

BWMSR

PILOOTPROJECTEN

ONZICHTBARE ZORG

Innoverende zorgarchitectuur



Woord vooraf	2
Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Peter Swinnen, Vlaams Bouwmeester	
Onzichtbare zorg	3
Peter Swinnen, Vlaams Bouwmeester	
5 Pilootprojecten Zorg	9
I. ZORG MAAKT STAD	11
Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo vzw, Sint-Truiden	
II. SOCIAAL ONDERNEMEN IN DE ZORG	23
Peka cv, Dilbeek	
III. RECONVERSIE EN ERFGOED ALS ZORGDRAGERS	33
De Korenbloem vzw, Kortrijk	
IV. GEÏNTEGREERDE PALLIATIEVE THUISOMGEVING	49
Coda vzw, Wuustwezel	
V. LEVENSBESTENDIG WONEN ZONDER OVERHEIDSSUBSIDIE	59
Astor vzw, Geel	
De pilootwaarden: een synthese	67
De Kwaliteitskamer aan het woord	69
Christophe Cousaert, Wivina Demeester, Karine Moykens, Chantal Van Audenhove, Christel Van Langenhove	

Woord vooraf

Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Peter Swinnen, Vlaams Bouwmeester

De demografische prognoses zijn indrukwekkend. In 2050 telt Vlaanderen 1,2 miljoen extra inwoners. Er komen 800.000 extra 65-plusser bij en 300.000 extra inwoners ouder dan 85 jaar. In totaal zal 28% van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar, tegenover 18% vandaag. We staan dus voor de opdracht om 300.000 extra woongelegenheden voor ouderen te bouwen. De uitdaging is niet enkel kwantitatief, maar ook en vooral kwalitatief. In een van de meest dichtbevolkte en verstedelijke regio's ter wereld, waar ruimte schaars is, is het van het allerhoogste belang om de zorg ruimtelijk in te bedden in onze woon- en leefomgeving.

De maatschappijbrede en inclusieve opgave van de zorg vraagt om een geïntegreerd beleid voor de inrichting van de ruimte en de maatschappij. Mensen moeten zich thuis kunnen voelen, waardering en respect krijgen en zinvol kunnen bijdragen aan de samenleving. Tijdens de afgelopen regeerperiode is reeds sterk ingezet op de vermaatschappelijking van de zorg en de implementatie ervan in verschillende sectoren. Door de zesde staats-hervorming krijgt Vlaanderen een bijzonder homogeen bevoegdheidspakket voor ouderenzorg in handen. Dat zal de impact van het beleid aanzienlijk versterken. Het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen van minister Muylers en het Woonbeleidsplan van minister Van den Bossche, die beide vorm krijgen, bieden interessante opportuniteiten om de zorg maatschappelijk te verankeren.

We hebben de Pilotprojecten Zorg in 2012 opgestart om onze gedeelde ambities vorm te geven. Diverse partners hebben aan de hand van ontwerpend onderzoek vijf Pilotprojecten uitgewerkt en verfijnd. De Pilotprojecten geven zorg een volwaardige plaats in de samenleving. Ze verankeren de zorg in ons maatschappelijk weefsel door mensen maximaal te ondersteunen in hun thuissituatie, door in te zetten op een actieve participatie aan de samenleving en door het sociale netwerk te versterken.

De Pilotprojecten nemen de proef op de som. Ze ontwikkelen nieuwe concepten voor zorg, wonen en publieke ruimte. Ze testen hoe we ons woonpatrimonium duurzamer kunnen maken door niet enkel het ecologische en het economische, maar ook en vooral het sociale in ogenschouw te nemen. Ze zoeken naar een manier om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Ze bekijken hoe levensloopbestendige wijken een verhoogde sociale participatie tot stand brengen, zodat verschillende generaties en verschillende sociale groepen, zowel mensen mét, als mensen zonder zorgnood, elkaar ondersteunen. Dit bevordert ook de gezondheid en het welzijn, en vormt een buffer tegen sociaal isolement. De Pilotprojecten besteden aandacht aan de toegankelijkheid van publieke ruimten en gebouwen, of aan de nabijheid van basisvoorzieningen zoals winkels, scholen, dienstencentra en bibliotheken.

De Pilotprojecten halen de zorg uit haar klassieke cocon. Het gaat niet enkel over infrastructuur voor ouderen of personen met een beperking, maar evenzeer over de noden van jonge gezinnen met kinderen of mensen die in een tijdelijke zorgsituatie zitten en zelfstandig willen blijven functioneren. Vormen van collectief en intergenerationeel wonen, zoals cohousing of kangoeroewonen, reiken interessante pistes aan om de algemene levenskwaliteit te verhogen. De Pilotprojecten verzetten bakens. Ze onderzoeken hoe we als maatschappij kunnen samenleven in een wijk of een stad met een divers aanbod van woontypologieën. Mensen krijgen er de garantie op een levenslange zorg- en dienstverlening. Ze kunnen genuzeuzer, efficiënter en goedkoper wonen in een zorgzame omgeving.

ONZICHTBARE ZORG

Peter Swinnen, Vlaams Bouwmeester

Onze bevolking vergrijst. Tegen 2050 zullen er in Vlaanderen 800.000 65-plussers meer zijn dan vandaag. Het aantal 85-plussers zal verdrievoudigen. Dat betekent dat we voor de ouderen om en bij de 100.000 extra woon- en zorgplaatsen moeten voorzien. De cijfers zijn overweldigend en plaatsen ons voor een enorme opgave. Maar behalve een te lenigen nood, vormt het reusachtige bouwprogramma ook een opportuniteit, niet alleen om de zorg te herdefiniëren, maar ook om de stad vorm te geven.

Zorg is vandaag onttrokken aan stad en samenleving. Zorgbehoevenden – zieken, ouderen, dementerenden, gehandicapten, geesteszieken – zijn weggestopt in daartoe gespecialiseerde instellingen. Dat zijn vaak grootschalige voorzieningen aan de rand van de stad die ontworpen zijn om de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren. Het zijn fabrieken van zorg. Vaak bestaan de gebouwen uit een centrale logistieke kern, van waaruit gangen vertrekken die lange rijen van identieke kamers bedienen. Het ziekenhuis-complex aan de rand van de stad is het prototype van de industrialisering van de zorg.

Dit zorgmodel botst op zijn limieten. De zorgsector is de voorbije jaren immers sterk geëvolueerd. De zorgbehoevende is niet langer patiënt maar klant. Centraal staan de kwaliteit van de dienstverlening en het welbevinden van de zorgbehoevende. Ouderenzorg is ook meer en meer gediversifieerd. Zo hebben senioren andere behoeften dan hoogbejaarden of dementerenden. Er bestaat bovendien een maatschappelijk draagvlak om zoveel mogelijk in te zetten op zelfredzaamheid. Ouderen worden gestimuleerd om zo lang als mogelijk in hun vertrouwde omgeving te blijven wonen. De ontwikkeling van woonzorgzones en het faciliteren van thuiszorg en mantelzorg passen in dit perspectief.

De nieuwe visie in de zorgsector heeft echter nog geen adequate ruimtelijke vertaling gevonden. De zorginfrastructuur hinkt achterop op de maatschappelijke gevoeligheden en praktijken. Daarom hebben wij van zorg een van de speerpunten van ons beleid gemaakt. Wij pleiten voor een ‘onzichtbare zorg’. Onzichtbare zorg is zorg die niet meer afgezonderd maar geïntegreerd is in het maatschappelijke en stedelijke leven. Een zorg die ingebed is in ons dagelijks bestaan verkrijgt normaliteit, vanzelfsprekendheid en onzichtbaarheid.

ZEVEN ONZICHTBAARHEIDS- FACTOREN

1.

Maximaliseer collectief wonen

Dit is een algemene oproep, die niet alleen opgaat voor de zorgsector. Collectief wonen, met de nodige aandacht voor privacy, kent alleen maar sociale en ruimtelijke voordelen. Het is in wezen een maatschappelijke plicht om collectief te wonen, ook al toont de (Belgische) realiteit momenteel een tegenovergesteld beeld. Er dient een cultuurshift tot stand te komen. Collectief leven is efficiënter en goedkoper; collectief wonen maakt het mogelijk om rijker en genereuzer te wonen. De nabijheid van mensen en diensten voorkomt sociaal isolement, zeker voor ouderen. Collectief wonen impliceert dat wonen niet langer gezien wordt als een afzonderlijke activiteit, maar deel uitmaakt van een groter geheel. De collectiviteit maakt het mogelijk dat mensen van alle leeftijden langer en vaker een beroep op elkaar kunnen doen. Ouderen kunnen zo lang mogelijk in hun dagelijkse omgeving blijven leven. De kwaliteit van leven kan toenemen door aandacht te schenken aan het voortzetten van persoonlijke gewoontes.

2.

Creëer grootschaligheid

Collectief wonen (en zorgen) heeft alleen zin wanneer het deel uitmaakt van grotere sociale en ruimtelijke verbanden. Een compacte manier van leven kan immers gecompenseerd worden door de nabijheid van of een zicht op uitgestrekte groenzones, stedelijke pleinen of panoramische vergezichten. Het is een misverstand om deze grote schaal als tegenstrijdig te zien aan de intimiteit van wonen en zorgen. Het verbinden van beide is een middel om voeling te houden met de maatschappij door letterlijk overzicht te bieden. De woonomgevingen kunnen ook voorzien in grootschalige programma's, in ruimtes die op het eerste gezicht misschien te groot lijken, in een surplus aan ruimte. Het voorbijgaan aan het louter noodzakelijke of het puur functionele is immers een van de kenmerken van stedelijkheid. De regelgeving sluit momenteel het bouwen van overmaat uit. Grootschaligheid werkt nochtans integrerend en is daarom levensnoodzakelijk.

3.

Creëer kleinschaligheid

Collectief wonen (en zorgen) heeft alleen zin wanneer men uiterst precieze aandacht besteedt aan het kleinschalige, het intieme, de geborgenheid, de autonomie en zelfstandigheid. Pas dan is het wonen volwaardig. Dit betekent dat men tegenover de grootschalige kwaliteiten ook een herkenbare, kleinschalige samenlevingsstructuur dient te creëren. Huiselijkheid staat hierbij voorop. Dit kan men onder meer bereiken door het toe-

passen van kwalitatief hoogwaardige materialen, die men doorgaans ook in de huiselijke sfeer aantreft. We moeten af van de te hygiënische en louter op efficiëntie ingerichte zorgcentra. Hoe vaak hoort men bijvoorbeeld niet dat hout een onmogelijk materiaal is in de zorgomgeving? Ook trappen zijn uit den boze. In een integrale visie op zorg en wonen maken ook valide mensen gebruik van de ruimtes, dus kunnen trappen handig van pas komen. Ook het verkleinen van de leefgroepen speelt een belangrijke factor in het onzichtbaar maken van de zorg. Vaak wordt hier het argument van de te hoge personeelskosten tegenin gebracht. Wanneer zorg echter deel uitmaakt van een meer gemengde woonomgeving, compenseert dit deels de hoge verzorgingskosten.

4.

Durf stedelijk te programmeren

Woonvoorzieningen voor ouderen en zorgbehoevenden moeten deel uitmaken van de stad. Door de grote behoefte aan voorzieningen kan het zorgprogramma zelfs sturend zijn in de ontwikkeling van steden en stedelijke landschappen. Innovatie in de zorg is deels afhankelijk van de mate waarin het mogelijk is zorg te mengen met andere stedelijke en maatschappelijke programma's. We denken hierbij al snel aan scholen en kinderdagopvang, maar het kan ook anders. In het Zwitserse Basel ontwierpen de architecten Herzog & de Meuron een woongebouw voor ouderen vlak naast het St.-Jakob voetbalstadion en het winkelcentrum. In principe zijn de combinatiemogelijkheden legio. Dit hoeft niet binnen één nieuwbouwproject te gebeuren. Talloze ouderenvoorzieningen staan te midden van stadsblokken. Ouderen en zorgbehoevenden maken daardoor letterlijk deel uit van het centrum van woonwijken. Bovendien maakt dit de opwaardering van vaak onbestemde binnengebieden mogelijk.

5.

Verplicht de markt tot maatschappelijke verantwoordelijkheid

De privatisering van het zorgwonen is een feit. Dit creëert mogelijkheden, maar vraagt ook om grote zorgvuldigheid. Het rendement van de investeerders dreigt prioriteit te verkrijgen boven de kwaliteit van de zorgvoorziening. Met een rits aan mogelijkheden, zoals serviceflats, dagverzorging, kortverblijf, lokale dienstencentra, enzovoort, heeft de particuliere sector geen reden tot klagen. Er zijn echter amper bestuurlijke instrumenten ontwikkeld om de private sector te verplichten tot het nemen van hun maatschappelijke verantwoordelijkheden en het bevorderen van de levenskwaliteit. Slechts een klein percentage van de commerciële markt bestaat uit échte investeerders, die zowel investeren

in maatschappelijk kapitaal als in ruimtelijke kwaliteit. De minimumeisen die de overheid voorschrijft, worden door de commerciële partners zelden in twijfel getrokken, laat staan opgewaardeerd. De winstmarge zou immers te laag uitvallen. Er dienen instrumenten ontwikkeld te worden voor het meten van maatschappelijke meerwaarde. Dit maakt het mogelijk om de commerciële partners uit te dagen om te excelleren, zowel commercieel als maatschappelijk.

6.

Ontwikkel een intelligente, flexibele regelgeving

Het ontwikkelen van een slimme regelgeving is tegelijk de moeilijkste en de meest cruciale onzichtbaarheidsfactor voor de zorg. Er zou een gedegen onderzoek moeten komen naar de voor- en nadelen van de huidige regelgeving. Daarnaast zouden in een (internationaal) benchmarkonderzoek kwalitatief hoogwaardige voorbeelden uit bijvoorbeeld Scandinavië doorgelicht en geprojecteerd kunnen worden op de eigen context. Het staat vast dat een regelgeving die vertrekt vanuit een minimaal scenario niet langer haalbaar is. Als men zorg als een volwaardig onderdeel van de maatschappij en het leven wenst te beschouwen, moet dit ook ten volle tot uiting komen in de ondersteunende maatregelen. De regelgeving mag niet langer het potentieel annuleren, maar moet de weg vrijmaken voor intelligente interpretatie. Dit is momenteel zo goed als onmogelijk.

7.

Zorgzame ontwerpers voor zorgzame opdrachtgevers

Binnen de huidige regelgeving ondervinden heel wat zorgzame opdrachtgevers en ontwerpers obstakels bij het realiseren van een innovatief en intelligent ontwerp. De lat moet hoe dan ook hoog gelegd worden, maar er dient ook meer vrijheid te komen om ambitieuze initiatieven ingang te laten vinden. Zowel binnen de zorgverlenende instellingen als binnen de markt zijn zorgzame opdrachtgevers aan het werk; ze zijn helaas nog niet de regel. Via ontwerpend onderzoek kunnen ontwerpers en opdrachtgevers elkaar voeden en uitdagen. Met de eerste generatie van Pilotprojecten Zorg hebben we hierin een eerste belangrijke stap gezet. Het werk is echter nog niet voltooid. Het is noodzakelijk dat volgende generaties van Pilotprojecten Zorg de zoektocht naar nieuwe vormen van zorg voortzetten.

Alle bovenstaande ‘onzichtbaarheidsfactoren’ zijn volgens ons noodzakelijk om tot een trendbreuk te komen voor het kunnen realiseren van maatschappelijk geïntegreerde zorg. Er is immers pas voldoende ruimte voor zorg als er voldoende zorg gedragen wordt voor de ruimte.

5 PILOOT- PROJECTEN ZORG

I. ZORG MAAKT STAD	11
Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo vzw, Sint-Truiden	
II. SOCIAAL ONDERNEMEN IN DE ZORG	23
Peka cv, Dilbeek	
III. RECONVERSIE EN ERFGOED ALS ZORGDRAGERS	33
De Korenbloem vzw, Kortrijk	
IV. GEÏNTEGREERDE PALLIATIEVE THUISOMGEVING	49
Coda vzw, Wuustwezel	
V. LEVENSBESTENDIG WONEN ZONDER OVERHEIDSSUBSIDIE	59
Astor vzw, Geel	

Sint-Annasite
stedelijk woonzorgcentrum,
Sint-Truiden



NU architectuuratelier / AR-TE / STABO / Denis Dujardin & Stefaan Thiers

“De stad is de meest levensloopbestendige woonomgeving.”

NU architectuuratelier

In het hart van Sint-Truiden, op nog geen tien minuten wandelen van de Grote Markt, ligt een ommuurd domein met een verlaten, negentiende-eeuws ziekenhuiscomplex. De eigenaar van de gronden, het regionaal ziekenhuis Sint-Trudo, wil de Sint-Annasite omvormen tot een gemengde wijk met zorgvoorzieningen voor ouderen met somatische beperkingen en dementerenden. Het antwoord van de architecten op de ontwerpvrage is resoluut stedelijk. Gezien de keuze voor een (zij het bescheiden) stapeling, is het zelfs een tikkeltje gedurfd voor het provinciale Sint-Truiden. Wie een eerste blik werpt op de plannen, ontwerpschetsen en tekeningen ziet geen zorgproject, maar een stuk stad. Er wonen mensen van allerlei slag: 'gewone' gezinnen met kinderen, maar ook ouderen, minder mobiele of dementerenden. Zorgbehoevenden wonen er tussen andere mensen, alsof dat de normaalste zaak van de wereld is. En zo hoort het ook, aldus de architecten.

Het project voor de Sint-Annasite is geen zorgproject in de stad, maar een stuk stad waar ook zorg kan plaatsvinden. Om de zorg in te bedden in de stad, maken de architecten de moeilijke evenwichtsoefening tussen concentratie en 'verkorreling' van de zorg. De verkorreling is nodig om de zorg te integreren in het sociale en stedelijke weefsel. Door de zorg evenwichtig te spreiden, wordt de zorg 'onzichtbaar' gemaakt. Concentratie is daarentegen nodig om de dienstverlening binnen het grotere geheel voldoende efficiënt te maken. Te veel concentratie zou leiden tot het klassieke model van het woonzorgcentrum of rusthuis; te veel verkorreling zou de efficiëntie van de zorg in de weg staan. De architecten zien het zorgproject dan ook in de eerste plaats als een woonproject, maar dan met die bijzonderheid dat er allerlei extra diensten verbonden zijn aan het wonen. Niet de bewoners worden naar de zorg gebracht; de zorg wordt naar de bewoners gebracht. Zorg wordt niet meer gedacht vanuit de zorg zelf, vanuit de dienstverlening of de dienstverlener, maar in de eerste plaats vanuit de bewoner. Goede zorg begint met goed wonen.

De zorg wordt niet enkel onzichtbaar gemaakt. Men zou kunnen stellen dat zij tot op zekere hoogte zelfs overbodig wordt gemaakt door het wonen op zo'n manier te organiseren dat mensen beter in staat zijn om voor zichzelf en hun naasten te zorgen, en in mindere mate een beroep moeten doen op professionele zorg. Dat is precies wat de stad bij uitstek kan bieden. Door het zorgproject te ontwerpen als een stadsproject, kan de zorg profiteren van de vele voordelen van het wonen in de stad. De nabijheid en diversiteit van voorzieningen en mensen maakt van de stad potentieel de meest zorgvriendelijke en de meest levensloopbestendige woonomgeving.

Dankzij flexibele woningen is 'levenslang wonen' mogelijk. De woningen zijn aanpasbaar en kunnen 'meegroeien' met de bewoners. Dankzij de vermenging van woontypes kunnen de men-

sen in hun wijk blijven wonen. Ze behouden hun vertrouwde leven en hun opgebouwde sociale netwerken, zodat de ondersteuning vanuit de omgeving kan blijven bestaan. Het ontwerp stimuleert informele vormen van zorg: zorg door de partner (bijvoorbeeld door woningen te koppelen), door de familieleden (die bijvoorbeeld tijdelijk kunnen verblijven in het zorghotel), door de burens (waarmee een nauw contact bestaat dankzij gedeelde ruimtes) of door de omwonenden.

De visie op zorg die de architecten in hun project naar voren schuiven, is dan ook niets meer of minder dan een visie op de stad. In tijden van vergrijzing moet de hele stad zorgvriendelijk

worden, stellen de architecten. Daartoe moet zorg als vanzelfsprekend verweven worden met het dagelijkse leven en met de inrichting van de stad. Ouderen en gezinnen met kinderen delen vaak dezelfde noden, denk aan veilige straten, toegankelijke voetpaden, aantrekkelijk openbaar groen, ontspanningsmogelijkheden, sportfaciliteiten, efficiënt openbaar vervoer, enzovoort. De stad moet op maat gemaakt worden van alle leeftijdscategorieën, niet enkel van doelgroepen. De architecten drukken dan ook de hoop uit dat de verwezenlijking van de Sint-Annasite een eerste stap kan betekenen in de transformatie van Sint-Truiden als een stad met veel zorgvoorzieningen tot een geïntegreerde zorgstad.



PLAATS

Abdijstraat, Clement Cartuyvelstraat en Stenaertberg, 3800 Sint-Truiden

BOUWHEER

Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo vzw

PROGRAMMA

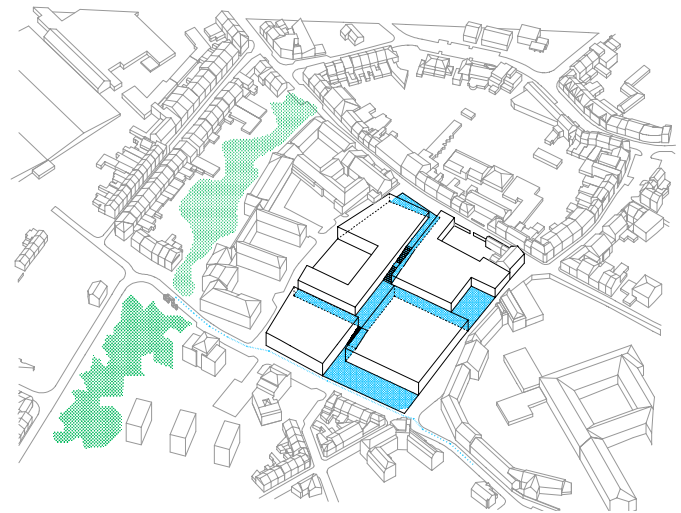
Herontwikkeling van een voormalige ziekenhuissite tot een binnenstedelijke woonwerklocatie met innovatief woonzorgconcept

“De uitdaging bestaat erin de verschillende zorgtypes voldoende geconcentreerd en op voldoende schaal te organiseren zodat ze efficiënt kunnen toegepast worden, en ze tegelijk te verweven zodat ze nooit dominant worden.”

NU architectuuratelier



Plint



Grensploinen en doorsteken

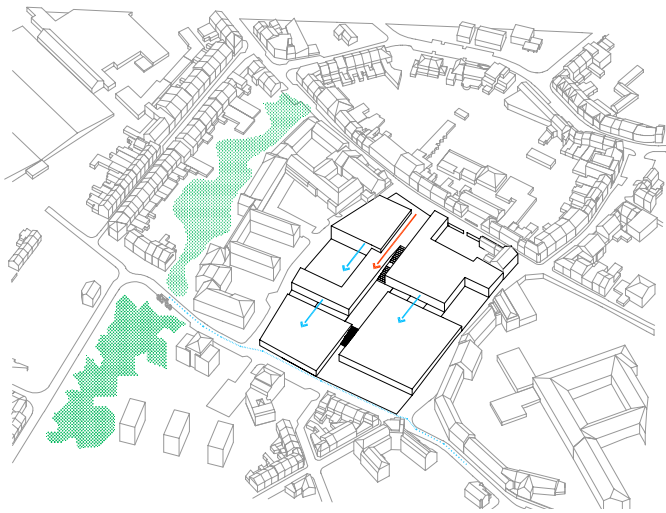
Ontwerpprincipes

Plint

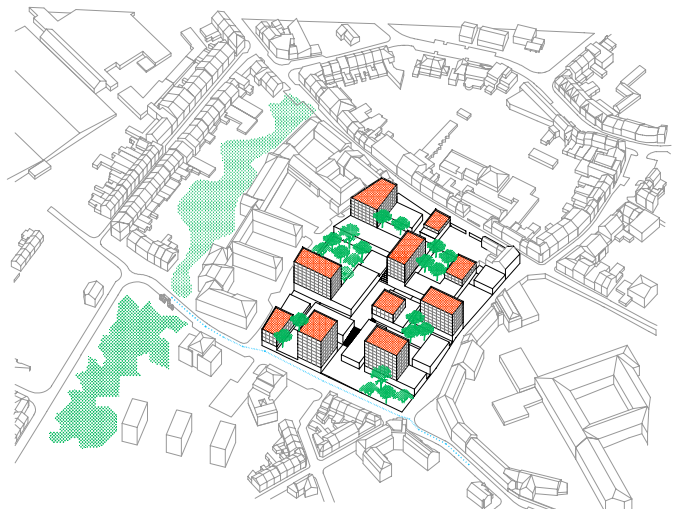
De voormalige ziekenhuissite was volledig ommuurd. Door het accentueren van de plint behoudt de historische plek haar eenheid. De plint sluit aan bij de schaal van de omliggende gebouwen. Publieke functies in de plint, zoals zorgvoorzieningen of winkels, brengen leven in de stad.

Grensploinen en doorsteken

De grensploinen leggen een relatie met de omliggende gebouwen en straten. Het zijn geborgen rust- en ontmoetingsplekken van waaruit de bewoners de dynamiek van de stad kunnen ervaren. Doorsteken overbruggen de natuurlijke helling van de Sint-Annasite. Ze maken informele passage mogelijk. De inwendige straten delen de site op in kleinere bouwdelen.



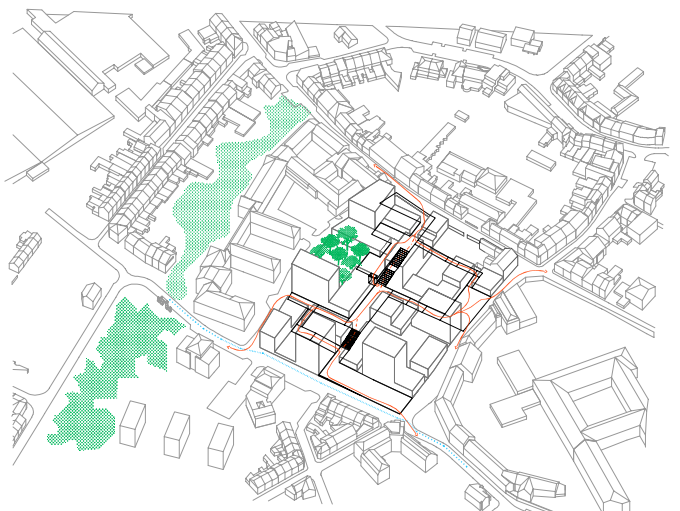
Terrassen



Verticale opstand



Omsloten tuinen en daktuinen



Doorwaadbaarheid en toegankelijkheid

Terrassen

De sterke, natuurlijke helling krijgt een vertaling in de terrasstructuur van de gebouwen. Dankzij de terrassen ontstaan gevarieerde uitzichten op en over de site. Door de terraswerking is het eveneens mogelijk om de verschillende zorgniveaus op een zeer toegankelijke manier te ontsluiten.

Omsloten tuinen en daktuinen

De binnentuinen met hun weelderige natuur zijn de tegenhanger van de stedelijke ruimte. Ze hebben telkens een ander karakter – een bos, een erf, een botanische stadstuin. Op de gebouwen komen daktuinen met vergezichten op de stad.

Verticale opstand

Stapelen van functies zorgt voor concentratie en verdichting. Doorzichten, licht en lucht blijven bewaard. De woningen in de torens genieten van de nabijheid van de zorg, maar houden toch de nodige mentale afstand.

Doorwaadbaarheid en toegankelijkheid

Verschillende doorsteken met toegankelijke, zachte hellingen verbinden de site met de omliggende stad. Ook het woonzorgcentrum overbrugt het niveauverschil en brengt de bewoners vlot op elke hoogte van de stad.

“Goed wonen voltrekt zich door zich te bewegen in de binnenruimte van het huis en in de buitenruimte, tussen de mensen. Kwaliteit van leven is meer dan het wonen alleen, het is ook deelnemen aan de openbare ruimte, het openbare leven.” NU architectuurstudio



Programma en functiespreiding



Parkeren

Programma en functiespreiding

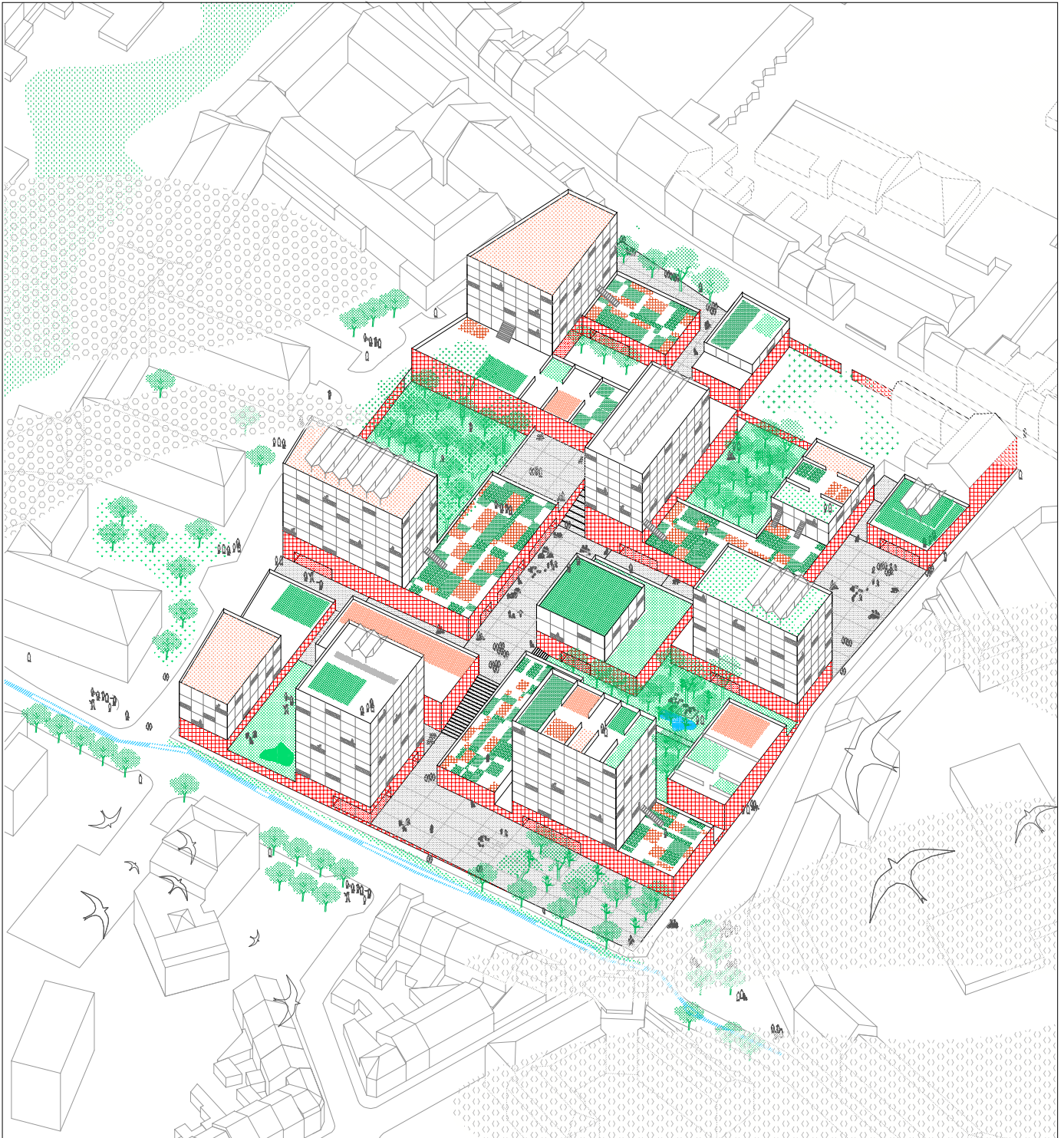
Het woonzorgcentrum is georganiseerd rond de tuinen en langs de doorsteken en grenspleinen. Terwijl het wonen – in diverse typologieën en met verschillende gradaties van gegroepede voorzieningen – verspreid ligt over de gehele site, zijn de meer publieke functies gelegen langs de drukke toegangsweg tot het stadscentrum.

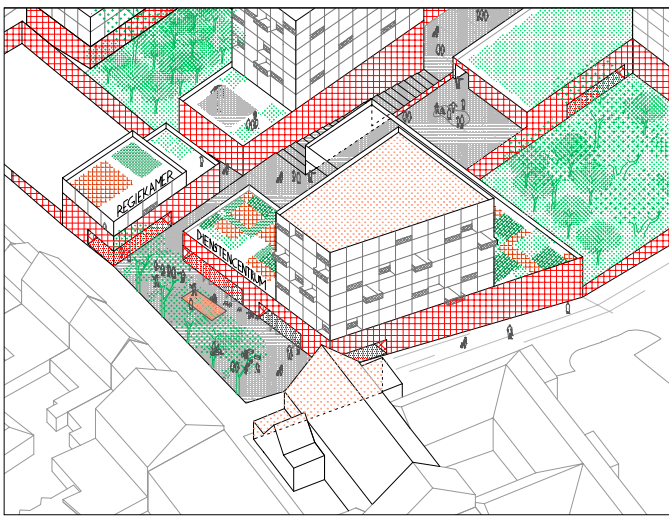
Parkeren

Behalve een ondergrondse parking voor de buurtbewoners (158 plaatsen) krijgt de Sint-Annasite ook 117 gebouwgebonden parkeerplaatsen. Alle torens zijn rechtstreeks aangesloten op het ondergrondse parkeren.

Mogelijk ontwerpscenario

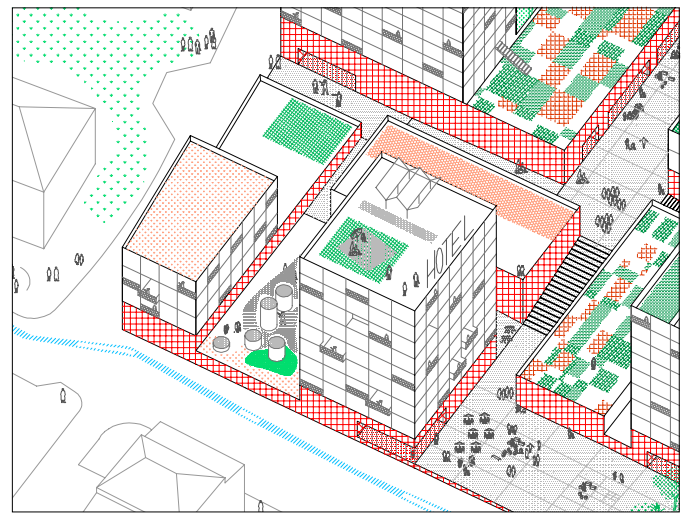
Het aanbieden van een rijke variatie aan plekken en voorzieningen stimuleert de bewoners om zich volgens eigen persoonlijkheid, stemming en fysieke mogelijkheden in de stad te begeven. De zorg ligt verspreid over het volledige woonprogramma. De 'verkorreling' van de zorg' streeft naar een evenwicht tussen zorg efficiëntie en integratie van de zorg in een groter geheel. Het wonen krijgt zoveel als mogelijk een eigen toegang, deurbel en brievenbus aan de straat. Het hebben van een 'eigen adres' is een belangrijk teken van autonomie.





Dienstencentrum

Het dienstencentrum is het zenuwcentrum van de Sint-Annasite. Hier wordt de zorg georganiseerd en kunnen de bewoners terecht met al hun vragen. Het dienstencentrum krijgt een plaats op een van de grenspleinen. Het is een druk bezochte plek die dynamiek brengt in de straat.

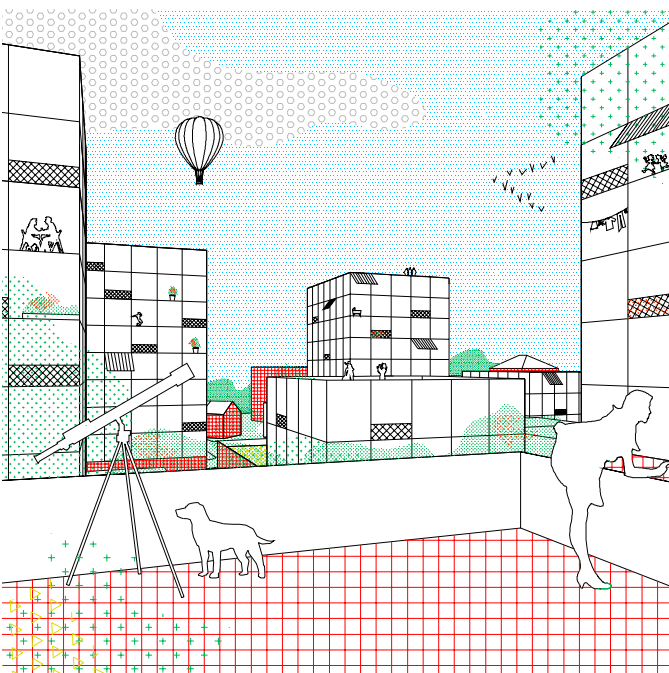


Hotel en spa

Het zorghotel heeft een breed aanbod van kamertypes waar zorg meer of minder aanwezig is. Het is echter geen exclusief zorghotel. Het staat open voor alle doelgroepen, mantelzorgers die op de site kunnen logeren, maar ook toeristen. De wellness kan gedeeld worden met andere hotels in de buurt of door de buurtbewoners.

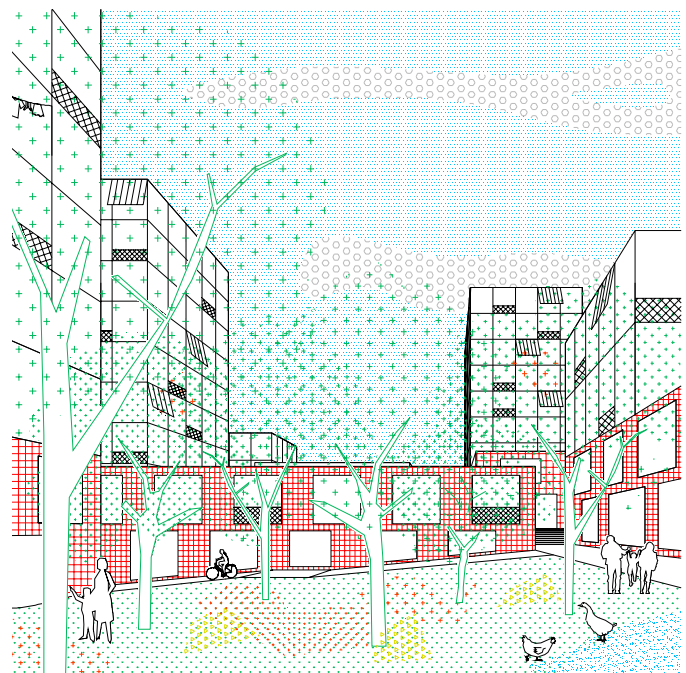
Daktuinen

De appartementen op de bovengesloten verdiepingen zijn rechtstreeks aangesloten op de gemeenschappelijke daktuinen. De tuinen zijn onderverdeeld in kamers – een moestuin, een zandbak, een rozentuin of een kindertuin – zodat de diverse gebruikers, althans voor even, zich een tuindeel kunnen toe-eigenen.



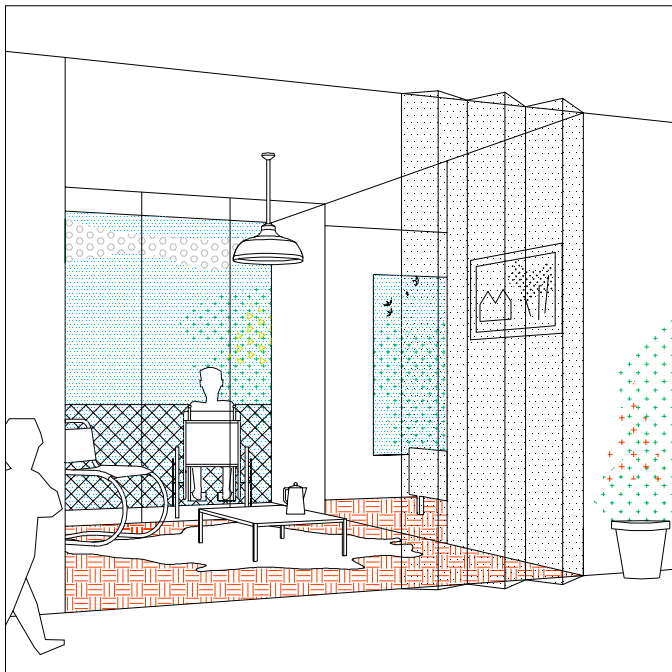
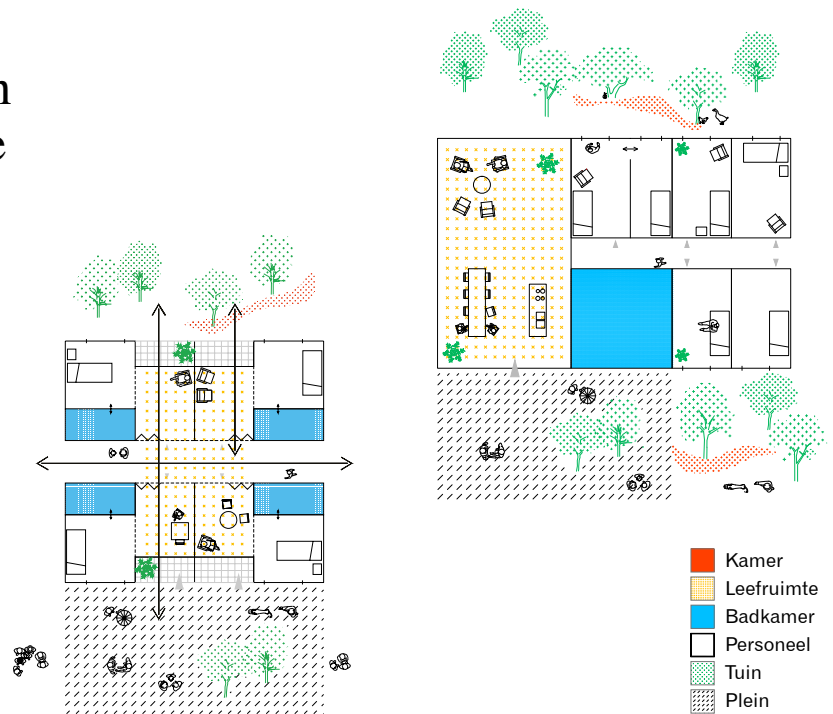
Collectieve binnentuinen

Publieke pleinen en straten, semipublieke functies zoals het dienstencentrum, en semiprivate ruimtes zoals de gedeelde binnentuinen creëren mogelijkheden tot ontmoeting en uitwisseling, maar ook tot terugtrekking en privacy.



“De zorg kan variëren van een pakket van servicearrangementen dat facultatief kan afgenomen worden, tot een aanbod van 24-uurszorg en permanente aanwezigheid van zorgprofessionals.”

NU architectuuratelier



Woonzorgcentrum voor ouderen met somatische beperkingen

De leefgroepen in het woonzorgcentrum zijn bewust klein gehouden (7 tot 8 personen). De kleinschaligheid wordt gecompenseerd door alle leefgroepen logistiek met elkaar te verbinden. Het woonzorgcentrum is zowel georiënteerd op de stad als op de binnentuin. Behalve een gemeenschappelijke toegang tot de leefgroep zijn er ook toegangen die rechtstreeks uitgeven op de zorgstudio's. Zo zijn er individuele adressen mogelijk. Het is de bewoners vrij om hun graad van verbondenheid met de leefgroep te bepalen.

Huis voor dementerenden

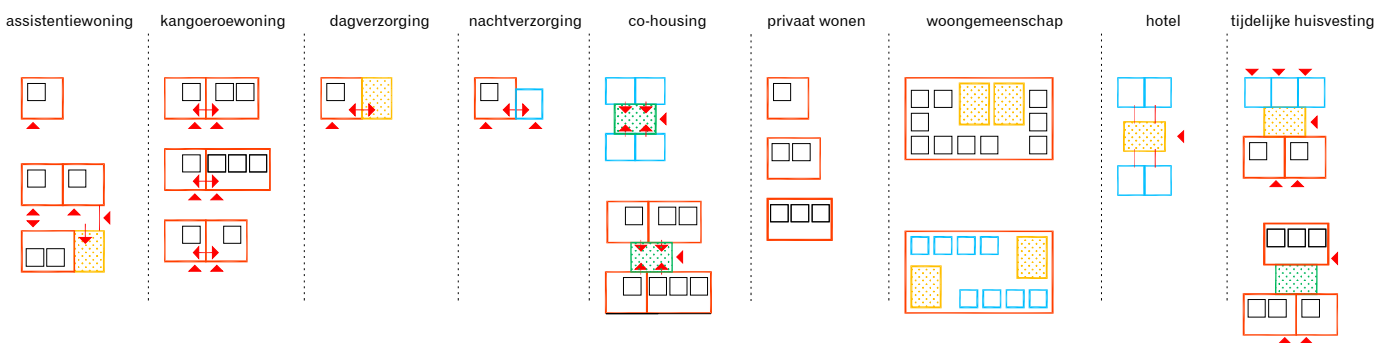
De leefruimte is ingedeeld in verschillende karakteristieke plekken met verschillende mate van rust of prikkels. Sommige leefdelen zijn meer op de binnentuin gericht, andere richten zich op de stad. De kamers zijn geborgen en kijken uit op een rustige buitenomgeving. Externe prikkels worden geminimaliseerd. Door de badkamers niet toegankelijk te maken vanuit de kamer wordt nachtelijke verwarring verminderd. Eveneens om verwarring te voorkomen is er een duidelijk onderscheid tussen het dag- en nachtdeel.

“De vermenging van typologieën schept kansen voor aangepast wonen in dezelfde omgeving.” NU architectuuratelier

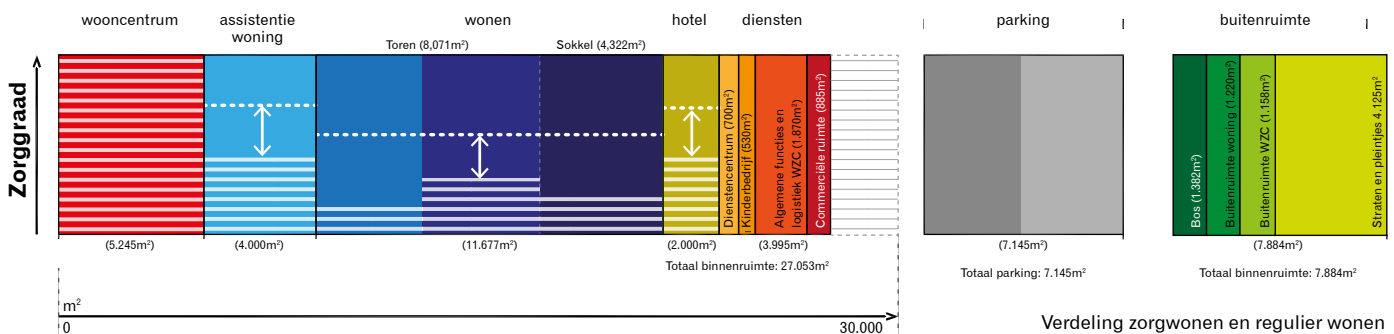
Componenten



Combinaties



Typologieën en schakels



Verdeling zorgwonen en regulier wonen

Typologieën en schakels

Gevarieerde woonvormen, zoals individuele rijwoningen, luxe-appartementen, assistentiewoningen, grote en kleine zorgflats, studio's, één-, twee- en driekamerappartementen, liggen verspreid over de gehele site. De wooneenheden kunnen volgens verschillende modellen geschakeld of losgekoppeld worden. De basistypologieën worden aangeboden in verschillende graden van medegebruik van bepaalde woonfuncties, zoals een gedeelde tuin, keuken of leefruimte. Op die manier zijn de meest uiteenlopende zorgconfiguraties mogelijk.

Verdeling zorgwonen en regulier wonen

Balans van het zorgaanbod (met woonzorgcentrum, assistentiewoningen, hotel en diensten) op een totale, beschikbare oppervlakte van 30.000 m². Welke kosten zijn verbonden aan de zorgfuncties? Hoeveel reguliere woningen moeten er tegenover het zorgaanbod geplaatst worden om het project rendabel te maken?



“De Pilotprojecten Zorg getuigen van een overheid met een visie.”

Een van de voornaamste ambities van ons ziekenhuis is het tot stand brengen van een ‘Zorgstad Sint-Truiden’. We willen een prominente rol spelen in de integratie van zorg in heel de stad. Zo zijn we bij de Pilotprojecten Zorg terechtgekomen. Onzichtbare zorg is ook onze missie. We willen zorg aanbieden in een ‘natuurlijke omgeving’, dat wil zeggen daar waar de mensen wonen. Iedereen moet zich goed voelen in zijn wonen. Zorgbehoeftes verschillen van mens tot mens. Dat vraagt om een gediversifieerd zorgaanbod. Ook mensen die in een klassieke woning willen wonen, moeten toegang krijgen tot diverse vormen van zorg. Wonen en zorg moeten innig met elkaar verweven worden.

Door de verhuis van de ziekenhuisafdeling naar een andere campus kwam de Sint-Annasite vrij voor herontwikkeling. De site, zo’n 1,3 hectare groot, ligt midden in het historische stadscentrum, maar is volledig ommuurd. Het is onze wens om de plek terug te geven aan de stad. Het ontwerpvoorstel van NU architectuuratelier slaagt erin verstedelijking tot stand te brengen. De ganse site wordt ontsloten en doorwaadbaar gemaakt. Dat is nodig om voldoende activiteit en leven te brengen op de plek, waar in verhouding toch meer ouderen zullen wonen dan elders in de stad. De grootste moeilijkheid van het ontwerp is dat het heel ver gaat in de verkorreling van de zorg. We

zullen het masterplan de komende maanden nog verder uitwerken en verfijnen.

De Pilotprojecten Zorg waren een bijzonder aangename en leerrijke ervaring. Het grote voordeel van het proces is dat de verschillende overheidsdiensten, administraties en agentschappen van in het prille begin mee rond de tafel zitten. De kwaliteitskamer verzamelt een zeer brede expertise. Verschillende personen kijken vanuit hun eigen invalshoek naar hetzelfde project. Dat is verrijkend. Het scheidt de mogelijkheid om snel een duidelijk beeld te vormen van waar we naartoe moeten. Er is een snelle terugkoppeling van ideeën. Nieuwe denkpistes en voorstellen kunnen we snel aftoetsen. De overheid en administraties kennen het project. Ze zijn betrokken. Ze steunen het.

Het initiatief verdient navolging. Als Vlaanderen toonaangevend wil zijn in bepaalde domeinen – zoals bijvoorbeeld in de zorg, maar ook in andere domeinen – dan zijn de Pilotprojecten een mooi instrument om die thema’s te implementeren. Ze kunnen anderen aanzetten om hierop voort te bouwen. Ze getuigen van een overheid met een visie.

*Bernard Himpens
Hoofdgeneesheer Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo*



II.

SOCIAAL ONDERNEMEN IN DE ZORG

architecten de vylder vinck taillieu / Technum Tractebel
Engineering

“Het verlangen om op de mens te kunnen rekenen. Dat de mens op de mens rekent. Zorgzaam met elkaar mens zijn. Eenvoudige zorg. Van buur tot vriend. Van oma tot kind. Van kleinkind tot opa. Van kennis tot liefde. Dat. Dat verlangen. Hoe zou dat precies kunnen zijn? Mogen zijn?”

architecten de vylder vinck taillieu

Het landschap van Groot-Bijgaarden, een deelgemeente van Dilbeek, heeft een door en door Vlaams karakter. Lintbebouwingen, alleenstaande woningen, villa's, verkavelingen, appartementsgebouwen, enkele oude loodsen, winkels en horecazaken liggen er wat chaotisch verspreid langs het infrastructurele geweld van de Brusselse ring. Het dorp heeft geen klassiek centrum met een kerk en een kerkplein. Het centrum bestaat daarentegen uit de linten van de Brusselsestraat en de Bosstraat. Langs deze straten was een distributiebedrijf voor de horeca gevestigd. Het bedrijf verhuisde enkele jaren geleden naar een andere locatie. Een terrein van ongeveer 5.500 m² kwam vrij.

Peka, de huidige eigenaar van de gronden, is geen klassieke zorgaanbieder. Het is geen congregatie, ziekenhuis of vzw. De bouwheer is wat men zou kunnen noemen een 'sociale ondernemer', weliswaar uit op een rendabel project, maar ook en vooral gedreven door de goede zaak. En die goede zaak is niet zonder meer het aanbieden van zorg, maar het tot stand brengen van een innovatieve, toekomstgerichte en onzichtbare zorg die niet de zorg maar het wonen centraal stelt. De bouwheer vatte het plan op om op de bedrijfssite een zorgproject te realiseren met onder meer een activiteitencentrum, woningen met assistentie en groepswooningen voor senioren of mensen met een beperking. Het project richt zich echter niet exclusief op zorgbehoevenden. Het biedt eveneens plaats aan een uitgebreid woonprogramma en sociale en commerciële activiteiten. Het project wil een intergenerationeel publiek aantrekken, zodat ouderen, jongeren, jonge gezinnen met kinderen en personen met een beperking elkaar kunnen bijstaan in het voorzien van de nodige zorg. Bijzonder aan de vraag van de bouwheer is dat elke woning levensloopbestendig moet zijn, ook de 'reguliere' woningen. In plaats van de inrichting voor zorgbehoevenden als iets uitzonderlijks te beschouwen, wordt ze als standaard voorzien en van bij aanvang vormgegeven in alle woningen op de site.

De ambities gaan nog een stap verder. Het zorgproject dat op de site gerealiseerd zal worden, staat niet op zich, maar is de draaischijf van een groter geheel, een zogenaamde 'woonzorgzone', die zich uitstrekt over het gehele centrum van Groot-Bijgaarden. Een woonzorgzone is een soort geëxplodeerd woonzorgcentrum waarbij verschillende woonzorgvormen verspreid liggen rond een servicecenter dat zorg op maat aanbiedt aan al wie het nodig heeft. Een woonzorgzone is dus eigenlijk niets anders dan een gewone woonwijk. De meerderheid van de bewoners maken geen gebruik van de zorg. De bewoners hebben echter wel het voordeel dat ze, wanneer ze op hun oude dag zelf zorgbehoevend worden, in hun woonomgeving kunnen blijven wonen.

Het antwoord van architecten de vylder vinck taillieu op de ontwerpvrage is poëtisch, zowel in zijn beeldtaal als in zijn discours. In een allusie op het entrepreneurship van de bouwheer

wordt zorg omschreven als een economie, als een ambitie en vervolgens als een verlangen. “Het verlangen om op de mens te kunnen rekenen. Dat de mens op de mens rekt. Zorgzaam met elkaar mens zijn. Eenvoudige zorg. Van buur tot vriend. Van oma tot kind. Van kleinkind tot opa. Van kennis tot liefde.” Ook dat is een aspect van onzichtbare zorg: dat zorg op een vanzelfsprekende manier ingebed is in het bestaan van de mens. En dat ook die vanzelfsprekende zorg voor elkaar een plaats moet krijgen in een project van onzichtbare zorg, naast de professionele zorg.

Deze gedachte brengt de architecten bij de archetypische figuur van het dorp als een gemeenschap van mensen die voor elkaar zorgen. Ze pleiten niet voor een terugkeer naar de oude, romantische idee van het dorp, maar voor het tot stand brengen van het 'dorp 2.0', het dorp van vandaag. We moeten niet de zorg opnieuw uitvinden om te innoveren in de zorg. De zorg is reeds daar. We moeten het dorp heruitvinden.

Behalve de maatschappelijke betekenis van het dorp als een gemeenschap, grijpen de architecten ook de ruimtelijke figuur van het dorp aan als een leidraad voor het ontwerp. Wat volgt is een onderzoek naar het dorp, naar zijn morfologie, gestalte, grammatica en textuur. Wat is een dorp? Een kerk, een school, een gemeentehuis, een parochiezaal, huizen. Een configuratie van aaneengesloten en losstaande gebouwen van de meest uiteenlopende schalen. Met het ontwerp van het dorp 2.0 slagen de architecten erin een alternatief te formuleren voor de eenvormigheid en grootschaligheid die vaak gepaard gaan met een zorgprogramma van dergelijke omvang en scheppen ze een ruimte waarin ook de vanzelfsprekende, informele zorg wordt gestimuleerd.



PLAATS _____

Bosstraat 7-13, 1702 Dilbeek

BOUWHEER _____

Peka cv

PROGRAMMA _____

Intergenerationele woonzone met woningen met assistentie, groepswoonings voor ouderen, aangepast wonen voor mensen met beperkingen, activiteitencentrum en regulier wonen

“Van cluster naar lint.
Van lint naar blok. Van blok
naar clusters. Is dit niet – de
gestalte van – een dorp?”

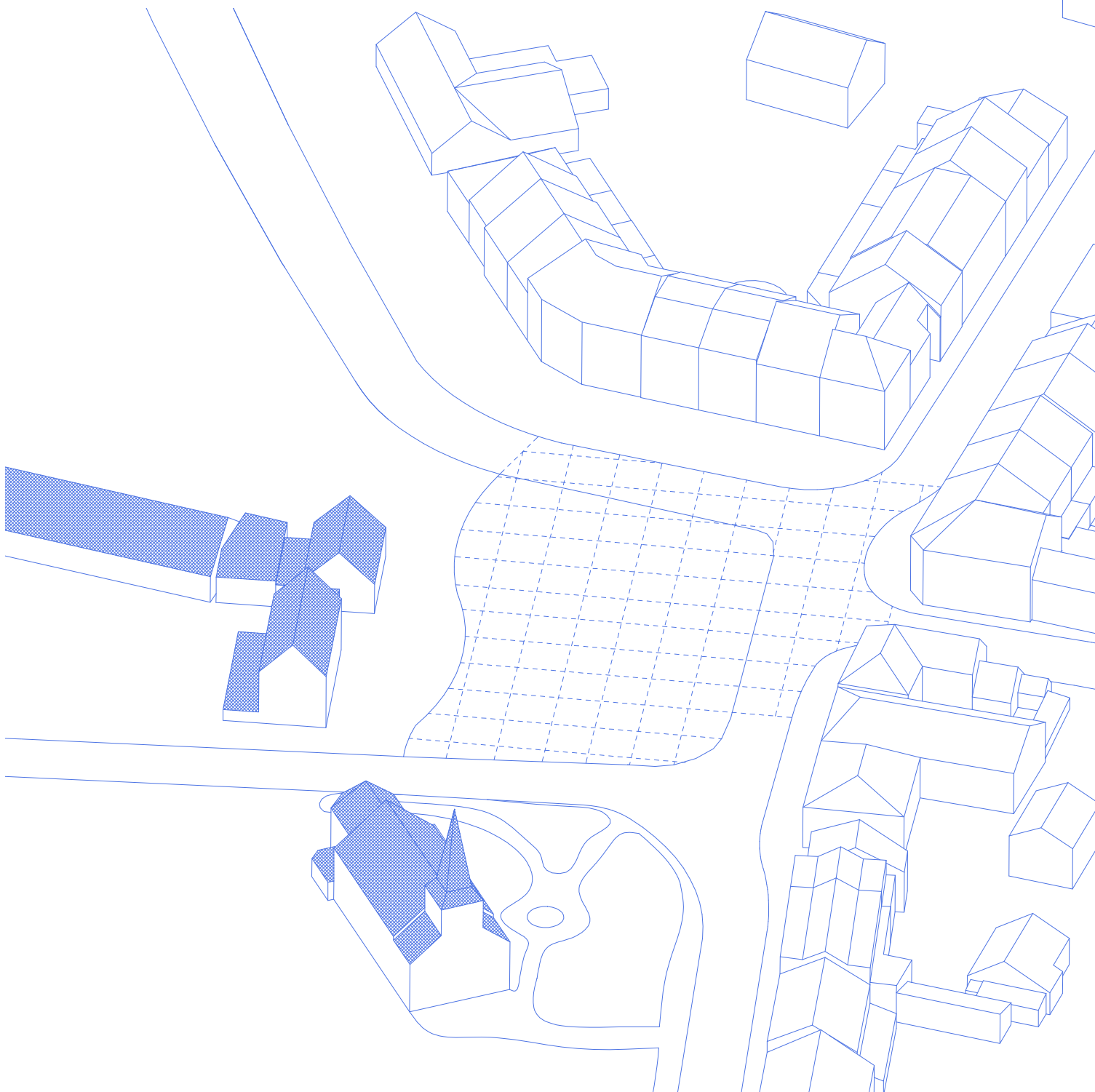
architecten de vylder vinck taillieu



Dorp 2.0

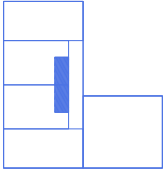
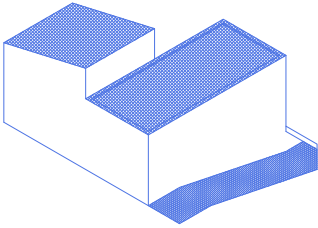
De architecten fragmenteren het gevraagde programma rond een centrale toren – de kerk. Het geheel bestaat uit vier delen:

1. De woningen met assistentie zijn met elkaar verbonden, maar presenteren zich toch als afzonderlijke delen. Centraal staat het kerngebouw.
2. De levensloopbestendige appartementen en huizen vormen linten tussen en rond de eerste cluster. De drie gehelen bakenen de perimeter van het dorp af.
3. De groepswoningen voor ouderen en mensen met een beperking vormen twee blokken.
4. Activiteitencentrum

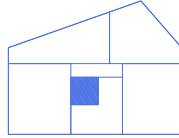
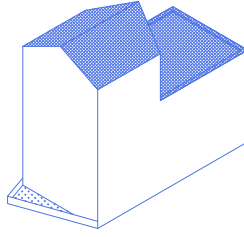




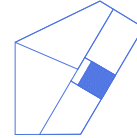
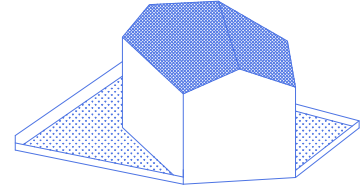
Woningen met assistentie
Cluster



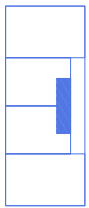
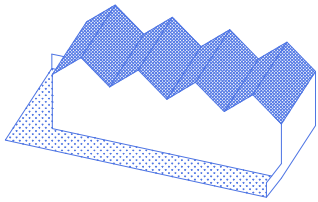
Woningen met assistentie
Cluster



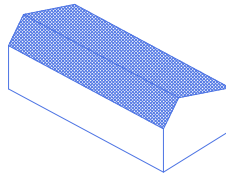
Woningen met assistentie
Cluster



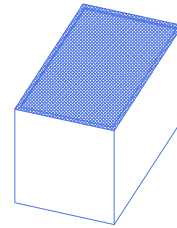
Aangepast wonen voor mensen met lichte beperking
Blok



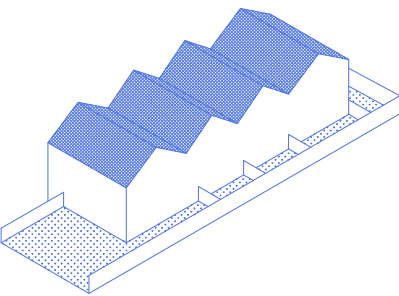
Levensloopbestendige woningen
Lint



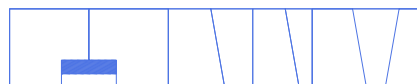
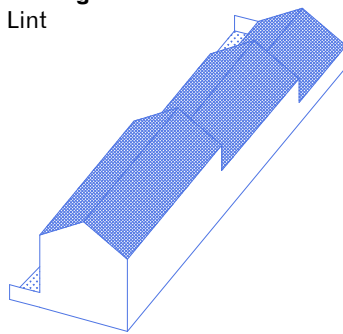
Groepswonen voor senioren
Blok



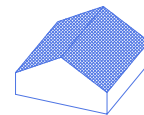
Levensloopbestendige appartementen
Lint



Levensloopbestendige appartementen en woningen
Lint



Activiteitscentrum
Lint



“Mijn identiteit vindt zich terug in het detail. In de details is mijn plek net anders dan de andere en daardoor mijn plek.”

architecten de vylder vinck taillieu



Een dorp, een plek, een thuis

Het dorp 2.0 bestaat uit een configuratie van een aantal volumes van zeer diverse schaal, vorm, programma en cadans. De volumes zijn geschikt rond een toren – de figuur van de kerk, die geborgenheid, een thuis en oriëntatie biedt. De woningen in de linten verschillen in hoogte en hebben een zadeldak. De vormen verwijzen naar het wonen zoals iedereen dat kent. De openingen, pleinen, steegjes en straten tussen de verschillende volumes hebben een steeds wisselende maat. Er ontstaan, als bij toeval, bijzondere plekken en onbestemde hoekjes, die de bewoners zich kunnen toe-eigenen, waar ontmoetingen mogelijk zijn en relaties kunnen ontstaan tussen de diverse bewoners. Al even belangrijk zijn de details: een haag, een tuinmuur, een bankje, de straatverlichting... Alles in het ontwerp is gericht op het bieden van een thuis, een plek om te wonen. Op het stimuleren van de zorg voor elkaar.



“Wanneer we een beetje zorgzaam zijn voor onze burens, kunnen we allemaal langer thuis blijven wonen.”

Ik ben 51 jaar. Ik ben opgegroeid in Ternat. Dat was in die tijd nog een dorp, met een klein gemeentehuis, een school en een dorpsplein. Iedereen kende iedereen. Dat is vandaag verdwenen. Burens kennen elkaar niet meer. We zorgen niet meer voor elkaar.

Als wij de site verlaten, wat zal ermee gebeuren? Welke nieuwe bestemming zal er komen? Nog een nieuwe supermarkt lijkt ons geen goede oplossing. Wij hebben daar altijd gewoond. Naast ons woonde een vrouw van 85 jaar. Haar deur stond steeds open voor ons. Wij hielpen haar als zij het nodig had. Wij konden bij haar terecht voor een praatje, een kop koffie of om even te bekomen van de drukte in het bedrijf. Moet zij verhuizen naar een rusthuis wanneer de site een nieuwe bestemming krijgt? Oudere mensen willen zelfstandig leven, in een mooie omgeving. Ze vragen niets anders dan te blijven wonen waar ze altijd gewoond hebben.

Onze zoon is visueel gehandicapt. Hij heeft soms nood aan mensen die hem helpen. Als hij op een ochtend zijn gele sokken niet vindt, zal de buurvrouw wel even zoeken. Als de buurvrouw met haar rolstoel naar de slager moet, dan zal hij wel even duwen. Wanneer we een beetje zorgzaam zijn voor onze burens, kunnen we allemaal langer thuis blijven wonen en een aangename woonsfeer creëren.

Vandaar dat we het plan hebben opgevat om een woonomgeving te realiseren waar verschillende generaties en verschillende huishoudens kunnen samenleven. Het project gaat niet om winst maken, maar om je verantwoor-

delijkheid opnemen. Het is de taak van onze generatie om voor die mensen te zorgen, voor onze zoon, voor onze buurvrouw, voor de andere mensen in het dorp. Zulk een project kan een mentaliteitswijziging tot stand brengen. Het project draait om respect. Respect voor gehandicapten, respect voor ouderen, respect voor iedereen. We moeten voor hen zorgen in plaats van hen te onttrekken aan de samenleving.

We waren al even met die gedachten bezig. Wie zal er voor onze zoon zorgen als wij er niet meer zijn? Wat zal er gebeuren met de vele ouderen die in de buurt wonen? We hadden dit project nooit kunnen realiseren zonder de Pilotprojecten Zorg. Dankzij de Pilotprojecten is het project plots heel concreet geworden en in een stroomversnelling terechtgekomen. Wij zijn dan ook zeer dankbaar dat we hieraan hebben kunnen deelnemen. Het is een fijne samenwerking. We krijgen een perfecte begeleiding. We hebben een rechtsreeks contact met de verschillende diensten en overheden, zoals het Ministerie van Welzijn en Gezondheid, het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, het VIPA, de Vlaams Bouwmeester, de gemeente Dilbeek en een gemotiveerd projectteam.

Met dit project willen we aantonen dat een andere manier van zorg, een andere manier van leven in de toekomst mogelijk is. Wij hopen een voorbeeld te zijn voor Vlaanderen, België en de hele wereld.

*Peter De Meuter
Zaakvoerder Peka cv*

De Korenbloem
woonzorgcentrum,
Kortrijk



III.

RECONVERSIE EN ERFGOED ALS ZORGDRAGERS

Studio Jan Vermeulen / Tom Thys Architecten /
Sergison Bates Architects

“De ‘kleine werelden’ van de bewoners worden uitgebreid tot een groter netwerk van ‘kleine werelden’. Bewoners krijgen het gevoel op vakantie te kunnen gaan zonder de beschermende omgeving van de zorgcampus te verlaten.” Studio Jan Vermeulen /

Tom Thys Architecten / Sergison Bates Architects

De ontwerpvrage voor de uitbreiding van vzw de Korenbloem stelt de architecten voor een aantal bijzondere vraagstukken. Vooreerst staan ze voor de opdracht een woonomgeving te ontwerpen voor de wel heel specifieke doelgroep van personen met jongdementie en mensen met een beroerte en somatische zorg. Daarnaast worden de architecten geconfronteerd met twee beschermde gebouwen op de site. Hoe kan historisch erfgoed een nieuwe bestemming krijgen binnen de zorg?

Sinds een dertigtal jaar baat De Korenbloem een woonzorgcentrum uit met zo'n negentig bedden, enkele assistentiewoningen en dagverzorgingscentra. De zorginfrastructuur is gelegen in een historisch waardevolle parksite in de Kortrijkse Sint-Janswijk, even ten oosten van het stadscentrum. Het bestaande zorgcentrum grenst aan een parktuin waarin twee beschermde villa's staan: Villa Portiek uit het interbellum en Villa Landhuis, een negentiende-eeuwse neoklassieke woning. De Korenbloem wil de villa's uitbreiden met een negentigtal kleinschalige woongelegenheden. Het bestaande dagcentrum aan de Stasegemstraat moet gerenoveerd worden. Door het toevoegen van wijk- en welzijnsfuncties wil De Korenbloem de band versterken met de buurt. De parktuin is gedeeltelijk beschikbaar voor het verenigingsleven en sociale partners uit de buurt. Dat stelt een bijkomende opgave. De parktuin moet de omwonenden uitnodigen tot een bezoek, maar tegelijkertijd moet de tuin voldoende besloten en beschermend zijn voor de kwetsbare bewoners.

Om het grootschalige programma van negentig wooneenheden en bijkomende welzijns- en buurtfuncties een plaats te geven op de site, vertrekken de architecten vanuit de belevingswereld van de bewoners. Die is door de dementie of de beroerte immers zeer klein geworden. Het gevaar bestaat dat de bewoners zich voortdurend afzonderen op hun kamer. De moeilijkste uitdaging voor mensen met jongdementie of beroerte is de desoriëntatie in tijd, ruimte en identiteit, veroorzaakt door geheugenverlies. Om dit tegen te werken, moeten bestaande relaties met objecten, routines en ruimtes worden versterkt. Er moet met andere woorden een 'thuis' gecreëerd worden in een omgeving die groot genoeg is om de bewoners te blijven stimuleren tot een sociaal engagement.

De bestaande diversiteit aan gebouwen wordt versterkt door het koppelen van de gebouwen tot ensembles met een sterke eigen identiteit. Binnen dit campusmodel kan de performante zorgmachine in de toekomst verder uitbreiden. De verschillende clusters, elk met een eigen architectuur, ruimtelijke opbouw, karakter en identiteit, vormen op die manier één groot huis waarin een netwerk van 'kleine plekken' de belevingswereld van de bewoners vergroot.

De parktuin speelt een belangrijke rol in de belevingswereld van de bewoners. Hij wordt opgevat als een belevingstuin die de be-

woners geborgenheid biedt. Tegelijkertijd is het park de sleutel tot verweving met de buurt. De tuin wordt visueel opengetrokken aan de straatkant. Op de site is er tevens een kinderdagverblijf en naschoolse opvang. Dat is niet alleen een goede zaak voor de kinderen, die beschikken over een grote speelruimte, maar ook voor de bewoners van De Korenbloem, die beweging en afleiding kunnen vinden in het spel van de peuters.

Hoewel de twee villa's omwille van hun ruimtelijke opbouw niet te hergebruiken zijn als zorgwoningen, kunnen ze toch ingeschakeld worden in het zorgprogramma, als doorloophuis, dagverzorging, kenniscentrum, wijk- en buurtwerking, leef- en ontmoetingsruimte. Dankzij een rechtstreekse verbinding tussen de nieuwbouw en het Portiek kunnen de genereuze ruimtes

van de villa ook gebruikt worden door de bewoners. Zo komen ze in contact met de bezoekers. Ook de nieuwbouw bij het Landhuis legt een verbinding met de oude villa en met het bestaande maar te renoveren dagverzorgingscentrum aan de Stasegemstraat.

De charme van de historische villa's, met hun houten lambriseringen en decoratieve inkleding, wordt zoveel als mogelijk behouden. De ruimtelijke structuur van de villa's ligt aan de basis van de plannen van de nieuwe gebouwen. Zo gebeurt de circulatie niet via lange, smalle gangen maar via een aaneenschakeling van kamers. Ook de circulatieruimtes worden kleine werelden.



PLAATS

Pieter De Conincklaan 12, 8500 Kortrijk

BOUWHEER

De Korenbloem vzw

PROGRAMMA

Deelopdracht A – Portiek

- 1) Nieuwbouw bij Portiek: 5 x 9 groepswoningen voor jong dementerenden; 5 mantelzorgflats
- 2) Renovatie Portiek: Doorloophuis met dagverzorging jong dementerenden; Kenniscentrum; Wijk- en buurtwerking / Lokaal dienstencentrum

Deelopdracht B – Landhuis

- 1) Nieuwbouw bij Landhuis: 2 groepswoningen voor 10 bewoners met somatische zorg (beroerte); 6 mantelzorgflats
- 2) Renovatie Landhuis: Dagverzorging dementerenden; Ontmoetingsruimte / Living somatische bewoners; Kenniscentrum

Deelopdracht C – Dagverzorgingscentrum

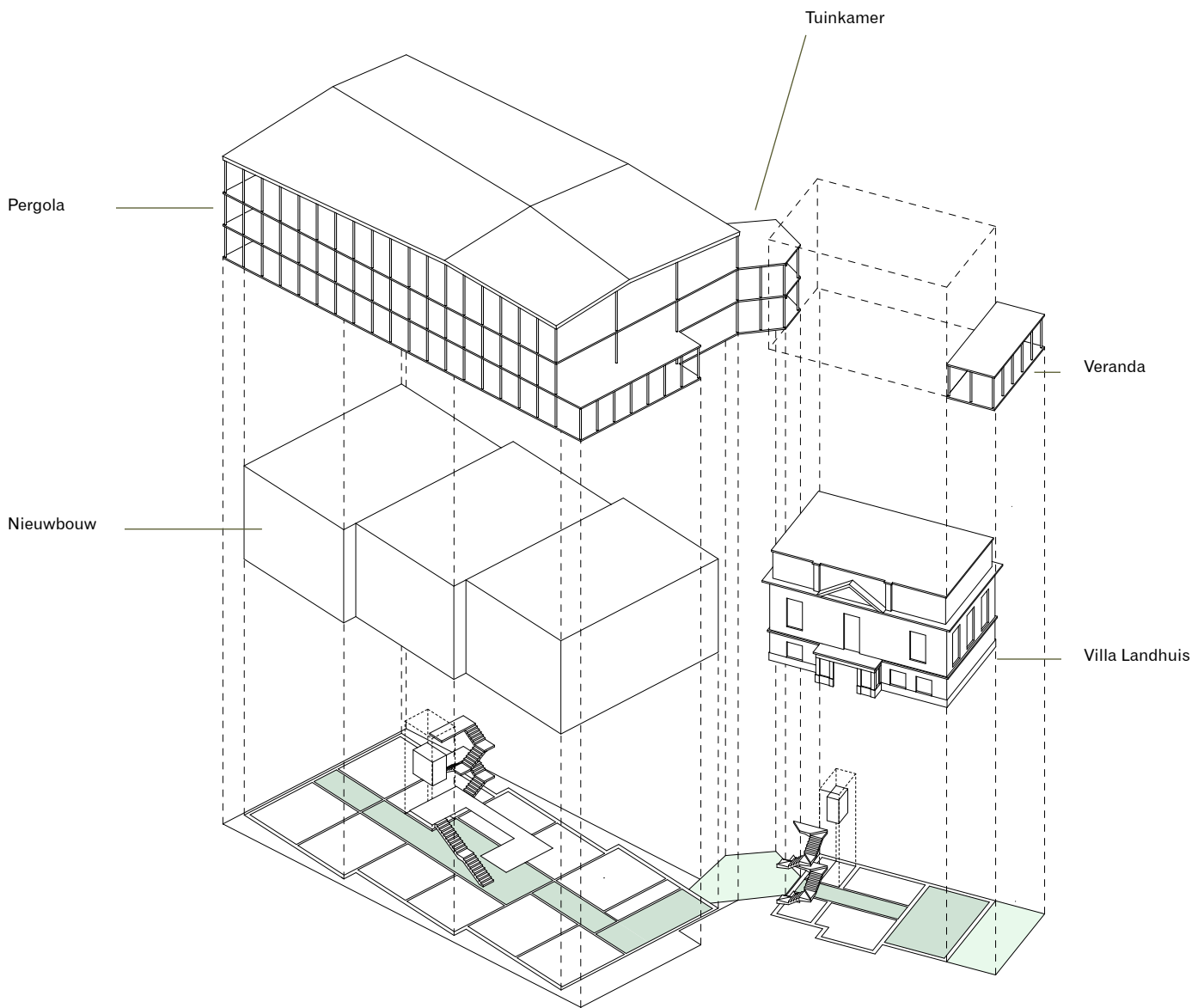
- 1) Renovatie Dagverzorgingscentrum



Masterplan

Deelopdracht A – Renovatie Portiek met nieuwbouw:
 Sergison Bates architects

Deelopdracht B+C – Renovatie Landhuis met nieuwbouw en renovatie bestaand dagcentrum aan de Stasegemstraat:
 Studio Jan Vermeulen / Tom Thys architecten



Landhuis

Deelopdracht B+C – Renovatie Landhuis met nieuwbouw en renovatie bestaand dagcentrum aan de Stasegemstraat:
Studio Jan Vermeulen / Tom Thys architecten

Ensemble in de parktuin

De uitbreiding van het Landhuis richt zich resoluut op de parktuin. De architectuur van de nieuwbouw ontleent haar principes aan de neoklassieke architectuur. Het basisvolume van drie geschakelde 'huizen' wordt omgeven door een open pergolastructuur met terrassen voor de verschillende woontypes. De tuinkamer legt een verbinding met het Landhuis en met het bestaande dagverzorgingscentrum. De bestaande villa krijgt een nieuwe veranda. Zowel de villa als de nieuwbouw hebben een eigen verticale circulatie, zodat elk gebouw op zich kan functioneren. Dit komt de flexibiliteit van de programmaonderdelen ten goede en vergroot de sociale belevingsruimte van de bewoners.

“De parktuin biedt een
beschermde buitenomgeving
voor de bewoners, maar is
tegelijkertijd de sleutel tot
verweving met de buurt.”

Studio Jan Vermeulen / Tom Thys Architecten /
Sergison Bates Architects



“Het is onze ambitie om het authentieke karakter van de oude villa’s te herstellen en een aantal van hun kwaliteiten over te brengen naar de nieuwbouw.”

Studio Jan Vermeulen / Tom Thys Architecten /
Sergison Bates Architects





Interieur Landhuis

De historische inrichting van het Landhuis biedt een vertrouwde en comfortabele sfeer, die veraf staat van het institutionele karakter van de meeste verzorgingstehuizen. Die kwaliteiten blijven behouden bij de renovatie en het hergebruik van de villa als dagverzorgingscentrum.

Dagcentrum

Het vernieuwde dagverzorgingscentrum is een flexibele ruimte. Lichte, houten binnenwanden met glaspanelen, schuifdeuren en warm gekleurde gordijnen creëren leef- en rustsferen die de verzorger kan aanpassen aan het dagprogramma van de bezoekers. Op deze manier kan op een beperkte oppervlakte een grote variatie aan ruimtes afgebakend worden.



Diversiteit aan leefwerelden

Op de begane grond bevindt zich een groep van tien grote eenpersoonskamers. De eerste verdieping bevat zes zorgflats. Deze woonzones genieten een grote onafhankelijkheid en kunnen gebruikmaken van de gemeenschappelijke leefruimtes op de eerste verdieping in de villa. De tweede verdieping bevat een woongroep met tien kamers die georganiseerd zijn in twee kleinere leefgroepen rond een gemeenschappelijke leefruimte en eetkeuken. De centrale leefzone laat toe om verschillende 'kleine werelden' te creëren zonder dat de zorgverlener het overzicht verliest. De horizontale circulatie is gebaseerd op de kamerstructuur van de villa's. De bewoners bewegen zich niet door gangen maar door een aaneenschakeling van kamers met een sterke eigen identiteit.

Niveau 0

Villa Landhuis en nieuwbouw

1. Inkom
2. Leefruimte
3. Flexibele ruimte / Fitness
4. Zorgflat 35 m²
5. Berging
6. Inkom dagcentrum Landhuis
7. Keuken
8. Personeel
9. Veranda
10. In- en uitrit parking
11. Belevingstuin
12. Terras

Dagcentrum

- a. Inkom
- b. Onthaal / Personeel
- c. Flexibele ruimte / Fitness
- d. Berging
- e. Badkamer
- f. Leef- en ruimte
- g. Keuken

“Een centrale trap met een groot daklicht geeft een hart aan de nieuwbouw. Zelfs al kunnen de minder mobiele bewoners de trap niet altijd gebruiken, kan hij toch de sociale relaties tussen de bewoners versterken.”

Studio Jan Vermeulen / Tom Thys Architecten /
Sergison Bates Architects



Niveau +1

1. Zorgflat 60 m²
2. Gemeenschappelijke badkamer
3. Berging
4. Keuken
5. Ontmoetingsruimte
6. Leefruimte
7. Terras

Niveau +2

1. Kamer 30 m²
2. Berging
3. Leefkeuken
4. Leefruimte
5. Terras
6. Bureauimte
7. Keuken



Deelopdracht A – Renovatie Portiek met nieuwbouw:
Sergison Bates Architects

Nieuwe stedelijke figuur

Het nieuwe woongebouw voor personen met jongdementie is een bouwvolume met vijf verdiepingen boven het maaiveld. Het gebouw bakent een nieuwe stedelijke rand af aan de straatzijde. Een glazen inkompaviljoen maakt de verschillende verdiepingen van beide gebouwen toegankelijk voor rolstoelgebruikers.

“De circulatie is gebaseerd op de kamerstructuur van de villa’s, waarbij men niet circuleert door gangen maar door een aaneenschakeling van kamers en zalen.” Studio Jan Vermeulen / Tom Thys Architecten / Sergison Bates Architects



Niveau -1 (tuinverdieping)

1. Mantelzorgflat (61 m² + 62 m²)
2. Aanvullende kamer met badkamer (27 m²)
3. Berging
4. Overslag vuil linnen
5. Ontvangst schoon linnen
6. Techniek
7. Goederenontvangst
8. Multifunctionele ruimte
9. Fitnessruimte
10. Gemeenschappelijke badkamer



Portiek met nieuwbouw

De bestaande villa is georganiseerd als een reeks van onderling verbonden ruimtes zonder gangen. Men moet door een kamer lopen om een andere kamer te bereiken. Die kwaliteit krijgt een vertaling in de nieuwbouw. Gangen worden leefruimtes. De leefgroepen voor de personen met jongdementie bevatten telkens negen kamers die per drie georganiseerd zijn rond kleine antichambres. Die vormen een gedeelde inkomhal of voorportaal van de private kamer. Elke verdieping met groepswoningen heeft een eigen voordeur, met brievenbussen en bel. De gemeenschappelijke woonkamer heeft een uitzicht op het park.

Niveau 0

1. Gemeenschappelijke leefruimte
2. Kamer met badkamer 30 m²
3. Schoon linnen
4. Vuil linnen
5. Berging
6. Algemene badkamer
7. Multifunctioneel kantoor
8. Infobalie
9. Expositie / Winkel
10. Leefruimte
11. Didactische keuken
12. Sanitair
13. Inkom villa
14. Inkom woongebouw

Niveau 1

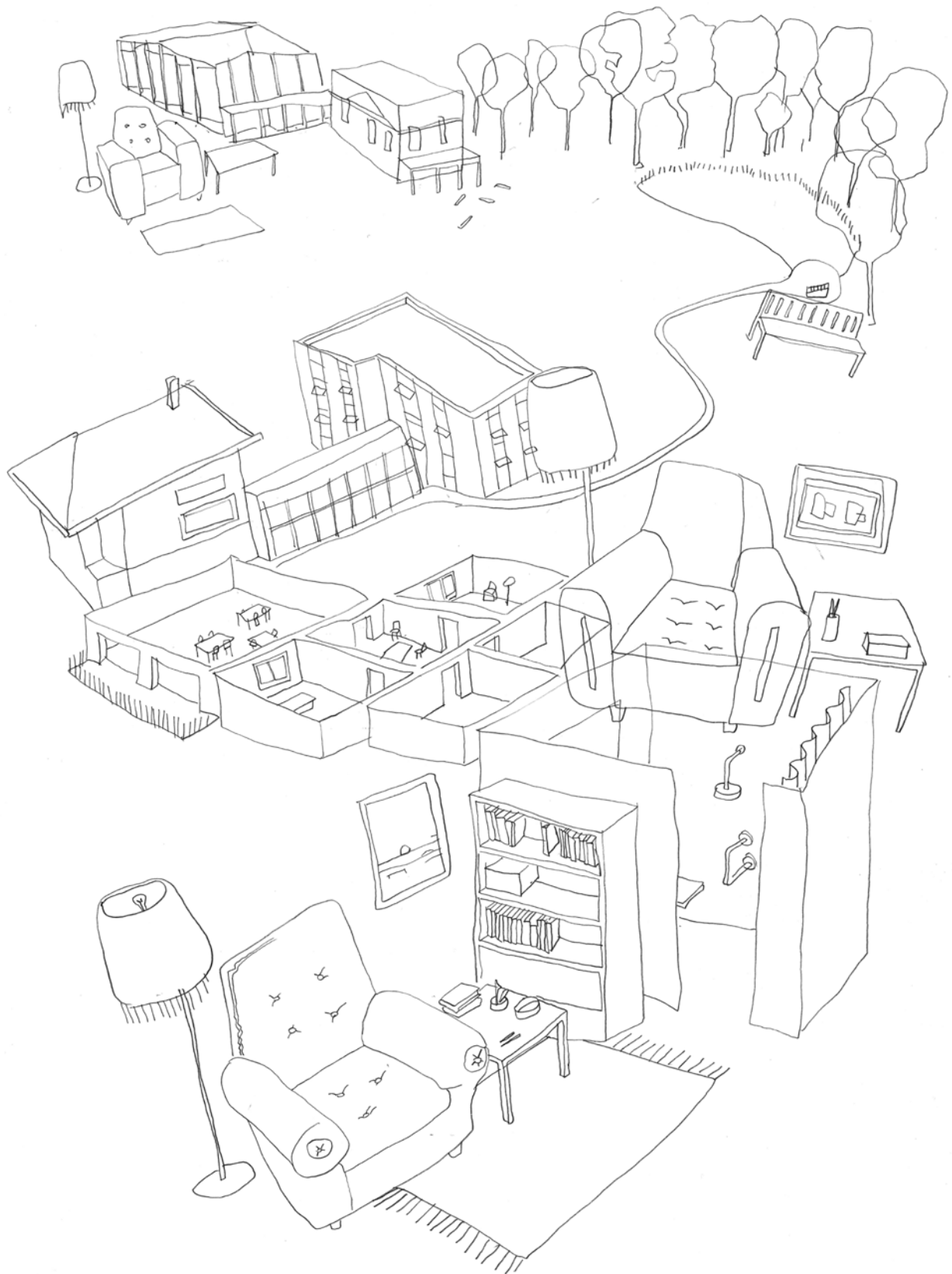
1. Gemeenschappelijke leefruimte
2. Kamer met badkamer (29 m²)
3. Mantelzorgflat (58 m²)
4. Schoon linnen
5. Vuil linnen
6. Berging
7. Multifunctionele ruimte
8. Atelier
9. Sanitair



Niveau 2

1. Gemeenschappelijke leefruimte
2. Kamer met badkamer (29 m²)
3. Mantelzorgflat (58 m²)
4. Schoon linnen
5. Vuil linnen
6. Berging
7. Stille ruimte
8. Kantoren kenniscentrum





Mental map

De wereld van personen met jongementie bestaat uit een aaneenschakeling van kleine werelden. Het ontwerp moet zorg dragen voor het detail, overzichtelijke routes en herkenbare plekken die de bewoners zich kunnen toe-eigenen.

“We waren op zoek naar een manier om het erfgoed een nieuwe bestemming te geven en in te schakelen in onze werking.”

Het woonzorgcentrum De Korenbloem is van bij zijn oprichting in 1979 sterk ingebed in de wijk. We hebben van in het begin onze deuren opengesteld voor de buurt. Door het stimuleren van het contact tussen de senioren en de buurtbewoners wilden we de negatieve perceptie van een woonzorgcentrum – toen nog een rust- of bejaardentehuis – doorbreken. Vandaag heet dat maatschappelijke integratie en intergenerationele werking, maar toen was daar nog geen naam voor.

De Korenbloem is gevestigd op de site van dr. Lauwers. Sinds de jaren 1900 baatte hij daar een privékliniek uit. We hebben de site van 23 hectare beetje bij beetje aangekocht. Zo hebben we ook onze dienstverlening kunnen uitbreiden. In 1990 waren we een van de eerste dagverzorgingscentra in Vlaanderen. Wij hadden het plan opgevat om een van de twee villa's in het park af te breken en een nieuwe vleugel te bouwen. Toen werden de woningen uit het interbellum beschermd. Ze moesten bewaard blijven. De Pilotprojecten Zorg waren voor ons een ideale kans om alsnog een poging te wagen om uit te breiden en onze visie op zorg waar te maken. We waren op zoek naar een manier om het erfgoed een nieuwe bestemming te geven en in te schakelen in onze werking. Ook het park wilden we bewaren en gedeeltelijk openstellen voor de buurt. Dat is geen gemakkelijke opgave. De villa's, met hun vele niveauverschillen en hoeken en kanten, lenen zich niet voor een zorgfunctie.

Ons project richt zich tot een heel specifieke doelgroep: die van personen met jongdementie en mensen met een beroerte. We krijgen steeds vaker jong dementerenden over de vloer. Zij vragen om een totaal andere aanpak dan die voor bejaarde dementerenden. Ze zijn veel mobieler, actiever en fitter. Ze hebben nood aan grotere ruimtes om te wonen. Je moet er een ander soort van activiteiten voor organiseren. Ze willen niet zomaar wat knutselen, maar willen zich nuttig maken. Ze willen ook

sporten, zwemmen, naar een concert gaan, een fietstocht maken. Dat vraagt om een aangepaste dienstverlening en vaak een individuele begeleiding. Om hieraan tegemoet te komen, willen we de beschermde villa's omvormen tot een dagverzorgingscentrum en een lokaal dienstencentrum dat ook toegankelijk is voor de buurtbewoners. Jong dementerenden kunnen dan deelnemen aan de groepsactiviteiten. De groep kan hen begeleiden. We hopen dat zo'n interactie mogelijk is. Buurtwerking is een tweerichtingsverkeer.

Jong dementerenden hebben vaak nog studerende kinderen of een jonge partner die gaat werken. Ook die begeleiden we. Wij willen eveneens flats aanbieden waar de persoon met jongdementie kan blijven samenwonen met zijn partner. De partner kan zijn of haar activiteiten blijven uitoefenen, terwijl de dementerende in een beschermde omgeving kan wonen. Dat is uniek in Vlaanderen.

Onze ambities stellen ons echter voor heel wat problemen. Je mag out of the box denken, je mag bijvoorbeeld grotere woonruimtes voorzien, maar ze worden slechts gesubsidieerd binnen de bestaande regelgeving. Dat wil zeggen voor 65 m² per woongelegenheden. En niet meer. Ondanks de zeer grote bereidwilligheid van de partners van het Pilotproject leven we tot op vandaag in onzekerheid over de werkingssubsidie.

Het proces van de Pilotprojecten Zorg is heel snel verlopen. Te snel. Er was onvoldoende tijd voor een rijpingsproces. Het ontwerp dat nu voorligt is een eerste stap. Het is nog maar een schets. Wij hebben voor de architecten gekozen omdat zij het best aanvoelen waar wij mee bezig zijn. We zullen hier de komende maanden aan verder werken.

*Michèle Desmet
Directrice De Korenbloem vzw*



IV.

GEÏNTEGREERDE PALLIATIEVE THUISOMGEVING

“Aangezien in Vlaanderen nauwelijks palliatieve centra aanwezig zijn heeft de opdracht op zich reeds een pilootgehalte.” noAarchitecten

noAarchitecten

Het palliatief centrum Coda is sinds 1996 gelegen in een oude kloosterhoeve in het Kempense Wuustwezel. Coda ontvangt en begeleidt gasten en hun naasten in een warme huiselijke sfeer, ver van de muren van het ziekenhuis. Levenskwaliteit en welzijn primeren. Coda huisvest verschillende entiteiten en biedt een totaalpakket aan van palliatieve zorg. Er zijn thuiszorgdiensten, een dagopvang en een hospice. Daarnaast huisvest Coda de hoofdzetel van het Netwerk Palliatieve Zorg Noorderkempen (NPZN), een van de vijftien netwerken palliatieve zorg in Vlaanderen. De laatste jaren was de bestaande infrastructuur te klein geworden om aan de steeds groeiende vraag te beantwoorden. De renovatie en uitbreiding van het bestaande complex tot een hospice met 8 bedden, een low care centrum, een dagcentrum en de nodige ruimte voor het palliatief netwerk NPZN en een expertisecentrum palliatieve zorg drongen zich op.

Het ontwerpvoorstel van noAarchitecten maakt een fundamentele initiële keuze. Hoewel de architecten de kwaliteiten erkennen van het bestaande hoevecomplex, pleiten ze resoluut voor nieuwbouw. Nieuwbouw biedt niet enkel meer comfort en behaaglijkheid, maar laat ook alle opties open voor een optimale reorganisatie van de site.

Het nieuwe ensemble is echter geen tabula rasa, maar veeleer een hedendaagse reconstructie van de charmes van de oude hoeve en de kloostertuin. Het is een benadering “waarbij het bestaande aanwezig blijft in het nieuwe”.

“Aangezien in Vlaanderen nauwelijks palliatieve centra aanwezig zijn heeft de opdracht op zich reeds een pilootgehalte”, zo stellen de architecten. Dankzij zorgzame initiatiefnemers ont-snapt het palliatief centrum aan de kilte van de ziekenhuisvleugel. Bovendien bundelt Coda de palliatieve zorg die normaal verdeeld zit over ziekenhuizen, dagcentra, dienstencentra en OCMW's.

Het vernieuwende aan het ontwerp van noA staat in het verlengde van de opdracht. Het is geenszins spectaculair, wel ingetogen. Hier geen kille casco die in de loop der jaren aangepast kan worden aan een nieuw programma, maar een zorgvuldige afwerking met duurzame, warme en huiselijke materialen. “De bewoners moeten zich meteen thuis voelen. Ze moeten aanvoelen alles de nodige zorg heeft gekregen, dat hij/zij geen aandacht hoeft te schenken aan praktische dingen, dat alles geregeld is. Dat is comfort.”

De architecten koesteren het informele en gefragmenteerde karakter van het oude hoevecomplex en zijn parktuin. De nieuwe omgeving omarmt de imperfectie en het ad hoc van het wonen. De vele plekken die de bewoners zich kunnen toe-eigenen, scheppen mogelijkheden voor het voortzetten van persoonlijke gewoonten. “We voelen geen instituut, wel een huis. Maar met

de geruststellende aanwezigheid van professionele medische hulp.”

Comfort en huiselijkheid bieden wil ook zeggen zorgvuldig omgaan met de gevoeligheden van het sterven. De kamers, de gemeenschappelijke ruimtes, gangen en patio's gaan subtiel om met de wisselende noden van privacy en contact. Het ontwerp stimuleert de bewoners en bezoekers om elkaar te ontmoeten, maar er bestaat steeds de mogelijkheid om zich terug te trekken.

De architecten zoeken de grote schaal van het park op en vervlechten de natuur bij het leven in het centrum. Wonen en verblijven in Coda wordt op die manier een zintuiglijke en existentiële totaalervaring.

“De tuin is geïnspireerd op de oude breviertuinen met hun kronkelende paden en heesters waar je rustig en beschermd rondjes kunt lopen met het gebedenboek in de hand om te mediteren en te bidden.”

noAarchitecten



PLAATS

Bredabaan 743, 2990 Wuustwezel

BOUWHEER

Coda vzw

PROGRAMMA

Renovatie of nieuwbouw van een palliatief centrum met hospice (8 bedden), low care centrum, dagcentrum (5 bedden) en kenniscentrum (NPZN)



De burens

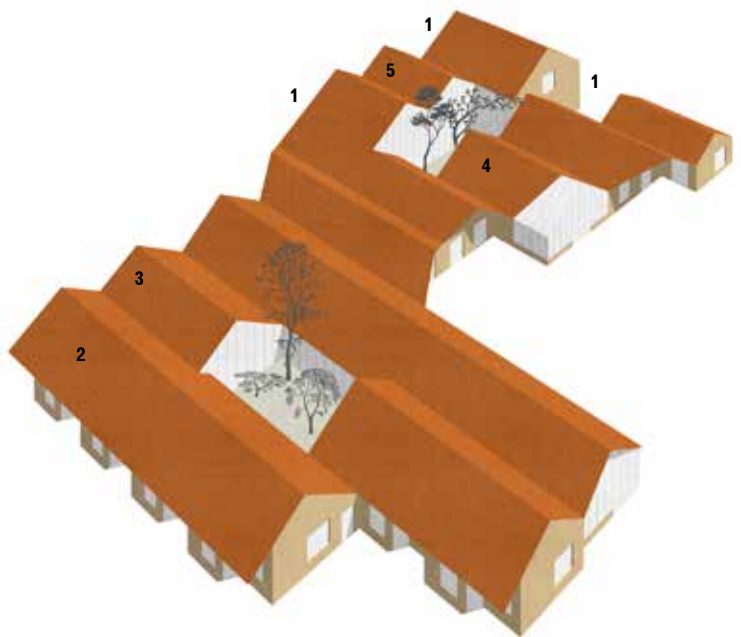
Het park van 40 hectare is een trekpleister voor fietsers en wandelaars. Een bomenrij schermt het palliatief centrum af van een nieuw woonzorgcentrum en een sociaal huis. Er is ook een kinderdagverblijf gepland. De oude kapel doet vandaag dienst als polyvalente, stille ruimte. Dit zijn de burens van Coda. Ze werken nauw samen en versterken elkaar. Ze delen ruimtes en stimuleren ontmoetingen. De ruimtelijke schikking van het ontwerp speelt hier mooi op in. Het expertisecentrum in de noordelijke vleugel van het ensemble is de schakel tussen Coda en zijn burens.

De tuin

Het park ondergaat een grondige metamorfose. Het archetype van de oude meditatieve breviertuin, met zijn kronkelende, oneindige paden, krijgt een nieuwe interpretatie. Hagenrijen en heesters zorgen voor privacy en beschutting. Het samenspel van kleur, geur, fauna en flora biedt een intense beleving van de natuur. Dieren zorgen voor afleiding. Ze krijgen een warm onderkomen in een bijzondere folie.

“De gang rond de binnentuin laat onverwachte ontmoetingen toe. Maar door het overzicht biedt zij eveneens de mogelijkheid om zich terug te trekken of een omweg te nemen indien men alleen wil blijven.”

noAarchitecten



Interne organisatie

Dankzij de ingenieuze inplanting genieten de verschillende functies – hospice, dagcentrum, low care en expertisecentrum – optimaal van de bijzondere plek in de natuur. Elke functie maakt maximaal gebruik van de nabijheid van de andere functies. Ruimtes worden zo veel als mogelijk gedeeld. Dat bevordert het sociale contact tussen de gasten en scheidt nieuwe mogelijkheden voor de werking van het palliatief centrum.

1. Toegangen

Het ensemble heeft drie toegangen. Een algemene toegang ontsluit hospice en low care. Er is een interne verbinding met het dagcentrum en het expertisecentrum. Deze laatste twee functies hebben bovendien een eigen ingang die aansluit bij de zorgsite van de burens.

2. Hospice

De gastenhuizen zijn geschakeld langs een open circulatie rond een binnentuin die zorgt voor licht en privacy. De gemeenschappelijke woonkamers liggen verspreid over de ruimte en laten toe om individueel of in gemeenschap te genieten van de omgeving.

Een grote leefkeuken met woonkamer grenst aan de leefruimtes van het dagcentrum. Ze stimuleren uitwisseling.

3. Low Care

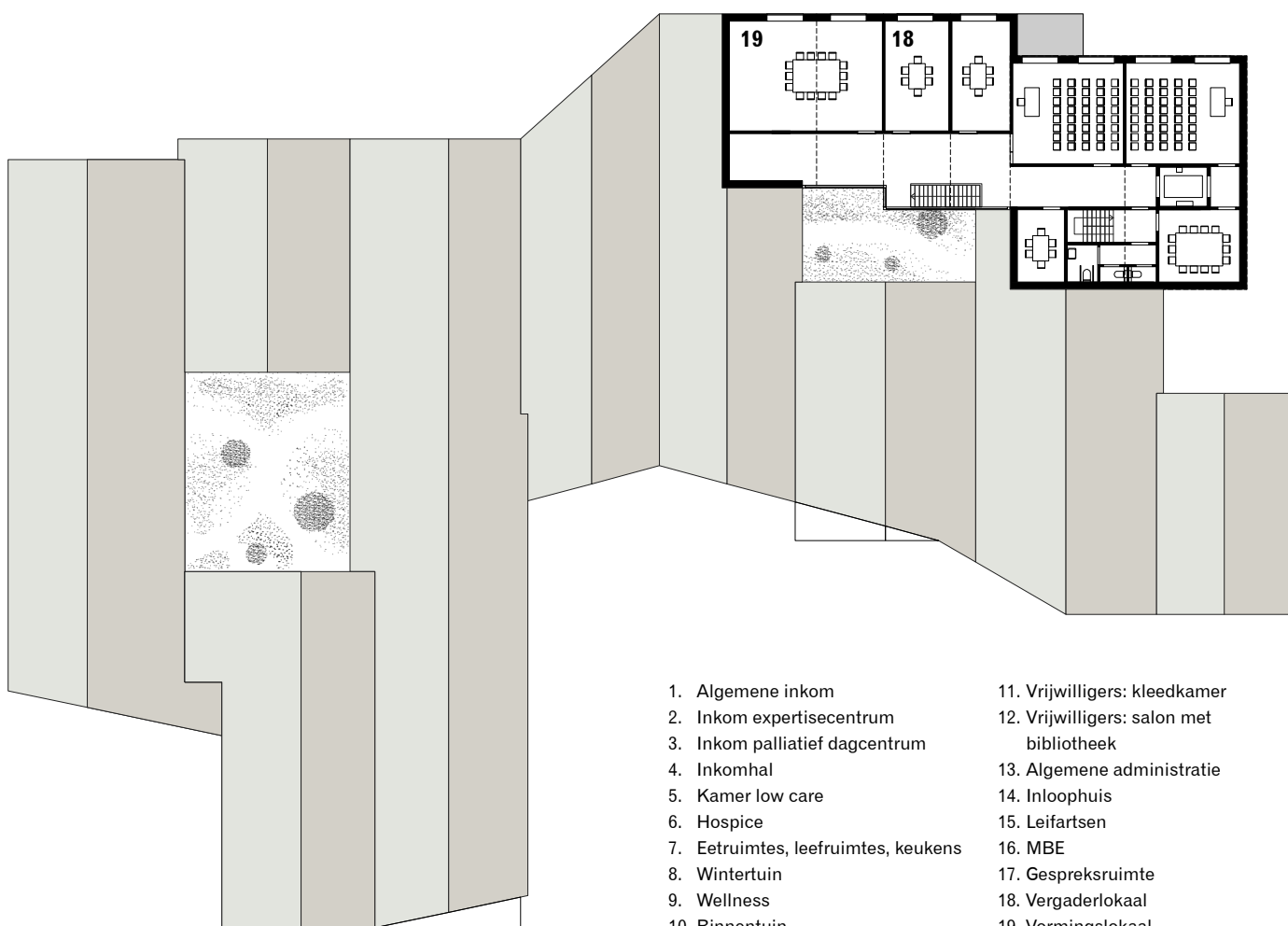
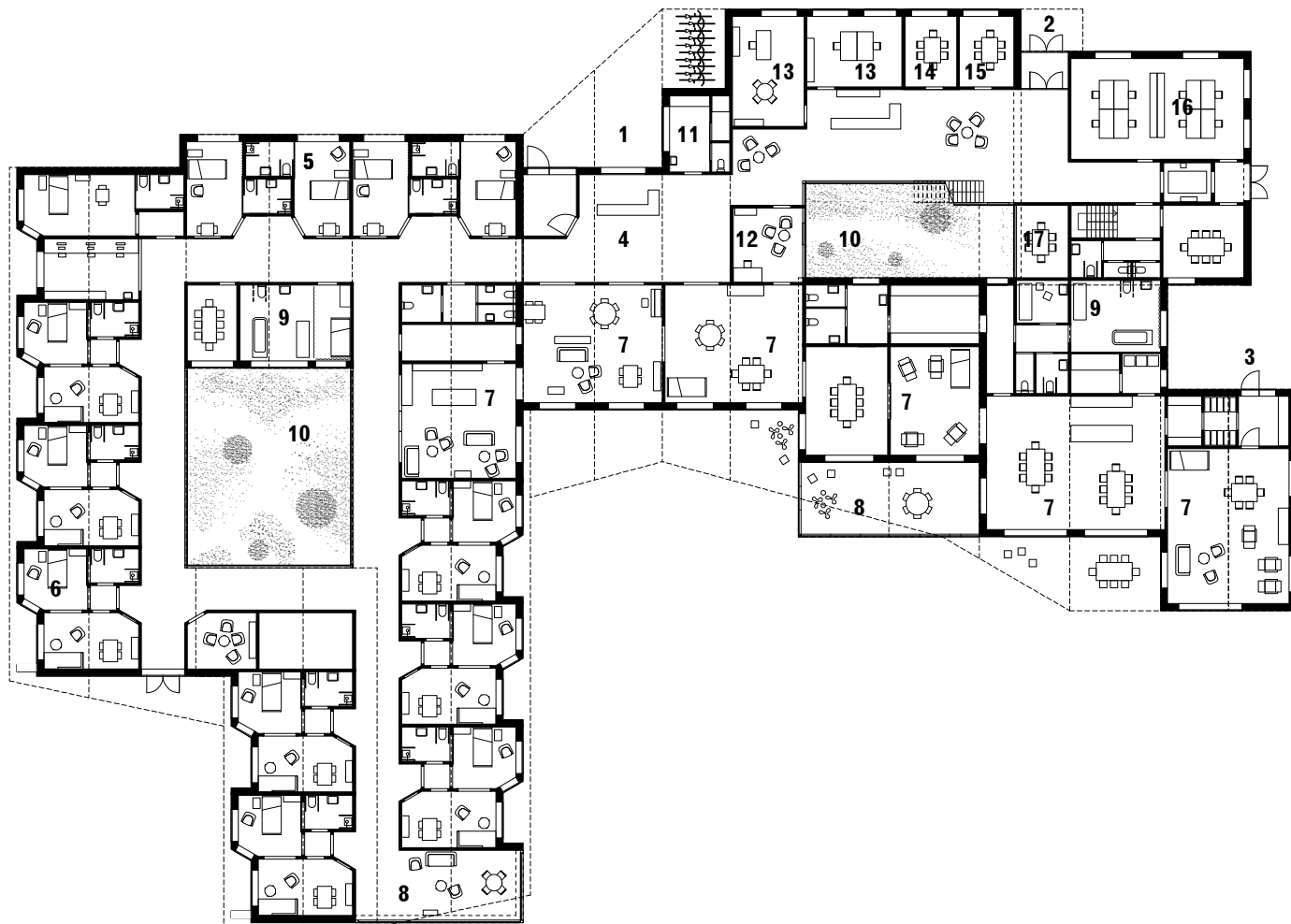
De gasten hebben een woonruimte met eigen buitenruimte. Ze zijn het meest gericht op de buitenwereld. Hun ligging sluit aan bij de leefruimtes van de hospice en de dagcentra. Ze hebben eveneens toegang tot de wellness.

4. Dagcentra

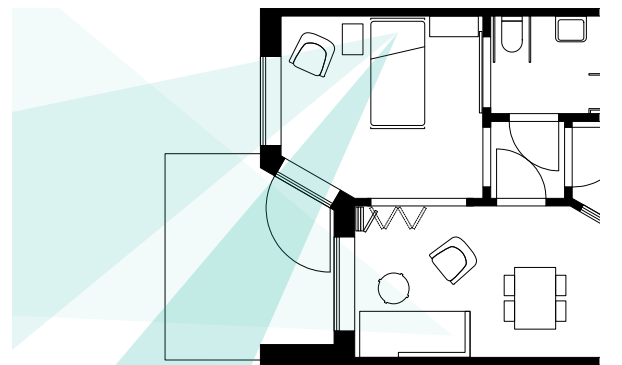
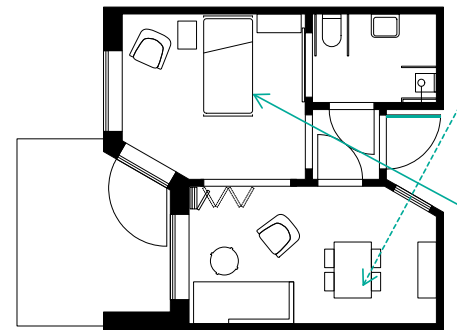
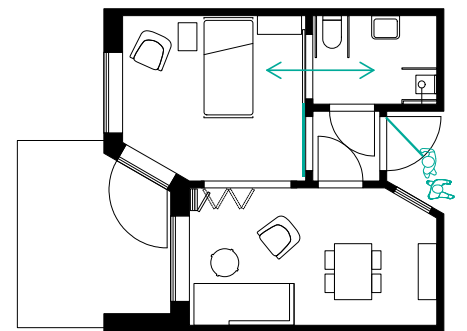
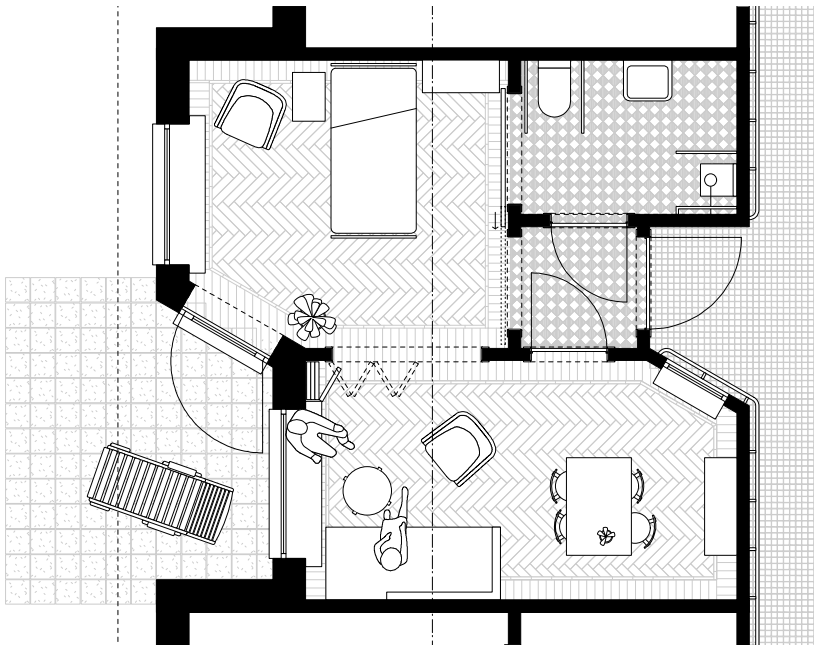
De dagcentra bestaan uit een enfilade van leefruimtes gericht op de tuin, geflankeerd door ondersteunende ruimtes.

5. Expertisecentrum

Het expertisecentrum is opgevat als een ontmoetingsruimte en staat in nauw contact met de overige functies. Beneden bevindt zich het inloophuis, boven de vorming en bespreking. De architecten dachten ook aan de vrijwilligers die dag in dag uit aan de slag zijn in het palliatief centrum. Ze krijgen een eigen salon met bibliotheek, waar ze ervaringen kunnen uitwisselen, becommentariseren, verpozen of lezen.



- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Algemene inkom | 11. Vrijwilligers: kleedkamer |
| 2. Inkom expertisecentrum | 12. Vrijwilligers: salon met bibliotheek |
| 3. Inkom palliatief dagcentrum | 13. Algemene administratie |
| 4. Inkomhal | 14. Inloophuis |
| 5. Kamer low care | 15. Leifartsen |
| 6. Hospice | 16. MBE |
| 7. Eetruimtes, leefruimtes, keukens | 17. Gespreksruimte |
| 8. Wintertuin | 18. Vergaderlokaal |
| 9. Wellness | 19. Vormingslokaal |
| 10. Binnentuin | |



Gastenkamer (hospice)

De combinatie van inkomhal, woonkamer en slaapkamer versterkt het gevoel van een eigen woning. Behalve een toegang langs de gang, hebben de gastenhuizen elk een eigen terras met een inkomdeur. De woonkamer kan afgesloten worden van de slaapkamer en gebruikt worden als logeerkamer. Het schuine dak zorgt voor een genereuze ruimtelijke kwaliteit. De architecten besteden aandacht aan het kleinschalige, het intieme, de geborgenheid. Huiselijkheid staat voorop. Dat vraagt om een bijzondere zorg voor materialen en details.

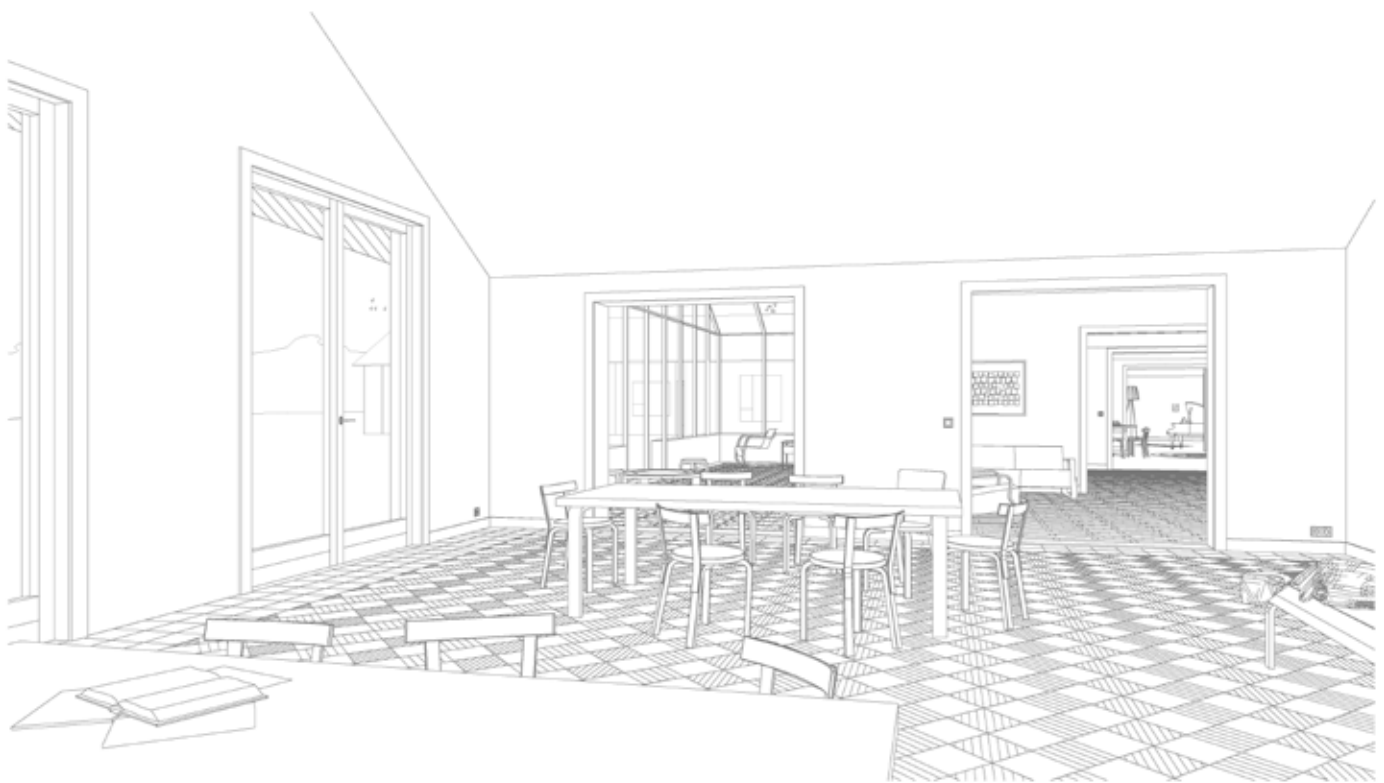


Liggen

Het ontwerp vertrekt vanuit het perspectief van de bewoner. Vanuit zijn bed in de slaapkamer heeft de bewoner een ver uitzicht op het landschap. De naar binnen liggende terrasdeur versterkt dit gevoel en zorgt voor een grote toegankelijkheid van de eigen buitenruimte. Het doorlopende dak buiten biedt schaduw. De deur kan ook gebruikt worden als eigen voordeur.

Zitten

Zittend aan een tafel in de woonkamer van het gastenhuis geniet de bewoner van het uitzicht en de ruimtelijkheid van de woning. Afhankelijk van de gewenste situatie kan er meer of minder contact zijn tussen de twee kamers.



Verblijven

De enfilade van de leefruimtes van de dagcentra en het hospice laat toe de ruimtes op veel verschillende manieren te gebruiken. Als alle deuren open staan, hebben bewoners en bezoekers een diagonaal doorzicht door de ruimtes. Op andere momenten kan elke kamer een eigen stemming en intimiteit hebben. De opeenvolgende dakvormen versterken de ruimtelijke sequens en geven de kamers geborgenheid. Een bewuste materiaalkeuze, aandacht voor detail en eenvoud van raam- en deuropeningen genereren een genereus en vrij ruimtegevoel.

“Onze zorg beperkt zich niet tot het moment van het sterven. We bieden daarentegen een ‘zorgcontinuüm’ aan.”

Coda biedt palliatieve zorg in een niet-ziekenhuiscontext. Onze werking is volledig extra muros. Onze zorg beperkt zich niet tot het moment van het sterven. We bieden daarentegen een ‘zorgcontinuüm’ aan. Onze taak begint vanaf het moment dat iemand een slechtnieuwsboodschap ontvangt. We vangen die persoon op, staan hem bij in dat moeilijke moment en informeren hem. In latere fasen bieden we thuiszorg, ontvangen we de persoon in het palliatief dagcentrum en begeleiden we het sterven in het hospice. Ook na het overlijden bieden we nazorg aan hen die achterblijven. Alles onder één dak. Dat is uniek in Vlaanderen.

Vijftien jaar geleden kwam men vanuit Nederland kijken naar ons pionierswerk. Nederland heeft intussen een inhaalbeweging gemaakt en er bestaan vandaag zo’n 150 hospices. In Vlaanderen en België zijn we echter nog steeds het enige initiatief dat palliatieve zorg aanbiedt vanuit één organisatie: Coda, een bijna-thuis-huis.

Het Coda Hospice bestaat achttien jaar, het Coda Dagcentrum dertien jaar. Onze werking steunde vooral op vrijwilligerswerk en giften. Tot op vandaag werken er nog steeds een 120-tal vrijwilligers. Het zijn mensen uit de streek. Er zijn tuinmannen, chauffeurs, poetsvrouwen, mensen die stervenden bijstaan aan hun sterfbed, mensen die de zieken of ouderen thuis gaan bezoeken. Zonder hen kunnen we Coda niet draaiende houden.

Het initiatief is ontstaan in een oude kloosterhoeve, die we goedkoop konden huren. Twee jaar geleden kregen we de kans om de gronden en gebouwen aan te kopen. Al gauw bleek echter dat de infrastructuur niet meer aangepast is aan de groei. Investerings zijn noodzakelijk.

Het palliatieve zorglandschap evolueert heel snel. Vanaf 2014 krijgt Vlaanderen nieuwe bevoegdheden op het

vlak van zorg en komt er dus ook een nieuwe regelgeving. Vaak lopen de regels achter op de praktijk. Zo hebben we al dertien jaar een palliatief dagcentrum. Sinds januari 2013 geldt er echter een nieuwe regel: als palliatief dagcentrum kan je enkel erkend worden als de initiatiefnemer ook een woonzorgcentrum (WZC) is. Volgens deze regelgeving werden we dus verplicht om zelf een WZC te beginnen of om te fuseren met een bestaand WZC. Onze bouwplannen moesten even wachten. We moesten eerst duidelijkheid krijgen van de overheid, want dit wordt in 2014 Vlaamse materie.

Wij zijn ongelooflijk dankbaar dat wij de kans hebben gekregen om deel te nemen aan de Pilotprojecten Zorg. Voor ons gaan de Pilotprojecten om zoveel meer dan architectuur. Het gaat voor ons in essentie om de opmaak van een masterplan zorg, dat vervolgens vertaald wordt in architectuur. Zonder de Pilotprojecten Zorg en de bereidheid van het kabinet Vandeurzen om mee te zoeken naar creatieve oplossingen (binnen het wetgevende kader), hadden wij nooit tot een strategisch zorgplan kunnen komen.

Er staat natuurlijk meer op het spel dan de belangen en de toekomst van Coda. Onze case kan een voorbeeld zijn voor de hele sector. Met dit Pilotproject willen wij inspireren en wegen op het beleid, de regelgeving, en dus de financiering van de palliatieve zorg. Vandaag bestaat er een opportuniteit om een aangepaste regelgeving uit te werken die toelaat dat ons model gekopieerd kan worden in heel Vlaanderen.

Christine Gonnissen

Voorzitster Raad van Bestuur, Coda vzw



LEVENSBESTENDIG WONEN ZONDER OVERHEIDS- SUBSIDIES

Osar Architecten

“Kwaliteit in de architectuur bevordert niet alleen het welzijn van de ouderen, maar drukt bovendien de kosten van de zorg.” Astor / Osar

Ouderdom is geen ziekte. Dat is in een notendop het uitgangspunt van vzw Astor. Die wil, op de site van de Kleine Veldekens in Geel, op nog geen 400 meter van het stadscentrum, een innovatieve woonomgeving voor ouderen bouwen. Het project is vernieuwend om verschillende redenen. In de eerste plaats omdat het radicaal breekt met het klassieke model van het rusthuis. Als ouderen geen zieken zijn, moeten we ze ook niet als zieken behandelen en in een ziekenhuisachtige instelling plaatsen. Vandaag zijn ouderen vaak gedwongen om naar een rusthuis te verhuizen wanneer ze niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, of – in het geval van een koppel – worden ze van elkaar gescheiden wanneer ze niet meer voor elkaar kunnen zorgen. Een verhuis gaat bij veel ouderen gepaard met heel wat ongemakken en angst. Angst om de vertrouwde woonomgeving te verlaten en voortaan in een groep wildvreemden te belanden. Angst om de regie over het eigen leven te verliezen. Mensen willen helemaal niet in een rusthuis wonen. Ze willen zelfstandig wonen, in hun eigen woning. Ze willen zelf kiezen wat en wanneer ze eten, wanneer ze gaan slapen, waar ze gaan wandelen en wanneer ze in bad gaan.

Het zorgmodel van Astor biedt een antwoord op deze al te menselijke verzuchtingen. Het project voorziet 190 zorgflats voor ouderen, verdeeld over een negental gebouwen in een ruim park. Negentig daarvan zijn erkend als RVT-bedden. Toch maakt het project geen onderscheid tussen de zorgvraag van de ouderen. Alle zorgflats zijn ontworpen als individuele, levensloopbestendige assistentiewoningen. Ze staan zowel open voor ouderen met en ouderen zonder nood aan zorg. Wanneer een oudere naar Astor verhuist, verhuist hij niet naar een rusthuis of een instelling, maar naar een nieuwe, private huurwoning. Met die bijzonderheid dat ze in hun nieuwe woning een beroep kunnen doen op zorgondersteuning afhankelijk van hun individuele zorgvraag. De negentig RVT-bedden zijn dan ook zogenaamde ‘zwevende bedden’. In Astor hoeft de bewoner niet meer te verhuizen. Niet de woning past zich aan, maar wel de zorg. De bewoners houden de regie over hun leven zelf in handen. Ze kunnen hun flat zelf inrichten met eigen meubelen. Ze staan zelf in voor hun maaltijden. Ze kunnen zelf koken, ze kunnen naar het restaurant in het gemeenschapscentrum gaan of een maaltijd laten bezorgen.

Er zijn zorgflats in alle soorten en maten, voor één, twee of drie personen. Dankzij de zorgflats voor twee personen hoeft een koppel niet gescheiden te worden wanneer een van de partners te zorgbehoevend wordt. Dankzij de zorgflats voor drie personen kunnen ook cliënten van het psychiatrisch zorgcentrum OPZ Geel langer samen blijven wonen. Ook de pleegouders in de gezinsverpleging worden soms te oud om voor hun inwonende patiënt te zorgen. In zo’n situatie wordt het ‘gezin’, dat vaak al tientallen jaren samenwoont, bruusk uit elkaar gerukt.

Astor geeft die gezinnen de kans om samen in een ruimere flat te kunnen wonen, waarbij elk van de bewoners de zorg krijgt die nodig is.

Om het zelfstandig wonen in individuele flats te kunnen laten functioneren, zijn alle woningen verbonden met een gemeenschapscentrum. Het gemeenschapscentrum is een soort uitgebreid lokaal dienstencentrum. Er zijn ontmoetingsruimtes, een restaurant, een brasserie, een badhuis met zwembaden en vergaderruimten. Het gemeenschapscentrum staat zowel open voor de bewoners als voor ouderen uit de omgeving. In een hotel met een tiental kamers kunnen familieleden of stagiairs overnachten.

Wanneer het zelfstandig wonen echt niet meer mogelijk is, en de bewoner nood heeft aan zeer intensieve zorg, is er alsnog de mogelijkheid voorzien dat hij verhuist naar een groepswooning. De groepswooningen liggen verspreid over de verschillende gebouwen op de site. Bewoners kunnen verhuizen naar een zorgwooning die zich bevindt in hetzelfde gebouw als waar ze reeds woonden. Dat wordt minder als een breuk ervaren.

Behalve de 190 zorgflats biedt Astor plaats aan dertig woongelegenheden voor de bewoners van MPI-Oosterlo. Het MPI-Oosterlo is een instelling voor mensen met ernstige mentale en lichamelijke beperkingen. Deze mensen wonen al heel hun leven in een instelling. Ze zijn gewend geraakt aan het wonen in een groep. Ook zij worden ouder. Dat is een nieuw gegeven. Vroeger leefden zulke mensen niet zo lang. Er bestaat tot op heden geen goede infrastructuur voor deze doelgroep. De woningen staan een beetje apart op de site, want ze vragen om een heel bijzonder, beschermend programma. Het zijn grondgebonden groepswooningen, die afgeschermd zijn van de rest van de site en van de straat. De kamers zijn geschakeld rond een buitenruimte. De bewoners, sommigen met het mentale ontwikkelingsniveau van een peuter, kunnen dankzij de open ruimte rudimentaire sensaties gewaarworden zoals licht, lucht, regen, warmte en koude.

Het project is ook vernieuwend op economisch vlak. Het businessplan is opmerkelijk. Zo doet de bouwheer-architect geen beroep op VIPA-subsidies voor infrastructuur. Hij gaat ervan uit dat een slimme omgeving bijdraagt tot het welzijn en op die manier de kost van de zorg kan reduceren. De architectuur versterkt de autonomie. Zo kan de zorgvraag verminderen.



PLAATS

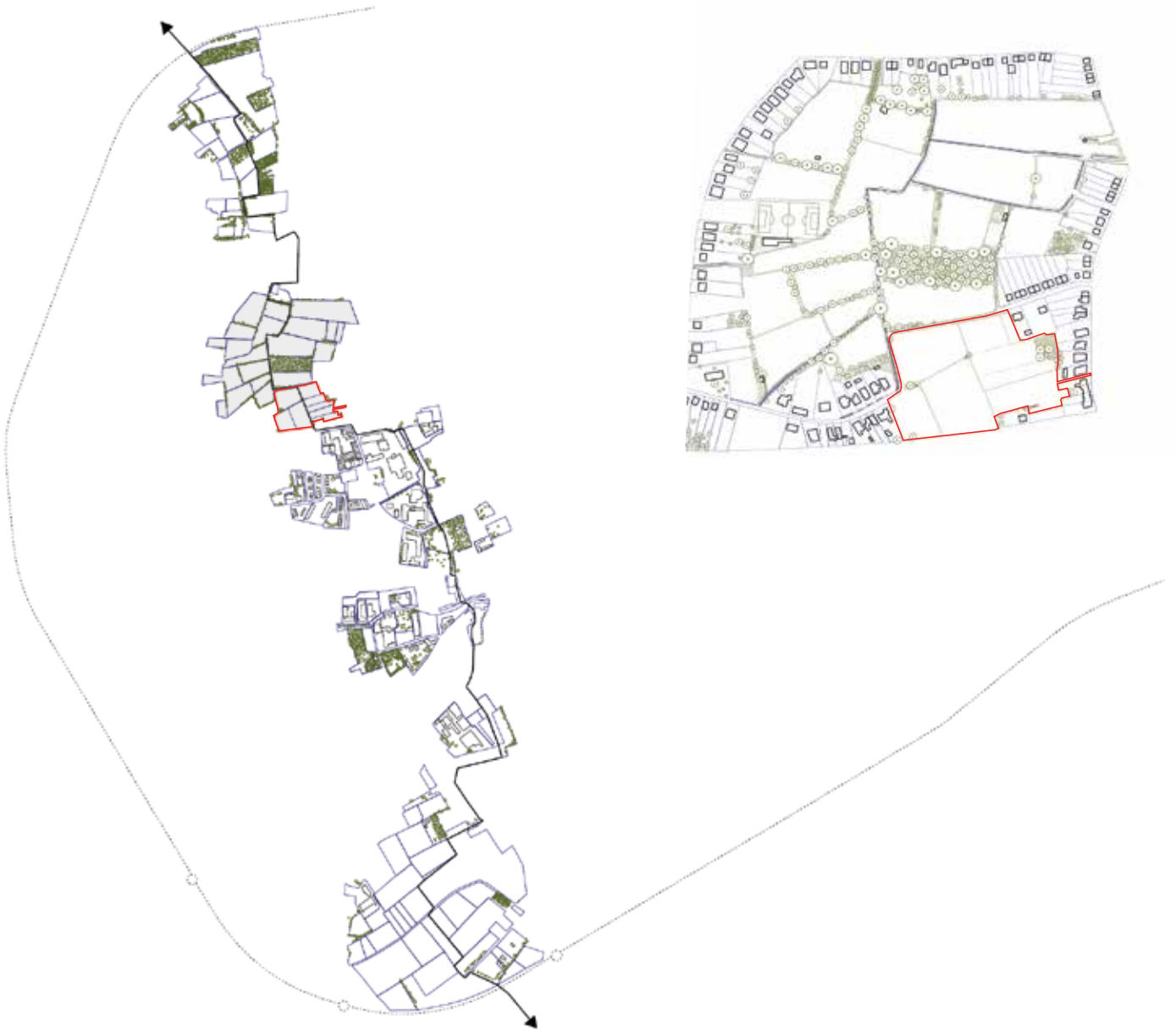
Klein Veldekenstraat, 2440 Geel

BOUWHEER

Astor vzw

PROGRAMMA

190 zorgflats met één of twee slaapkamers, waarvan 90 RVT-bedden; 30 woningen voor MPI-Oosterlo; gemeenschapscentrum met publieke voorzieningen



Landschapsstudie – Bureau Bas Smets

In zijn analyse toont Bas Smets aan dat het landschap van Geel sterk bepaald is door de oude agrarische indeling in percelen. De inplanting van de gebouwen en de inrichting van de open ruimte op de site moeten dan ook de structuur van de oude agrarische percelen in ere houden. Dat zorgt bij de ouderen voor een herkenbaar en vertrouwd beeld.

In het stadscentrum is het binnengebied van de grootschalige percelen vaak ingenomen door publieke functies. Die zijn met elkaar verbonden door informele paden langs de randen van de oude perceelsgrenzen. Het nieuwe zorgproject ligt in het verlengde van een informele noord-zuidas, die de binnenstad verbindt met het buitengebied. Er ontstaat een nieuw stedelijk wandel- en fietsnetwerk dat de open, groene ruimte tot diep in het centrum van de stad trekt.

“Een omgeving waarin ouderen gemakkelijker alleen kunnen wonen, draagt bij tot het gevoel van zelfbeschikking.” Astor / Osar



1. MPI-Oosterlo
2. Hoogbouw
3. Gemeenschapscentrum
4. Tuinwoningen

Masterplan

De site van 3,2 hectare groot ligt op slechts 400 meter van het stadscentrum. Het project bestaat uit drie grote gebouwenclusters: de dertig grondgebonden groepswoningen voor MPI-Oosterlo, afgeschermd door een muurtje; een cluster met hoogbouw (tot tien bouwlagen) die onmiddellijk aansluit op het gemeenschapscentrum in de plint; en een cluster van woningen in een tuin met een iets lagere bebouwing (drie tot vier bouwlagen). In deze twee laatste clusters zijn zowel zorgflats (voor één, twee of drie personen) als groepswoningen ondergebracht.

“Mensen die in Astor komen wonen, verhuizen niet naar een instelling, maar naar een nieuwe, private ‘huurwoning’ waar ze beroep kunnen doen op ondersteuning volgens hun individuele zorgvraag. Ze zullen niet meer hoeven te verhuizen.”

Astor / Osar



Zorgflats

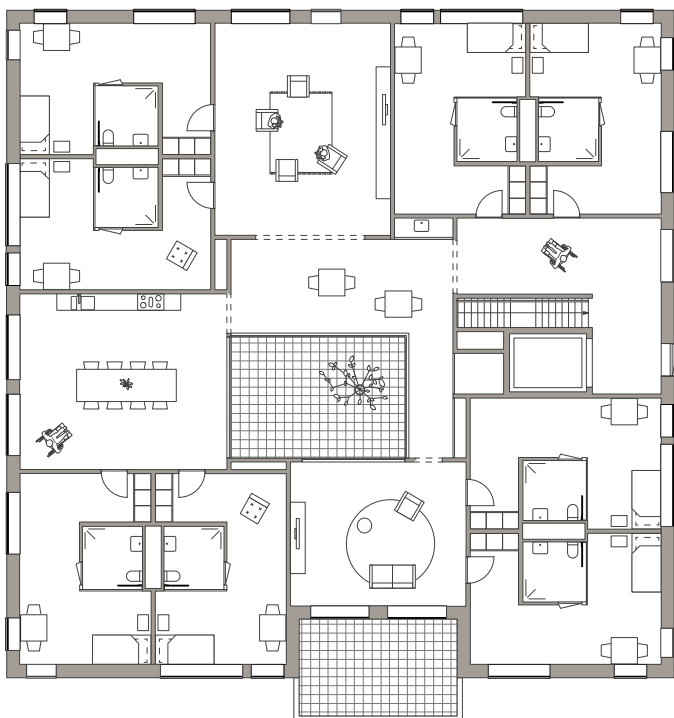
De 190 zorgflats zijn individuele appartementen met één of twee slaapkamers. De vloeroppervlakte varieert van 56 tot 75 m² per flat. De woningen bestaan in de meest diverse types en groottes. Er zijn appartementen, telkens met een verschillende oriëntatie en indeling, en grondgebonden woningen. De zorgflats hebben een eigen keuken en badkamer. Ze kunnen zowel gebruikt worden voor ouderen zonder zorgvraag als ouderen met een hoge zorgvraag.

Landmark

Astor is een landmark op de grens van de verstedelijking en het open landschap. Het project schrijft zich in in een gepland stadsvernieuwingsproject dat de hele binnenstad van Geel moet versterken. Het nieuwe zorgcomplex bakent de rand van de stad af, en zet een rem op de voortschrijdende verstedelijking. Achter de gebouwen begint het open landschap.

“Astor wil onderzoeken of een doorgedreven focus op welzijn ook gerealiseerd kan worden zonder VIPA-subsidie.”

Astor / Osar



Groepswoningen

Mensen die nood hebben aan zeer intensieve zorg kunnen terecht in de groepswoningen, die verspreid liggen over de verschillende gebouwen. De groepswoningen hebben geen gangen. Gangen zijn immers desoriënterend voor ouderen met dementie. Alle kamers geven uit op de leefruimte, de keuken, de televisiekamer. Op die manier kunnen de ouderen gemakkelijker hun kamer terugvinden.

Gemeenschapscentrum

Centraal op de site, als schakel tussen de verschillende clusters, ligt het gemeenschapscentrum. Het is zowel toegankelijk voor de bewoners als voor de buurt. Het gemeenschapscentrum is onmiddellijk verbonden met de torengebouwen, zodat de bewoners op eigen kracht het centrum kunnen bereiken. Het gemeenschapscentrum bevat een restaurant, een brasserie en een wellnesscentrum met zwembaden en hammam. Drie open ruimtes brengen het landschap binnen in het gebouw.

“De erkenning voor ‘zwevende bedden’ is revolutionair voor de hele zorgsector.”

De vergrijzingsgolf zet een enorme druk op de zorginfrastructuur. De overheid, en meer bepaald het VIPA, zal in de toekomst niet meer in staat zijn om al de bijkomende zorginfrastructuur te betoelagen. De overheid worstelt dan ook met de vraag of het mogelijk is om kwalitatieve woonzorgcentra te bouwen zonder subsidies. Ze vreest dat wanneer ze niet subsidieert, er een terugval kan zijn van kwaliteit. Die vrees is terecht. Er bestaan vandaag immers al tal van autonome woonzorgcentra, die weliswaar erkend zijn door het Riziv voor hun uitbating, maar geen subsidies ontvangen van het VIPA voor hun infrastructuur. Het zijn vaak internationale, beursgenoteerde consortia die slechts één doelstelling hebben: zoveel mogelijk winst maken.

De Kwaliteitskamer van de Pilootprojecten Zorg heeft ons gevraagd om een referentieproject te verwezenlijken om aan te tonen dat het ook mogelijk is om kwalitatief te bouwen zonder subsidies. Wij hebben ons hiervoor geëngageerd. Als het lukt, is dat een goede zaak, niet alleen voor de zorgsector, maar ook voor de architectuur. De commerciële consortia zijn immers niet geïnteresseerd in goede architectuur omdat de perceptie leeft dat dit duur zou zijn. Wij willen bewijzen dat het ook anders kan.

Met het architectenbureau Osar werken wij bijna uitsluitend in de zorgsector. Veel van onze klanten staan er open voor om vernieuwende elementen te introduceren. Er bestaat echter een grote terughoudendheid om op alle vlakken innovatief te zijn. Als ontwerper willen wij nadenken over de essentie van de zorg. Is het bijvoorbeeld nog verstandig om de ouderen in groepen samen te zetten, terwijl er bij hen een enorme weerstand bestaat tegen het wonen in een vreemde groep waar ze de regie over hun leven kwijt zijn? Onze opdrachtgevers geven ons gelijk, maar echte vernieuwing komt er nog niet van. We vervallen nog

te vaak in klassieke patronen. Dat is niet zo verwonderlijk. Er bestaan immers geen referenties dat het ook anders kan en toch betaalbaar blijft.

Daarom hebben we besloten om het zelf te doen. Ik heb samen met twee ondernemers met een sociale betrokkenheid de vzw Astor opgericht waarbij OPZ Geel en MPI-Oosterlo mee initiatief nemen. Het is onze doelstelling een kwalitatief en rendabel project te verwezenlijken. Wij zijn ervan overtuigd dat de kwaliteit van de architectuur kan bijdragen aan het welbevinden van de bewoners en dus ook de kosten kan drukken. Goede architectuur biedt comfort en schept voorwaarden voor zelfstandig wonen. De bewoners zullen daardoor minder druk zetten op het verzorgende personeel. Ze zullen minder gauw op de bel duwen. Dat willen we proberen te bewijzen.

Dankzij de Pilootprojecten Zorg hebben we een toezegging gekregen voor zogenaamde ‘zwevende bedden’. Dat is revolutionair voor de hele zorgsector. Vlaanderen is nu bevoegd voor de hele ouderenzorg. Tot nog toe is een vergunning voor een RVT gekoppeld aan de infrastructuur, aan een bed, bij wijze van spreken. Als een cliënt een bijdrage wil van het Riziv, moet hij met andere woorden verhuizen naar een erkende kamer. Wij hebben verkregen dat het label voor het RVT-bed flexibel is. Het wordt niet op de woning gekleefd, maar op wie er woont. Op die manier hoeven de ouderen niet te verhuizen. Dat maakt een wereld van verschil. Die nieuwe aanpak is nu nog ad hoc bedacht, maar de overheid denkt eraan om haar uit te breiden. Je zou dan bijvoorbeeld een label kunnen krijgen terwijl je gewoon in je eigen woning blijft wonen. Dat zou de manier waarop we over zorg nadenken fundamenteel veranderen.

Michiel Verhaegen
Bestuurder Astor vzw

Een overzicht van de meest toonaangevende innovaties van de vijf Pilootprojecten Zorg



PPZ1 – REGIONAAL ZIEKENHUIS SINT-TRUDO VZW, SINT-TRUIDEN

Zorg maakt stad

- Stedelijke integratie van zorg
- Zorg is aanleiding voor collectiviteit
- Radicaal vermengen van zorg en wonen
- Woningtypologie staat los van zorgprofiel
- Grootschaligheid creëert generositeit



PPZ2 – PEKA CV, DILBEEK

Sociaal ondernemen in de zorg

- Privaat initiatief leidt tot kwaliteit
- Intergenerationeel wonen ondersteunt de zorg
- Zorg versterkt de dorpskern
- Grootschalig programma wordt gefragmenteerd in herkenbare vorm



PPZ3 – DE KORENBLOEM VZW, KORTRIJK

Reconversie en erfgoed als zorgdragers

- Integratie van historisch erfgoed in de zorg
- Zorg betreft de buurt
- Kleinschaligheid optimaliseert het wonen



PPZ4 – CODA VZW, WUUSTWEZEL

Geïntegreerde palliatieve thuisomgeving

- Aanbieden van extra muros palliatieve zorg in een aangename thuisomgeving
- Centraliseren van palliatief zorgcontinuüm
- Architecturale aandacht voor beleving, gebruik en comfort



PPZ5 – ASTOR VZW, GEEL

Levensbestendig wonen zonder overheidssubsidies

- Ontschotting: geen onderscheid tussen ouderen
- Streven naar betaalbaar en levensbestendig wonen
- Betaalbare zorg voor de bewoner
- Ontkokeren van mantelzorg, thuiszorg, intramurale zorg

“Integratie en normalisatie,
dat zijn vandaag de grote
uitdagingen van de zorg.”

Wivina Demeester

“DE PILOOTPROJECTEN ZORG MOGEN GEEN EENZAME PILOTEN BLIJVEN”

DE KWALITEITSKAMER AAN HET WOORD:

Christophe Cousaert

Beleidsadviseur Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)

Wivina Demeester

Extern deskundige

Karine Moykens

Secretaris-generaal Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG), voormalig kabinetschef van minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren

Chantal Van Audenhove

KU Leuven, Steunpunt WVG

Christel Van Langenhove

Agentschap Zorg en Gezondheid

De Kwaliteitskamer van de Pilotprojecten Zorg werkte gedurende meer dan een jaar intensief samen met de bouwheren, de architecten en de deskundigen om hun ambities en dromen van een stevig fundament te voorzien. Vijf leden van de Kwaliteitskamer blikken terug op het afgelegde traject. Hoe is het proces verlopen? Zijn de verwachtingen ingelost? Wat is de volgende stap? Op welke manier kan dit initiatief een vervolg krijgen?

Integratie en normalisatie.

Over de uitdagingen van de zorg

— *Wivina Demeester:* Twee fundamentele inzichten liggen aan de basis van de Pilotprojecten Zorg. Ten eerste: elke persoon is uniek en moet de kans krijgen om zijn persoonlijkheid ten volle te ontwikkelen. Ten tweede: iedereen heeft het recht om een normaal leven te leiden en zich goed te voelen in een voor hem vertrouwde omgeving. Deze twee uitgangspunten verplichten ons om een wereld te creëren waarin een persoon kan werken, samenleven met zijn familie, vrienden kan ontmoeten. Dat geldt voor iedereen, dus ook voor ouderen of personen met een beperking. Integratie en normalisatie, dat zijn vandaag de grote uitdagingen van de zorg.

— *Chantal Van Audenhove:* Onze maatschappij is gekenmerkt door een steeds groeiende diversiteit. Er bestaan verschillende soorten gezinsvormen en diverse culturen die allemaal op een andere manier willen wonen. Iedereen woont graag thuis. Maar wat thuis is, wordt op zeer verschillende manieren geïnterpreteerd. Wat wij vandaag aanbieden als zorginfrastructuur, is in vergelijking met de diversiteit van thuissituaties eigenlijk zeer beperkt en statisch. Het beantwoordt niet aan de huidige diversiteit van het wonen.

— *Karine Moykens:* We moeten leren om de zorg te benaderen vanuit het perspectief van de cliënt of de gebruiker. Wie bijvoorbeeld een assistentiewoning betreft, zal nu, wanneer hij te zorgbehoevend wordt, moeten verhuizen naar een woonzorgcentrum. Het is niet zo vanzelfsprekend om op zo'n moeilijk moment in je leven nog maar eens al je spullen in te pakken en te verhuizen. Daarom moeten we projecten tot stand brengen die een brede zorg aanbieden en meer flexibele overgangen mogelijk maken. Onze regelgeving laat dit vandaag echter niet toe.

— *Christophe Cousaert:* Als we erin zouden slagen om een aantal zaken zoals toegankelijkheid van gebouwen of domotica te integreren, niet alleen in de zorg maar ook en vooral in het reguliere woonprogramma, zouden we al een heel eind verder staan. Dan moet je op je 85ste niet verhuizen naar een instelling omdat je rolstoel niet meer door de deur geraakt, omdat je de badkamer niet meer kan gebruiken, of omdat je woning niet meer geschikt is voor thuiszorg. Net zoals ecologisch en duurzaam bouwen

“Vermaatschappelijking van zorg wil zeggen dat zorg een aanvaardbare plaats inneemt in het alledaagse leven: weg van de zorginstututen, met een nadruk op nabijheid en kleinschaligheid.”

Christel Van Langenhove

een tiental jaar geleden nog een rariteit was, zo kunnen ook de principes van toegankelijkheid verrassend snel ingeburgerd geraken.

— *Christel Van Langenhove*: De grote uitdaging is de vermaatschappelijking van de zorg. Dat betekent dat zorg een aanvaardbare plaats moet krijgen in het alledaagse leven: weg van de zorginstututen, met een nadruk op nabijheid en kleinschaligheid. Dat wil ook zeggen: meer aandacht voor ‘informele’ zorg. Onze samenleving lijkt me trouwens wel bereid om meer informele zorg op te nemen. Dit is echter onmogelijk te realiseren vanuit het zorgbeleid alleen. Het vraagt een geïntegreerde aanpak, waarbij de nodige aandacht wordt besteed aan de haalbaarheid van de combinatie van werk, wonen, kinderen, zorg, enzovoort.

Vierkante meters.

Over de complexe regelgeving

— *Chantal Van Audenhove*: De huidige regelgeving is bijzonder complex. Het was voor de initiatiefnemers (of de bouwheren) van de Pilotprojecten Zorg soms niet eenvoudig om binnen de administraties de mensen te pakken te krijgen die op de hoogte waren van bepaalde aspecten van de regelgeving. Ook nu nog blijven er heel wat vragen onbeantwoord.

— *Christophe Cousaert*: De administraties en agentschappen denken in termen van specifieke zorg voor specifieke doelgroepen. Ze doen dat vanuit de bekommernis om kwaliteitsvolle zorg op maat van specifieke doelgroepen te garanderen. Dit vertaalt zich ook in specifieke infrastructuur voor personen met een handicap, voor ouderen, voor psychiatrische patiënten, voor personen met dementie. Terwijl de noden eigenlijk zeer gelijkaardig zijn. Maar de sprong van de ene sector naar de andere of van het ene beleidsdomein naar het andere is niet evident. Dat is geen onwil. Dat is ingebakken in de werking en de historiek – in het DNA als het ware – van de administraties en agentschappen. De ruimte in Vlaanderen is beperkt. Er komt een vergrijzingsgolf op ons af. We moeten nadenken over een meervoudig gebruik van onze infrastructuur. Wat vandaag een woonzorgcentrum is, kan morgen een huis voor personen met een beperking worden, overmorgen een school of een kinderdagverblijf. Allemaal sectoren met een eigen, specifieke regelgeving. Wij zijn als administratie niet vertrouwd met deze manier van denken. En toch is dat een logische en zelfs noodzakelijke volgende stap om te zetten.

— *Karine Moykens*: Je kan niet alles vatten in regelgeving. Veel dossiers zijn in het verleden vastgelopen omdat ze niet beantwoordden aan de regels, ook al was iedereen het erover eens dat het een schitterend project was. Dat komt omdat er geen afwijkmogelijkheden in de re-

“We moeten nadenken over een meervoudig gebruik van onze infrastructuur. Wat vandaag een woonzorgcentrum is, kan morgen een school of een kinderdagverblijf worden.”

Christophe Cousaert

gelgeving zijn ingeschreven. Dat is voor mij een van de belangrijkste leerpunten geweest van de Pilotprojecten Zorg. We hebben daarom binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) de afspraak gemaakt om gemotiveerde afwijkingsmogelijkheden in te schrijven in de regelgeving. Dat kan gebeuren door ad-hocoproepen te lanceren rond thema's waarbij een grote nood bestaat voor vernieuwing, al dan niet gecombineerd met regionale verschillen.

Regelluwte.

Over het experiment van de Pilotprojecten Zorg

— *Christel Van Langenhove:* De huidige regelgeving is weinig flexibel en laat nauwelijks ruimte voor alternatieve concepten. Wie vernieuwend wil werken en daardoor over de grenzen van het regelend kader gaat, loopt vandaag toch wel ernstig risico teruggefloten te worden. De bouwheren van de Pilotprojecten Zorg zijn dan ook zeer verheugd over de geboden kans en het regelluwe kader dat ze aangereikt krijgen om hun project te realiseren. Toch bemerk ik tegelijkertijd ook een zekere voorzichtigheid. Er bestaat onduidelijkheid over de spelregels. Hoever kunnen we afwijken van de regelgeving? Worden we tot het einde gesteund in onze ambities? Pas wanneer over enkele jaren de nieuwe zorginfrastructuur gerealiseerd zal zijn en men effectief met de exploitatie kan beginnen, pas dan volgt de echte toets van de Pilotprojecten Zorg. Pas dan zal blijken of de nieuwe concepten kunnen standhouden. In het traject van de Pilotprojecten is het zoeken naar een evenwicht tussen voldoende juridische garanties bieden en zoveel mogelijk ruimte laten voor innovatie. Dat is niet evident omdat je te maken hebt met te bouwen infrastructuren die twintig tot dertig jaar exploiteerbaar moeten blijven.

— *Chantal Van Audenhove:* Bij de bouwheren van de Pilotprojecten Zorg bestonden heel wat misverstanden over de beloofde 'regelluwte'. Sommige bouwheren gingen ervan uit dat alles mogelijk was. Dat is natuurlijk niet zo. Vooreerst was de regelluwte slechts een voornemen van de Vlaamse overheid, maar niet van de federale en lokale overheden. Het kan trouwens niet de bedoeling zijn van de Pilotprojecten Zorg om bijvoorbeeld de stedenbouwkundige wetgeving of de ruimtelijke ordening aan hun laars te lappen. Er zijn grenzen aan regelluwte. Bij toekomstige oproepen verdient het aanbeveling om hierover duidelijker te communiceren. We zoeken immers mensen die bereid zijn om samen met ons de jungle in te trekken en een weg te banen op zoek naar nieuwe woonzorgvormen die enerzijds recht doen aan regelgevingen die we niet kunnen veranderen, maar die anderzijds vernieuwend of zelfs baanbrekend zijn voor wat de zorgaspecten betreft.

“De participatie van de gebruiker is nog een blinde vlek in de Pilootprojecten Zorg. We kunnen enorm veel leren over kwaliteit van leven, wonen en zorg vanuit de ervaring van de gebruiker.”

Chantal Van Audenhove

Ontschotting.

Over de samenwerking tussen de overheidsdiensten

— *Christel Van Langenhove:* Het innovatieve van de Pilootprojecten bestaat niet zozeer in vernieuwende zorg op zich, maar wel in de manier waarop het ‘klassieke’ zorgprogramma open wordt getrokken naar een mix van zorg, wonen en ondersteunende en commerciële functies. Dat leidt op zijn beurt dan weer tot extra mogelijkheden voor elk van deze functies. Dit vereist niet enkel een grote openheid en bereidheid van de bouwheren, maar is minstens zo belangrijk op het niveau van de overheidsdiensten. Het intensief samenbrengen van verschillende inzichten en invalshoeken is een manier van werken die bij mijn weten nog geen voorgaande heeft gekend in onze sectoren. Indien we de Pilootprojecten Zorg zouden kunnen bestendigen, vermoed ik dat we na een of twee trajecten ook meer echte zorgvernieuwing zullen krijgen. Terwijl nu misschien nog wat terughoudendheid aan de dag gelegd wordt, zal die allicht verdwijnen als men merkt dat er effectief een goede voedingsbodem is voor vernieuwende projecten.

— *Christophe Cousaert:* Een van de belangrijke meerwaarden van de Pilootprojecten Zorg is de wisselwerking en samenwerking die ontstaan zijn tussen de verschillende overheidsdiensten: tussen zorg, welzijn, ruimtelijke ordening, de Vlaams Bouwmeester, erfgoed, enzovoort. Zulk een intensieve samenwerking is geen standaardprocedure binnen de overheid. Het resultaat had je niet bekomen als je met iedereen afzonderlijk had gesproken. Dat heeft de projecten versterkt.

— *Wivina Demeester:* Wanneer je een workshop organiseert met alle betrokkenen en bevoegde administraties, heb je meteen een antwoord op al je vragen. Zo kan je veel sneller en efficiënter tewerk gaan. Er is een rechtstreeks contact met de administraties, maar evenzeer een gelijktijdig contact. De ene administratie zal de andere niet blokkeren. De Kwaliteitskamer en de workshops met de verschillende administraties waren in die zin zeer verrijkend voor de bouwheren. Maar ook binnen de administraties heeft het proces heel wat teweeg gebracht doordat ze geconfronteerd werden met tal van concrete vragen en problemen.

Beleving.

Over de ruimtelijke invalshoek

— *Christophe Cousaert:* Wij zijn in de zorgsector bezig met bouwen, met infrastructuur en met de kwaliteit van die infrastructuur. Niet met ruimte. Zo is het VIPA bijvoorbeeld niet bekommerd over hoe we een gebouw inplanten in het stedelijke weefsel of op welke manier het ontwerp van de publieke ruimte de zorg kan ondersteunen. Dat is een zaak van Ruimte-

“Met de recente staatshervorming komen een aantal nieuwe sectoren onder Vlaamse bevoegdheid. Het vormt een grote uitdaging om ook hiervoor innovatieve infrastructuurprojecten tot stand te brengen.” Karine Moykens

lijke Ordening. Toch is dat een invalshoek die veel kan bijdragen aan de zorg en de integratie van zorg in het stedelijke en maatschappelijke weefsel.

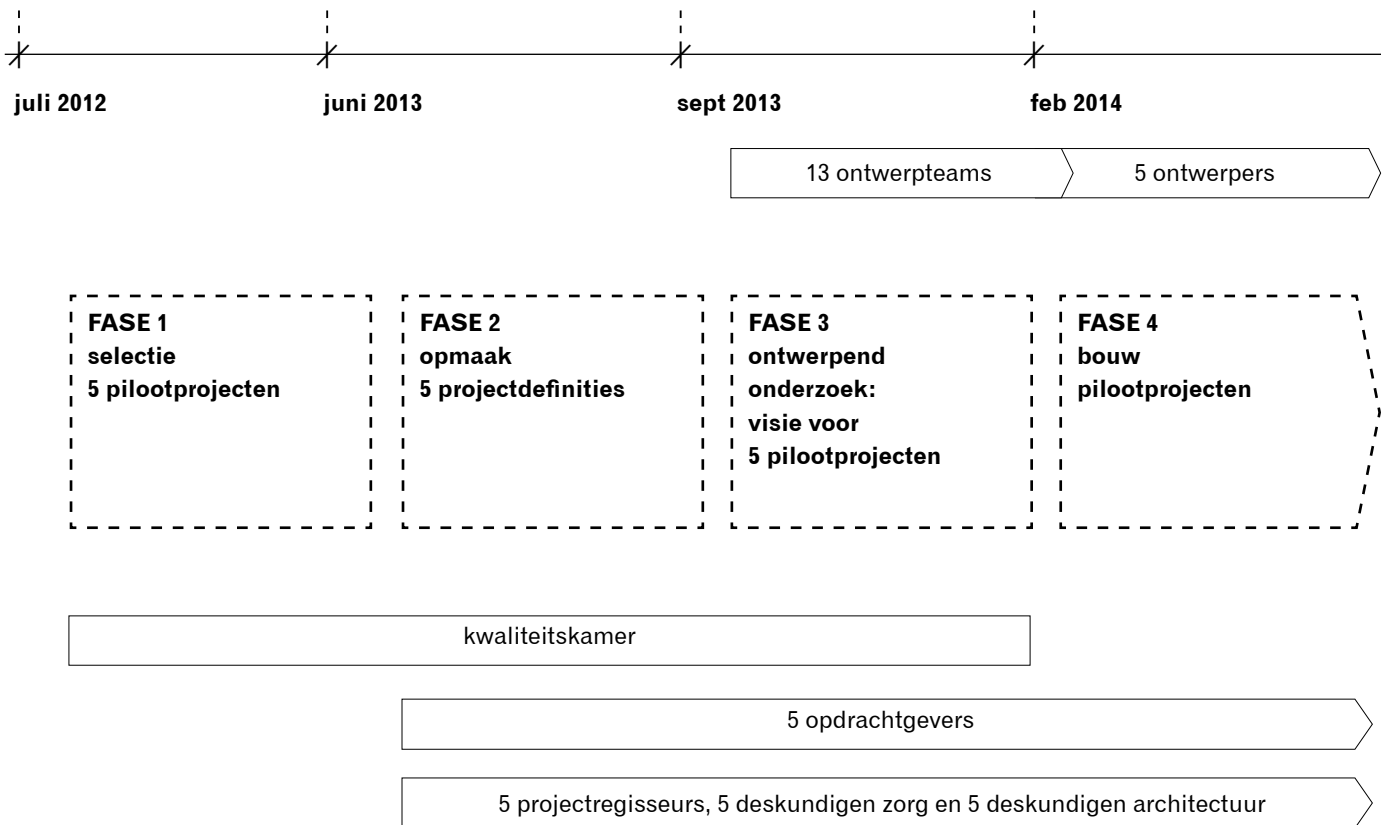
— *Chantal Van Audenhove:* Aan de KU Leuven loopt onderzoek over de ruimtebeleving van kwetsbare personen. Hoe kwetsbaarder mensen zijn, hoe belangrijker de kwaliteit van de omgeving wordt voor hun functioneren. Licht, ruimte, architectuur, lawaai of geur zijn hierbij enorm belangrijk, maar worden vaak over het hoofd gezien. Het perspectief van de gebruiker op de beleving van de ruimte is daarom zeer belangrijk. Onze onderzoekers doen aan participerende observatie en kwamen zo tot vernieuwende inzichten over de problematiek van nachtelijke onrust bij personen met dementie en wat er een invloed op kan hebben. Ook de wijze waarop mensen in ziekenhuizen tijdens het vervoer op een bed de ruimte beleven hebben we zo bestudeerd. Dit soort van informatie, rechtstreeks van de gebruikers, hebben we nodig om de zorg echt op maat te kunnen organiseren. De participatie van de gebruiker ontbreekt nog in de Pilotprojecten Zorg. Dat lijkt me een blinde vlek. Ik denk dat we dit in de toekomst ook een plaats moeten geven in het proces. We kunnen enorm veel leren over kwaliteit van leven, wonen en zorg vanuit de ervaring van de gebruiker.

Welk vervolg voor de Pilotprojecten Zorg?

— *Wivina Demeester:* Eerst en vooral hoop ik dat de Pilotprojecten Zorg inspiratie bieden aan toekomstige projecten. Vervolgens dat ze leiden tot een versoepeling van de interpretatie van de wetgeving. In die zin lijkt het me wenselijk om hier een vervolg aan te breien. De formule hoeft niet dezelfde te zijn, maar we zouden één of twee keer per jaar een aantal projecten kunnen ondersteunen aan de hand van interdisciplinaire workshops. Daar zouden we veel uit kunnen leren.

— *Karine Moykens:* De Pilotprojecten Zorg mogen geen eenzame piloten blijven. Het lijkt me wenselijk om één maal per jaar een oproep te lanceren voor innoverende projecten. Die kunnen we dan op een multidisciplinaire manier ondersteunen. We kunnen ons hiervoor engageren, maar niet telkens voor dezelfde sector. En dat moet ook kunnen zonder bijkomende vergunningen. Met de Pilotprojecten Zorg hebben we ons vooral gericht op ouderen. Maar ook de zorginfrastructuur voor mensen met een beperking of voor de psychiatrie moet aan bod komen. We moeten ieder jaar opnieuw bekijken waar er een grote nood bestaat, zodat we rond dat thema een oproep kunnen lanceren. Met de recente staatshervorming komen een aantal nieuwe sectoren onder Vlaamse bevoegdheid, zoals het beschut wonen en de psychiatrische verzorgingshuizen. Het vormt een grote uitdaging om ook voor deze sectoren innovatieve projecten tot stand te brengen.

PLANNING PILOOTPROJECTEN ZORG



De Pilotprojecten Zorg zijn een gezamenlijk initiatief van de Vlaams Bouwmeester en de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. In 2012 lanceerden ze een oproep aan bouwheren of initiatiefnemers in de zorg om een dossier in te dienen voor de bouw van innovatieve zorgprojecten. Ze stelden een Kwaliteitskamer samen met partners van het Agentschap Zorg en Gezondheid, het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden aangelegenheden (VIPA) en Ruimte Vlaanderen, aangevuld met externe experts. Uit dertig inzendingen koos de Kwaliteitskamer vijf Pilotprojecten. De initiatiefnemers kregen een team toegewezen van externe deskundigen en konden rekenen op een intensieve begeleiding van de Kwaliteitskamer. Voor vier van de vijf voorstellen voerden drie interdisciplinaire ontwerpteams een ontwerpend onderzoek. Tijdens de jurering koos de kwaliteitskamer samen met de initiatiefnemers en de deskundigen het beste ontwerpvoorstel uit. In 2014 wordt het ontwerpvoorstel samen met de ontwerpteams verder verfijnd en kan de realisatie van de Pilotprojecten Zorg starten.

Pilootprojecten Zorg

Partners / Kwaliteitskamer / Ontwerpteams / Externe experts

PARTNERS PILOOTPROJECTEN ZORG

Jo Vandeurzen, *Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*
Team Vlaams Bouwmeester
Agentschap Zorg en Gezondheid
Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)

KWALITEITSKAMER PILOOTPROJECTEN ZORG

Peter Swinnen, *Voorzitter*
Karine Moykens, *Secretaris-generaal Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG), voormalig kabinetschef van minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen*
Wivina Demeester, *extern deskundige*
Chantal Van Audenhove, *extern deskundige*
Janny Rodermond, *extern deskundige*
Veerle Van der Linden, *Agentschap Zorg en Gezondheid, ouderenzorg*
Christel Van Langenhove, *Agentschap Zorg en Gezondheid, thuiszorg*
Carine Saelens, *Ruimte Vlaanderen*
Jeroen Dekeyser, *Agentschap Zorg en Gezondheid, ouderenzorg*
Christophe Cousaert, *Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden*
Steven Adons, *Participatiemaatschappij Vlaanderen*
Stijn De Vleeschouwer, *Projectverantwoordelijke Pilootprojecten Zorg*

ONTWERPTEAMS SELECTIEFASE

PPZ1 – Sint-Annasite, Sint-Truiden

1. NU architectuuratelier / AR-TE / STABO / TV Thiers - Dujardin landschapsarchitecten / Maarten Loopmans / Tinie Kardol / Tine Bufel
2. Atelier Kempe Thill Architects and Planners / Van Doorslaer / Land landschapsarchitecten / BAS bureau voor architectuur en stabiliteit / Studiebureau Boydens / DGMR
3. Office Kersten Geers David Van Severen / Twynstra Gudde / Bureau Bas Smets / UTIL / Henk Pijpaert Engineering

PPZ2 – Future All Care Living Solution, Dilbeek

1. AGWA / JZH & Partners / Studiebureau Boydens / Kahle Acoustics
2. Frederic Vandoninck Wouter Willems architecten / MAAT ontwerpers / STAUT architecten / Bureau Bouwtechniek
3. architecten de vylder vinck taillieu / Tractebel Engineering (Technum)

PPZ3 – De Korenbloem, Kortrijk

1. SNCDA / Cor Wagenaar / Franz Baro / Bollinger + Grohmann / Studiebureau Boydens / Transsolar / Miething + Marti Baron
2. Bel Architecten / Bureau Bouwtechniek / Ney + Partners / R. Boydens / Daidaloz-Peutz / Ester Goris
3. TV Studio Jan Vermeulen – Tom Thys Architecten – Sergison Bates Architects / VK Engineering

PPZ4 – Coda, Wuustwezel

1. Bart Macken Eef Boeckx Partnership / Atelier Veldwerk R.J. Luijters i.s.m. Arne Deruyter / BAS Dirk Jaspert / Studiebureau Boydens
2. noAarchitecten / Tijd en Vlijt / Studieburo Mouton / RCR studiebureau / Daidalos-Peutz
3. Van Belle & Medina Architects / Ney + Partners / Istema

PPZ5 – Astor, Geel

1. Osar Architecten / Bas Smets / Daidalos-Peutz / VITO / KU Leuven (departement ASRO)

EXTERNE EXPERTS

PPZ1 – Sint-Annasite, Sint-Truiden

Projectregisseur: Tom Lagast
Deskundige zorg: Paul Van Tendeloo
Deskundige architectuur: Ton Venhoeven

PPZ2 – Future All Care Living Solution, Dilbeek

Projectregisseur: Tom Lagast
Deskundige zorg: Pascal Debbaut
Deskundige architectuur: Jeroen Beerten

PPZ3 – De Korenbloem, Kortrijk

Projectregisseur: Frans Bouter
Deskundige zorg: Ariadne Rook
Deskundige architectuur: Jan Poolen

PPZ4 – Coda, Wuustwezel

Projectregisseur: Alex De Kind
Deskundige zorg: Marc Cosyns
Deskundige architectuur: Marlies Rohmer

PPZ5 – Astor, Geel

Projectregisseur: Huize Monnikenheide: Wivina Demeester en Kris De Koninck
Deskundige zorg: Rudiger De Belie
Deskundige architectuur: Bart Macken en Eef Boeckx

Redactie en productie

Joeri De Bruyn, Stijn De Vleeschouwer

Vormgeving

www.gestalte.be

Fotografie

© Tim Van de Velde

Luchtfoto's

© GDI-Vlaanderen

vu: Peter Swinnen, Vlaams Bouwmeester,
Grasmarkt 61, 1000 Brussel

www.vlaamsbouwmeester.be

www.pilootprojectenzorg.be



“Onzichtbare zorg is een zorg die werkelijk geïntegreerd is in het maatschappelijke en stedelijke leven, een zorg ingebed in het dagelijks bestaan; normaal en vanzelfsprekend. Een eerste generatie Pilootprojecten Onzichtbare Zorg die mee de bakens helpt verzetten.”

Peter Swinnen, Vlaams Bouwmeester

De Vlaams Bouwmeester en de Vlaamse minister van Welzijn lanceerden in 2012 een oproep aan zorgverstrekkers voor de bouw van innovatieve zorginfrastructuur. Vijf interdisciplinaire ontwerpteam ontwierpen de zorgmodellen van de toekomst. De vijf Pilootprojecten, die vanaf 2014 gerealiseerd zullen worden, geven zorg opnieuw een vanzelfsprekende plaats in de stedelijke ruimte.
