
15	Rusthuis	rustoord voor bejaarden (ROB)
16	Rust- en Verzorgingstehuis (RVT)	
17	Residentiële verslavingshulpverlening	ontwenningsskliniek
18	Centrum voor Integrale Gezinszorg (CIG)	
19	Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG)	
20	Begeleidings- en gezinstehuis Bijzondere Jeugdbijstand (BJB)	
21	Gezinsvervangend tehuis voor werkende personen met een handicap	
22	Tehuis voor niet-werkende volwassenen met een handicap	
23	Serviceflat	dienstenflat, zorgflat, serviceresidentie, seniorie, wooncomplex met dienstverlening
24	Assistentiewoning (vervanging van de serviceflat volgens het Woonzorgdecreet)	ADL-woning, focuswoning, clusterwoning
25	Aanleunwoning	zorgflat, inleunwoning, opleunwoning
26	Groepswoning	Abbeyfieldhuis
27	Begeleid wonen	
28	Beschermd wonen (intensievere begeleiding dan bij begeleid wonen)	
29	Beschut wonen	
30	Gewone' eengezinswoning	
31	Aanpasbare woning	levensloopbestendige woning, levensloopgeschikte woning, meegroeiwoning, flexibele woning, woning ingericht volgens universal design
32	Aangepaste woning	nultredenwoning, hindernisvrije woning
33	Woonzorgzone	levensloopbestendige wijk
34	Woonzorgcentrum	
35	Algemeen of categoriaal ziekenhuis	
36	Psychiatrisch ziekenhuis	
37	Kleinschalige woonvorm voor dementerende ouderen (vorm van groepswonen)	
38	Opvangcentrum	
39	Nood- en doorgangswoning	
40	Revalidatiecentrum	
41	Psychiatrisch verzorgingstehuis	
42	Therapeutische gemeenschap	
43	Neutrale ontmoetingsruimte	
44	Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentrum (OOOC) Bijzondere Jeugdbijstand (BJB)	
45	Gemeenschapsinstelling Bijzondere Jeugdbijstand (BJB)	

Diagram 1:  
Inventaris van de bestaande zorgconcepten

# Kinderdagverblijf

## Zorgbegrip

Een kinderdagverblijf vangt jonge kinderen overdag in groep op en neemt in overleg met de ouders gedeelde zorg en opvoeding van het jonge kind op wanneer de ouders of wie hen vervangt, om welke reden dan ook, er zelf niet zijn.

## Situering/Filosofie

De groepssamenstelling kan variëren van kinderen met vrijwel dezelfde leeftijd tot groepen met zowel baby's, peuters als schoolgaande kinderen. Het is dan ook mogelijk om kleuters in dezelfde lokalen als baby's en peuters op te vangen. Het is ook mogelijk om opvang aan te bieden voor kinderen met een specifieke zorgbehoefte. In dit geval is het belangrijk om binnen de mogelijkheden voor een aangepaste infrastructuur en begeleiding te zorgen.

In een babygroep is een duidelijk onderscheid tussen een drukke en een rustige zone van belang en mogen speelplekken niet te groot zijn. Anders gaan kinderen elkaar storen en rondzwerven.

Voor peuters zijn voldoende individuele speelplekken belangrijk. Op deze manier storen kinderen elkaar minder.

Het is belangrijk dat een kind zich in een kinderdagverblijf verder kan ontwikkelen. **De ruimtelijke visie van het kinderdagverblijf moet deze ontwikkeling kunnen toelaten.** Er bestaan vier fasen in de ontwikkeling van het kind: 0 tot 1,5 jaar = dichtbij en in het zicht van ouder/verzorger; 1,5 tot 3 jaar = ontdekken maar in het zicht; 3 tot 6 jaar = eigen plekje net uit het zicht maar in de buurt van ouder/verzorger; 6 tot 11 jaar = school/clubjes en buiten het zicht maar alles in relatie tot ouder/verzorger. Deze fasen worden weerspiegeld in verschillende zones in het kinderdagverblijf. Binnen deze zones wordt dan nog een differentiatie gemaakt naar drukke activiteiten (bewegingsspel) en rustige activiteiten (slapen of rusten). Verschillende activiteiten, gericht op verschillende ontwikkelingsgebieden, hebben invloed op de inrichting van de ruimte waar kinderen verblijven. Rekening houdend met de ontwikkeling van het kind kan de leefruimte van de kinderen op allerlei manieren worden uitgewerkt.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

Functioneel-ruimtelijk ligt de nadruk in een kinderopvang op **de verblijfsruimtes**; deze nemen doorgaans veel oppervlakte in en omvatten traditioneel een buitenspeelruimte, leefruimte, rustruimte en sanitaire voorzieningen.

**Het aandeel zorg is verwaarloosbaar** en beperkt zich tot een relatief kleine verzorgingsruimte.

**De logistieke functies** in een kinderopvang bestaan uit parking, een onthaalruimte, keuken, spreekkamer en/of administratieve ruimte, een eetruimte voor het personeel en een technische ruimte.

## Wettelijk kader

zie website: [www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be)

## Trends

In de toekomst zal het kinderdagverblijf een onlosmakelijk onderdeel van het opvoeden en van de gezinssituatie worden. Allereerst zullen maatschappelijke ontwikkelingen daartoe leiden. Door de vergrijzing en door de nood aan twee inkomens zullen vrouwen de komende jaren nog massaler de arbeidsmarkt op moeten. Het verschijnsel van de grootouders als vaste oppas zal afnemen omdat de nieuwe generatie ouderen langer actief zal blijven in werk maar ook in vrijetijdsbesteding. Dat zal ertoe leiden dat opvang heel gewoon wordt: opvang hoort erbij. Kinderdagverblijven gaan een onderdeel zijn van het opvoedingsmilieu waar ouders voor gaan kiezen en waar de ontwikkeling van kinderen steeds belangrijker wordt. Hiermee moet in het ontwerp dan ook steeds meer rekening gehouden worden (zie situering/filosofie).

## Vestigingsfactoren

Kinderen, ouders en medewerkers vinden het prettig als het kinderdagverblijf makkelijk bereikbaar is en in een vriendelijke omgeving ligt. De nabijheid van winkels, scholen, een parkje en andere voorzieningen maken dat dagelijkse activiteiten makkelijk geïntegreerd kunnen worden in de gang naar het kinderdagverblijf en weer naar huis. De nabijheid van openbaar vervoer en een goede parkeergelegenheid zijn belangrijke aspecten.

Kinderdagverblijven liggen doorgaans in een woonomgeving of een gemengde omgeving. Wanneer een kinderdagverblijf 'in het groen' ligt, waarden ouders en medewerkers de ligging positief. Bij 'groen' moet men denken aan bomen, groenstroken, parkjes of een grasveld waarop het kinderdagverblijf uitkijkt. Vooral leidsters vinden het prettig als er nabij het kinderdagverblijf allerhande voorzieningen zijn. Dat geeft hen mogelijkheden om met de kinderen uitstapjes naar buiten te maken. Als het kinderdagverblijf geïsoleerd ligt, voelen leidsters zich 's ochtend en 's avonds niet altijd veilig, vooral als de ingang verscholen ligt in het groen of tussen de huizen. Het overgrote deel van de kinderdagverblijven (92%) ligt aan een rustige straat. Kinderdagverblijven aan een drukke weg ervaren dit pas als een probleem als de buitenspeelruimte aan deze weg ligt: dat geeft te veel geluidsoverlast.

Het gebied waar de leefruimte van de kinderen op uitkijkt, is dikwijls afgeschermd van de publieke straat. De ruimte waar de kinderen verblijven, heeft meestal een relatie met een tuin. Voor kinderen zijn activiteit (versus passiviteit), beweging (lichaamsbewust zijn), diversiteit van ervaringen (binnen/buiten/natuur/ cultuur) en het beleven van het buitenklimaat (koud-warm/zon-regen) belangrijke ingrediënten voor de ontwikkeling en gezondheid. Deze tuin moet natuurlijk veilig genoeg zijn zodat de kinderen ook buiten kunnen spelen. De afscherming kan gebeuren met groenelementen zoals hagen of bomen, maar ook met delen van het gebouw zelf. De functies in het gebouw die grenzen aan de publieke straat zijn meestal de inkomzone, de administratieve zone en de personeelsruimtes. Het gebouw moet goed toegankelijk zijn voor mensen met kinderwagens en rolstoelgebruikers. De nodige hellingen moeten in de buurt van het gebouw aanwezig zijn. Om veilig in en uit te kunnen stappen met kleine kinderen, moet er voldoende parkeergelegenheid zijn. Er moet voldoende plaats voorzien worden voor kortparkeerders. Lang parkeren aan een drukke straat moet vermeden worden.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. Kinderdagverblijf Immaculata, Van Dornestraat 127, 2100 Deurne Antwerpen



Bron beeld: Michelle Moors, studente PHL departement architectuur

# Dagcentrum ouderen of personen met een handicap

## Zorgbegrip

Een dagcentrum is een semi-residentiële voorziening. Dit zorgconcept biedt de gebruiker – van minimum 65 jaar of met een handicap – in daartoe bestemde lokalen **dagverzorging, alsook geheel of gedeeltelijk de gebruikelijke persoonsverzorging en huishoudelijke hulp** aan. Meer concreet gaat het om hygiënische en verpleegkundige hulp, activering en revalidatie, animatie en creatieve ontspanning, en psychosociale ondersteuning. Het centrum neemt dus tijdelijk overdag de opvang en zorg over van de mantelzorgers of thuisverplegers. Ook wordt door het verblijf in een dagcentrum het isolement doorbroken en worden sociale contacten gecreëerd. Een dagverzorgingscentrum is evenwel niet geschikt voor wie zware medische verzorging of begeleiding nodig heeft en ook niet voor personen met enkelvoudige psychische stoornissen.

## Situering/Filosofie

**Personen met een handicap** die niet werken maar overdag toch opvang of begeleiding nodig hebben, kunnen terecht in een dagcentrum. Meer bepaald gaat het om volwassenen vanaf 21 jaar met een mentale, een motorische of een sensorische stoornis. Het activiteitenaanbod bestaat uit atelierwerking, tuinbouw of semi- industrieel werk. De persoonlijke begeleiding en verzorging bestaan uit kinesi- en ergotherapie, logopedie, zelfredzaamheidsstraining, sociale vaardigheidstraining, emotionele ondersteuning en ontwikkeling van arbeidsgerichte vaardigheden.

**Een dagcentrum voor ouderen** heeft een gelijkaardige werking. De aangeboden activiteiten voor hen zijn atelierwerking, gezelschapsspelen of geheugentraining, actualiteit, feesten, koken enz. Ook worden kinesitherapie en persoonlijke verzorging aangeboden. In een dagcentrum geldt de theoretische norm van 5 personen per begeleider.

De algemene opbouw en organisatie van dagcentra voor personen met een handicap en voor ouderen zijn gelijk, toch stellen we vast dat er ook een aantal verschillen waar te nemen zijn.

**Het grootste verschil is de functie "werkruimte"**: het atelier in het dagcentrum voor personen met een handicap en de polyvalente ruimte in het dagcentrum voor ouderen. Beide ruimtes zijn bedoeld voor het "bezit houden en amuseren" van de gasten, maar zij worden anders ingericht. Zoals gezegd gaan personen met een handicap naar een dagcentrum wanneer zij helemaal niet in staat zijn om te gaan werken. **Het gaan naar een dagcentrum betekent voor deze mensen eigenlijk hetzelfde als "gaan werken"**. In het atelier worden zij opgedeeld in groepjes afhankelijk van hun graad van handicap. Het is heel belangrijk dat de groepen niet te groot worden zodat men goed overzicht kan houden. **Ouderen komen naar een dagcentrum om enerzijds zorg te krijgen, maar anderzijds ook om het sociaal isolement te doorbreken, sociale contacten te creëren en deze te onderhouden.** Daarom is het voor deze mensen belangrijk dat zij samen aan tafel kunnen zitten. Om het overzicht te bewaren is het gemakkelijk om de tafels in verschillende groepjes te plaatsen.

**Andere kleine verschillen** zijn dat de keuken in een dagcentrum voor ouderen meestal in de verblijfsruimte wordt geplaatst, terwijl de keuken in een dagcentrum voor personen met een handicap eerder apart gelegen is. Tot slot wordt een snoezelruimte in een dagcentrum voor personen met een handicap vervangen door een rustruimte in een dagcentrum voor ouderen.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

Tot de **verblijfsruimtes** in een dagcentrum voor ouderen behoren traditioneel: een buitenruimte, eet- en leefruimte, een keuken, polyvalente ruimte, rustruimte/snoezelruimte en sanitair. Deze verblijfsruimtes, met uitzondering van het sanitair, zijn meestal groot in verhouding tot de ruimtes voor andere functies.

De **zorgruimte** is verwaarloosbaar en bestaat uit een eerder kleine behandelingsruimte.

Verder bestaat het dagcentrum uit een aantal kleine ruimtes die **logistieke functies** herbergen: onthaal, administratie, een spreekkamer en technische ruimte. Parking bij het dagcentrum is nodig.

## Wettelijk kader

zie websites:  
- [www.vaph.be](http://www.vaph.be)  
- [www.juriwell.be](http://www.juriwell.be)  
- [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)

## Trends

**Algemeen vastgestelde trends**, zowel voor dagcentra voor personen met een handicap als voor dagcentra voor ouderen, zijn:

- de **circulatie** wordt beperkt door de verblijfsruimte centraal te leggen. Van hieruit kunnen dan alle andere functies bereikt worden. We zien hierin dan ook een evolutie doordat de gang stilaan gekoppeld wordt aan een functie. Op die manier kan men enerzijds ruimte besparen en anderzijds behoudt men een groter overzicht over het geheel.
- **verhuiselijk**; Dit merken we enerzijds door het vermijden van het gebruik van gangen, anderzijds door het geheel gebruiksvriendelijker in te kleden, zonder te moeten toegeven aan de noden van de gebruikers (universal design). Vooral in dagcentra voor ouderen wordt ook een verschuiving in functie vastgesteld: we zien dat de keuken, vroeger alleen toegankelijk voor het personeel, de laatste jaren steeds meer deel gaat uitmaken van de verblijfsruimte. Zo kunnen ook ouderen meehelpen met het klaarmaken van het eten of kan men kijken hoe anderen het eten klaarmaken.
- het begrip **'buitenruimte'** als verblijfsruimte wordt veel belangrijker; men maakt nuttiger gebruik van de ruimte die men ter beschikking heeft.

**Een vastgestelde trend binnen dagcentra voor personen met een handicap is 'zorg en ruimtes op maat'.**

Vandaag heeft men, in tegenstelling tot vroeger, veel meer verstand van een soort handicap. Met de architectuur kan hier dan ook beter op ingespeeld worden. Bijvoorbeeld het ontwerpen van een ruimte voor personen met autisme.

**Een vastgestelde trend binnen dagcentra voor ouderen** is dat er door de toenemende vergrijzing nu **sterk geïnvesteerd** wordt in de bouw van dagcentra voor ouderen. De vraag rijst echter hoe we deze dagcentra zo kunnen ontwerpen dat deze gemakkelijk herbestemd kunnen worden wanneer het aantal 65-plussers terug daalt?

## Geanalyseerde voorbeelden

1. Dagcentrum ouderen, De Brug, Brugstraat, 3550 Heusden-Zolder (DFM Architectural Office)
2. Dagcentrum personen met een handicap: De Giek, Thomasboslaan, 3680 Maaseik (Holistic architecture)

# Kangoeroewoning

## Zorgbegrip

Bij een kangoeroewoning trekt een jonger echtpaar in bij een ouder echtpaar of een alleenstaande. Hierbij wordt de oorspronkelijke woning verbouwd tot twee onafhankelijke woningen. Op die manier kan een jong gezin, dat geremd wordt door de hoge grond- en bouwpreizen, toch bouwen en kunnen oudere mensen, voor wie de woning vaak te groot wordt als de kinderen uit huis zijn, tegelijk thuis blijven wonen en beroep doen op de hulp van de jongere bewoners. Eventueel kan ook een volledige nieuwbouw gezet worden die is onderverdeeld in twee aparte woningen. Belangrijk in dit concept is dat het hier gaat om onbekenden die gaan samenwonen en zo mekaar kunnen helpen in hun behoeften.

## Situering/Filosofie

Steeds meer mensen stellen hun zelfstandigheid centraal en willen zo lang mogelijk in een thuissituatie blijven wonen. Daarom gaan zij op zoek naar woonformules die hen kan helpen om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. Kangoeroewonen is een voorbeeld van een nieuwe woonvorm die hierop inspeelt. Kangoeroewonen is een woonformule waarbij een oudere of een ouder koppel het gelijkvloers van een woning betreft. Een jong gezin (meestal en bij voorkeur geen familie van de oudere) bewoont de andere verdiepingen. Een interfoon in de woning laat toe om noodsituaties onmiddellijk te melden en hulp te vragen. Het jonge gezin kan boodschappen doen of hulp bieden bij een te zware klus. Zij verhogen ook het gevoel van veiligheid bij de ouderen. Maar er kan ook een uitwisseling van diensten gebeuren: zo kan het oudere paar bijvoorbeeld op de kinderen passen.

Voordelen van kangoeroewonen voor de ouderen zijn: zelfstandigheid in hun eigen omgeving, meer sociaal contact, extra veiligheid en aangepast wooncomfort. Voor een jong gezin is een kangoeroewoning een mogelijke oplossing voor de welgekende obstakels zoals de grondpreizen die te hoog zijn en een te klein budget.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

In een kangoeroewoning heeft de woning voor de oudere of een ouder koppel een eigen inkom, keuken, badkamer en slaapkamers; de woning voor het jonge gezin beschikt over alle ruimtes eigen aan een gezinswoning.

## Wettelijk kader

Voor kangoeroewonen bestaat tot op de dag van vandaag nog geen specifiek wettelijk kader. Wel bestaat er stedenbouwkundige regelgeving omtrent het opsplitsen van een woning in twee wooneenheden.

zie websites:

- <http://www.ruimtelijkeordening.be/Default.aspx?tabid=13908>
- [www.dezilverensleutel.be](http://www.dezilverensleutel.be)

## Trends

Voor het kangoeroewonen werden tijdens het onderzoek voor het Team Vlaams Bouwmeester geen specifieke trends teruggevonden.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. YBH (voorbeeldwoning)
2. Familie Lanzweert, Lembeke (architect Luc Groosman)

# Serviceflatcomplex

## Zorgbegrip

Een serviceflatcomplex biedt aan ouderen vanaf 60 jaar de mogelijkheid om zelfstandig te wonen in een individueel aangepaste wooneenheid en facultatief gebruik te maken van dienstverlening. Wie een serviceflat huurt, moet voldoende zelfredzaam zijn om zelfstandig te kunnen leven. Bij echtparen moet minstens één van beide partners voldoende zelfredzaam zijn. Er is wel altijd onmiddellijke hulp in noodsituaties.

## Situering/Filosofie

Een serviceflat is een ideale oplossing voor mensen die nog niet onmiddellijk nood hebben aan continue zorg, maar toch al wat ondersteuning en veiligheid wensen. Ze situeert zich aldus op de scheidingslijn tussen thuiszorg en residentiële zorg. Ze onderscheidt zich van de thuissituatie door de aanwezigheid van crisiszorg en van het woonzorgcentrum doordat het gaat om zelfstandige woningen waarbij de zorg slechts op vraag wordt geboden, desgevallend door de zorgverlener naar keuze. In deze woningen kan men dus zelfstandig wonen en vrijwillig van dienstverlening gebruik maken voor zover men daar nood aan heeft.

Voor een serviceflat betaalt men een dagprijs in plaats van een maandhuur. In deze dagprijs zijn in principe de naakte huurprijs en een minimale dienstverlening (vb. poetsen van de gemeenschappelijk ruimten) inbegrepen.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

De **verblijfsfunctie** speelt een grote rol in een serviceflatcomplex. Ruimtelijk wordt hier dan ook de meeste oppervlakte aan toebedeeld. De typische verblijfsruimtes in een serviceflatcomplex zijn: private en/of gemeenschappelijke buitenruimte(s), zelfstandige wooneenheden (kleine woningen met al de voorzieningen van een 'normale' woning) en gemeenschappelijke verblijfsruimtes als een leefruimte, polyvalente ruimte en bijhorende sanitaire voorzieningen.

De **zorgfunctie** neemt slechts een kleine oppervlakte in beslag en is gericht op 'care': begeleiding en verzorging indien de bewoner daartoe behoefte heeft.

De **logistieke functies** in een serviceflatcomplex bestaan uit parking, een onthaalruimte, administratieve ruimte, personeelsruimte en technische ruimte. De oppervlakte die er nodig is voor deze functies is beperkt ten opzichte van de verblijfsfuncties.

## Wettelijk kader

zie websites:

- <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Residentiele-ouderenzorg/Serviceflats>
- <http://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatieserviceflats/>
- [http://www.sfi.be/index\\_flash.htm](http://www.sfi.be/index_flash.htm)

## Trends

Het woonzorgdecreet, goedgekeurd op 13 maart 2009 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 14 mei 2009, lanceert een nieuwe vorm van ouderenvoorzieningen: de assistentiewoningen. Deze zullen de bestaande serviceflats vervangen.

De nieuwe voorziening wordt omschreven als een groep van woningen die samen een functioneel geheel vormen en waar gebruikers, ouder dan 65 jaar, verblijven in individuele wooneenheden. Een assistentiewoning moet niet alleen voorzien in aangepaste huisvesting, maar moet op verzoek van de gebruiker ook ouderenzorg aanbieden, al dan niet in een samenwerkingsverband. Daarnaast zijn er extra verplichtingen ten opzichte van de serviceflats namelijk:

1. het aanbieden van sociale netwerkvorming en creatieve ontspanning;
2. het aanbieden van onmiddellijke hulp in noodsituaties.

Om aan sociale netwerkvorming te doen, zou beroep gedaan kunnen worden op een woonassistent. Het gaat hier om een nieuwe functie, waarvoor de Vlaamse regering op termijn (enige

vorm) van financiering zal voorzien. Deze woonassistent kan een personeelslid zijn van de groep voor assistentie- woningen, maar kan ook iemand zijn uit het woonzorgcentrum, het lokaal dienstencentrum of de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Momenteel is er echter nog geen zicht op de norm, het profiel van de woonassistent noch op mogelijke financiering.

Om onmiddellijke hulp in noodsituaties te kunnen aanbieden - wat niet evident is voor een voorziening met weinig personeelsleden - wordt de ligging van de assistentiewoningen nabij een woonzorgcentrum aanbevolen. Men zou dan de mogelijkheid kunnen creëren om één of meerdere assistentiewoningen tijdelijk te laten erkennen als woongelegenheden van het woonzorgcentrum. Wanneer een bewoner van een assistentiewoning dan zwaar zorgbehoevend wordt, zal de zorg uit het woonzorgcentrum naar de woning kunnen verhuizen, en hoeft de bewoner dus niet noodzakelijk naar het woonzorgcentrum te verhuizen. De nabijheid van een woonzorgcentrum maakt bovendien dat de bewoners van de assistentiewoningen kunnen betrokken worden in de werking van het woonzorgcentrum. Men kan gebruik maken van de dienstverlening van het centrum, deelnemen aan activiteiten die worden georganiseerd, beroep doen op de sociale dienst, enz.

## Geanalyseerd voorbeeld

1. Serviceflatcomplex Avondrust, De Manlaan 50c, 8490 Varsenare

# Centrum voor kortverblijf voor personen met een handicap

## Zorgbegrip

Deze zorgvoorziening voorziet voor personen met een handicap uit alle doelgroepen - dus niet beperkt tot personen met één specifieke soort handicap - gedurende een korte periode overdag en 's nachts van opvang en begeleiding. Dit kan van toepassing zijn wanneer mantelzorgers nood hebben aan een adempauze of door bepaalde omstandigheden (verhuis, ziekte, crisissituatie...) niet in staat zijn om voor de persoon met een handicap te zorgen. Soms dient de plaatsing als overbrugging naar een definitieve uithuisplaatsing die al in zicht is.

## Situering/Filosofie

In België zijn er in totaal 22 erkende centra voor kortverblijf (CVK) voor personen met een handicap. Een beperkt aantal voorzieningen biedt uitsluitend kortverblijf aan: dat zijn de tehuizen voor kortverblijf. Andere beschikken over één of meerdere plaatsen voor kortverblijf binnen hun erkenning als tehuis.

Om van kortverblijf te spreken mag een persoon met een handicap maximaal 92 dagen per jaar worden opgenomen en hiervan hoogstens 3 weken tijdens de zomervakantie.

De structuren en activiteiten binnen een CVK voor personen met een handicap zijn afhankelijk van de organisatie van het kortverblijf.

**Enerzijds zijn er de zelfstandige CVK's die louter gericht zijn op kortverblijf.** Deze zelfstandige kortverblijven zijn kleinschalig, vaak zelfs gevestigd in erg traditionele woningen, waardoor ze een erg huiselijke sfeer uitstralen. Hierbij lijken de personen met een handicap voor een korte periode opgenomen te worden in een groot huisgezin. Al de infrastructuur is er aanwezig om de personen met een handicap te kunnen verzorgen en de ruimten zijn zodanig ingericht dat iedereen het er naar zijn zin kan hebben.

**Anderzijds zijn er CVK's die geïntegreerd zijn in een groter tehuis voor personen met een handicap.** Dit heeft tot gevolg dat het geheel minder huiselijk aanvoelt als de zelfstandige kortverblijven. Bij dit geïntegreerd model liggen de kamers voor kortverblijf tussen de kamers van de vaste bewoners van het tehuis. Hierdoor worden de gasten van het kortverblijf geheel opgenomen binnen de vaste bewonersgroep.

In beide centravormen worden doorheen de dag allerhande activiteiten georganiseerd om de personen met een handicap te entertainen (bv. samen koken, knutselen, etc.). Hierbij zijn er zorgverstrekkers en stagiaires aanwezig om te helpen bij deze activiteiten. 's Nachts is er eveneens steeds een zorgverstrekker aanwezig die te hulp kan schieten wanneer er zich problemen voordoen.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

De **verblijfsfuncties** staan centraal in deze zorgvoorziening, zij het een kleinschalige CVK of een in een groter tehuis geïntegreerde CVK. De verblijfsfuncties bestaan traditioneel uit een buitenruimte, een gemeenschappelijke eet- en leefruimte, een gemeenschappelijke polyvalente ruimte, sanitair en al dan niet gemeenschappelijke slaapkamers voor de zorgvrager.

Het aandeel aan **zorgruimte** is minimaal ten opzichte van de verblijfs- en logistieke functies maar omvat minstens één consultatieruimte.

De **logistieke functies** in een CVK bestaan uit parking, een onthaalruimte, administratieve ruimte, personeelsruimte en technische ruimte. De oppervlakte die er nodig is voor deze functies is beperkt ten opzichte van de verblijfsfuncties.

## Wettelijk kader

zie websites:  
- [www.juriwell.be](http://www.juriwell.be)  
- [www.vaph.be](http://www.vaph.be)

## Trends

Het totale aantal plaatsen voor personen met een handicap in kortverblijven neemt de laatste jaren sterk toe. De gebouwen voor kortverblijf voor personen met een handicap worden steeds huiselijker opgevat. Hoewel het aantal kamers sterk verschilt van vestiging tot vestiging, probeert men momenteel zoveel mogelijk met relatief kleine aantallen te werken, zodat het werk voor de zorgverstrekkers haalbaar is en een goede verzorging verzekerd blijft. Om een huiselijke sfeer te creëren wordt er in CVK's voor personen met een handicap meer en meer met leefgroepen gewerkt, een methode waarbij de gasten worden ingedeeld in kleinere groepen. Een leefgroep kan dan samenwonen in een kleinere woonentiteit of kan samen met andere leefgroepen een gebouw delen. Binnen dit laatste concept beschikt elke leefgroep wel over een eigen leefruimte, keuken en atelierruimte. Door verschillende leefgroepen samen te zetten in één gebouw meent men meer de alledaagse maatschappij te kunnen insceneren, waardoor de personen met een handicap ook buiten het CVK zich meer zouden kunnen integreren binnen de samenleving. Ook de atelierruimtes, waar de personen met een handicap met verschillende ambachten en technieken in contact komen, dienen hen onrechtstreeks te helpen bij deze integratie.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. CVK Windroos ('t Volderke), Weegbreestraat 28, 2450 Meerhout
2. CVK Willekom, Galgestraat 10, 2800 Mechelen

# Centrum voor kortverblijf voor ouderen

## Zorgbegrip

Deze zorgvoorziening biedt aan gebruikers van 65 jaar of ouder ofwel gedurende een beperkte periode dag en nacht ofwel alleen 's nachts huisvesting en ouderenzorg aan. Een kortverblijf kan nodig zijn als de mantelzorgers een tijdje de zorg niet kunnen opnemen: als ze bijvoorbeeld op vakantie gaan of ziek zijn. Deze zorgvoorziening kan ook een oplossing bieden als de oudere een tijdje meer verzorging dan normaal nodig heeft of zich in een crisissituatie bevindt. Een centrum voor kortverblijf hangt steeds af van een woonzorgcentrum en biedt ook dezelfde diensten aan.

## Situering/Filosofie

Een CVK voor ouderen is bij wet steeds afhankelijk van een woonzorgcentrum of rusthuis en biedt doorgaans dezelfde diensten aan qua verzorging en ontspanningsactiviteiten. Zo worden er doorheen de dag vanuit het rusthuis diverse activiteiten georganiseerd (bv. karaoke, bingo-namiddag, etc.) waaraan ook de zorgbehoevenden van het kortverblijf kunnen deelnemen. Inzake verzorging kunnen de gasten van het kortverblijf eveneens een beroep doen op de aanwezige dokter, pedicure, ea. van het rusthuis. Ouderen kunnen in een CVK verblijven voor een maximale periode van 60 opeenvolgende dagen en hoogstens 90 dagen op jaarbasis.

Aangezien de aangeboden diensten van een CVK gelijkend zijn op deze van een dagverzorgings- en/of nachtverzorgingscentrum voor ouderen, worden al deze diensten wel vaker aangeboden op dezelfde locatie. Hierbij verblijven de logés van het CVK overdag in het dagverzorgingscentrum en overnachten ze 's nachts in het nachtverzorgingscentrum, waarbij beiden zich in hetzelfde gebouw situeren, bijvoorbeeld op twee boven elkaar geschakelde niveaus. Afhankelijk van de organisatie van een CVK voor ouderen, al dan niet geïntegreerd binnen een groter zorggebouw, verkrijgt het een aparte sfeer. Zo is een centrum dat volledig los staat van het eigenlijke rusthuisgebouw vaak erg kleinschalig en huiselijk ingericht. De kleinschaligheid vloeit hierbij automatisch voort uit de wet, die een maximumcapaciteit van 10 woongelegenheden voor erkende CVK's voor ouderen oplegt. Wanneer een CVK geïntegreerd zit binnen één vleugel van een rusthuisgebouw, vormt het op zich nog een kleinschalige entiteit, maar wordt het door zijn integratie binnen een groter geheel al veel minder als huiselijk ervaren. Bij een volledig verspreide integratie van het CVK in een zorggebouw, worden de zorgbehoevenden volledig opgenomen binnen de groep van vaste bewoners en wordt het CVK bijgevolg niet meer als één entiteit ervaren binnen het groter geheel.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

De **verblijfsfuncties** zijn in de vertrouwde uitwerking van dit zorgconcept vertaald in: een buitenruimte, eet- en leefruimte, keuken, polyvalente ruimte, gemeenschappelijke sanitaire voorzieningen en slaapkamers met sanitair.

Het aandeel aan **zorgfuncties** is minimaal ten opzichte van de verblijfs- en logistieke functies maar omvat minstens een consultatieruimte.

De **logistieke functies** bestaan uit parking, ruimte voor onthaal en administratie, personeelsruimte en technische ruimte.

## Wettelijk kader

zie websites:  
- [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)  
- [www.juriwell.be](http://www.juriwell.be)

## Trends

Tegenwoordig worden de gebouwen voor kortverblijf steeds kleiner gedimensioneerd. Reeds bestaande gebouwen worden dan weer opgesplitst in kleinere eenheden, zodat een meer

huiselijke sfeer bekomen wordt. Deze ingrepen kaderen beide in het 'nieuwe' denken over zorgwonen.

Een CVK is bij wet bepaald en moet minstens 3 kamers en ten hoogste 10 kamers omvatten. Dit heeft te maken met de verplichte integratie van een CVK binnen een woonzorgcentrum.

Eenzijds moet het verplegend personeel de mogelijkheid krijgen om de tijdelijke logés mee te kunnen verzorgen; Anderzijds dienen de gasten zich voldoende behaaglijk te voelen in het centrum.

Om aan de vraag van de zorgverstrekkers te voldoen, wordt het eventueel aantal extra personen best beperkt tot 10. Dit om te vermijden dat het verplegend personeel te weinig tijd zou hebben om iedereen van goede zorgen te voorzien. Een minimum van 3 kamers is daarentegen vereist om te voorkomen dat mensen zouden vereenzamen.

In tegenstelling tot de steeds kleiner wordende gebouvvolumes, worden de kamers van een CVK alsmaar groter gedimensioneerd. Dit is het gevolg van de vraag naar meer luxe van de zorgbehoevenden. Voorheen was een kamer enkel voorzien van een lavabo en was er een gemeenschappelijke badkamer en toilet op de gang. Momenteel worden volwaardige badkamers geïntegreerd in de slaapkamer, vaak met nog een extra badkamer op de gang.

Ten slotte is er ook een evolutie op te merken in het aantal bedden per kamer. In tegenstelling tot de twee- en zelfs vierpersoonskamers van weleer, wordt kortverblijf tegenwoordig aangeboden in eenpersoonskamers. Enerzijds is dit het gevolg van de wettelijke verplichting van eenpersoonskamers. Anderzijds is deze ommekeer ontstaan vanuit wetenschappelijke onderzoeken waaruit gebleken is dat eenpersoonskamers zorgbehoevenden minder stress bezorgen. Eveneens garanderen eenpersoonskamers meer privacy waardoor de zorgbehoevende, net zoals in een huiselijke woonsituatie, een kamer voor zichzelf bezit.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. CVK Ten Kerselaere Hallaar, Boonmarkt 27-29, 2220 Heist-op-den-Berg
2. CVK De Wingerd, Wingerdstraat 14, 3000 Leuven



Bron beeld: Kristof Mariën, student PHL departement architectuur

# Woonzorgcentrum

## Zorgbegrip

Een woonzorgcentrum bestaat uit één of meer gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar aan gebruikers van 65 jaar of ouder die er permanent verblijven, in een thuisvervangend milieu, huisvesting en ouderenzorg wordt aangeboden. Deze zorg bestaat tenminste uit de gebruikelijke gezins- en huishoudelijke zorg, hygiënische en verpleegkundige zorg - in voorkomend geval van gedifferentieerde en gespecialiseerde aard -, (re)activering, psychosociale ondersteuning, animatie en sociale netwerkvorming.

## Situering/Filosofie

Iemand die in een woonzorgcentrum terecht komt, doet dit bijna nooit vrijwillig. Het is een grote stap om uit je bekende omgeving te verhuizen. Een bewoner van een woonzorgcentrum verblijft er vaak 2 tot 2,5 jaar.

Bij de typologie van een traditioneel woonzorgcentrum staat de functionaliteit centraal. De zorgverleners moeten zo eenvoudig en zo snel mogelijk iedereen kunnen helpen.

De gebruikelijke oppervlakte voor een bewoner is 65m<sup>2</sup>. Hiervan gaat 20m<sup>2</sup> naar de privé-kamer; de rest naar gemeenschappelijke ruimtes. De gemeenschappelijke ruimtes bestaan o.a. uit een cafetaria, gangen en leefruimte. De individuele kamers zijn zo ontworpen dat er steeds andere personen kunnen verblijven. De kamers liggen langs een gang waar het verplegend personeel iedereen eenvoudig kan bereiken. De zorgbehoevende kan zich geïsoleerd voelen van andere bewoners en moet grote afstanden afleggen om aan de gemeenschappelijke ruimtes te komen. Bij deze opstelling is er vooral naar het gebruiksgemak voor het personeel gekeken.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

De **verblijfsfuncties** zijn in de vertrouwde uitwerking van dit zorgconcept vertaald in: een buitenruimte, eet- en leefruimte, commerciële ruimte, polyvalente ruimte en slaapkamers met sanitair.

De **zorgruimtes** bestaan uit behandelingsruimtes en een consultatieruimte.

De **logistieke functies** bestaan uit parking, ruimte voor onthaal en administratie, personeelsruimte, de keuken en een technische ruimte.

## Wettelijk kader

zie websites:  
- [www.juriwell.be](http://www.juriwell.be)  
- [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be)

## Trends

De typologie van het woonzorgcentrum ondergaat een verandering. De traditionele opbouw maakt plaats voor nieuwe ontwerpen. Nieuwe bewoners hechten meer belang aan een thuisomgeving, grotere kamers en meer vrijheid.

De architect onderzoekt hoe er aan deze eisen kan voldaan worden zonder afbreuk te doen aan de werking van het woonzorgcentrum. Bij het ontwikkelen van hedendaagse ontwerpen komt de bewoner aldus centraal te staan. Waar vroeger 20 m<sup>2</sup> als oppervlakte voor een individuele kamer werd gehanteerd is 33m<sup>2</sup> nu geen uitzondering meer. Om deze oppervlakte te kunnen realiseren, zal deze ergens anders moeten verdwijnen. Dit kan opgelost worden door kamers te koppelen aan een gemeenschappelijke ruimte die tevens dienst doet als circulatieruimte.

De kamers worden uitgerust met meer faciliteiten zoals een zithoek en een badkamer. De kamers mogen er niet uitzien als een ziekenhuiskamer, ze moeten een huiselijke sfeer uitstralen. De buitenomgeving en natuurlijke lichtinval spelen een belangrijke rol. Hedendaagse materialen maken open constructies mogelijk.

Omdat herkenbaarheid een belangrijk aspect is, kunnen de kamers en gemeenschappelijke ruimtes met persoonlijke spullen ingericht worden.

De keuken is een centrale plaats in het concept. Een grote gemeenschappelijke keuken legt geen link met vroeger terwijl een kleine keuken een persoonlijker sfeer creëert. Familie en vrienden moeten betrokken worden bij het dagelijkse leven in een woonzorgcentrum. Wanneer er iemand op bezoek komt mag deze niet het gevoel hebben een zorgcentrum te betreden maar eerder de woning van de zorgbehoevende.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. Woonzorgcentrum Avondrust, De Manlaan 50 C, 8490 Varsenare ( traditioneel concept )
2. Woonzorgcentrum Floordam, Vanheylenstraat 71, 1820 Melsbroek ( kleinschalig concept )

# Residentiële verslavingshulpverlening

## Zorgbegrip

Deze zorgvoorziening voorziet opname en begeleiding voor jongeren en volwassenen die naar aanleiding van verslaving aan drugs, alcohol of medicatie de keuze maken om hun leven een nieuwe en drugvrije wending te geven. Opname is van tijdelijke aard, tot de patiënt klaar is voor re-integratie in de samenleving. Er is een wisselwerking tussen het samenleven in een groep van lotgenoten – onder begeleiding van professionelen en ver weg van het vertrouwde gebruikersmilieu – en individuele therapiemomenten. Ook ouders, partners of familieleden worden opgevangen en ondersteund.

## Situering/Filosofie

De ruimtelijke invulling van residentiële verslavingshulpverlening gebeurt momenteel op verschillende manieren. Dit uit zich ondermeer in de volgende twee door de PHL bestudeerde voorbeelden van verslavingshulpverlening: Sancta Maria in Sint-Truiden en De Kiem in Gavere.

Beide zijn centra waar personen verblijven met een verslaving aan alcohol, drugs of met gemengde verslavingen. Er wordt gewerkt aan de behandeling van de verslaving en achterliggende problemen, ondersteuning, resocialisatie en sociotherapie (in kleine groepen leren samenleven, werk zoeken,...). De patiënten verblijven er minimaal drie maanden. Ook aan familieleden van de patiënten wordt, indien nodig, begeleiding of therapie gegeven. Het personeelsbestand kan psychologen, dokters, verpleegkundigen, psychiaters, gezins- en relatietherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, bewegingstherapeuten, een pastorale dienst... bevatten.

In Sancta Maria bestaat de therapeutische gemeenschap uit één groep van 28 à 30 personen. Zowel personen die pas zijn opgenomen als diegenen die er al een aantal maanden verblijven, leven er in dezelfde kamers (slaapkamers voor 4 personen). Alle kamers bevinden zich op één niveau.

In De Kiem besteedt men speciale aandacht aan vrouwen en allochtonen. Anders dan in Sancta Maria is de werking hier in verschillende afdelingen opgesplitst.

Eerst en vooral is er het onthaal. Daar verblijven maximum 8 personen 4 à 8 weken op een veilige en rustige plaats. Hier worden de zorgvragers voorbereid op de opname in de therapeutische gemeenschap.

In de therapeutische gemeenschap leven 20 à 25 personen samen in groep (2-persoonskamers), waar ze therapiemomenten meemaken en geconfronteerd worden met gevoelens, gedrag, mogelijkheden en beperkingen. Ze kunnen zelf een programma samenstellen dat gericht is op re-integratie. Het verblijf hier bedraagt 10 à 13 weken en is gehuisvest in een groot gebouw. In een afzonderlijk woonhuis wonen ouders met kinderen tot 6 jaar en zwangere vrouwen. Overdag nemen ze deel aan het leven in de therapeutische gemeenschap, maar 's avonds en op woensdagnamiddag wordt voor de kinderen gezorgd in het afzonderlijk woonhuis.

In een halfweghuis (rijhuis) wordt gewerkt aan re-integratie via individuele begeleiding en groepsgesprekken, gedurende een zestal maanden. In dit ambulante halfweghuis leeft de zorgvrager zelfstandig, alleen of met partner of gezin.

Beide centra zijn landelijk, relatief geïsoleerd gelegen ten opzichte van het nabije centrum en hebben een zwembad en cafetaria in de buurt.

Voordelen van deze situering in een groene omgeving zijn de rust en de mogelijkheid om buiten activiteiten te organiseren. Nadeel is dat deze centra op deze manier aansluiting missen met de rest van het maatschappelijk leven dat zich meer in het centrum afspeelt.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

De volgende **verblijfsruimtes** zijn terug te vinden in de centra voor residentiële verslavingshulpverlening: een buitenruimte, een eet- en leefruimte, een keuken, een polyvalente ruimte, sanitair, slaapkamers met sanitair en/of zelfstandige wooneenheden.

Voor de specifieke **zorgfuncties** worden behandelingsruimtes en een isoleerkamer voorzien.

De **logistieke functies** bestaan uit parking, ruimte voor onthaal en administratie, een personeelsruimte en een technische ruimte.

## Wettelijk kader

Op het moment dat deze publicatie werd opgesteld, bestond nog geen specifieke wetgeving voor residentiële verslavingshulpverlening en valt deze nog onder de wetgeving voor ziekenhuizen of psychiatrie welke bepaald is door het Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

zie website: [www.juriwell.be](http://www.juriwell.be)

## Trends

Op het vlak van ruimtelijke organisatie werkt men nog steeds met gangen. Dit heeft tot gevolg dat de voorzieningen voor residentiële verslavingshulpverlening nog dikwijls op een ziekenhuis (zie wetgeving) lijken.

De vraag die men hierbij kan stellen is of er bij een tijdelijke opname sprake moet zijn van een huiselijke sfeer. Het is immers niet de bedoeling dat de patiënten er voor altijd blijven. Anderzijds moeten de personen die er verblijven zich wel goed voelen. Dit kan anders een negatief effect hebben op hun ontwenning en behandeling.

Wel is er een uitbreiding waar te nemen op het vlak van de behandelingsfasen. Zo komen patiënten eerst terecht in een onthaalruimte waar ze kunnen wennen aan de situatie en starten met de ontwenning. Nadat men hier minimum vier weken heeft doorgebracht, moet men zich verplaatsen naar de aanliggende ruimtes. De leefruimtes van beide gemeenschappen worden strikt gescheiden zodat er geen beïnvloeding kan zijn. Na een tiental weken mag men dit gebouw verlaten en zijn/haar intrek nemen in het naburig gebouw dat meer gericht is op de resocialisatie.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. Sancta Maria, Melveren-Centrum 111, 3800 Sint-Truiden
2. De Kiem, Vluchtenboerstraat 7A, 9890 Gavere





# Centrum voor integrale gezinszorg

## Zorgbegrip

Een centrum voor integrale gezinszorg biedt opname en begeleiding als het gezinsleven zo problematisch is geworden dat het voortbestaan van het gezin bedreigd wordt. Dit kan het geval zijn bij relatie - en/ of communicatieproblemen tussen partners, opvoedingsproblemen, mishandeling binnen het gezin enz. Een CIG zorgt ondermeer voor residentiële opvang en begeleiding van ouders en kinderen. De opvang heeft een beschermend karakter. Daarnaast krijgen de gezinnen de gelegenheid om onder deskundige begeleiding aan hun problemen te werken zodat ze zo snel mogelijk opnieuw zelfstandig kunnen leven.

## Situering/Filosofie

De begeleiding in een CIG is steeds integraal. Dit houdt in dat er rechtstreeks in het gezin en steeds overheen alle facetten van het gezinsleven (sociaal, financieel,...) ingegrepen en begeleid zal worden. De ouder-kind relatie, de familiale en relationele context en de zelfstandigheid staan steeds centraal in de begeleiding.

De integrale gezinshulp kan residentieel of ambulante zijn. Bij ambulante hulp wordt de gezinsbegeleiding in de eigen woning gegeven in de vorm van een aantal consultaties. Wanneer de situatie echter zeer problematisch is, wordt er gebruikelijk overgegaan op residentiële hulp. Het gezin verblijft dan in het centrum zelf waardoor er accuraat begeleid en bijgestuurd kan worden. Deze vorm van hulp kent twee verschijningsvormen.

In een eerste vorm wordt er in een leefgroep geleefd. De hulpvragers beschikken over een beperkt aantal privé-ruimten zoals sanitair en slaapaccommodatie. Het merendeel van de tijd wordt echter doorgebracht in de leefgroep zelf. Wanneer de gezinssituatie zich begint te herstellen en de zelfredzaamheid toeneemt, bestaat de mogelijkheid om door te schuiven naar zelfstandige wooneenheden binnen het centrum.

In wat volgt zal enkel de residentiële hulp bekeken worden omdat enkel deze begeleidingsvorm relevant is voor dit onderzoek.

In een residentieel CIG bestaat de leefgroep uit gemeenschappelijke en private ruimtes. Deelnemers aan de leefgroep krijgen een intensieve begeleiding en dit 24 op 24 uur en 7 dagen op 7, indien noodzakelijk. Er is dan ook ten allen tijde een begeleider aanwezig in een daarvoor voorziene ruimte. Zoals eerder al vermeld is het de bedoeling om de hulpvragers zo snel mogelijk opnieuw te integreren in de maatschappij. Daarom is het zeer belangrijk dat de sociale contacten van de bewoners met de buitenwereld niet verdwijnen en de financiële draagkracht aandacht krijgt. Om deze reden is er dikwijls een commerciële functie aanwezig waarin de hulpvragers een actieve rol vervullen. Hiernaast staat steeds het kind centraal. Er is dan ook kinderbegeleiding. Wanneer de hulpvrager buiten het centrum werkt, is er kinderopvang mogelijk. Er is ook steeds een gemeenschappelijke kinderspeelruimte aanwezig. Er is een gemeenschappelijke buitenruimte waar elke bewoner vrij gebruik van kan maken. De studio's, waarnaar men na verloop van tijd kan doorschuiven, kunnen gezien worden als een volwaardig 'appartement' dat los staat van het leven in de leefgroep (aparte inkom,...) en waarin men dus zelfstandig woont.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

In een residentieel centrum voor integrale gezinszorg zijn de volgende **verblijfsruimtes** terug te vinden: een buitenruimte, een commerciële ruimte, een eet- en leefruimte, een keuken, een kinderruimte, sanitair, slaapkamers en zelfstandige wooneenheden.

Voor de component **zorg** is minstens een consultatieruimte aanwezig.

De **logistieke ruimtes** bestaan uit: ruimte voor administratie en onthaal, een personeelsruimte, technische ruimte en parking.

## Wettelijk kader

zie websites:  
- [www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be)  
- [www.vlaamswelzijnsverbond.be](http://www.vlaamswelzijnsverbond.be)  
- [www.juriwell.be](http://www.juriwell.be)

## Trends

Dit trendonderzoek werd gevoerd aan de hand van drie voorbeeld-types. De centra dateren allemaal van een verschillende tijdsperiode waardoor ze een goede indicatie geven van de evolutie in het type.

Het oudste type dateert van 1970 en bestaat uit grote eenheden waarin alle functies ondergebracht worden. In het ene gebouw wordt de leefgroep en de administratie ondergebracht; het andere gebouw doet dienst als zelfstandige wooneenheden. Dit voorbeeldtype wordt doorgaans ingeplant in een soort 'parkachtige' omgeving op een groot terrein en afgezonderd van de buitenwereld. Een gevolg van het feit dat de centra vroeger bedoeld waren voor verwaarloosde moeders met een kind en de opvang verborgen was voor de vader.

De centra evolueerden vervolgens naar één, kleinschaliger gebouw (1976). De leefgroep en de administratie bevinden zich in het voorgebouw, terwijl de zelfstandige wooneenheden zich in de achterbouw bevinden. Dit voorbeeldtype wordt doorgaans ingeplant op een kleiner perceel maar wel geïntegreerd in een bestaand weefsel, en niet meer afgezonderd van de buitenwereld.

Het meest recente onderzochte type (1990) bestaat uit een aantal gebouwen met verschillende functies. Zo is in het ene gebouw de leefgroep gevestigd, in het andere gebouw de kantoren en in nog een ander gebouw bevinden zich de zelfstandige wooneenheden. Alle gebouwen liggen op wandelafstand van elkaar en bevinden zich tussen de gewone bebouwing om integratie te bevorderen. De gebouw-fragmenten zijn als het ware 'ingeplogd' in het bestaande weefsel.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. CIG Tamar, Vlasstraat 51, 3920 Lommel (voorbeeld van het oudste type; grote, eerder geïsoleerde eenheid waarin alle functies zijn ondergebracht)
2. CIG Huis Ter Leye, Doorniksesteenweg 207-209, 8500 Kortrijk (voorbeeld van type 2: een kleinschaliger gebouw, geïntegreerd in een bestaand weefsel)
3. CIG De Stobbe, Julius De Geyterstraat 57, 2020 Antwerpen (voorbeeld meest recente voorbeeldtype)

# Centrum kinderczorg en gezinsondersteuning

## Zorgbegrip

Deze zorgvoorziening vangt kinderen tot 12 jaar tijdelijk overdag en/of 's nachts op in leefgroepen onder begeleiding van professionele opvoeders. Deze kinderen zijn afkomstig uit gezinnen die een hulpvraag stellen omdat het opvoedingsgebeuren voor de ouders en/ of het kind dreigt vast te lopen waarvoor met tijdelijke hulp voldoende vooruitzicht is op verandering. Concrete aanleidingen voor de hulpvraag kunnen pedagogische nood, relationele, materiële of persoonlijke problemen zijn. Soms gaat het om hulp in acute crisissituaties. Ouders worden binnen het CKG begeleid en aangezet om deel te nemen aan zowel individuele activiteiten als groepsactiviteiten met als doel de band tussen ouderen en kind te versterken. (Bron: [www.opvoedingspunt.be](http://www.opvoedingspunt.be))

## Situering/Filosofie

Het centrum richt zich in eerste instantie op thuisbegeleiding van gezinnen of alleenstaanden. Als de situatie problematischer is, dan biedt het CKG in haar eigen centra ook opvang en zorg aan voor kinderen van 0 tot 12 jaar, met daaraan gekoppeld ouderbegeleiding. Het belangrijkste streefdoel is het gezin weer een toekomstperspectief te geven. Door middel van tijdelijke ondersteuning probeert men de neerwaartse spiraal om te buigen. Het preventieve karakter van de hulpverlening is kenmerkend: men tracht een escalatie van de crisis binnen het gezin te voorkomen. Er kan indien nodig ook hulp geboden worden in acute crisissituaties.

De opvang is opgesplitst in verschillende leefgroepen, die duidelijk van elkaar gescheiden zijn. De plaatsing in een leefgroep is ondermeer afhankelijk van de problematiek die zich in het gezin voordoet en van de verblijfsituatie van de kinderen: sommige kunnen 's avonds naar huis; anderen verblijven 24 op 24 uur in het centrum. In functie van het welzijn van het kind wordt er een zo huiselijk mogelijk sfeer nagestreefd en probeert men om de band tussen ouder en kind te behouden en zelfs te versterken. Daarbij rekent men op de ouder om, zo vaak als de gezinssituatie en de werking van de leefgroep het toelaten, op bezoek te komen en deel te nemen aan de aangeboden ouderparticipatie. Kinderen die in het centrum verblijven kunnen eventueel naar school gaan. Broers en zussen blijven samen. De maximum verblijfsduur bedraagt 9 tot 12 maanden. Is die termijn overschreden dan wordt het kind doorverwezen naar de bijzondere jeugdzorg of een pleeggezin. Aan het hoofd van elke leefgroep staat een psycholoog of pedagoog. De begeleiders zijn opvoeders, kinderverzorgers (koken, verzorging...) en kleuterleiders (spelen, toezicht...). De maximum bezetting van een leefgroep is 10 kinderen.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

In een centrum kinderczorg en gezinsondersteuning zijn de volgende **verblijfsruimtes** terug te vinden: een buitenruimte, een eet- en leefruimte, een kinderruimte, sanitair en slaapkamers.

Als **zorgruimtes** zijn minstens een consultatieruimte en een verzorgingsruimte aanwezig.

De **logistieke ruimtes** bestaan uit: ruimte voor administratie en onthaal, een personeelsruimte, de keuken, een technische ruimte en parking.

## Wettelijk kader

Een overzicht van de specifieke regelgeving met betrekking tot centra voor kinderczorg en gezinsondersteuning is terug te vinden op de volgende website: [www.kindengezin.be](http://www.kindengezin.be)

De meest recente regelgeving (op het moment van de publicatie) omtrent de nodige infrastructuur van een dergelijke zorgvoorziening is terug te vinden in het Besluit van de Vlaamse Regering van 1 maart 2002 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de centra voor kinderczorg

en gezinsondersteuning. Dit Besluit kan geraadpleegd worden met de volgende link: <http://www.kindengezin.be/img/bvr-erkenning-en-subsidiering.pdf>

## Trends

Tijdens het onderzoek uitgevoerd voor het Team Vlaams Bouwmeester werden geen specifieke trends vastgesteld voor een centrum kinderzorg en gezinsondersteuning.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. CKG De Hummeltjes, Van Caenegemlaan 1, 3500 Hasselt

# Revalidatiecentrum

## Zorgbegrip

Een revalidatiecentrum biedt verblijfs- en behandelingsmogelijkheden aan mensen van alle leeftijden die lijden aan een functionele stoornis, verminderde algemeen menselijke vaardigheden en een aantasting van hun normaal psychosociaal functioneren ten gevolge van ziekte, aandoening of ongeval. Concrete doelstelling is niet het volledig herstel – dit is niet altijd mogelijk – maar wel het maximaal benutten van de restvermogens, al dan niet met behulp van hulpmiddelen ter preventie en vermindering van de beperkingen.

## Situering/Filosofie

Binnen het begrip revalidatie kunnen twee types van centra onderscheiden worden, namelijk het autonome revalidatiecomplex met enkele subcategorieën en de revalidatieafdeling in het ziekenhuis. In dit hoofdstuk worden de autonome complexen besproken.

Het autonoom revalidatiecentrum is opgebouwd uit vijf elementaire schakels: behandeling, verblijf, back office, logistiek en screening. Hierbij staan de behandeling en het verblijf centraal. Rondom het centrum liggen vaak enkele ondersteunende functies zoals sportfaciliteiten, zorgwoningen en eventueel verblijfsmogelijkheden voor familieleden van de patiënt. Elke cliënt/patiënt, van jong tot oud, geniet een individuele behandeling.

Gezien de invloed van de omgeving op de menselijke psyche zijn revalidatiecentra vaak terug te vinden in een groene omgeving. Bereikbaarheid vanuit het stadscentrum speelt tevens een grote rol in de zoektocht naar een gepaste locatie. Slechts enkele centra bevinden zich toch in de stadskern.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

In een revalidatiecentrum zijn de volgende **verblijfsruimtes** terug te vinden: een buitenruimte, een eet- en leefruimte, een polyvalente ruimte, sanitair, slaapkamers met sanitair en zelfstandige wooneenheden.

Voor de component **zorg** zijn een consultatieruimte en behandelingsruimtes aanwezig.

De **logistieke ruimtes** bestaan uit: ruimte voor administratie en onthaal, een personeelsruimte, de keuken, een technische ruimte en parking.

## Wettelijk kader

zie websites:  
- [www.juriwell.be](http://www.juriwell.be)  
- [www.riziv.be](http://www.riziv.be)

## Trends

Doorheen de tijd is het begrip revalidatie grondig geëvolueerd. De typische ziekenhuisafdeling met zijn lange, sombere gangen en deuren naar het ongewisse, heeft plaats gemaakt voor een transparant centrum met een hoog recreatiegehalte. Een omgeving die de menselijke geest versterkt, het relaxatiegevoel vergroot en de stress reduceert, zal een positieve invloed hebben op het genezingsproces. Het creëren van een residentiële sfeer met licht en zicht is hierbij de meest bepalende factor.

## Geanalyseerde voorbeelden

1. Revalidatiecentrum Groot Klimendaal, Heijenoordseweg 5, Arnhem

# Woonzorgzone

## Zorgbegrip

Een woonzorgzone voorziet op wijkniveau een verhoogde beschikbaarheid van zelfstandig wonen voor mensen die op (intensieve) zorg zijn aangewezen. De belangrijkste kenmerken zijn een hoog percentage rolstoeltoegankelijke woningen, een barrièrevrije woonomgeving, winkels en dienstverlening binnen loopafstand, uitgebreide bezorging van diensten aan huis, centra voor zorg- en dienstverlening die 24 op 24u en binnen loopafstand bereikbaar zijn, domotica en een activiteitencentrum met allerlei voorzieningen en diensten. Ideaal gezien maakt de ruime meerderheid van de bewoners geen gebruik van de zorgverstrekking zodat er een gevarieerd bewonerspubliek is.

(Bron: [www.dezilverensleutel.be](http://www.dezilverensleutel.be))

## Situering/Filosofie

Woonzorgzones bieden een antwoord op de wens van o.a. ouderen en personen met een handicap om langer en beter zelfstandig te kunnen wonen. De (grote) instellingen uit voorbije decennia zijn maatschappelijk niet langer gewenst, behalve voor een beperkte doelgroep met intensieve en onvoorspelbare zorgbehoeften. Wat er voor in de plaats komt, is een uitgebreid netwerk van faciliteiten dat binnen een woonwijk wordt aangeboden. Cruciaal is dat zorg op maat, dienstverlening en kwaliteitsvol zelfstandig wonen centraal staan. Vanuit een coördinatiepunt worden haal- en brengfuncties geregeld voor verschillende doelgroepen. De groep zorgbehoevenden kan niet strak afgelijnd worden, omdat ze alle kwetsbare doelgroepen van de zorg omvat, gaande van ouderen en personen met een handicap tot cliënteel van psychiatrische en maatschappelijke opvang.

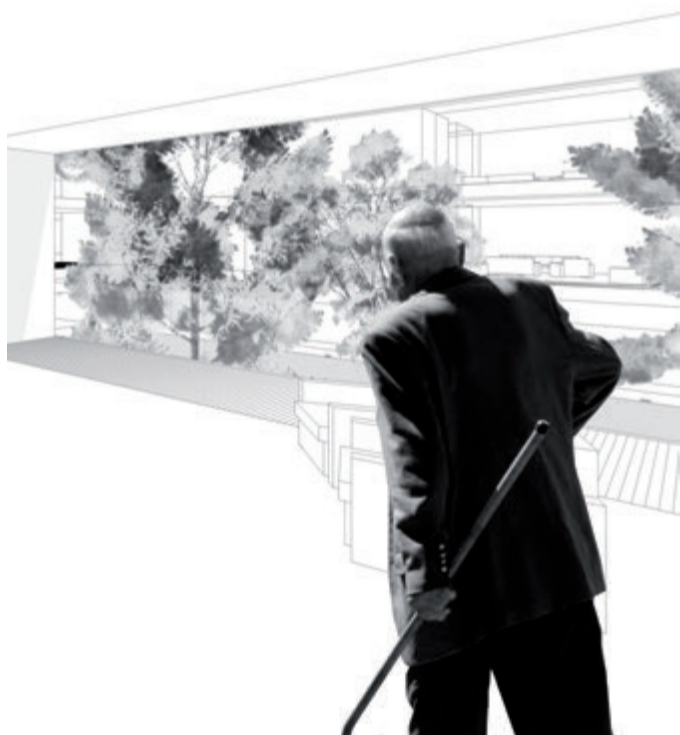
### De functionele eenheden van een woonzorgzone zijn:

- Een zorgkruispunt waar 24 op 24 uur en 7 dagen per week zorg en diverse diensten worden geleverd, zowel intern als aan wijkbewoners; indien er een ziekenhuis of verpleeghuis in de wijk aanwezig is, kan dit zorgkruispunt hieraan gekoppeld worden.
- Een coördinatiepunt dat fungeert als centraal loket, waar mensen informatie en advies kunnen inwinnen (ook met betrekking tot wijkoverstijgende zaken zoals openbaar vervoer, gemeentelijke diensten, ...) en van waaruit de zorg wordt gecoördineerd;
- Woonvormen: beschut wonen, aanpasbaar wonen, aanleunwoningen, kangoeroewonen, clusters van intensieve zorg;
- Activiteitencentra en diensten waarin de haal-functies (boodschappen doen, recreatie, revalidatie, sociale contacten) ondergebracht zijn. Doel is dat de zorgvragenden elkaar hier ontmoeten. Het aantal activiteitencentra is afhankelijk van de bebouwingsdichtheid en loopafstanden in een bepaalde wijk. Bij voorkeur zijn deze centra ook multifunctioneel en door verschillende doelgroepen te gebruiken.
- Verder is er een netwerk van breng-functies zoals maaltijdservice, wasdienst, thuisverpleging, ...

Om de continuïteit van de zorg te kunnen garanderen is de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders van essentieel belang.

De invullingen van een activiteitencentrum, coördinatiepunt en zorgkruispunt zijn geen statische concepten en hangen af van de wijk. Voor de verschillende woonvormen worden kengetallen vooropgesteld. Op een populatie van circa 10.000 mensen zijn er naar schatting 100 aanpasbare woningen nodig, 50 tot 60 clusterwoningen en 36 tot 50 beschutte woningen.

De oorsprong van dit woonzorgconcept ligt in Scandinavië. De eerste vertaalslag naar de Nederlandse situatie werd in 1995 gemaakt door de Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG). In het rapport 'Verblijven of wonen; zorg voor een ieder' werd, op basis van ruimtelijke begrippen, een scenario geschetst voor de ouderenzorg in 2015. In het jaar 2000 verscheen een geactualiseerde versie van het rapport uit 1995. Het model werd verbreed van alleen ouderen naar alle doelgroepen van de zorg. In Nederland zijn woonzorgzones intussen mainstream. In Vlaanderen is het concept het verst in praktijk gebracht in Wervik. Projecten in Genk, Antwerpen,



Bron beeld: Kristof Mariën, student PHL departement architectuur

Brussel, ... zitten nog veeleer in de planningsfase.

## Functioneel-ruimtelijke uitwerking

In een woonzorgzone bestaan de **verblijfsruimtes** globaal gezien uit een activiteitencentrum en zelfstandige wooneenheden.

Voor de component **zorg** wordt een zorgkruispunt voorzien.

De **logistieke functies** zijn ruimtelijk vertaald in een coördinatiepunt en parking.

## Wettelijk kader

Woonzorgzones waren, op het moment van de samenstelling van deze publicatie, nog niet opgenomen in wettelijke bepalingen. In de maatschappelijke beleidsnota "Wonen en Zorg in Vlaanderen in 2020: visie en aanbevelingen", die door de plenaire vergadering van 22 april 2009 in het Vlaams Parlement werd aangenomen, wordt in artikel 8 aan de Vlaamse Regering gevraagd om het concept en de definitie van de woonzorgzone te verankeren in de regelgeving.

In het woonzorgdecreet, dat op 1 januari 2010 in werking trad, zijn woonzorgzones niet als dusdanig opgenomen. Wel wordt er gesproken van zorgnetwerken, die misschien geïnterpreteerd kunnen worden als voorlopers van of aanzetten tot het vorm geven aan een woonzorgzone.

In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014 van Vlaams minister Jo Vandeuren ten slotte wordt ingegaan op het stimuleren van zelfredzaamheid en sociale netwerken, op het geven van voorrang aan de meest kwetsbaren en meest zorgbehoevenden en op het ondersteunen van de wens om in de thuisomgeving te blijven wonen.

In de praktijk worden er bij het plannen van projecten rond woonzorgzones een aantal (wettelijke) hindernissen ervaren. Het blijkt moeilijk om alle betrokken beleidsdomeinen te overschrijden, ondermeer omwille van wetgeving en reglementering in de verschillende beleidsdomeinen die niet op elkaar is afgestemd. Verder is de versnippering van bevoegdheden over verschillende beleidsniveaus een probleem en is ook samenwerking tussen publieke en private betrokkenen niet altijd evident.

## Trends

In Nederland is men het afgelopen decennium een onderscheid gaan maken tussen het concept **woonzorgzone** enerzijds en een ruimer concept dat **woonservicegebied** genoemd wordt anderzijds.

De term woonzorgzone wordt gebruikt wanneer men het heeft over het strikte doel om zeer kwetsbare mensen zo lang mogelijk zelfstandig in relatief kleine woonzones of cirkelgebieden te laten wonen in plaats van hen te huisvesten in grootschalige instituten.

Het ruimere doel van het bieden van een betere kwaliteit van leven aan een grotere groep mensen in een ruimer gebied, meestal een complete wijk of plattelandsgebied, wordt gerealiseerd in een woonservicegebied.

Naar aanleiding van misvattingen die de term woonzorgzone met zich meebrengt, vervangt men deze in Vlaanderen steeds vaker door de term "zorgvriendelijke wijk". Dit om aan te tonen dat het concept zich niet beperkt tot een specifiek gebied, niet slaat op een complex van speciale voorzieningen en/of woonvormen en er in het gebied geen verhoogde vorm van zorg is (dus niet alleen bedoeld voor zorgbehoevenden).

Net zoals in Nederland zien we dat het blijkbaar nodig is om te benadrukken dat wat oorspronkelijk woonzorgzone genoemd werd een wijk- of dorpsomvattend concept is dat gericht is op iedere inwoner, ongeacht de behoefte aan zorg. Er wordt nadruk gelegd op het verhogen van het serviceniveau voor de hele wijk, het stimuleren van ontmoeting en samenhang en een inrichting van omgeving en woningen waar iedereen baat bij heeft.

Het concept van een woonservicegebied heeft zich de voorbije tien jaar in sneltempo over Nederland verspreid. Men stelt er echter vast dat het concept aan scherpte heeft verloren, dat de meerwaarde nog niet goed is aangetoond en dat veel woonservicegebieden lang blijven steken in de fase van planvorming en voorbereiding. Dit is de aanleiding geweest

voor de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) om de ontwikkeling te ondersteunen en te evalueren in een driejarig proeftuinproject dat eind 2009 startte. De SEV heeft samen met zusterorganisaties in Duitsland, Denemarken en Zwitserland een website ontwikkeld met Europese voorbeelden van woonservicegebieden: het ISA- platform (Integrated Service Areas). Bij elk land is er een inleiding toegevoegd over de nationale situatie, rolverdeling en regelgeving rond wonen, welzijn en zorg. De website is een hulpmiddel om te leren van internationale ervaringen.

zie website: [www.isa-platform.eu](http://www.isa-platform.eu)

## Geanalyseerde voorbeelden

1. Woonzorgzone (o.a. Molenmeersen, Godtschalckwijk, Koestraat), 8940 Wervik



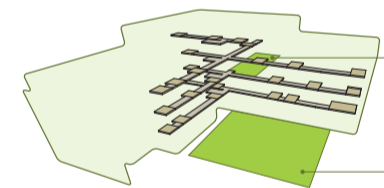
Afbeelding 1:  
Serviceflats 'De Hertogloges', Lommel (BE)  
Architect: plusofficearchitects (BE)  
(Fotografie: Bavo Swijgers)



Afbeelding 2:  
Serviceflats 'De Hertogloges', Lommel (BE)  
Architect: plusofficearchitects (BE)  
(Fotografie: Bavo Swijgers)

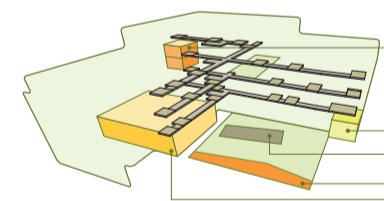


zicht op binnengevels en inrit parking



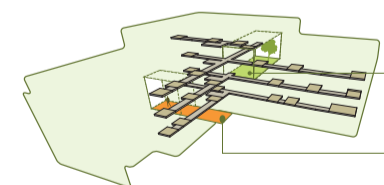
kersentuin en theater  
benedentuin

twee binnentuinen



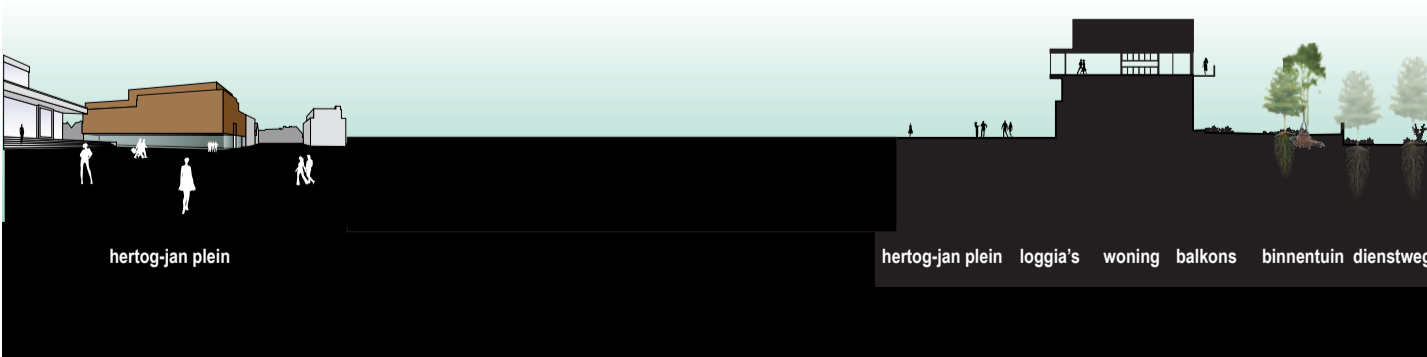
wasruimte + kapsalon  
sociaal kantoor  
petanque baan  
solarium-terras  
activiteitsruimte + bar

collectieve ruimtes en publieke functies



kersentuin en theater  
inkompartij

twee doorsteken naar het hertog-jan plein



hertog-jan plein

hertog-jan plein loggia's woning balkons binnentuin dienstweg

Afbeelding 3:  
Inplanting en conceptdiagrammen van de serviceflats 'De Hertogloges' te Lommel - Architect: plusofficearchitects (BE)

## 2.4 Sporen van innovatieve ruimtelijke zorgconcepten

### 2.4.1 Sporen van innovatieve zorgconcepten in Vlaanderen.

Ook al blijft de zorgsector, ondanks de geschetste zorgtrends, vasthouden aan de vertrouwde ruimtelijke zorgconcepten, toch wordt er in Vlaanderen ook geëxperimenteerd. Dit hoofdstuk geeft een aantal goede voorbeelden.

#### 1. Seniorenhoef 'Carpe diem', Beveren aan de IJzer (BE)

Unieke, kleinschalige woonzorgvorm gekoppeld aan een varkensbedrijf waar vier ouderen zelfstandig kunnen wonen en tegelijk met de nodig zorg omringd worden. De inspiratie hiervoor werd gehaald bij de zorgboerderij.

#### 2. Woonzorgwijk 'Park Passionisten', Tienen (BE)

Een woonzorgwijk waar zusters Passionisten samenleven met jonge gezinnen, zorgbehoevende ouderen en psychiatrische patiënten.

#### 3. Woonzorgzone, Wervik (BE)

Een reguliere woonwijk waarin leegstaande panden herbestedemd zijn als zorgwoningen, waar specifieke verblijfsvormen voor zorgbehoevendenden toegevoegd zijn en waar een zorgcentrum gebouwd is. In de wijk zijn er vandaag 97 aangepaste woonvormen, waaronder serviceflats, sociale woningen en bejaardenwoningen.

#### 4. Anicius, Tongeren (BE)

Dit zorgconcept maakte deel uit van het stadsvernieuwingsproject Anicius (herbestemming van de voormalige stelplaats van De Lijn). Het streefdoel van dit stadsvernieuwingsproject, gelegen in het woongebied tussen de oude stadswallen, de Bilzersteenweg en het station, was om de leefkwaliteit van deze woonzone te verhogen en het gebied beter te laten aansluiten op het stadscentrum. Het geheel werd gerealiseerd via een PPS-constructie waarbij private ontwikkelaars instonden voor de realisatie van de bouwprojecten; de stad zorgde voor de groenaanleg (waaronder een park), de vernieuwing van straten en pleinen en fiets- en voetgangersdoorsteken tussen de aangrenzende stadswijken. Binnen dit stadsvernieuwingsproject werden twee zorgprojecten geïntegreerd:

- een nieuwbouwproject waarbij een rustoord gecombineerd is met commerciële ruimtes, 81 appartementen en 56 serviceflats/rustoord. Het gebouw grenst aan het stadspark.
- het nieuw psychiatrische verzorgingstehuis van Medisch Centrum St-Jozef.

#### 5. Zorghotel en respijthuis Villa Rozerood, De Panne (BE)

Een voormalig klooster dat onder impuls van vrijwilligers omgebouwd is tot een vakantiehôtel voor zwaar zieke en zorgbehoevende kinderen en hun gezin.

#### 6. Vzw Huize Monnikenheide, Zoersel (BE)

Een combinatie van een tehuis voor niet-werkenden, een dagcentrum, een tehuis voor kortverblijf, inclusieve woonprojecten en persoonlijke assistentie.

#### 7. Serviceflats De Hertogloges, Lommel (BE)

Een combinatie van serviceflats, handel, horeca en een ondergrondse parking. Het gebouw vervult een belangrijke taak in de wandvorming van het Hertog-Janplein en speelt functioneel en ruimtelijk in op het omringende stedelijk weefsel.

#### 8. Psychiatrisch Ziekenhuis Sint Norbertus, Duffel (BE)

Het park van het ziekenhuis is publiek toegankelijk. Het is uitgewerkt als een beeldenpark met werk van nationale en internationale kunstenaars. Door middel van dit werk wil het ziekenhuis het maatschappelijk debat over de plaats van de psychiatrie en de kunst binnen een sociale gemeenschap aanzwengelen.

#### 9. Kinderdagverblijf, Merksem (BE)

Combinatie van een kinderdagverblijf met 92 plaatsen voor baby's en peuters met een stelplaats voor de groendienst van de stad. Het geheel is ontworpen als een parkpaviljoen.

### 2.4.2 Sporen van innovatieve zorgconcepten in het buitenland.

Naast de voorbeelden uit eigen land, kunnen de ons omringende landen ons ook inspiratie bieden. Aangezien deze landen een andere politieke en sociale context kennen, worden hier ook andere ruimtelijke zorgconcepten ontwikkeld. Zo ligt bijvoorbeeld in de Scandinavische landen de nadruk eerder op de professionele opvang van ouderen, eerder dan op mantelzorg zoals in Vlaanderen<sup>5</sup>. De buitenlandse voorbeelden die werden geselecteerd voor deze publicatie beperken zich tot **cases met een 'hybride programma'**: cases die activiteiten groeperen die ervoor volledig onafhankelijk van elkaar werkten.

#### 1. Small Heath Healthcare Centre, Birmingham (UK)

Combinatie van een gezondheidscentrum voor eerstelijnszorg en opvang van mensen met mentale problemen.

#### 2. Walk-in Centre, Luton (UK)

Eerstelijnszorg vormgegeven als een winkel en gesitueerd in een winkelstraat.

#### 3. Grassroots, the Hub, Londen (UK)

Combinatie van een gemeenschapscentrum met een medische dienst, een gezonde voedingscafé, een polyvalente zaal, een kinderdagverblijf en een kleuterschool.

#### 4. Prismare, Enschede (NL)

Cluster van voorzieningen zoals een 'brede school', een jongeren centrum, een bibliotheek, diverse kinderdagverblijven, zorgwoningen, een theater dat gebruikt kan worden voor verenigingen, sportaccommodatie, een muziek- en creatief atelier en vergaderlocaties.

#### 5. Woonservicegebied de Bilt, Utrecht (NL)

Een bestaande wijk waar een groot deel van de woningvoorraad aangepast is voor een variatie aan zorgvragers. Het merendeel van de woningen is in privaat bezit. Twintig procent van de bewoners is ouder dan 65.

#### 6. Woonservicegebied Middelburg, Zeeland (NL)

Een levend laboratorium voor innovatie rond wonen en zorg.

#### 7. Woonzorgcomplex Maranatha, Overschie (NL)

Mensen met een verstandelijke beperking wonen boven voorzieningen voor eerstelijnsgezondheidszorg.

#### 8. Zorgwoningen, Stiens, Friesland (NL)

Woonzorgcomplex voor ouderen met dementie en verstandelijke beperkingen, gehuisvest in kleine clusters.

#### 9. De Bolster, Onstwedde, Groningen (NL)

Aanpassing bestaande woningen voor ouderen en de uitbreiding ervan met een kinderdagverblijf, een toeristische dienst, een bibliotheek en een activiteitencentrum voor ouderen.

#### 10. Nieuw Woelwijck, Sappemeer, Groningen (NL)

Nieuw Woelwijck is een dorp waar vierhonderd mensen met een verstandelijke handicap wonen. Het dorp bestaat uit vijfenveertig woongroepen, winkeltjes, een restaurant, een theaterzaal, een werkhuis en diverse algemene gebruiksruimten. In een bewust aangename omgeving leven de bewoners van Nieuw Woelwijck een zo 'gewoon' mogelijk bestaan.

#### 11. Zorgboerderij Erve Tjihuis, Tubbergen (NL)

Boerderij, speciaal gebouwd en ingericht als dagopvang voor ouderen met een lichamelijke of geestelijke beperking die in een sociaal isolement dreigen te geraken.

#### 12. Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal, Arnhem (NL)

Om de polikliniek en de kliniek van Groot Klimmendaal onderdeel te laten zijn van de maatschappij is extra programma toegevoegd zoals een theater, een fitnessruimte, een sportzaal, een zwembad en een creativiteitscentrum voor patiënten, ouders en buurtbewoners.

#### 13. Meergeneratiewoning 'Cigar Manufactory' Burgdamm, Bremen (DE)

Herbestemming van een sigarenfabriek tot een museum en woningen voor studenten en ouderen.

#### 14. Woonproject 'Unzerstrasse', Hamburg (DE)

Woonproject waar vijftig mensen met fysieke beperkingen samenleven met éénvijftig mensen zonder fysieke beperkingen.

#### 15. Medisch-sociaal centrum L'Abrisseau, Rijsel (FR)

Een zorgcentrum met voorzieningen voor alle leeftijden. De gelijkvloerse verdieping bevat ondermeer een crèche, de daaropvolgende verdiepingen lees-, film- en speelruimtes ingericht voor kinderen en jongeren en de hoogste verdieping ruimtes voor ouderen.

<sup>5</sup> Vanderhaegen, 2005

# 3. Uitgangspunten van het ontwerpend onderzoek rond zorg

## 3.1 Zorgmatrix

Ontwerpend onderzoek vraagt een duidelijk onderzoekskader. Na het in kaart brengen van de zorgproblematiek in Vlaanderen werd op basis hiervan een zorgmatrix opgesteld, bestaande uit twee parameters: het type zorgvraag (parameter 1) en een type ruimtelijke context (parameter 2). De combinatie van een type zorgvraag met een type ruimtelijke context vormt vervolgens een specifieke ontwerpdracht (zie figuur 1: Zorgmatrix).

### 3.1.1 Parameter 1: het type zorgvraag

Op zoek naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten heeft de PHL binnen het onderzoek uitgevoerd voor het Team Vlaams Bouwmeester een aantal **generieke zorgvragen** afgelijnd. Het eerder geschetste continuüm thuis-tehuis is hierbij opgedeeld in drie categorieën: **kortverblijf, tijdelijk verblijf en permanent verblijf**.

Het uitgangspunt is dat elk zorgconcept dat tot eenzelfde categorie behoort, een gelijkaardig programma en organisatieprincipe kent. De specifieke invulling van het begeleiden, verzorgen, verplegen en behandelen kan verschillen, maar de relatieve verhouding inzake ruimtegebruik is vergelijkbaar. **De ruimtelijke uitwerking is met andere woorden onafhankelijk van het type zorgvrager.** Volgens deze redenering zijn een kindercrèche, een dagcentrum voor ouderen en een dagcentrum voor personen met een handicap in principe één en hetzelfde gebouwtype.

De drie categorieën worden hieronder kort toegelicht en geïllustreerd op basis van de drie volgende functies: verblijf, zorg en logistiek.

#### a. Kortverblijf

**Verblijf:** de duur van het verblijf kan variëren van tien minuten wachten in de wachtzaal tot één volledige dag. Alles staat in het teken van activering: een keuken, een polyvalente zaal, een buitenruimte en een eet- en leefruimte. Ruimtelijk uit zich dit in grote verblijfsruimten.

**Zorg:** de behandeling bestaat voornamelijk uit care: het voorkomen van beperkingen en complicaties en het ondersteunen bij de kwaliteit van leven. Verblijven is een onderdeel van het behandelen. De ruimte nodig voor specifieke behandelingen is verwaarloosbaar in vergelijking met de ruimte voor verblijven.

**Logistiek:** kortverblijf vraagt om heel wat kleine logistieke ruimtes zoals een spreekruimte, administratieve ruimte, technische ruimtes, parking, enz.

**Voorbeelden van kortverblijf zijn:** een kinderdagverblijf, een dagcentrum voor ouderen of personen met een handicap.

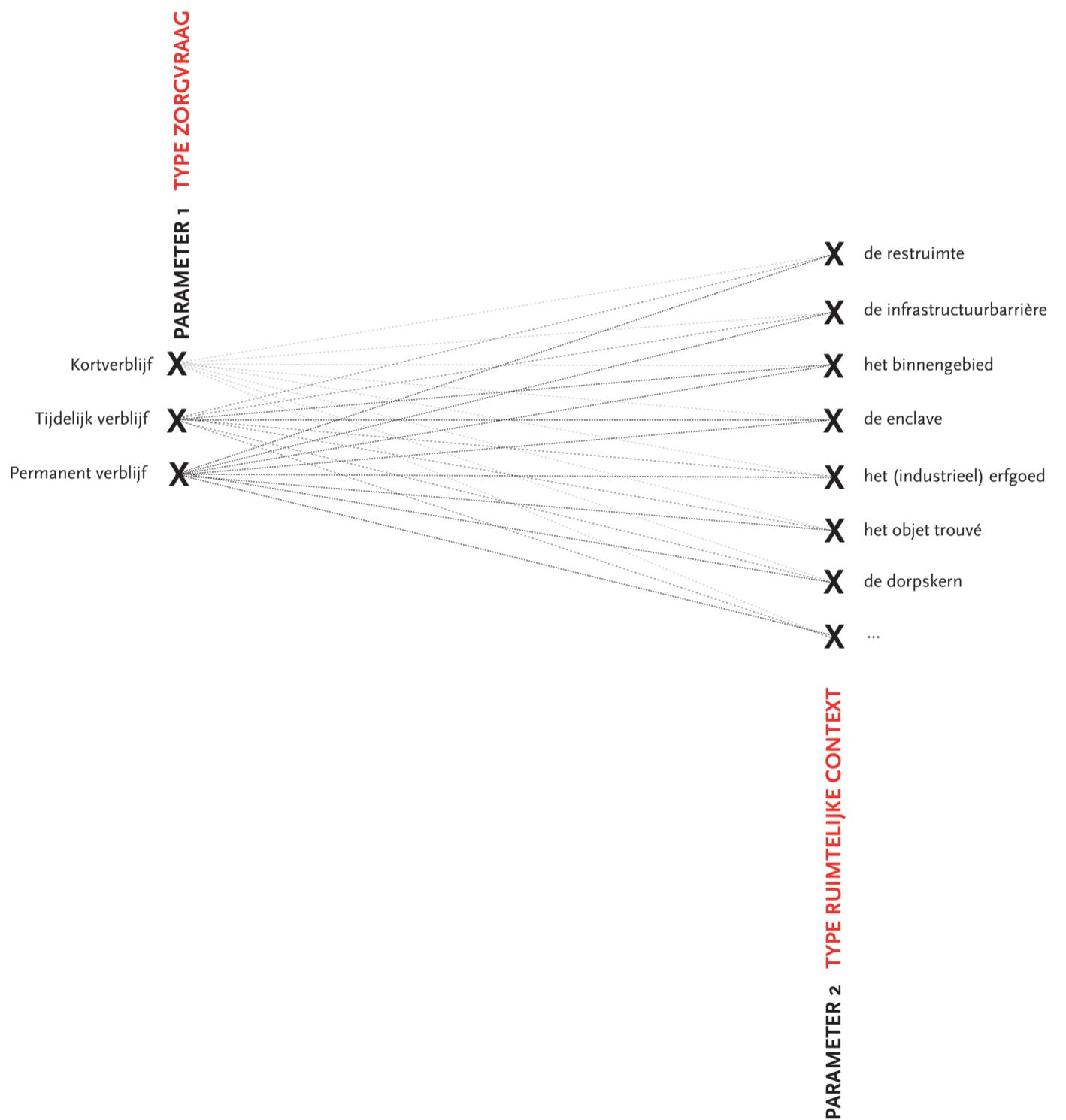
#### b. Tijdelijk verblijf

**Verblijf:** de duur van het verblijf kan variëren van één overnachting tot zolang de behandeling nodig is. De zorgvragers worden typisch ingedeeld in leefgroepen. Deze leefgroepen kunnen minder of meer in contact met de reguliere samenleving staan, afhankelijk van het type behandeling (vb. re-integratie als onderdeel van revalidatie). Afhankelijk van het stadium en type van behandeling kan de zorgvrager verblijven in kamers of in zelfstandige wooneenheden.

**Zorg:** de behandeling kan zowel uit cure als uit care bestaan. Dit maakt dat er meer ruimte nodig is voor zorg en dat deze ruimte gevarieerder is.

**Logistiek:** de logistiek wordt groter en complexer.

**Voorbeelden van tijdelijk verblijf zijn:** centrum kortverblijf voor personen met een handicap, centrum kortverblijf voor ouderen, residentiële verslavingshulpverlening, centrum integrale gezinszorg, centrum kindzorg en gezinsondersteuning, een revalidatiecentrum.



Afbeelding 1: Zorgmatrix

c. Permanent verblijf

**Verblijf:** het verblijf is permanent en de zorgvrager moet zijn woning dus achterlaten. Dit zou echter niet mogen betekenen dat hij uit de samenleving verdwijnt. De zorgvrager moet regelmatig en gemakkelijk bezoek kunnen ontvangen, in de meeste gevallen zelfs op de kamer. Dit heeft impact op de organisatie en de vormgeving van de architectuur.

**Zorg:** de behandeling bestaat voornamelijk uit care. Voor cure wordt van een andere zorgvoorziening gebruik gemaakt.

**Logistiek:** vergelijkbaar met deze van een hotel.

**Voorbeelden van permanent verblijf zijn:** een serviceflatcomplex en een woonzorgcentrum.

Binnen het ontwerp onderzoek naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten aan de PHL ligt de focus niet zozeer op het uitwerken van innovatieve relaties tussen begeleiden, verzorgen, verplegen en behandelen. Dit is voornamelijk een medisch vraagstuk. De focus zal wel liggen op het **verblijven** eigen aan elk van de drie bovenstaande categorieën.

### 3.1.2 Parameter 2: type ruimtelijke context

Om de onderzoeksresultaten zo generiek mogelijk te houden, werd tijdens het opzetten van het onderzoekskader beslist om te werken met een reeks ruimtelijke situaties die overal in Vlaanderen voorkomen zoals:

#### a. de restruimte

Een braakliggend terrein dat (nog) niet ontwikkeld is. Denk bijvoorbeeld aan de zones tussen ontwikkelingsprojecten in. Een restruimte is een ongedefinieerde ruimte, een ruimte zonder statuut. Ze zijn over het algemeen vrij toegankelijk en hebben een publiek karakter. Het gebruik is informeel.

#### b. de infrastructuurbarrière

Een infrastructuurelement dat gebieden scheidt die mogelijk op elkaar kunnen inspelen. Het element kan natuurlijk zijn zoals een rivier of artificieel zoals een spoor, een weg of een kanaal. Het infrastructuurelement zelf heeft geen relatie met de omgeving.

#### c. het binnengebied

Een gebied dat omgeven is door bebouwing. Het is weinig gebruikt tot braakliggend met uitzondering van wat hobby-landbouw (bijvoorbeeld paarden). Een binnengebied is sterk geprivatiseerd met een zeer gefragmenteerde eigendomsstructuur. Hierdoor zijn het dikwijls gebieden zonder sterke identiteit.

#### d. de enclave

Een gebied dat omgeven is door bebouwing. In tegenstelling tot het binnengebied is het een plek met een eigen identiteit, met een eigen (historische) betekenis. In de enclave kunnen (restanten van) gebouwen staan. De enclave kan ook ommuurd zijn. Omwille van deze identiteit kan de omringende bebouwing zich naar de enclave richten. Soms is de enclave ook een ontsluitingszone voor de ruimere omgeving.

#### e. het industrieel erfgoed

Een constructie die omwille van haar cultuur-historische waarde beschermd is. Omwille van de specifieke ruimtelijke situatie is herbestemming echter niet vanzelfsprekend waardoor de constructie jarenlang als een 'terrain vague' functioneert.

#### f. het objet trouvé

Een beeldbepalend en kenmerkend ruimtelijk element. Dit kan een gebouw zijn, een plek, een landschapselement of een object, telkens met een sleutelrol in de morfologie van een (gebouwd) landschap. Een objet trouvé werkt op verschillende schaalniveaus: macro (landschap), meso (straat, gebouw) en micro (object);

Elk van bovenstaande voorbeelden wordt gekenmerkt door een specifieke ruimtelijke situatie die op zich, in combinatie met een type zorgvraag, aanleiding zou (kunnen) geven tot innovatieve ruimtelijke zorgconcepten.

## 3.2 Aandachtspunten voor de ruimtelijke organisatie van zorg.

Om te kunnen evalueren of de ontwikkelde zorgconcepten inderdaad voldoen aan de heersende zorgvragen, zijn deze vertaald als een lijst van aandachtspunten voor de ruimtelijke organisatie van zorg:

### 1. Ruimtelijke integratie

In hoeverre is het zorgconcept een meerwaarde voor de ruimtelijke omgeving waarin deze wordt ingeplant?

### 2. Vermaatschappelijking van de zorg

In hoeverre verblijven de zorgvragers tussen niet-zorgvragers? Een trend is immers dat de zorgvrager zoveel mogelijk wil verblijven of behandeld worden in wijken en buurten waar ook niet zorgvragers verblijven.

### 3. Ontschotting

In hoeverre worden barrières tussen zorgvoorzieningen onderling en tussen zorgvoorzieningen en andere voorzieningen (voor niet-zorgvragers) opgeheven? Bestaat er (nauwe) samenwerking tussen de zorgvoorzieningen voor verschillende doelgroepen of voor mensen met een variërende zorgzwaarte zodat barrières tussen zorgvoorzieningen stelselmatig opgeheven of gemilderd worden?

### 4. Keuzevrijheid

In hoeverre kan de zorgvrager zelf het verloop en de (ruimtelijke) invulling van zijn verblijf bepalen? Bijvoorbeeld kiezen voor meer of minder luxe, voor een specifieke locatie, enz.

### 5. Kleinschaligheid

In hoeverre komt het zorgconcept tegemoet aan de vraag naar een kleinschalige omgeving? Een duidelijke trend is immers dat de zorgvragers zoveel mogelijk willen gehuisvest worden in kleine groepen, zonder een zogenaamd 'institutioneel karakter'. Meer aandacht voor de mens en zijn individuele behoeften staan hierbij centraal.

### 6. Verhuiselijking

In hoeverre wijkt het zorgconcept af van de disciplinerende ruimte?

Een belangrijke trend is immers dat de zorgvrager vraagt om vertrouwde en huiselijke omgevingen en dan vooral vanuit de volgende drie behoeften:

- de behoefte om te ontsnappen aan het domein van ziekte: het gegeven dat een zorgvrager met andere zorgvragers in contact komt, blijkt in veel gevallen confronterend. Deze emotie wordt versterkt door de geurbeleving en door de (steriele) inrichting van het ziekenhuis;
- de behoefte aan herstel van de controle over het eigen leven: om zijn gezondheid te herstellen, moet de zorgvrager zich overgeven aan anderen zoals artsen, paramedisch personeel en verpleegkundigen;
- de behoefte aan rust.

**Bij bovenstaande aandachtspunten voor de ruimtelijke organisatie van zorg kunnen wel de volgende kanttekeningen gemaakt worden:**

- In sommige situaties, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende ziekte, is het resultaat van de verstrekte zorg zo belangrijk dat keuzevrijheid en verhuiselijking er ondergeschikt aan lijken te worden. Het juiste evenwicht vinden tussen het verstrekken van de zo nodige medische zorg en het rekening houden met alle andere aspecten (individualiteit, privacy, vertrouwdeheid, gevoelens...) is vaak heel moeilijk. Een soortgelijke afweging komt men trouwens ook vaak tegen in minder acute of in niet-medische situaties. De cliënt staat centraal en mag voor een deel zelf bepalen welke zorg hij al dan niet wenst. Dat kan echter in strijd komen met wat vanuit de verzorgende gezien wordt als het beste voor een cliënt (Naafs, 2010, Deel 3, p.80-121). Overleg tussen alle betrokkenen is in ieder geval vereist.

- Ook vermaatschappelijking en kleinschaligheid kunnen een keerzijde hebben. Door de trend om bijvoorbeeld mensen met psychiatrische problemen en verstandelijke beperkingen minder lang in instellingen te behandelen of te laten wonen en (eerder

of langer) zelfstandig, ontstaat er een kleine groep die het niet redt, vereenzaamt en soms zorg weigert (van der Burgt et al., 2006).

De kleinschaligheid van woonzorgvoorzieningen op haar beurt kan in conflict komen met bepaalde beheersaspecten, reglementen, werkprocessen van verzorgenden enz. Alle, soms tegenstrijdige belangen ter zake verzoenen, is niet eenvoudig.

## 3.3 Implementatie onderzoekskader

Het in dit hoofdstuk geschetste onderzoekskader werd geïntegreerd in het ontwerp onderzoek naar innovatieve zorgconcepten in opdracht van het Team Vlaams Bouwmeester waarvan de resultaten werden gebundeld in publicatie 2: 'Ruimte voor zorg' - Casus Binnengebieden'. Het diende eveneens als basis voor het ontwerp onderzoek dat tijdens het academiejaar 2011-2012 gebeurt rond twee andere ruimtelijke situaties, namelijk dorpskernen en infrastructuurbarrières.

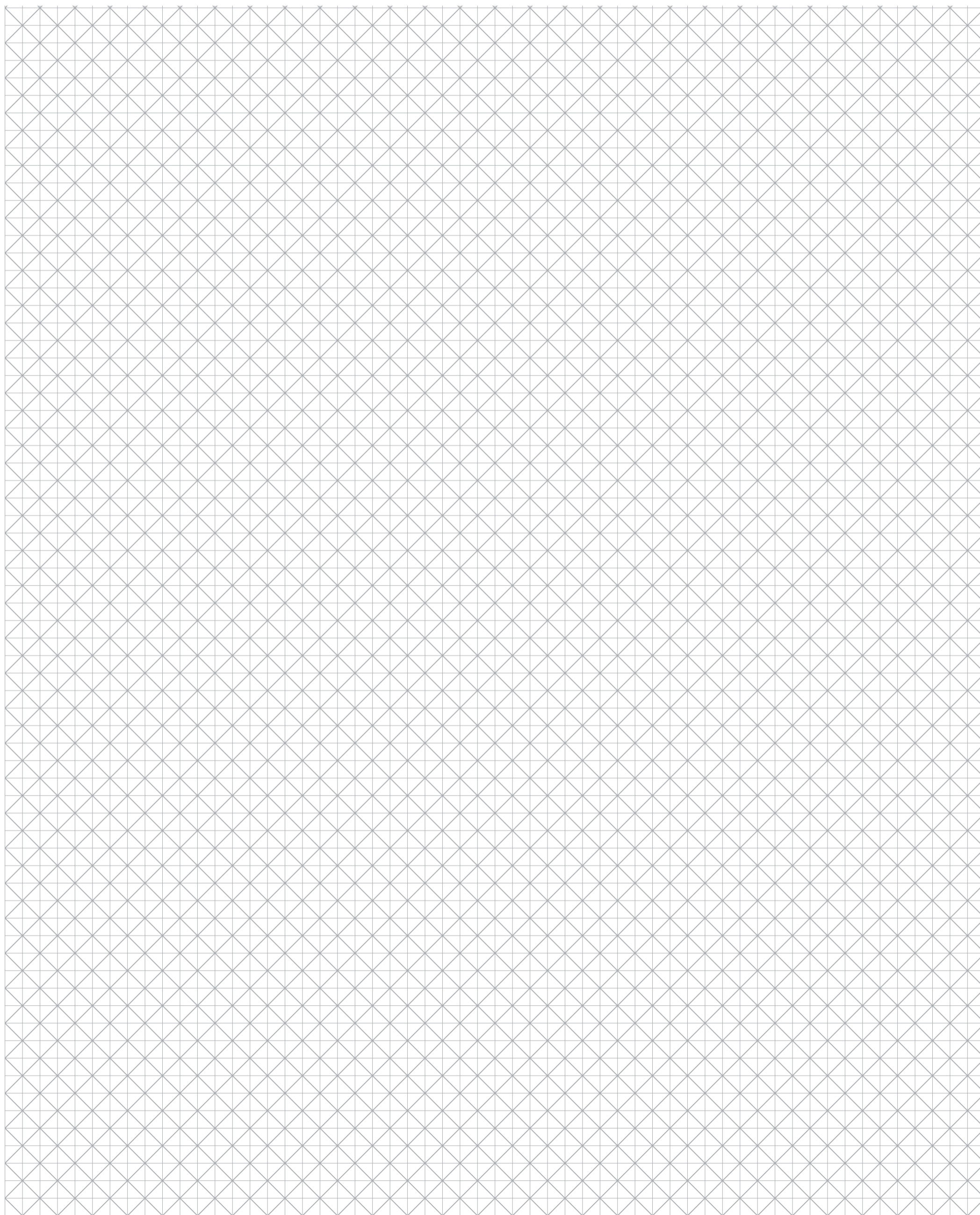
Belangrijk is dat dit onderzoekskader niet statisch is maar mee zal evolueren naarmate de kennis en inzichten rond 'ruimte en zorg' verder toenemen.

# Referenties

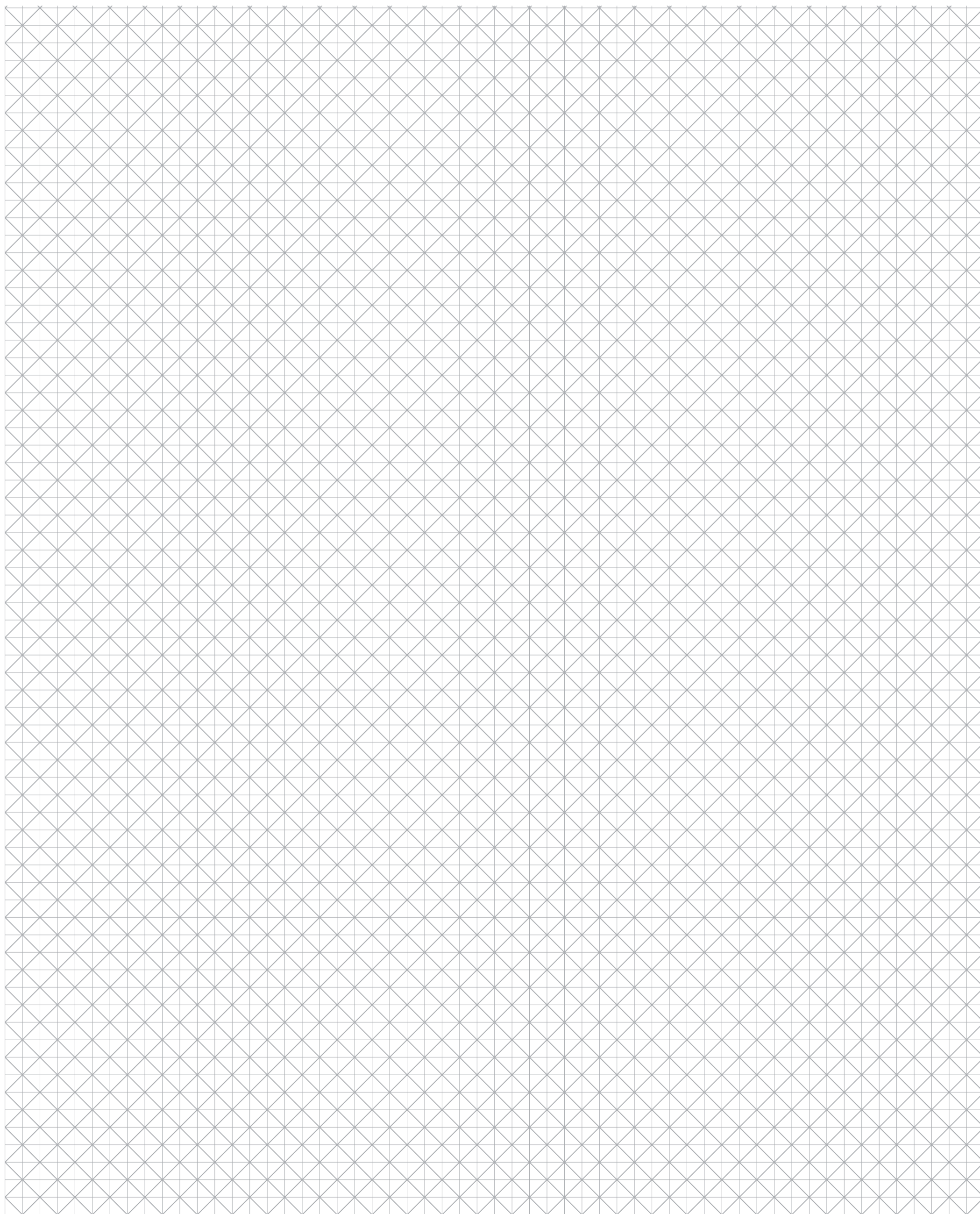
- Apostel, K., D. Janssen en F. Pittillion (red.) (2008). Bouwblokkenboek, over het bouwblokkenweefsel in Antwerpen, theorie en praktijk. University Press Antwerp.
- Bosteels, J. (2011). Zorg moet anders georganiseerd. Interview met Geert Van Hootegem in De standaard, 28.08.2011.
- Buro II (2010). Beeldkwaliteitplan Open School. Politeia.
- den Engelsens, B., van Beek, C., & Blijham, G. (2007). Marketing voor zorgverleners. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Maeseneer, J. (2009). Zorgsector privatiseren is geen oplossing. De Morgen 05.06.2009.
- de Winter, P., Klaver, S., Krediet, J., & Pansier, D. (2007). Vastgoedmanagement in de zorg. Cliënt en Medezeggenschap in de zorg, aanvulling 10 (augustus 2007).
- Foucault, M. (1975). Surveiller et punir. Naissance de la prison. Gallimard.
- Geelen, R. (2008). Alleen maar rozengeur en maneschijn? In: van Waarde, H. (red.). Denkbeelden over kleinschalig wonen voor mensen met dementie. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Idenburg, P. J., & van Schaik, M. (2010). Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Schiedam, Nederland: Scriptum.
- Kalis, A., van Delden Julius H., & Schermer, M. (2005). 'Het goede leven' voor dementerende verpleeghuisbewoners. Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde, 30, 4-9.
- Lombaerde, P. (2008). Bouwblokken als bouwstenen van de stad. In: Apostel, K., D. Janssen en F. Pittillion (red.) (2008). Bouwblokkenboek, over het bouwblokkenweefsel in Antwerpen, theorie en praktijk. University Press Antwerp.
- Mason, T. (2006). Designed with care: Design and neighbourhood healthcare buildings CABE publicatie.
- Naafs, J. (2010). Met zorg wonen. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Niemeijer, C. & Wagenaar, C. (2008). De patiënt in beeld. Layout 06, Stimuleringsfonds voor Architectuur.
- Omgeving & SUM (2009). Ruimte voor zorg - Zorg voor ruimte. Trendonderzoek ruimtelijke ordening. Rapport in opdracht van de Provincie Limburg.
- Pelfrene, E. (2009). De nieuwe bevolkingsvooruitzichten 2007-2060. Een vergelijking met vorige prognoses. SVR-rapport.
- Schreurs, J. (2006). Ontwerpend onderzoek. In: Boudry L., Loeckx A., Van den Broeck J., Coppens T., Patteuw V., Schreurs J. (Eds.), Inzet, Opzet, Voorzet, stadsprojecten in Vlaanderen (pp.132-134). Antwerpen-Apeldoorn: Garant Uitgevers.
- Syen, P. (2011). Trends & aandachtspunten voor woonoplossingen voor medioren & senioren. Lezing in PHL op 28.09.2011.
- Vandenbroucke, T. (2009). Ontwerpend onderzoek onderzocht. Working paper.
- Vanderhaegen, J.-C. (2005). De toekomst van onze senioren en het ontwerpen van hun woningen: uitdagingen en opportuniteiten. Confederatie Bouw Brussel-Hoofdstad.
- van den Beld, H., & van Zalk, D. (2010). Essenties voor samenwerking in wonen en zorg. Realiseer meer en beter woonzorgvastgoed. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Burgt, M., van Mechelen-Gevers, E., & te Lintel Hekkert, M. (2006). Introductie in de gezondheidszorg. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Geystelen, A. (2010). Naar meer kwaliteit in de zorgarchitectuur. Artikel geschreven in opdracht van de Vereniging Technische Diensthouders Verzorgingsinstellingen (<http://vtdvweb.7host.com/index.html>).
- van Hoof, J., Kort, H. S. M., & van Waarde, H. (2009). Housing and care for older adults with dementia: a European perspective. Journal of Housing and the Built Environment, 24, 369-390.
- van Zadelhoff, E., Abma, T., Verbeek, H., & Widdershoven, G. (2010). Goede zorg in kleinschalig wonen. Denkbeeld, 22(3), 22-25.



# Notities



# Notities



Vormgeving en redactie:

## Onderzoeksgroep ArcK i.s.m. C.T. ARCHITECTS

Nick Ceulemans, Liesbet Thewissen

Aan het ontwerpend onderzoek in opdracht van het Team Vlaams Bouwmeester tijdens academiejaar 2010-2011 hebben meegewerkt:

## Onderzoeksgroep ArcK

Oswald Devisch (coördinator project), Jan Vanrie & Karin Van Vlierden

## Eerste master Architectuur – semester 1

### Begeleiders:

Peter Bongaerts (coördinatie) & Nick Ceulemans

### Studenten:

Robin Bien, Sinan Ciftci, Brecht Delwiche, Rebecca Duysens, Kenny Geyskens, Azize Inan, Soren Justens, Kristof Lens, Karolien Neyns, Jonas Pinte, Jolien Ponet, Britt Simons, Werner Stals, Karis Sterckx, Rebecca Van Aecken, Pieter Vanhees, Jasmine Vanhoof, Hanne Willems, Niels Willems, Joeri Windmolders & Michael Winters

**Juryleden:** Filip Lagiewka (Omgeving) & Paul Wullaume (Omgeving)

## Eerste master Architectuur – semester 2

### Begeleiders:

Maria Leus (coördinatie), Ronald De Meyer & Bart Moors

### Studenten:

Lawrence Bessemans, Robin Bien, Matthijs Brands, Sinan Ciftci, Pieter Cloeckaert, Jens De Ceuster, Brecht Delwiche, Rebecca Duysens, Kenny Geyskens, Hannelore Goyens, Lennert Hermans, Siel Hermans, Laura Joosten, Soren Justens, Evelien Kumpen, Kristof Lens, Kaat Libens, Thomas Merckx, Michèle Moors, Elien Neyns, Karolien Neyns, Lynn Pieraets, Jonas Pinte, Jolien Ponet, Errico Robbert, Britt Simons, Werner Stals, Karis Sterckx, Rebecca Vanacken, Pieter Vanhees, Jasmine Vanhoof, Hanne Willems, Niels Willems, Joeri Windmolders & Michael Winters

### Juryleden:

Filip Lagiewka (Omgeving), Kristien Lefebber (Provincie Limburg), Michel Pleuveniers (PHL), Ingrid Quintens (Provincie Limburg), Hugo Roux (PHL), Marleen Vanheusden (Provincie Limburg) & Paul Wullaume (Omgeving)

## Tweede master Architectuur

### Begeleiders:

Jo Berben, Nick Ceulemans, Guy Cleuren (coördinatie), Peter Jannes & Jo Janssen

### Studenten:

Ine Beyens, Lindsay Janssen, Nicki Janssens, Cedric Koppers, Kristien Maris, Cindy Pagnaer, Wouter Rome, Raf Segers, Anna Timmermans, Sofie Van Reet, Pieter Van Stee, Erika Vandergeten, Jolien Vanhoof, Wendy Vanormelingen

## Master Interieur

### Begeleiders:

Bie Plevoets, Victor Simoni & Jan Vanrie

### Studenten:

Evi Vangeel, Karolien Coenen, Noortje Gommé, Sofie Derwael, Alien Clukers, Jennifer Pakir, Veerle Jacobs, Sarah Belmans, Bina Verstraete, Nathalie Baeten, Davy Steuckers, Chantal Duchateau, Stéphanie Beckers, Patricia Gerits, Sara Pypen, Karen Claessens, Jennifer Greeven, Joke Savelkoul, Ella Marx, Magali Robinet, Nina Geerlings, Hannelore Janssens, Ruben Ieven, Elke Wils, Rayah Wauters, Karolien Steyfkens, Katrien Geebelen, Hanne-Loren Somers, Ilse Gillis, Guy Foulon, Robin Von Winckelmann, Annick Dewael, Elke Steyvers, Charlotte Vandebroek, Sylvie Hagens, Melanie Huysmans, Astrid Vyt, Annelies Dierckx, An-Sofie Grisar

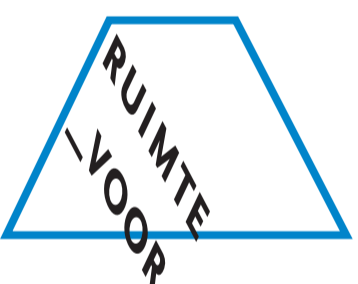
### Juryleden:

Hubert Froyen (PHL), Ingrid Quintens (Provincie Limburg)



1 **RUIMTE\_VOOR\_ZORG****Zorg voor ruimte**

Provinciale Hogeschool Limburg | mei 2012

**Inhoud**

Voorwoord .....	3
<b>Ontwerpend onderzoek naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten</b> .....	6
Definitie 'ontwerpend onderzoek' .....	6
Ontwerpend onderzoek aan de PHL.....	6
Ontwerpend onderzoek naar innovatieve ruimtelijke zorgconcepten.....	6
<b>Benadering van de zorgproblematiek</b> .....	8
Zorg en zorgtrends .....	8
Vertrouwde ruimtelijke zorgconcepten .....	9
Bestudeerde ruimtelijke zorgconcepten .....	10
Kinderdagverblijf.....	12
Dagcentrum ouderen of personen met een handicap .....	12
Kangerewoning .....	13
Serviceflatcomplex .....	13
Centrum voor kortverblijf voor personen met een handicap.....	14
Centrum voor kortverblijf voor ouderen .....	15
Woonzorgcentrum .....	15
Residentieële verslavingshulpverlening .....	16
Centrum voor integrale gezinszorg.....	17
Centrum kindenzorg en gezinsondersteuning .....	17
Revalidatiecentrum .....	18
Woonzorgzone .....	19
Sporen van innovatieve ruimtelijke zorgconcepten .....	21
<b>Uitgangspunten van het ontwerpend onderzoek rond zorg</b> .....	22
Zorgmatrix.....	22
Aandachtspunten voor de ruimtelijke organisatie van zorg .....	23
Implementatie onderzoekskader.....	23
Referenties .....	24
Notities .....	25