

---

PILOOTPROJECTEN

# ONZICHTBARE ZORG

Vijf wegen naar innovatie — 2012-2024

---



**BWMSTR**  
Team  
Vlaams  
Bouwmeester



---

Woord vooraf	2
Erik Wieërs, Karine Moykens	
Vijf wegen naar innovatie	4
Inleiding	
5 Pilootprojecten Onzichtbare Zorg	7
I. GOEDE ZORG BEGINT MET GOED WONEN	8
De Korenbloem, Kortrijk	
II. INTENS LEVEN	26
Coda, Wuustwezel	
III. OUDERDOM IS GEEN ZIEKTE	42
Klein Veldekens, Geel	
IV. DE ZORGZAME STAD	56
Buur&Berg, Sint-Truiden	
V. VANZELFSPREKENDE ZORG	64
Bijgaardenhof, Dilbeek	
Cocreatie tussen overheid en zorgsector	71
Interview met Karine Moykens	
<i>Lessons learned</i>	74
Conclusies en beleidsaanbevelingen	81
Colofon	84

---

Wonen wordt in Vlaanderen (en elders in Europa) al vele decennia benaderd als een individueel gegeven. Iedereen bouwt of huurt individueel een woning voor zichzelf of zijn gezin. Voor degenen die niet zelfstandig kunnen wonen, richt de gemeenschap instituten op: woonzorgcentra of begeleid wonen voor jongeren en mensen met een beperking. Die instellingen leunen naar opzet en uitdrukking vaak eerder aan bij ziekenhuizen en vakantiekolonies en gaan voorbij aan het wonen zelf. Er is dus nood aan de-institutionalisering en een inzet op 'huiselijkheid' in deze centra. Deze transitie is vanzelfsprekend ook een architectonische opgave.

Met de Pilotprojecten Onzichtbare Zorg wordt dan ook sterk ingezet op de woonconfiguratie en inrichting van deze collectieve gebouwen. Door de korrel van de dienstverlening te verkleinen naar groepen van eerder acht dan dertig personen, kan beter worden aangesloten bij een gezinssituatie. In kleinere groepen ervaren bewoners en bezoekers de schaal van het wonen en het instituut verdwijnt op de achtergrond. Dat dit gevolgen heeft voor de organisatie en zelfs de financiering van de zorg, hoeft geen betoog. De architectonische piloten dagen de maatschappij uit om een algehele transitie in gang te zetten. Deze publicatie is hier een aanzet toe.

De echte uitdaging is echter om nog een stap verder te zetten. In de toekomst moeten we evolueren naar kleinschalige, collectieve woongemeenschappen waar gezinnen, alleenstaanden, ouderen en jongeren, mantelzorgers en hulpbehoevenden samenwonen. Zodat wonen en zorgen weer samenvallen in een collectieve woongemeenschap. Dit zal niet enkel een institutionele en beleidsmatige omslag vragen, maar ook een grote mentale omslag voor alle Vlamingen.

**Erik Wieërs**  
**Vlaams Bouwmeester**

---

Toen we twaalf jaar geleden de oproep Pilotprojecten Onzichtbare Zorg lanceerden, was dit met de bedoeling om tot nieuwe ruimtelijke en architecturale zorgconcepten te komen in de ouderenzorg. Twaalf jaar later zijn deze concepten uitgewerkt en zijn drie van de vijf projecten effectief gerealiseerd.

Een belangrijke vaststelling hierbij is voor mij dat de rode draden in de verschillende innovaties van de pilotprojecten meer dan tien jaar later heel actuele issues zijn in ons (woon)zorgbeleid van vandaag. Dit toont op zich al aan hoe innoverend de pilotprojecten destijds al waren.

Ik som hieronder enkele rode draden op. Het belang van woonkwaliteit in de zorg, het belang van betrokkenheid van de buurt en integratie van de zorg in de buurt en ook het belang van geïntegreerde en flexibele inzet van personeel in de zorg zijn allemaal hot topics in het beleid van vandaag.

Daarnaast wil ik het belang van blijvende innovatie in de zorg benadrukken. De vele innoverende zorgprojecten in Vlaanderen duiden op een enorm ondernemerschap in de sector. Zowel het ondernemerschap als de innovatie moeten we blijven faciliteren, opvolgen, om er lessen uit te trekken en te vertalen in beleid. Door hun nek uit te steken kunnen we lessen trekken uit hun concrete ervaringen.

Door hun ervaringen en innovaties in the picture te zetten, zoals onder andere in deze publicatie gebeurt, kunnen we ondernemers in de zorg, architecten en beleidsactoren alvast inspireren.

**Karine Moykens**  
**Secretaris-generaal departement Zorg**

---

# VIJF WEGEN NAAR INNOVATIE

## Inleiding

---

De Vlaamse Bouwmeester en de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin lanceerden in 2012 een oproep aan zorgverstrekkers voor de bouw van innovatieve zorginfrastructuur. Vandaag, twaalf jaar later, maakt deze publicatie de balans op van de vijf 'Pilotprojecten Onzichtbare Zorg'.

Wat is 'onzichtbare zorg'?<sup>1</sup> Anders dan de uitdrukking op het eerste gezicht doet vermoeden, betekent het onzichtbaar maken van de zorg niet het aan het oog onttrekken van zorgvoorzieningen of zorgbehoevenden. Integendeel, onzichtbare zorg wil komaf maken met de manier waarop we lange tijd onze zorg organiseerden in grootschalige zorgvoorzieningen, denk maar aan het 'rusthuis' aan de rand van de stad. 'Onzichtbare zorg' is daarentegen als vanzelfsprekend ingebed in de stad, in de maatschappij en in het dagelijkse leven. In plaats van ouderen en zorgbehoevenden onder te brengen in een 'rusthuis' of een ander type voorziening, beseffen we vandaag dat we de zorg net moeten integreren in de stad, het dorp, de buurt en de wijk, om zorgbehoevenden op die manier een volwaardig leven te geven te midden van de maatschappij. Die ambitie komt er in grote lijnen op neer dat we, zoals de huidige Vlaamse Bouwmeester in zijn voorwoord aangeeft, eerst en vooral moeten inzetten op kwaliteitsvol, stedelijk en meer collectief wonen. Niet meer en niet minder. Want uiteindelijk zijn we allemaal in meer of mindere mate 'zorgbehoevenden'.

Vandaag zijn we twaalf jaar verder en is de tijd rijp voor een evaluatie van de vijf pilotprojecten. Drie van de vijf projecten zijn intussen gerealiseerd, in gebruik en dus 'bewoond', de twee andere worden weldra gerealiseerd, maar hebben een lang en complex traject achter de rug dat het waard maakt om reeds een tussentijdse evaluatie te maken. Wat opvalt aan de vijf pilotprojecten is dat ze erg divers zijn. Sommige zijn specifiek gericht op ouderenzorg, maar kennen elk hun eigen klemtonen. Terwijl het project in Geel vooral inzet op interactie met de buurt en kwaliteitsvol wonen, via een concept dat toelaat dat de zorg naar de bewoner komt in plaats van dat de bewoner moet verhuizen naar de zorg, zet het project in Kortrijk meer specifiek in op een toenevende maatschappelijke problematiek van mensen met jongdementie. Ook het project in Sint-Truiden biedt kwaliteitsvol wonen voor ouderen aan, maar vermengt deze zorg heel doelbewust, niet alleen met andere vormen van zorg (zoals kinderopvang en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking), maar ook met 'gewoon' stedelijk wonen voor gezinnen met kinderen. Ook het project in Dilbeek legt de klemtoon onomwonden op kwaliteitsvol wonen. Hier komen geen formele zorgvoorzieningen (GAW, LDC, WZC...) meer aan te pas, maar spitst het onderzoek zich toe op de constellatie van het 'dorp' als

---

<sup>1</sup> Zie P. Swinnen, "Onzichtbare Zorg" in: Vlaams Bouwmeester, *Pilotprojecten Onzichtbare Zorg. Innoverende zorgarchitectuur*, Brussel, 2012, p. 4 e.v.

---

een plek waar zorg voor elkaar de gewoonste zaak van de wereld is. Het vijfde project ten slotte, Coda in Wuustwezel, is baanbrekend omdat dit het hele palliatieve ‘zorgcontinuüm’ onder één dak aanbiedt. Want ook sterven behoort tot het leven, zowel voor wie gaat als voor de nabestaanden.

De pilootprojecten hadden verschillende doelstellingen. Enerzijds de meest directe, namelijk vijf keer een innovatieve zorgomgeving bouwen. Maar hoe baanbrekend soms ook, de ware inzet was uiteraard niet het welslagen van dit ene, individuele project. Een pilootproject – de naam zegt het zelf – wil een voorbeeld zijn voor andere projecten. Het doel van een pilootproject is om te onderzoeken wat mogelijk en wenselijk is, om dit vervolgens te laten doorwerken in andere projecten, zodat het pilootproject zich vermenigvuldigt. Een derde doelstelling van de pilootprojecten is om de inzichten die hier verkregen zijn te vertalen naar het reguliere beleid. Hiertoe was voor de Pilootprojecten Onzichtbare Zorg regelluwte voorzien, waarbij, in samenspraak met de bevoegde administraties, op bepaalde punten uitzonderingen op de regelgeving konden worden toegestaan.

Zijn de Pilootprojecten Onzichtbare Zorg, gemeten aan deze drie doelstellingen, geslaagd? Deze publicatie probeert hierop een antwoord te formuleren. De antwoorden zijn – uiteraard – niet altijd eenduidig. Vaak was het een traject van vallen en opstaan. Sommige projecten hebben niet al hun initiële ambities kunnen waarmaken. De beleidsaanbevelingen die ontsproten zijn aan twaalf jaar hard werken aan de pilootprojecten, gaan alleszins de goede richting uit, en zoals blijkt uit het interview achteraan deze publicatie met Karine Moykens, Secretaris-generaal van het departement Zorg, hebben de Pilootprojecten Onzichtbare Zorg geïnspireerd tot een nieuwe manier van werken, waarbij de overheid steeds meer de rol opneemt van cocreator in plaats van regulator en waarbij de voorbije jaren een programmawerking opgezet werd (denk maar aan de ‘Zorgzame Buurten’) die op veel verschillende plaatsen tegelijk innovatie en kwaliteit brengt. Het zijn dit soort programma’s die de verhoopte vermenigvuldiging van de pilootprojecten in gang kunnen zetten!





---

# 5 PILOOTPROJECTEN ONZICHTBARE ZORG

---

I.	GOEDE ZORG BEGINT MET GOED WONEN DE KORENBLOEM, KORTRIJK	8
II.	INTENS LEVEN CODA, WUUSTWEZEL	26
III.	OUDERDOM IS GEEN ZIEKTE KLEIN VELDEKENS, GEEL	42
IV.	DE ZORGZAME STAD BUUR&BERG, SINT-TRUIDEN	56
V.	VANZELFSPREKENDE ZORG BIJGAARDENHOF, DILBEEK	64



# I.

“Een gang met 38 kamers, met de beste wil van de wereld, dat is op het vlak van wonen en leven moeilijk te verdedigen. Zoiets zouden we vandaag niet meer mogen bouwen.”

Kristof Claeys, algemeen directeur De Korenbloem vzw



## GOEDE ZORG BEGINT MET GOED WONEN

**De Korenbloem is gelegen in een volkse Kortrijkse wijk, in de schaduw van de indrukwekkende neogotische Sint-Janskerk. In het kader van de Pilotprojecten Onzichtbare Zorg kon het woonzorgcentrum uitbreiden met zo'n negentig woonegelegenheden, twee centra voor dagverzorging en een lokaal dienstencentrum. Het project zet de toon voor een nieuwe generatie van ouderenzorg die de focus legt op goed wonen.**

Een niet onaardig weetje: op deze plek, net buiten de vroegere middeleeuwse stadsomwalling, werd in 1302 de Guldensporenslag uitgevochten. De plek heeft ook een lange traditie in de zorg. De illustere dokter-chirurg en Kortrijkzaan Emiel Lauwers (1858-1921) stichtte er een privaat ziekenhuis, dat na zijn dood overgenomen werd door zijn zoon en kleinzoon. Vanaf 1979 kreeg de plek een nieuwe bestemming als 'Rustoord dr. Emiel Lauwers'. De instelling veranderde later haar naam tot 'De Korenbloem Woon en Zorg vzw'. De relictten van het zorgverleden zijn vandaag nog zichtbaar in de historische parktuin van de dokter, meer in het bijzonder in twee dokterswoningen: het negentiende-eeuwse, neoclassicistische 'Villa Landhuis' en 'Villa Portiek', een woning uit het interbellum. We zijn meteen beland bij een van de drie vragen die dit pilotproject zich bij aanvang had gesteld: hoe kan je erfgoed integreren in de zorg? De tweede vraag: hoe kan je het woonzorgcentrum en de erg volkse buurt maximaal op elkaar betrekken? De derde vraag: hoe kan je woningen bouwen voor mensen met dementie, of nog specifieker, voor de doelgroep van mensen met jongdementie?

Het uitgangspunt van de architecten zou intussen vanzelfsprekend moeten klinken: “We bouwen geen zorginstelling, maar goede woningen.” Toen architect Jan Vermeulen (Studio Jan Vermeulen) bij aanvang van het pilotproject een team samenstelde, koos hij ervoor om samen te werken met Sergison Bates architects. Studio Jan Vermeulen (i.s.m. Tom Thys Architecten) ontwierp de zogenaamde 'Pergola' en renoveerde 'Villa Landhuis'. Sergison Bates architects nam 'Het Portiek' en de aanpalende interbellum-villa voor zijn rekening. Over die samenwerking zegt Vermeulen het volgende: “We brachten diversiteit in het team, omdat we geloven dat meerdere ideeën en signalen bijdragen aan het afbreken van het beeld van het institutionele. We wilden de gebouwen elk hun eigenheid geven, zodat ze gemakkelijker in de buurt geabsorbeerd worden.”

### Masterplan

- 1 Renovatie Villa Portiek
- 2 Nieuwbouw Het Portiek
- 3 Renovatie Villa Landhuis
- 4 Nieuwbouw De Pergola
- 5 Bestaand woonzorgcentrum De Lauwer

## PLAATS

Pieter De Conincklaan 12, 8500 Kortrijk

## BOUWHEER EN UITBATER

De Korenbloem vzw

## ONTWERPERS

Het Portiek en renovatie Villa Portiek: **Sergison Bates architects**  
De Pergola en renovatie Het Landhuis: **Studio Jan Vermeulen**  
i.s.m. **Tom Thys architecten**

## PROGRAMMA 'HET PORTIEK'

Vier groepswoningen (één voor negen en drie voor tien jonge personen met dementie), drie mantelzorgflats en twee zorgstudio's, doorloophuis met dagverzorging voor mensen met jongdementie, kenniscentrum, wijk- en buurtwerking, lokaal dienstencentrum

## PROGRAMMA 'DE PERGOLA'

Vier groepswoningen voor tien gebruikers (twee woningen en twee mantelzorgflats per niveau) met somatische zorg, zes mantelzorgflats, dagverzorging voor mensen met dementie, ontmoetingsruimte voor somatische bewoners



## Het Portiek, wonen voor mensen met jongdementie

De beschikbare ruimte voor de bouw van Het Portiek was beperkt, zodat de architecten wel in de hoogte moesten bouwen en er per verdieping ruimte is voor leefgroepen tot tien personen. Het Portiek richt zich tot de heel specifieke doelgroep van mensen met jongdementie. Mensen met jongdementie vragen om een andere aanpak dan oudere mensen met dementie. 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 zich nuttig maken, sporten, zwemmen, naar een concert gaan, een fietstocht maken. Mensen met jongdementie hebben vaak nog studerende kinderen of een partner die gaat werken. Dat alles vraagt om een aangepaste dienstverlening en een meer individuele begeleiding, wat zich ook vertaald heeft in de architectuur.

De moeilijkste uitdaging voor mensen met jongdementie is de desoriëntatie in tijd, ruimte en identiteit, veroorzaakt door het geheugenverlies. Daarom is het belangrijk om vertrouwde relaties met objecten, routines en ruimtes te versterken, zodat het gevoel van een 'thuis' kan ontstaan in een omgeving die groot genoeg is om de bewoners te blijven stimuleren tot (sociale) interactie. Om dit te realiseren schoven de architecten het concept van de 'kleine werelden' naar voren: "De wereld van personen met jongdementie 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."<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vlaams Bouwmeester, *Pilootprojecten Onzichtbare Zorg. Innoverende zorgarchitectuur*, Brussel, 2012, p. 48.

Vanaf de straat zie je niet dat Het Portiek (links) een zorggebouw is. Het is veeleer vormgegeven als een appartementsgebouw en bouwt voort op de vormtaal van de interbellum-villa (rechts), waarin een lokaal dienstencentrum is ondergebracht.





Het Portiek heeft riante balkons of 'buitenkamers' waar je met veel mensen kan samenkomen en bezoek kan ontvangen.

In Het Portiek zijn de individuele kamers groter gemaakt dan gebruikelijk in een woonzorgcentrum en is veel aandacht besteed aan de gemeenschappelijke leefruimtes, die erg huiselijk vormgegeven zijn. Voor de indeling van de gemeenschappelijke leefruimtes lieten de architecten zich inspireren door de enfilade-structuur van de villa. Net zoals in de villa zijn er in de woningen geen of nauwelijks gangen, maar enkel een opeenvolging van kamers en nissen. Op die manier beschikken de bewoners over een diversiteit aan plekken, sommige geschikt voor activiteiten in groep, met daarnaast rustigere plekken om zich terug te trekken.

De benedenverdieping van het nieuwe gebouw biedt plaats aan een centrum voor dagverzorging voor personen met jongdementie. Mensen kunnen hier hun dementerende partner afzetten als ze gaan werken. Als ze eens naar een concert of met vakantie willen gaan, kan hun partner terecht in het kortverblijf. Doordat de dagopvang en de woningen zich in hetzelfde gebouw bevinden, kunnen de bewoners overdag aansluiten bij de groep die naar de dagopvang komt en meedoen met de activiteiten of daguitstappen. Op de bovenste verdieping zijn er flats voorzien waar mensen met jongdementie kunnen blij-

ven samenwonen met hun partner. De partner kan zijn of haar activiteiten blijven uitoefenen, terwijl de persoon met dementie in een beschermde omgeving woont. De interbellum-villa is gerestaureerd en omgevormd tot een lokaal dienstencentrum. De villa is voortaan de uitnodigende toegangspoort tot de zorgvoorziening. Dankzij een rechtstreekse verbinding tussen de nieuwbouw en de villa kunnen de genereuze ruimtes van de villa ook gebruikt worden door de bewoners en komen ze in contact met bezoekers en de buurt.

Ook de parktuin speelt een belangrijke rol in de belevingswereld van de bewoners. Hij wordt opgevat als een belevingstuin die geborgenheid biedt. Tegelijkertijd vormt het park ook een sleutel voor de verweving met de buurt. Het is echter moeilijk tot onmogelijk om de tuin zonder meer publiek toegankelijk te maken. Hij maakt immers deel uit van de 'kleine werelden' van de bewoners en moet dus voldoende beschutting en bescherming bieden. Toch is de tuin op gezette tijden een plek van uitwisseling en ontmoeting, onder meer door een gedeeltelijk gebruik door het lokaal verenigingsleven en sociale partners of door georganiseerde ontmoetingen met scholen uit de buurt.



**Het Portiek, niveau 0**

1 Leefgroep voor personen met jongdementie

2 Lokaal dienstencentrum in Villa Portiek

Leefgroep voor personen met jongdementie.



Mantelzorgflat voor een koppel waarvan één persoon jongdementie heeft.



“De voorbije vijftien jaar zien we een duidelijke evolutie in de zorg. Steeds meer woonzorgcentra zien de voordelen in van kleinschalig wonen.”

Kirsten Gabriels, Sergison Bates architects

De gangen in Het Portiek zijn bijna zo breed als een kamer, zodat je niet meer weet of het een gang is of een leefruimte.







De interbellum-villa is gerestaureerd en omgevormd tot een lokaal dienstencentrum. De genereuze ruimtes kunnen ook gebruikt worden door de bewoners, zodat ze in contact komen met bezoekers en de buurt.

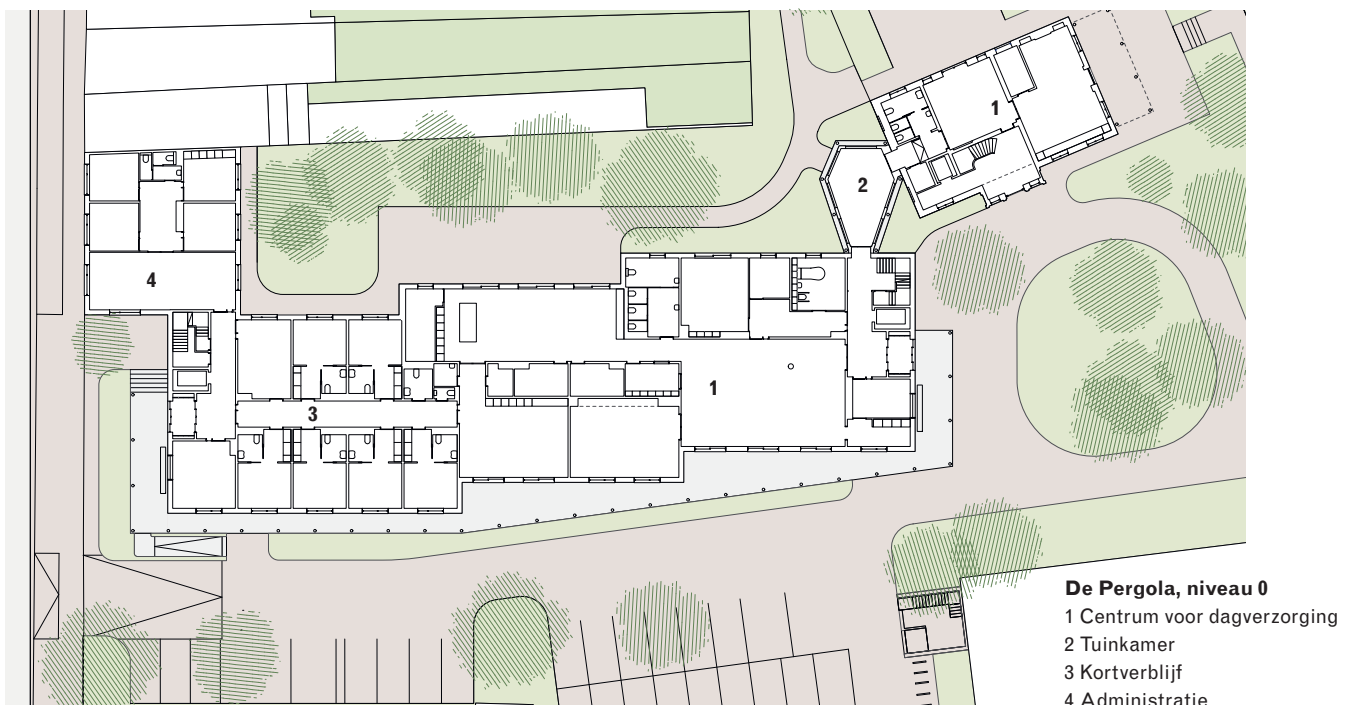
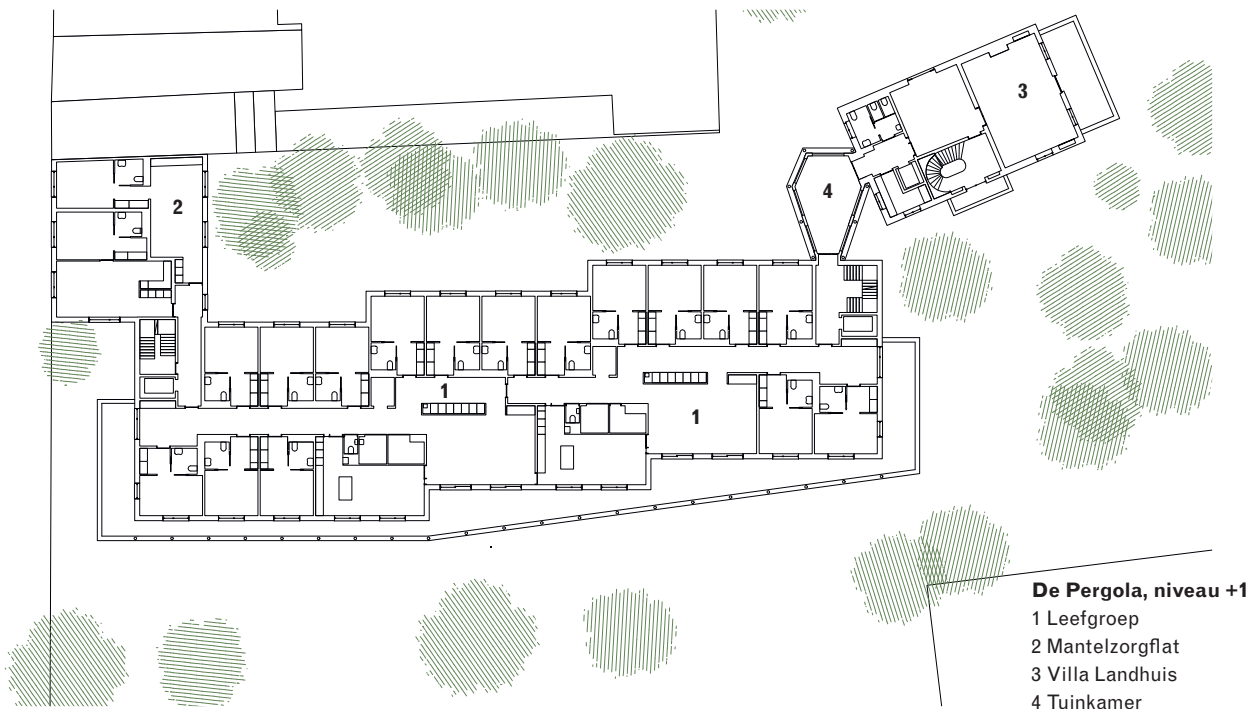


## De Pergola, 'dementieproof wonen'

De tweede nieuwbouw, 'De Pergola', ontworpen door Studio Jan Vermeulen, is een langgerekt gebouw van drie verdiepingen hoog, waar op elke verdieping twee leefgroepen voor acht tot tien bewoners zijn ondergebracht. Ook hier is het wonen veel kleinschaliger dan gebruikelijk georganiseerd, maar dankzij de horizontale nevenschikking kan de deur tussen twee leefgroepen op rustige momenten opengezet worden, wat een aanzienlijke bijdrage levert aan de efficiëntie van de zorg. Hoewel deze woningen in de eerste plaats bestemd zijn voor ouderenzorg, zijn ze toch 'dementieproof' gemaakt. Dat wil zeggen: geen lange gangen (die alleen maar vluchtgedrag uitlokken), maar een veelheid aan aangename plekken en geborgen nissen, waar de bewoners kunnen rondlopen of rust vinden. De leefgroepen

zijn vormgegeven als een 'huis' waarin een netwerk van 'kleine plekken' de belevingswereld van de bewoners vergroot.

De architecten renoveerden de aanpalende Villa Landhuis en brachten er een centrum voor dagverzorging in onder. Net zoals bij Het Portiek zijn ook hier villa en nieuwbouw met elkaar verbonden door een tussenkamer. En net zoals bij Het Portiek verwijst ook hier de architectuur van de nieuwbouw uitdrukkelijk naar de vormtaal van het beschermde erfgoed. Het neoclassicistische idioom keert terug in de vormgeving en kleur van de gevel, en de grote terras- of pergolastructuur verwijst naar de 'veranda' van de villa.





De historische parktuin speelt een belangrijke rol in de belevingswereld van de bewoners. Hij wordt opgevat als een belevingstuin die geborgenheid biedt.

## Kleinschalig wonen en leven

In De Korenbloem staan twee generaties woonzorggebouwen naast elkaar: enerzijds Het Portiek en De Pergola, die resoluut inzetten op kleinschalig wonen, en anderzijds het (nog maar nauwelijks) dertig jaar oude gebouw, De Lauwer genaamd, met zijn typische 'ziekenhuisarchitectuur' met lange gangen die telkens zo'n dertig kamers bedienen. Je zou kunnen stellen dat het oudere model vertrekt vanuit het idee om de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren, terwijl het nieuwe model vertrekt vanuit de kwaliteit van het wonen. Volgens Kristof Claeys, directeur van De Korenbloem, gaat deze tegenstelling echter niet helemaal op. Volgens hem begint goede zorg met goed wonen, en goed wonen is alleen maar mogelijk als het kleinschalig georganiseerd is. Vandaar ook dat in De Lauwer de leefgroepen van dertig kamers opgesplitst zijn in twee leefgroepen. Volgens Claeys zijn leefgroepen van om en bij de tien mensen (die geschakeld kunnen worden aan een andere leefgroep, zoals in De Pergola) ideaal. Inzetten op goed wonen is niet alleen beter voor de bewoners, aldus Claeys, maar ook beter voor de zorg.

Volgens hem is het niet per se duurder of moeilijker te organiseren. "De voorwaarde is wel dat je de kleinschaligheid groot-schalig kan organiseren."

Kleinschalig zorgwonen vergt wel een andere werking en dus ook een andere personeelsinzet. En dat blijkt – net zoals trouwens in Klein Veldekens in Geel – een heikel punt. De streefregels voor personeelsinzet staan een vernieuwende werking in de weg. Claeys lost dit op door – naar eigen zeggen – 'creatief' om te springen met de personeelsinzet. In De Korenbloem vertaalt zich dat in een veel vrijere omgang met de bewoners, waarbij de verschillende personeelsprofielen (verplegers, zorgkundigen, logistieke medewerkers, enzovoort) geregeld uit hun rol vallen. Het zijn in essentie allemaal 'woonbegeleiders'. Het contact met de bewoners is veel persoonlijker en betrokken, en op die manier vindt het personeel ook meer voldoening in het werk.

“In de buitenruimte hebben we met behulp van eenvoudige architecturale en stedenbouwkundige recepten een aantal ‘tussenruimtes’ gemaakt, die mensen met dementie de mogelijkheid bieden om drempels te herkennen en al dan niet te overschrijden. Die architecturale principes zijn niet nieuw, ze zijn net heel klassiek, maar worden heel precies ingezet.”

Jan Vermeulen, Studio Jan Vermeulen





De architectuur van De Pergola bouwt voort op de vormtaal van Villa Landhuis. Het neoclassicistische idioom keert terug in de vormgeving en kleur van de gevel, en ook de grote terras- of pergolastructuur verwijst naar de 'veranda' van de villa.



---

# “Kleinschalig wonen moet je grootschalig organiseren.”

## **Kristof Claey's, algemeen directeur De Korenbloem vzw**

---

“In ons oude gebouw hadden we grote afdelingen voor 38 bewoners. Dat was eigenlijk niet werkbaar. We hebben muren geplaatst en de afdelingen opgesplitst in leefgroepen van ongeveer 17 bewoners. Gaandeweg leerden we dat kleinschaligheid voordelen oplevert. Dankzij kleinere leefgroepen kunnen we meer inzetten op wonen en leven. In een groep van acht bewoners kennen de verzorgers iedereen en hebben ze ook een band met hun familieleden. De bewoners vertoeven vaker in de leefruimte en trekken zich minder vaak terug in hun kamer. Je moet dus niet meer zo vaak van kamer tot kamer gaan. 's Ochtends, 's middags en 's avonds eten ze bijna altijd samen. Er wordt veel meer samengeleefd. Als je in een leefgroep van 38 mensen woont en je familie komt op bezoek, dan ga je naar je kamer. Als er in De Korenbloem familieleden op bezoek komen, schuiven ze mee aan de keukentafel en hebben ze vaak ook een gesprek met de andere bewoners. De cohesie tussen de bewoners onderling en tussen de familie, de bewoners en de medewerkers is veel sterker. Dankzij het kleinschalig samenwonen wordt het isolement van de bewoners doorbroken. Dat is een grote maatschappelijke meerwaarde! Bewoners in een grootschalige setting zijn vaak eenzamer. In een kleine huiselijke woonvorm is er meer contact met de medewerkers, de medebewoners en de familie van de medebewoners, omdat er geleefd wordt in de leefruimte en niet op de kamer.”

“In De Pergola werken we met leefgroepen van acht tot tien bewoners, die telkens per twee horizontaal gekoppeld zijn. Tussen de twee leefgroepen staat een deur, die we kunnen openzetten als het rustig is en weer sluiten als het druk wordt. Met de huidige personeelsnormering is een groep van acht eigenlijk net te klein om je personeel efficiënt in te zetten. Maar als we op rustige momenten de deur kunnen openzetten, bijvoorbeeld tussen 12 en 14 u, wanneer de mensen rusten op hun kamer, is er maar één iemand nodig voor twintig mensen. In Het Portiek daar-

entegen zijn de leefgroepen verticaal gestapeld. Hier hebben we iets meer personeel nodig, want je kan onmogelijk toezicht houden op de woning boven of onder je. Je moet altijd de trap of de lift nemen. Zorg verticaal organiseren is mogelijk, maar je moet voldoende horizontaliteit hebben. Als je kleinschalig wil werken, moet je grootschalig organiseren.”

“Veel woonzorgcentra hebben het moeilijk om personeel te vinden. Wij daarentegen hebben geen openstaande vacatures. Ik ben ervan overtuigd dat onze manier van werken hierin een belangrijke rol speelt. Mensen komen hier graag werken. In grote voorzieningen met een gang van 38 bewoners doet iedereen – verplegers, zorgkundigen, logistieke medewerkers – zijn eigen strikt afgebakende taak. In ons kleinschalige model is iedere medewerker een woonbegeleider. De verpleegkundige mag mee soep maken. Als er tijd en ruimte is in de namiddag kunnen ze activiteiten met de bewoners doen. Het werk is voor iedereen quasi gelijk. Onze medewerkers krijgen hierdoor de bewoners te zien in hun totaliteit als mens. Dat leidt tot meer waardering en voldoening.”

“Er komt een ongeziene vergrijzingsgolf op ons af met een gigantische toestroom van ouderen naar woonzorgcentra. De overheid moet dringend een duidelijke visie opmaken over waar ze met de ouderenzorg naartoe wil. Wat willen wij als overheid stimuleren? Welke dienstverlening willen we aanbieden? Wat verstaan we onder kwalitatief wonen? De overheid moet consequent zijn met wat ze wil. Een gang met 38 kamers, met de beste wil van de wereld, dat is op het vlak van wonen en leven moeilijk te verdedigen. Zoiets zouden we vandaag niet meer mogen bouwen. We bouwen best ook geen woonzorgcentra meer in afgelegen of niet-stedelijke gebieden. In sommige woonzorgcentra staan vandaag hele vleugels leeg, niet omdat er geen potentiële bewoners zijn – je hebt ongetwijfeld mensen die graag in hun dorp willen blijven wonen – maar het personeel wil niet meer elke dag twintig kilometer rijden om er te komen werken.”



De gemeenschappelijke leefruimtes zijn huiselijk vormgegeven. Bewoners brengen hun eigen meubels mee.

In De Pergola zijn de verpleegposten 'onzichtbaar' geïntegreerd in de leefgroepen als een klein bureau met afsluitbare kasten.



Het centrum voor dagverzorging op de benedenverdieping van De Pergola.





De architecten renoveerden Villa Landhuis en brachten er een centrum voor dagverzorging en vergaderzalen in onder.





---

# “De normaalste zaak van de wereld.”

**Jan Vermeulen, Studio Jan Vermeulen,  
architect van De Pergola**

---

“Wij hebben het ontwerp van het woonzorgcentrum benaderd vanuit de alledaagse kwaliteiten van het wonen. We hebben geprobeerd zo goed mogelijke appartementen en woningen te maken. Dat zou eigenlijk de normaalste zaak van de wereld moeten zijn. We hebben typologieën ontwikkeld die in andere sectoren, zoals bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg, al veel langer bestaan en zich bewezen hebben.”

“In een klassiek woonzorgcentrum leef je op een afdeling met zo'n 32 kamers langs een lange gang. Je kan weliswaar een uitstapje maken naar de gang of de gemeenschappelijke leefruimte, maar je kamer is je woning. Het is de plek waar je bijvoorbeeld je familie ontvangt. Dat is een heel kleine leefwereld. In De Korenbloem hebben we leefgroepen gemaakt van acht tot tien bewoners. Het wonen is er vergelijkbaar met een studentenhuus. Je woont er met acht samen, je hebt een gemeenschappelijke living, een gemeenschappelijke keuken en misschien nog een aparte zithoek. Je huis is een groot appartement met acht slaapkamers. Je ontvangt je familie niet in je kamer, maar in de living.”

“Als je met meerderen samen in een appartement woont, moet je overmaat creëren. De kamers zelf beantwoorden aan de oppervlaktes die de overheid voorschrijft, maar de gemeenschappelijke ruimtes zijn veel genereuzer. Op die manier zijn we erin geslaagd om een kwalitatief appartement te maken met een diversiteit aan plekken: een aparte keuken omdat Janine graag in de keuken zit terwijl Jos naar de koers kan kijken. Dit soort scenario's kom je in elk huishouden tegen. We hebben de woningen ontworpen als een aaneenschakeling van 'kleine werelden'.”

“Een goede architectuur of ruimtelijke organisatie volstaat niet. Er moeten ook een visie en een werking tegenover staan. In De Korenbloem wordt dit ondersteund door een zorgvisie waarbij de personen die zorg verlenen minder in hun discipline vastzitten – de kok, de verpleger, de kinesist... – maar eerder werken vanuit het principe van de 'kotmadam': iemand die de leefgroep beheert en samen met de mensen aan de kook kan gaan en hen betreft in het huishouden. Dat is een heel andere manier van leven.”

“Uit onderzoek blijkt dat mensen met dementie onrustig worden, niet alleen door het toenemende gebrek aan cognitieve capaciteiten, maar vooral omdat ze zich bewust zijn van dat gebrek, maar er niets aan kunnen doen. Ze hebben de neiging om zich vast te klampen aan dingen die ze heel goed kennen, zoals objecten van vroeger ('mijn eigen stoel', 'mijn tafeltje', 'mijn spulletjes') of een dagelijkse routine ('ik doe 's ochtends altijd dit', 'ik zit altijd op die plek, want daar heb ik overzicht'). De opgave bestaat er dan in hoe je voor acht of tien mensen werelden kan creëren binnen de leefgroep.”

“Mensen met dementie en mensen met jongdementie vertonen vaak vluchtgedrag. In sommige woonzorgcentra verbergt men de voordeur of plakt men er een sticker over met een foto van een bos of een boekenkast. Maar die mensen zijn niet onnozel. Ze zien dat er mensen in en uit die boekenkast komen, wat ook heel raar is. Als je de voordeur niet aan het einde van de gang plaatst, maar inwerkt in de ruimte, waardoor de vanzelfsprekende route je elders heen leidt, dan zullen ze niet wegvlugten. Als je een gang maakt met aan het einde een deur, lok je net vluchtgedrag uit.”

“In de buitenruimte hebben we, met behulp van eenvoudige architecturale en stedenbouwkundige recepten, een aantal 'tussenruimtes' gemaakt, die mensen met dementie de mogelijkheid bieden om drempels te herkennen en al dan niet te overschrijden. Een voorbeeld van zo'n tussenruimte is de ingang van De Pergola met de luifel en het bankje eronder. Een persoon met dementie kan beslissen om daar te gaan zitten en te blijven. Anderen die mentaal en fysiek nog voldoende capaciteit hebben, zeggen: 'hier kan ik over, tot aan de volgende plek'. Zij zien die plek als een doorgang. In plaats van een eindeloze weidsheid te maken, hebben we gezorgd voor een aaneenschakeling van herkenbare plekken waar mensen zich kunnen voortbewegen en waar ze mogelijk geremd kunnen worden. Hierdoor vergroot je de zelfstandigheid. Ook het terras aan de villa is zo'n drempel. Hier bevindt zich een dagcentrum voor mensen met dementie. Voor wie de tuin te groots en te angstaanjagend is, is er een beschermde plek onder de luifel. Vandaar ook dat de luifel niet in uitkraging is gemaakt, maar dat hij op kolommen rust, om de eenvoudige reden dat de kolommen de ruimte afbakenen. Die architecturale principes zijn niet nieuw, ze zijn net heel klassiek, maar worden heel precies ingezet.”

---

# “De drempels van de zorg vervagen.”

---

## **Kirsten Gabriels, Sergison Bates architects, architect van Het Portiek**

---

“De voorbije vijftien jaar zien we een duidelijke evolutie in de zorg. Steeds meer woonzorgcentra zien de voordelen in van kleinschalig wonen. We komen van leefgroepen van meer dan dertig personen, dat werden er vervolgens vijftien, en hier in De Korenbloem is dat nog eens gehalveerd. In grote leefgroepen komen de mensen 's middags samen in enorme leefruimtes. Dertig mensen in een zaal of refter geeft een heel ander gevoel dan acht tot tien mensen in een huiselijke leefruimte. Als architect ontwerp je geen ziekenhuisstructuur meer, maar een goede en vanzelfsprekende woonruimte. We gebruiken huiselijke materialen zoals houten vloeren, we maken een gezellige keuken, een zithoek, enzovoort. Allemaal zaken die je ook in een gewone woning vindt.”

“Het Portiek is bestemd voor mensen met jongdementie. Dat is een bijzondere doelgroep. Het zijn mensen jonger dan 65 jaar, ze zijn nog heel mobiel en actief. Ze staan nog stevig in het leven, gaan graag op stap, hebben vaak nog een gezin met kinderen en krijgen vaak bezoek. Dat alles vraagt om een andere aanpak dan een klassiek woonzorgcentrum. De kamers zijn groter dan gebruikelijk. De bewoners hebben meer nood aan privacy en willen graag hun familie ontvangen op hun kamer. Doordat we de kamers iets groter hebben gemaakt, zijn ze bovendien in staat hun eigen meubels mee te brengen. Ook dat schept de nodige vertrouwdeheid.”

“Omwille van stedenbouwkundige randvoorwaarden hadden we maar een relatief kleine oppervlakte ter beschikking. We moesten dus wel de hoogte ingaan. Het is echter ongebruikelijk om zorg verticaal te organiseren. Het is minder efficiënt, want er zijn minder kamers per verdieping, zodat de zorg zich verticaal moet bewegen. Daartegenover staat dat in de hoogte bouwen kansen biedt om het wonen kleinschalig te organiseren: er is slechts één leefgroep van acht tot tien bewoners per verdieping. Als je in de hoogte bouwt is de toegang tot de buitenruimte erg belangrijk. We hebben riante balkons voorzien. Het zijn buitenkamers waar je met veel mensen kan samenkomen en waar je dus bijvoorbeeld bezoek kan ontvangen.”

“Het erfgoed op de site, met name de twee villa's, heeft ons ontwerp gestuurd. We hebben ons laten inspireren door de enfiladestructuur van de villa's: een opeenvolging van kamers zonder gangen. Die organisatie hebben we ook in de appartementen doorgezet. De gemeenschappelijke leefruimtes met woonkamer, zithoek, keuken en terras vormen een aaneenschakeling van nissen en plekjes zonder *dead ends*. De 'gangen' zijn bijna zo breed als een kamer, zodat je niet meer weet of het een gang is of een leefruimte.”

“Vanaf de straat zie je niet dat Het Portiek een zorggebouw is. Het is veeleer vormgegeven als een appartementsgebouw en bouwt voort op de vormentaal van de interbellum-villa en de nabijgelegen gebouwen. Ook bij het betreden van het gebouw heb je niet het gevoel dat het hier om een zorgvoorziening gaat. Er is geen receptie met balie waaraan je doorverwezen wordt, wel een hal met deurbellen en brievenbussen. De drempels van de zorg vervagen.”



Het lokaal dienstencentrum in Villa Portiek (boven) is verbonden met de nieuwbouw door een tussenkamer (onder) die op verschillende manieren gebruikt kan worden.



“Met dit pilootproject willen we wegen op het beleid, de regelgeving, en dus de financiering van de palliatieve zorg.”

Christine Gonnissen, voorzitter raad van bestuur van Coda vzw

**Verborgen achter een bomenrij langs de Bredabaan in het Kempische Wuustwezel ligt een bijzonder huis. De architectuur oogt fris, kleurig, speels en zelfs blij. De horizon is weids, de natuur alomtegenwoordig. Niets doet vermoeden dat dit huis een palliatief centrum is.**

“Sterven hoort bij het leven, en tot de laatste dag wordt er intens geleefd.” Dat is in een notendop de filosofie van Coda. Doodgaan maakt deel uit van het leven, dus moet je het een plaats geven en ook de laatste dagen zo kwaliteitsvol mogelijk beleven, ondersteund met de nodige zorg, in gezelschap van vrienden en familie, in een huiselijke omgeving, midden in de natuur en de elementen, met het nodige comfort, lekker eten, misschien wel een glaasje... De zorgverleners dragen geen uniform of witte schorten, maar werken in hun gewone plunje. Zorg wordt zo veel mogelijk ‘onzichtbaar’ verleend. Meer dan honderd vrijwilligers draaien uren mee, koken in een van de drie keukens die het kloppende hart vormen van het huis, snoeien de bomen op de binnenplaats, onderhouden de tuin, begeleiden en ondersteunen de zieken en de nabestaanden of werken in de *backoffice* aan de website of de boekhouding. Als je het huis bezoekt, valt het onmiddellijk op: de sfeer is er opgewekt, ongedwongen, taboeloos, huiselijk. Patiënten worden hier ‘gasten’ genoemd. Het idee van het ziekenhuis is hier ver weg.

Gaan we even twaalf jaar terug in de tijd. In 2012, bij de start van de pilootprojecten, bestond Coda al zo'n twintig jaar. Het palliatief centrum was gevestigd in een oude kloosterhoeve in Wuustwezel, die doorheen de jaren beetje bij beetje gerenoveerd, verbouwd en uitgebreid werd. Er was een hospice gevestigd, waar terminaal zieke mensen hun laatste weken en dagen konden doorbrengen, met daarnaast een dagopvang voor palliatieve mensen die nog thuis willen blijven wonen. Ook het palliatief netwerk en de thuiszorgequipe vonden er onderdak. Het model was uniek voor Vlaanderen. Met de pilootprojecten kreeg Coda de kans, niet alleen om haar 'Masterplan Zorg' te vertalen in een nieuwe architectuur met een groter en beter aangepast gebouw, maar ook om haar werking meer institutioneel te verankeren, te verbreden en nieuwe samenwerkingen op te zoeken.

Coda is het kleinste (in omvang) van de vijf pilootprojecten, maar misschien wel een van de meest complexe. Verschillende soorten erkenningen en financieringen en dus ook meerdere regelgevingen, komen hier samen in een voor de buitenstaander quasi onontwarbaar kluwen. We zetten het even op een rijtje. Grosso modo zijn er in Coda zeven verschillende diensten of voorzieningen ondergebracht.

## Hospice

In het hospice komen mensen terecht die ongeneeslijk ziek zijn en in de terminale fase zijn beland. Er zijn acht ruime kamers: kleine 'huisjes' met hal, slaapkamer, leefkamer, badkamer en toegang tot een individueel terras met achterliggend tuintje en uitzicht op het weidse landschap. Coda wil de gasten die hier verblijven zoveel mogelijk comfort en welzijn bieden. Er wordt medische zorg verleend (pijn- en symptoomcontrole), maar vooral ook existentiële en/of spirituele zorg en sociale ondersteuning. De bedoeling is om samen met familie en vrienden leven en kwaliteit toe te voegen aan de laatste levensdagen. Het hospice is een unicum in Vlaanderen: het is de enige palliatieve eenheid buiten ziekenhuismuren. Coda werkt in een affiliatie

samen met ziekenhuis AZ Klina in Brasschaat: de acht palliatieve bedden van Coda werden historisch erkend als de SP-pal bedden van Klina. Technisch gezien is deze vleugel dus een 'ziekenhuis'. Dat betekent niet alleen dat ze zo wordt gesubsidieerd, maar ook dat de strenge regelgeving van de ziekenhuizen hier in principe van toepassing is. Coda heeft echter op dit vlak, in samenspraak met het ziekenhuis en de Vlaamse overheid, een aantal uitzonderingen bekomen die vooral betrekking hebben op bouwtechnische regelgeving, voedselhygiëne en een soepelere personeelsinzet, die toelaat dat er meer continuïteit van zorgverlening is tussen het hospice en het dagcentrum.

Coda is een open huis met vele kamers en verschillende toegangen.



## PLAATS

Bredabaan 743, 2990 Wuustwezel

## BOUWHEER

Coda vzw

## UITBATER

Coda vzw en Klina vzw

## ONTWERPER

noAarchitecten

## PROGRAMMA

**Nieuwbouw van een palliatief centrum met hospice (8 bedden), centrum voor dagverzorging, lokaal dienstencentrum en kenniscentrum (NPZN)**

## Centrum voor dagverzorging

Coda huisvest een van de (slechts) vijf erkende palliatieve centra voor dagverzorging in Vlaanderen. Het centrum vangt ongeneeslijk zieke mensen (of zwaar zieke patiënten die herstellende zijn) op die thuis willen blijven wonen. Net zoals in het hospice krijgen ook deze mensen een breed spectrum van zorg, van medische pijn- en symptoombestrijding tot begeleiding bij existentiële vragen of vragen over palliatieve zorg of euthanasie. Bovenal worden ze hier ondergedompeld in een warme thuis. Niet alleen de gasten, ook hun familieleden en mantelzorgers krijgen ondersteuning, begeleiding en vorming aangeboden, want door de mantelzorg te ondersteunen, versterk je ook de thuissituatie. Alex de Kind, de directeur van Coda, zegt hierover: "Goede palliatieve zorg werkt alleen als er naast de persoon die ziek is ook een goed netwerk is. 80% van de zorg wordt door dat netwerk verleend."

## Lokaal dienstencentrum

Coda heeft daarnaast ook een erkenning als lokaal dienstencentrum (LDC). De cafetaria is het zenuwcentrum van dit LDC. Buurtbewoners en zorgbehoevenden kunnen er terecht voor een goedkope warme maaltijd, een drankje of een babbel. Hierdoor kan Coda vroegtijdig zorgbehoeften detecteren en kunnen mensen sneller doorverwezen worden. Maar behalve een informele ontmoetingsplaats is de cafetaria ook een actieve plek waar Coda mensen informeert over palliatieve zorg, rouwbegeleiding of euthanasie (LEIFpunt) en opleidingen geeft aan adviesgroepen, patiëntenverenigingen, bedrijven en eerstelijnszorgers zoals thuisverpleegkundigen of huisartsen.

## Palliatief Netwerk Noorderkempen

Coda is de thuisbasis van het Palliatief Netwerk Noorderkempen, een van de vijftien palliatieve netwerken in Vlaanderen. Coda informeert de bevolking in de Noorder- en Voorkempen, werkt samen met en ondersteunt de verschillende partners in de regio (woonzorgcentra, ziekenhuizen, palliatieve zorgseenheden, eerstelijnszorgverleners, voorzieningen voor personen met een beperking, zorgorganisaties voor vrijwilligers, families en mantelzorgers) en verzamelt en verwerkt cijfergegevens en kennis.

## Thuiszorg

Zoals elk palliatief netwerk heeft ook Coda een thuiszorg-equipe, in het jargon de 'multidisciplinaire begeleidingsequipe' (MBE). Dat is een gespecialiseerd team bestaande uit onder meer een arts, verpleegkundigen, een psycholoog en vrijwilligers, dat thuisondersteuning biedt aan palliatieve mensen, hun naasten en zorgverleners. Zij zorgen ervoor dat aan alle voorwaarden wordt voldaan opdat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Het team geeft psychologische en morele begeleiding aan palliatieve mensen en hun naasten en fungeert als de spin in het web van verschillende ondersteunende instanties, organisaties en eerstelijnszorgers zoals de huisarts, de pijnbestrijding, thuisverzorgingsdienst, de poets-hulp of de maaltijdbedeling. Het team is 7 dagen op 7 en 24 u op 24 u bereikbaar.



Het contact met het landschap en de natuur draagt bij tot de rust, de sereniteit en de levenskwaliteit van bewoners, personeel en vrijwilligers.





De oude schuur (boven) herinnert aan de voormalige kloosterhoeve waar Coda gehuisvest was.  
Onder: de intieme rouwplek.



## Respijtzorg

In het kader van het pilootproject voerde Coda een 'Gap-analyse' uit. De nood aan een vorm van kortverblijf/respijtzorg ('zorghotel') stond al langer op de radar. Coda bouwde hiertoe met eigen middelen vijf kamers, waarvan twee woonzorg- (WZ) en drie kortverblijfkamers (KV). De nood om deze vorm van palliatieve zorg te kunnen aanbieden wordt alsmaar groter (onder meer door veranderende gezinssituaties). Kortverblijf ondersteunt mensen tijdens hun ziekteproces en komt tegemoet aan de wens om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen.

## Rouwzorg

De zevende en laatste pijler binnen het palliatieve 'zorgcontinuüm' is de rouwzorg. "In Coda stopt het verhaal niet bij het sterven van de gasten. We zorgen ook voor de nabestaanden. Rouwzorg is een van de, zonet de belangrijkste pijler van onze werking, hoewel deze dienst niet erkend of gesubsidieerd wordt," zegt de Kind. "De rouwzorg ligt als een deken over alles wat wij doen." Coda organiseert zowel individuele als collectieve begeleiding, waarbij mensen leren omgaan met verliesgevoelens, verdriet, twijfels en angsten. Die begeleiding neemt de vorm aan van gesprekken, workshops of wandelingen in de natuur. Soms gaat het ook over praktische ondersteuning: de mantelzorger die achterblijft heeft na het overlijden van zijn

naaste plots geen enkel statuut meer. De Kind: "We vullen rouwzorg heel breed in. Het is belangrijk om er al in een vroeg stadium mee te beginnen. Het is niet omdat iemand overlijdt dat je dan pas in de rouw gaat. Je moet dat al veel vroeger oppikken."

Het pilootproject is op vele vlakken geslaagd. Dankzij dit traject heeft Coda zijn werking kunnen verdiepen en verbreden zodat die het hele palliatieve zorgcontinuüm bestrijkt; beschikt het over een aangepast, comfortabel en erg huiselijk gebouw; heeft het allianties kunnen smeden met andere organisaties, en heeft het voor zijn werking uitzonderingen verkregen op de regelgeving. Het succes van een pilootproject kan echter niet enkel afgemeten worden aan het welslagen van dat ene individuele project. De finaliteit van een pilootproject is dat het ook op andere plaatsen ingang kan vinden en (in zijn geheel of deels) gekopieerd en vermenigvuldigd wordt. Christine Gonnissen, voorzitter van de raad van bestuur van Coda, zei in 2012, bij aanvang van het pilootproject: "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 pilootproject 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." Tot op vandaag is de opportuniteit waarvan sprake nog onvoldoende aangepakt en blijft Coda Hospice de enige palliatieve eenheid buiten ziekenhuismuren.

De kamers van het hospice hebben elk een eigen achterdeur en tuintje.



---

## “Lessons learned vertalen in beleid.”

**Christine Gonnissen, voorzitter raad van bestuur  
Coda vzw  
Alex de Kind, directeur van Coda vzw**

---

“Sterven maakt gewoon deel uit van het leven. Dat hoort er nu eenmaal bij. Het goed ondersteunen van degene die zal gaan en degene die ernaast staat, is erg belangrijk. We moeten terugkeren naar het principe dat sterven en stervzorg onderdeel zijn van onze maatschappij en ingebed zijn in lokale gemeenschappen. Ons huis is een belangrijke katalysator om die weg in te slaan en een cultuurverandering teweeg te brengen.”

“We streven naar een vermaatschappelijking van de zorg. Coda is al bijzonder gedragen in een warme community. We zoeken verder naar manieren om de buurt te activeren en zorg te dragen voor elkaar. Daarom is het lokaal dienstencentrum (LDC) zo belangrijk voor onze werking. In het lokaal dienstencentrum en café Coda maken we de connectie met de buurt, de buurtbewoners, lokale handelaars, buurtschappen, andere zorgorganisaties, buurtscholen, de wijkagent. Buurtbewoners komen er 's middags eten of 's avonds een glas drinken. De bezoekers worden ambassadeurs van onze organisatie. Op die manier slagen we erin de perceptie te keren van Coda als louter een 'huis om te sterven'.”

“In ons hospice hebben we plaats voor acht gasten. Op papier zijn dat ziekenhuisbedden, die ondergebracht zijn bij AZ Klina. Klina heeft een erkenning voor veertien palliatieve bedden, waarvan er acht bij ons zijn ondergebracht. Het was niet eenvoudig om dit te realiseren. De medische raad of het bestuursorgaan van een ziekenhuis kijkt ernaar met een medische blik. Dat leidt tot spanningen. Denk bijvoorbeeld aan het koken van eten. Als je daar met de normen en wetten van een ziekenhuiskeuken naar kijkt, zijn er allerlei zaken die niet mogen, zoals een rauw ei of het gebruik van kruiden uit onze kruidentuin. Wij hebben daar heel hard voor gevochten en wij blijven op ons standpunt staan. Onze keukens zijn het kloppende hart van ons huis. Wij zijn tot bij de minister gegaan om afwijkingen te bekomen op de regelgeving en ervoor te zorgen dat onze vrijwilligers kunnen blijven koken. Die afwijking hebben we gekregen! We overtreden dus geen regels, maar we duwen wel tegen de grenzen

aan. We doen dat ook op het vlak van personeelsinzet. Hoewel het dagcentrum en het hospice twee verschillende erkenningen zijn, elk met hun eigen personeel, gebeurt het bij ons vaak dat een verpleegkundige van het hospice zorgtaken uitvoert in het dagcentrum, of omgekeerd. Dat is weliswaar niet volgens het boekje, maar we hebben dit wel in overleg met het ziekenhuis geformaliseerd. Zonder de nominatie als pilootproject was dit wellicht nooit gelukt. Dan hadden we het ziekenhuis niet over de streep kunnen trekken. Wij zijn heel dankbaar dat wij die kans hebben gekregen.”

“We hebben altijd ingezet op 'ontschotting'. We hebben daar hard voor moeten knokken. De ontschotting is geslaagd in de architectuur. Het hospice en het dagcentrum bijvoorbeeld lopen naadloos in elkaar over, terwijl ze wel aparte erkenningen hebben. Ook op bestuursniveau is er een vorm van ontschotting gebeurd, denk maar aan de structurele samenwerking met het ziekenhuis. Bij onze collega's in andere netwerken zien we dat ze patiënten thuis begeleiden en als de persoon vervolgens terecht komt in een dagcentrum of een ziekenhuis, dan verdwijnen de verpleegkundigen en vrijwilligers plots uit beeld. Wij streven naar continuïteit van de begeleiding in de overdracht van thuiszorg naar het dagcentrum of van het dagcentrum naar het hospice. De patiënt ziet zijn vertrouwde gezichten en moet niet zeven keer opnieuw zijn verhaal vertellen. Op die manier krijg je een soort naadloosheid in je organisatie.”

“Hebben we met dit pilootproject onze initiële ambities kunnen verwezenlijken? Met ons gebouw zeker wel, maar op het vlak van regelgeving, erkenningen en financiering zijn we er nog lang niet. We hebben bij Coda weliswaar uitzonderingen verkregen op de regelgeving, en dat is goed voor ons, maar onze ambitie reikt veel verder. We zouden het fantastisch vinden mochten er in Vlaanderen dertig hospices komen. De bedoeling van een pilootproject is immers niet dat het eenmalig is, maar dat het gekopieerd of vermenigvuldigd wordt en een structurele impact heeft op beleid en regelgeving. In Vlaanderen zijn wij momenteel nog steeds het enige hospice of palliatief centrum buiten ziekenhuismuren. Eigenlijk zouden we het liefst zien dat er een erkenning zou komen voor hospices zonder dat daar een ziekenhuiserkenning aan gekoppeld moet zijn. Het gaat erom de *lessons learned* te vertalen in beleid. Dat is nog niet gebeurd.”

---

# “Het systeem uitdagen.”

---

## An Fonteyne, noAarchitecten

---

“Coda was gevestigd in een oude kloosterhoeve die doorheen de jaren was opgeknapt en uitgebreid. De sfeer was er erg huiselijk. Iedereen leek er erg op zijn gemak omdat het zo vrij en geïmproviseerd was. Zorg geven was er heel menselijk. Je zag dat de mensen die er werkten en verbleven, er graag waren en dat kwam deels doordat ze zo veel vrijheid kregen. Ze konden er ontsnappen aan allerlei regels, bijvoorbeeld wat betreft voedselhygiëne. Je mag er bijvoorbeeld gerookte zalm of zachtgekookte eieren eten. In een ziekenhuis is dat ondenkbaar. Ook het landelijke karakter van het gebouw met zijn aaneenschakeling van volumes en daken, de imperfectie, het mooie uitzicht op het beschermde natuurgebied, de weidse horizon en de seizoenen die er zo sterk spelen, vonden we interessant en hebben we meegenomen in het ontwerp voor de nieuwbouw.”

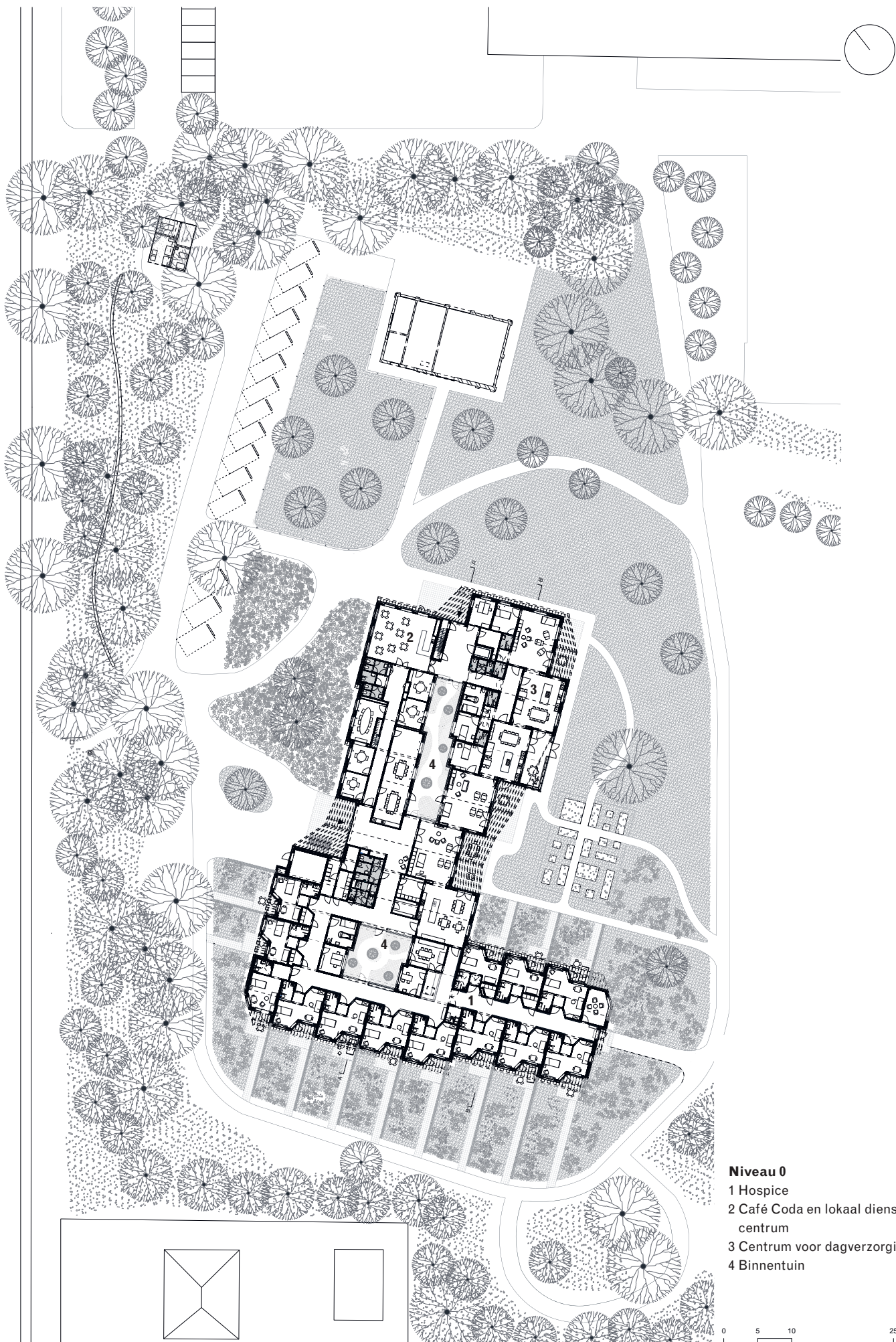
“Het pilootgehalte van dit project zit vooral in de vraag, veel meer dan in de architectuur. De architectuur is een vertaling van een vraag die zorg anders definieert dan we gewend zijn. Het feit dat je een bed naar buiten kan rollen, onder het afdak kan liggen en naar de regen kan luisteren, naar de wolken kan kijken of de wind kan voelen, is zeer uitzonderlijk voor een ziekenhuis. De kamers hebben elk een eigen achterdeur en een tuintje. Vrienden en familie hoeven niet door het ‘instituut’ naar binnen, maar kunnen langs de achterdeur op bezoek komen. Het voordeel van twee deuren is ook dat je meerdere routes hebt. Op moeilijke of blije momenten kan je de omgeving kiezen waar je het meest zin in hebt. De kamers zijn méér dan enkel een slaapkamer, ze hebben ook een kleine living, waar de naasten rustig kunnen zitten en andere dingen kunnen doen dan gewoon rond een bed zitten en waken.”

“Tijdens het ontwerpproces heb ik de plek meerdere keren bezocht. Ik heb ook een dag doorgebracht met de gasten en de zorgverleners. Dat was een belangrijk moment. Je ontmoet bijvoorbeeld mensen die al een tijdje in het dagcentrum verblijven, maar die op een bepaald moment te ziek worden en ervoor kiezen om in het hospice te sterven. Intussen hebben ze wel een relatie opgebouwd met hun begeleiders en met de andere gasten, met wie ze dagelijks samen lunchen. Maar als ze naar het hospice verhuizen, worden ze geacht ook daar te eten. Daarom hebben we die twee entiteiten, het dagcentrum

en het hospice, die op papier twee verschillende werelden zijn, aan elkaar geschakeld. Hierdoor ga je bijna ongemerkt van het ene naar het andere en geef je de mensen de mogelijkheid om toch nog een tijdje te eten waar ze dat altijd gedaan hebben en met de vrijwilligers en begeleiders met wie ze een nauwe band opgebouwd hebben.”

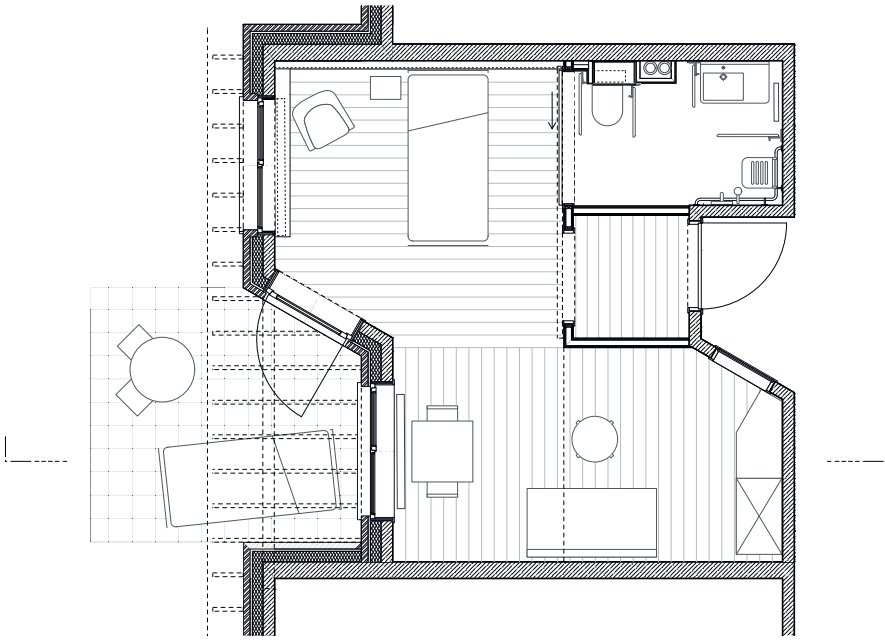
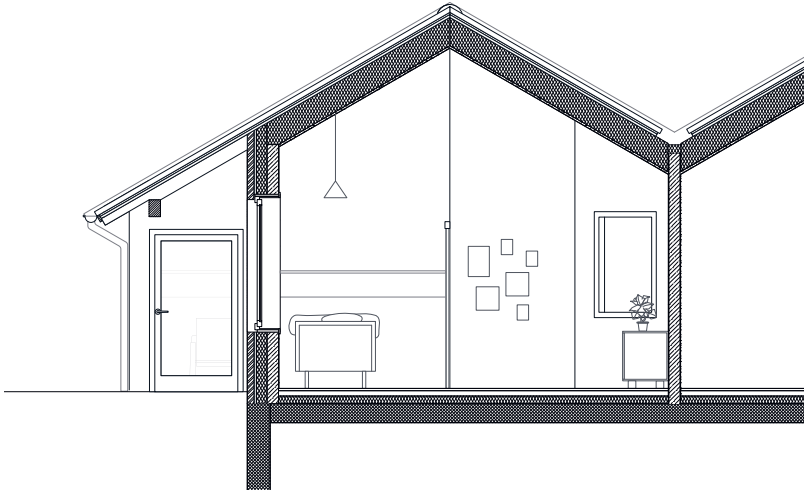
“Coda is deels ziekenhuis, deels dagcentrum, deels lokaal dienstencentrum. Dat zijn drie verschillende regelgevingen en drie verschillende regimes. De mensen die er werken staan op drie verschillende *payrolls*. Het feit dat de gasten verzorgd worden door mensen die eigenlijk ergens anders werken – die absolute aandacht voor de continuïteit van mensen en zorg – dat is waar Coda het systeem uitdaagt. Dat maakt het ook moeilijk op het vlak van regelgeving en subsidiëring. De pilootprojecten werden aangekondigd als een omgeving waar niet alleen de projecten maar ook de regelgeving zelf onderworpen zouden worden aan kritische reflectie. Iedereen zou rond de tafel zitten en in dezelfde richting meedenken. Dat is te weinig gebeurd en het bleef onduidelijk hoever je mag gaan in het zoeken naar synergieën. De verschillende overheden moeten bijvoorbeeld aanvaarden dat ruimtes gedeeld worden en dus niet twee keer moeten worden voorzien. Dat vereist een ruim kader en een gemeenschappelijke motivatie. Ook op het vlak van de architectuur was er weinig sprake van regelluwte. Je zit uiteindelijk ook aan tafel met lokale overheden, die niet rechtstreeks betrokken zijn bij de pilootprojecten en dus hun eindverantwoordelijkheid moeten opnemen zoals ze dat altijd doen. De brandweer bijvoorbeeld, beschouwde het hospice als een ziekenhuis en eiste een brandweerstand van twee uur voor het dak. De regelgeving van een typisch ziekenhuis toepassen op Coda, waar alle kamers op het gelijkvloers liggen, is absurd. Uiteindelijk is er een gedeeltelijke afwijking gekomen, maar die heeft meer te maken met lokale kennis en netwerken, dan met een gedeelde ambitie om de regels in vraag te stellen.”

“Het was een fantastische ervaring om aan dit project te werken en ik heb er heel veel van opgestoken. Ik was diep onder de indruk van de warmte, betrokkenheid en het respect bij Coda, iets wat ik nergens eerder zo heb meegemaakt. Een pilootproject kan echter enkel zo benoemd worden als er andere volgen. De invloed op de zorg en het regelgevend kader was een ambitie die te weinig is waargemaakt. Maar misschien komt dat nog?”

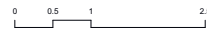


- Niveau 0**
- 1 Hospice
  - 2 Café Coda en lokaal diensten-centrum
  - 3 Centrum voor dagverzorging
  - 4 Binnentuin

0 5 10 25



Kamer van het hospice in snede en plan.





De bewoners hebben vanuit hun bed een weids uitzicht op de tuin en het landschap. Je kan het bed gemakkelijk naar buiten rollen.





De brede vensterbanken aan de binnentuin bieden een plek voor moeilijke gesprekken.

De binnentuinen brengen groen en licht tot in de kern van het gebouw.







De drie keukens vormen het kloppende hart van het huis.

In het lokaal dienstencentrum en café maakt Coda de connectie met de buurt en met andere organisaties.





Als je het huis bezoekt, valt het onmiddellijk op: de sfeer is er opgewekt, ongedwongen, taboeloos, huiselijk.

“Het pilootgehalte van dit project zit vooral in de vraag, veel meer dan in de architectuur. De architectuur is een vertaling van een vraag die zorg anders definieert dan we gewend zijn.”

An Fonteyne, noAarchitecten





“Dankzij de ‘zwevende zorglabels’ moeten mensen hun vertrouwde omgeving niet meer verlaten als ze meer zorg nodig hebben. Het bed verandert niet van plaats maar van naam.”

Guido Perremans, CEO Armonea Belgium

Voor wie met de trein komt, heeft Geel een nieuw gezicht gekregen. De roze torens van Klein Veldekens, vlak naast de spoorweg, tekenen zich af tegen de blauwe hemel en het idyllische weiland. De gebouwen vallen op en toch zijn ze een mooi voorbeeld van ‘onzichtbare zorg’: niets wijst erop dat dit een thuis is voor ouderen.

Dat was natuurlijk ook de bedoeling van de initiatiefnemers en de ontwerpers van dit pilootproject. Hun premisse luidde: “Ouderdom is geen ziekte. [...] Als ouderen geen zieken zijn, moeten we ze ook niet als zieken behandelen en in een ziekenhuisachtige instelling plaatsen.”<sup>1</sup> Het pilootproject wil breken met het klassieke model van het ‘rusthuis’ of ‘woonzorgcentrum’, dat soms beschouwd wordt als de laatste etappe van het leven, waar je naartoe gaat als het echt niet meer anders kan, waar je gescheiden wordt van je partner en je voortaan moet leven op het ritme van de zorg.

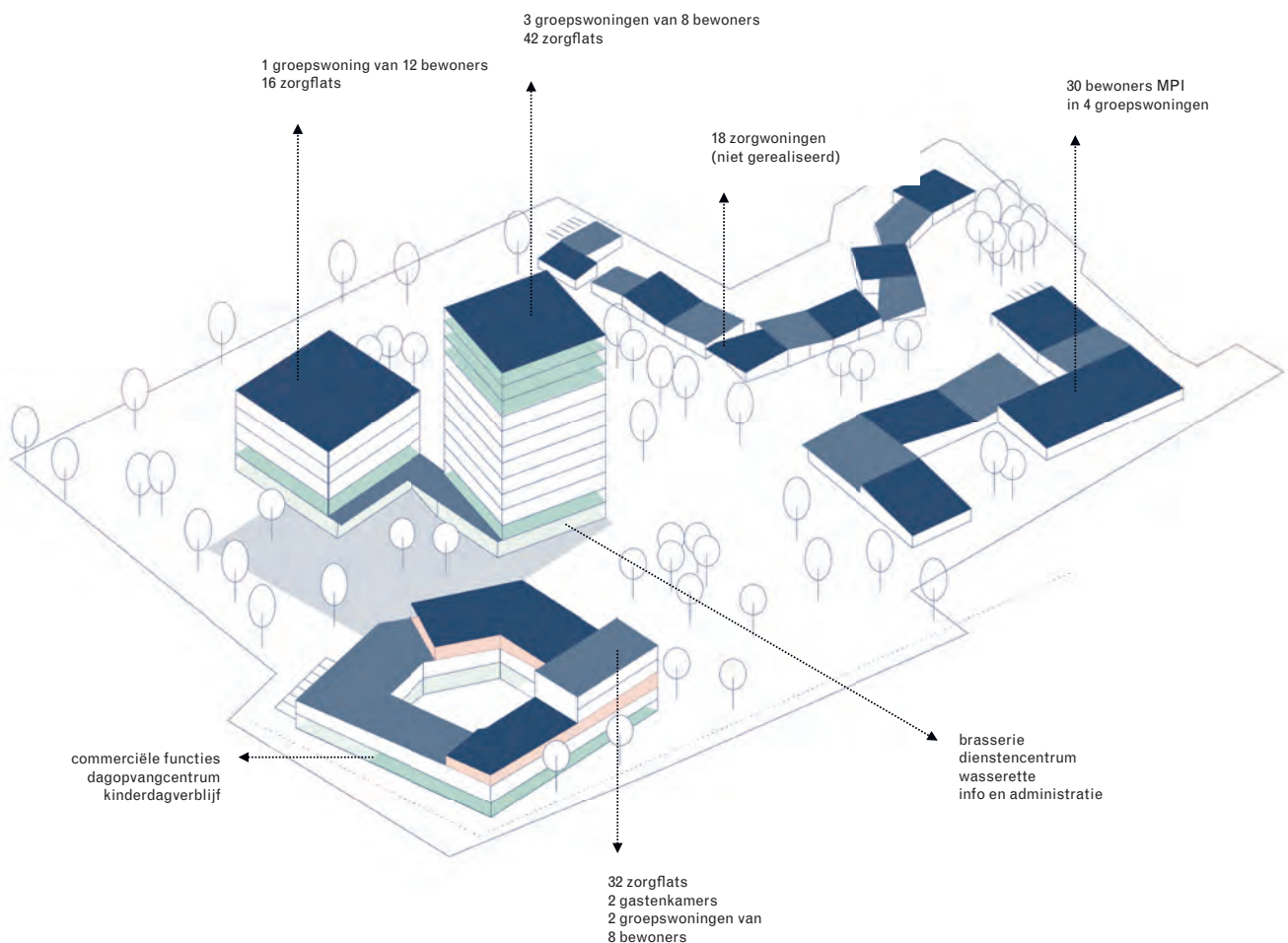
“We wilden geen zorgomgeving, maar een woonomgeving maken”, zeggen de architecten van Osar. Dat uit zich in eerste instantie in de vormgeving van publieke ruimtes, gemene delen, appartementen en kamers. Hier vind je geen balies of loketten, lange gangen, glazen verpleegposten of klinische badkamers. De sfeer is huiselijk, de materialen warm. De architecturale zorg gaat tot in de kleinste details.

Dat uit zich ook, in tweede instantie, in de organisatie van de verschillende woontypes en een model dat levensbestendig wonen toelaat en zorg op vraag – en dus op maat – aanbiedt. Hoe ziet dit model eruit? Klein Veldekens heeft een breed woonaanbod: op sommige verdiepingen bevinden zich groepswoonings voor acht tot twaalf personen, andere verdiepingen bieden plaats aan appartementen met één of twee slaapkamers. De kamers in de groepswoonings hebben een woonzorgerkennning (WZC). De flats daarentegen zijn assistentiewoningen (GAW). Maar hier komt de crux van het verhaal: de erkenningen van de plaatsen in de assistentiewoningen kunnen wijzigen van GAW naar WZC. Dat zijn de zogenaamde ‘zwevende zorglabels’. Klein Veldekens heeft in totaal een erkenning gekregen voor 90 WZC-plaatsen. Een deel van deze erkenningen of WZC-labels zijn niet vastgeklonken aan kamers of bedden, maar kunnen in principe vrij bewegen doorheen de verschillende woongelegenheden in de drie gebouwen. Dat klinkt allemaal erg technisch en abstract, en dat is het ook, maar het komt erop neer dat als je – bijvoorbeeld – met je partner in een van de assistentiewoningen woont, je, afhankelijk van je noden, een beroep kan doen op de aangeboden zorg. Maar als je partner op een dag erg zorgbehoevend wordt, hoeft die niet, zoals vandaag gebruikelijk is, te verhuizen naar een WZC-kamer, maar kan die gewoon met de partner thuis blijven wonen. Niet de persoon verhuist naar de

<sup>1</sup> Vlaams Bouwmeester, *Pilootprojecten Onzichtbare Zorg. Innoverende zorgarchitectuur*, Brussel, 2012, p. 61.

zorg, maar de WZC-zorg komt voortaan naar je toe. Alle assistentiewoningen zijn hiervoor uitgerust en voldoen aan de normen van een WZC-kamer. Zo kunnen partners blijven samenwonen als ze dat willen.

Dat is de theorie. In de praktijk ligt het soms wat moeilijker, vanwege – zoals je verder kan lezen – een aantal praktische en regelgevende obstakels, vooral met betrekking tot personeelsinzet. Het zou de moeite tonen te onderzoeken hoe die weggevoerd kunnen worden.



## Masterplan

## PLAATS

Klein Veldekenstraat, 2440 Geel

## BOUWHEER

Astor vzw

## UITBATER

Astor vzw (tot eind 2023)  
Armonea (vanaf begin 2024)

## EIGENAAR

Aedifica NV (sinds 2020)

## ONTWERPER

Osar architects

## PROGRAMMA

Zorgflats met één of twee slaapkamers, waarvan 90 WZC-plaatsen; gemeenschapscentrum met publieke voorzieningen (twee centra voor dagverzorging, kinderdagverblijf, lokaal dienstencentrum); 30 woningen voor MPI-Oosterlo



Fiets- en wandelroutes lopen dwars over de site.



Toegang tot de cafetaria.

## De schotten tussen zorgsectoren

Een andere doelstelling van het pilootproject was om de zogenaamde 'schotten' tussen de verschillende zorgsectoren weg te halen, of althans te proberen om hierin een paar 'gaten' te maken. Meer in het bijzonder gaat het hier om het MPI-Oosterlo (Medisch-Pedagogisch Instituut), dat ook een plaats heeft gekregen op de site en residentiële woonzorg aanbiedt voor mensen met een verstandelijke beperking. Het MPI bouwde op de site vier leefgroepen voor een dertigtal mensen. Het zijn beschutte, afgesloten woningen op de begane grond, even huise-lijk vormgegeven als de woongroepen in de torengebouwen. Bij

aanvang van het pilootproject leefde de wens om zorgpersoneel uit te wisselen tussen de twee vormen van residentiële zorg. Dat idee stierf een snelle dood omwille van te rigide arbeidsvoorwaarden. Elke voorziening behoudt haar eigen personeels-equipe. Toch zijn er vormen van uitwisseling tussen de twee woonomgevingen. Het MPI maakt gebruik van de catering van Klein Veldeken, sommige bewoners van het MPI verrichten taken in het woonzorgcentrum en bezoekers van de bewoners van het MPI maken dankbaar gebruik van de cafetaria van Klein Veldeken.

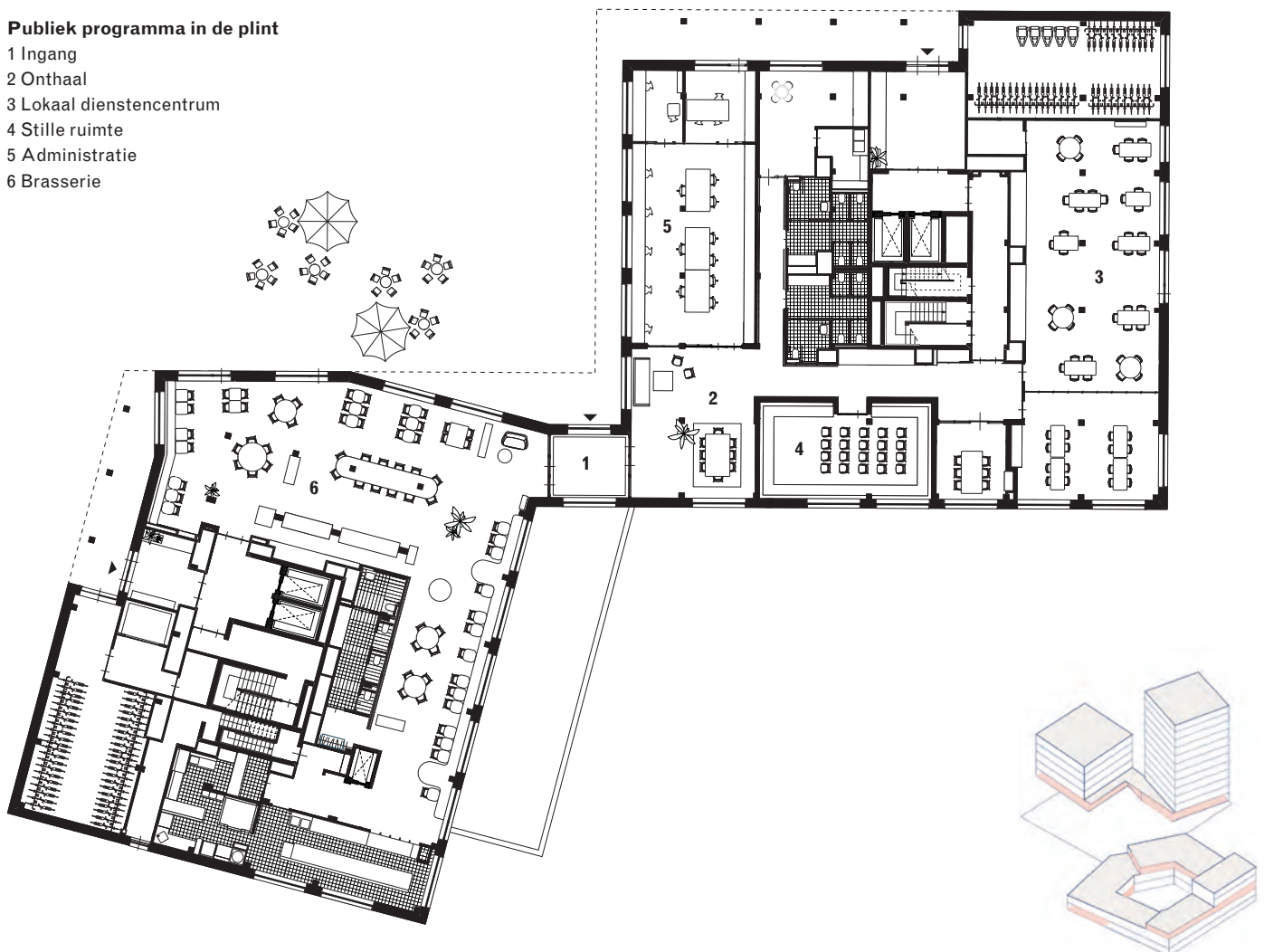
## Inbedding in de buurt

Verder was het de bedoeling – ook inherent aan de filosofie van de 'onzichtbare zorg' – om het geheel in te bedden in de buurt. Dat gebeurt in eerste instantie op stedenbouwkundig niveau: het geheel is niet ontworpen als een gesloten zorgcluster, maar is 'doorwaadbaar' gemaakt door fiets- en wandelroutes over de site te laten lopen, waardoor ook niet-bewoners naar de site worden getrokken. Om de buurt zoveel mogelijk te betrekken bij het dagelijks leven, zijn er daarnaast in de plint van de gebouwen verschillende voorzieningen geïntegreerd: een cafetaria, een lokaal dienstencentrum, een centrum voor dagverzorging,

een kinderdagverblijf, een kapper, een pedicure, een spa/wellness en (op de verdieping) een vestiging van Pleegzorg Provincie Antwerpen. Tot op heden is dit maar ten dele gelukt. Niet alle voorzieningen zijn publiek. Zo mag een kapper die verbonden is aan een WZC geen andere klanten dan de bewoners van dat WZC ontvangen. Er was ook een buurtwinkel gepland, maar die is er nog niet gekomen. Men onderzoekt nog verder hoe ook deze voorzieningen op termijn gerealiseerd kunnen worden en hoe ze kunnen worden opengesteld voor de buurt.

### Publiek programma in de plint

- 1 Ingang
- 2 Onthaal
- 3 Lokaal dienstencentrum
- 4 Stille ruimte
- 5 Administratie
- 6 Brasserie







Geen klassieke inkombalie, maar een tafel om je aan te melden.



De cafetaria is een ontmoetingsplek voor bewoners en de buurt.

## Een nieuw economisch model?

Tot slot had dit pilootproject als ambitieuze doelstelling om betaalbaar wonen aan te bieden zonder overheidssubsidies. De bouwheer zou met andere woorden geen VIPA-subsidies aanvragen vanuit de veronderstelling dat als je anders bouwt en je de zorg anders organiseert, je minder zorgvragen hebt, en zorg dus goedkoper wordt. Of zoals de toenmalige initiatiefnemer Michiel Verhaegen (ASTOR vzw) het verwoordde in de ontwerpfase: “Goede architectuur biedt comfort en schept voorwaarden voor zelfstandig wonen. De bewoners zullen daarvoor minder druk zetten op het verzorgende personeel. Ze zullen minder gauw op de bel duwen. Dat willen we proberen te bewijzen.”<sup>2</sup>

Of deze doelstelling behaald kan worden is moeilijk te verifiëren. Enerzijds omdat het project uiteindelijk wél subsidies heeft

ontvangen (omwille van een wijziging van het systeem van infrastructuursubsidies voor woonzorgcentra), anderzijds omdat de bouwheer kort na de oplevering en de ingebruikname van Klein Veldekens in financiële problemen kwam en in 2023 failliet ging. Het is moeilijk de vinger te leggen op de precieze oorzaken van dit faillissement, en dit is ook niet de plaats om dit te doen. Aedifica had eerder, in juli 2020, het vastgoed overgenomen en had een huurcontract met de uitbater, toen nog vzw Astor, gesloten. De timing, net in de eerste coronagolf, gevolgd door de energiecrisis, inflatieproblematiek en algehele personeelschaarste, heeft de zaken ook niet vergemakkelijkt. Begin 2024 heeft het project een doorstart gemaakt met een nieuwe uitbater (Armonea). Die is het innovatieve zorgconcept erg genegen en is momenteel nog aan het uitzoeken op welke manier dit best operationeel kan worden gemaakt op het vlak van logistiek, interne organisatie en tewerkstelling.

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 67.

---

# “We bouwen geen woonzorgcentrum maar een woonomgeving.”

**Cecilia Aernaudts en Karianne Paesschen,  
Osar architecten**

---

“Ons uitgangspunt voor dit project was om een omgeving te creëren die aanvoelt als een thuis. We bouwen geen woonzorgcentrum maar een woonomgeving. Dat principe heeft onze keuzes geleid in elk aspect van het ontwerp, van de grote lijnen tot de kleinste details. We hebben bijvoorbeeld veel aandacht besteed aan de manier waarop je als bewoner of bezoeker binnenkomt. Bij de ingang staat een bankje om te wachten of even uit te rusten, er hangt een sfeervolle lamp, iedereen heeft zijn eigen brievenbus en deurbel. Ook al is het een zorgomgeving, je hebt altijd het gevoel: ‘dit is mijn huis.’”

“We hebben geprobeerd warme en gezellige woningen te maken. In de flats hebben we bijvoorbeeld aandacht besteed aan de manier waarop je familie kan ontvangen. Alles is voorzien: er is een volledig uitgeruste keuken, er is ruimte om een grote tafel te zetten, er is een terras, er is een bezoekerstoilet in de flat zelf. Het resultaat is dat de familie graag op bezoek komt. Ook al kook je zelf niet meer, er kan wel voor jou gekookt worden en

het hele gezin kan daarbij aansluiten. Toen we tijdens de open-deurdagen mensen rondleidden, zeiden ze ons: ‘Hier wil ik ook wel wonen.’ Dat is altijd onze intentie geweest. Waarom moet een assistentiefat er anders uitzien dan een gewone woning?”

“Ook de groepswoningen zijn huiselijk vormgegeven. We vermijden lange gangen, je komt bijna meteen uit in de leefruimtes. Er is een grote open leefkeuken waar de bewoners kunnen helpen met koken. We hebben niet één grote leefruimte gemaakt, maar hebben ze opgedeeld in meerdere zones en hoeken. Als je je wil terugtrekken, vind je altijd nog wel een plek waar je rustig kan lezen of praten.”

“Het idee bestond erin om een gemengd programma te bouwen van groepswoningen (die erkend zijn als WZC) en assistentiewoningen (GAW). Dankzij het concept van de ‘zwevende zorglabels’ kunnen de plaatsen van deze assistentiewoningen indien nodig ook een WZC-label krijgen. De groepswoningen zijn de basis van waaruit de zorg georganiseerd wordt. Daarom hebben we de groepswoningen, die telkens een volledige verdieping in beslag nemen, zoveel mogelijk gespreid over de verschillende verdiepingen van de drie gebouwen. Op die manier verkleinen we de afstanden tussen de groepswoningen en





Bij de inkom staat een bankje om te wachten of even uit te rusten. Iedereen heeft zijn eigen brievenbus en deurbel.

de assistentiewoningen. Die opzet maakt het mogelijk dat je niet meer hoeft te verhuizen eens je hier bent komen wonen. Ik geef een voorbeeld. Als een van de partners van een koppel dat in een assistentiewoning woont meer zorgbehoevend wordt, kunnen ze ervoor kiezen dat de woning een WZC-label krijgt. Ze kunnen er echter ook voor kiezen dat de partner 's nachts in de groepswoning – een verdieping hoger of lager – verblijft, maar overdag weer naar de flat gaat. Je moet dan maar gewoon even de lift nemen en je bent er. Of andersom, dat het koppel 's nachts samen blijft slapen in de assistentiewoning, maar dat de partner overdag in de groepswoning verblijft.”

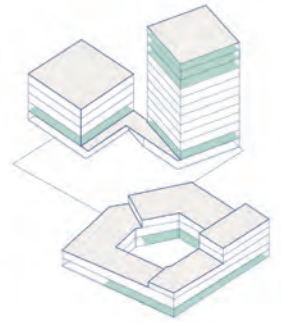
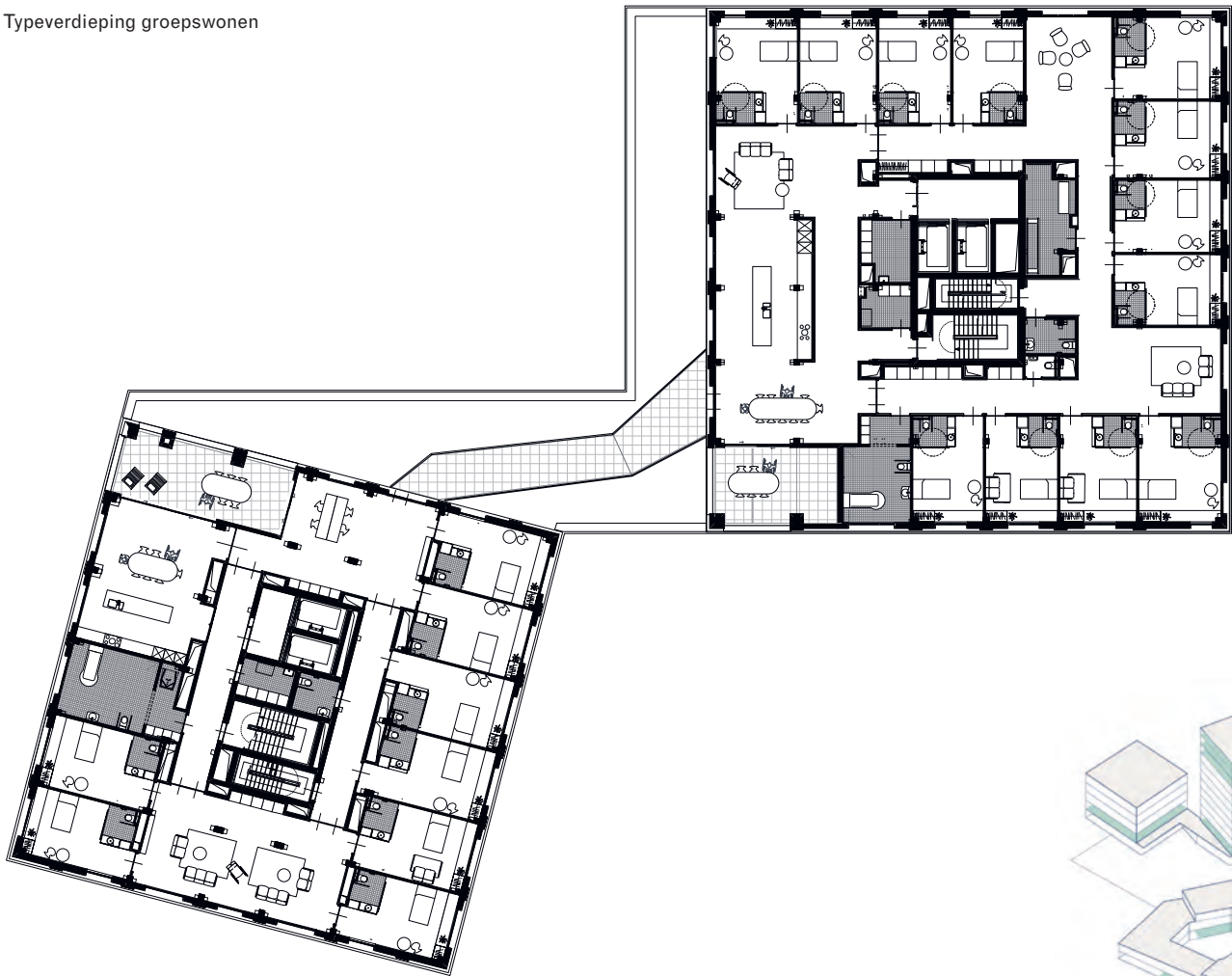
“De schoonheid van dit initiatief bestaat erin dat de keuzes van de bewoners centraal staan. Het is een woonomgeving met zorg

op vraag. De stap naar een woonzorgcentrum is voor veel mensen heel groot. Ze hebben vaak angst om in een groep te leven met mensen die ze niet kennen, hun autonomie te verliezen, de regie niet meer in handen te hebben en geen deel meer te kunnen uitmaken van de samenleving. Hier kan je de regie voor een deel behouden. Je hebt de keuze om je maaltijd in de groepswoning, in je assistentiewoning of in de cafetaria te nuttigen. Het feit dat die keuze aangeboden wordt, is al een grote luxe. Daarom ook het aanbod aan één- en tweeslaapkamerappartementen. Sommigen liggen nog graag samen, anderen liever niet. Sommige mensen hebben nog een hobby die veel ruimte inneemt. Het feit dat het aanbod zo divers is, uiteraard met verschillende prijskaartjes, zorgt ervoor dat er voor iedereen wel een plek te vinden is.”

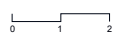
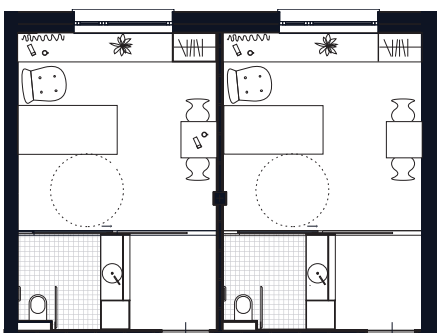


De groepswoningen zijn huiselijk vormgegeven, zonder lange gangen, maar opgedeeld in verschillende zones en hoeken. De bewoners brengen hun eigen vertrouwde meubels mee.

Typeverdieping groepswonen



Kamer



---

# “Een fantastisch zorgconcept, maar...”

**Guido Perremans, CEO Armonea Belgium  
(sinds 2024 de nieuwe uitbater van Klein Veldekens)**

---

“Het zorgconcept dat in dit pilootproject is bedacht, vind ik fantastisch. Het gaat erom verschillende zorggroepen te mengen en flexibiliteit in te brengen tussen de assistentiewoning (GAW) en het woonzorgcentrum (WZC). Je maakt geen onderscheid meer tussen kamers, zoals we traditioneel doen in de ouderenzorg, maar tussen bedden, waardoor je bijvoorbeeld in één kamer een WZC-bed en een GAW-bed kan hebben. Binnen dezelfde woning is het ene bed gesubsidieerd en het andere niet. Dankzij de 'zwevende zorglabels' moeten mensen hun vertrouwde omgeving niet meer verlaten als ze meer zorg nodig hebben. Het bed verandert niet van plaats maar van naam.”

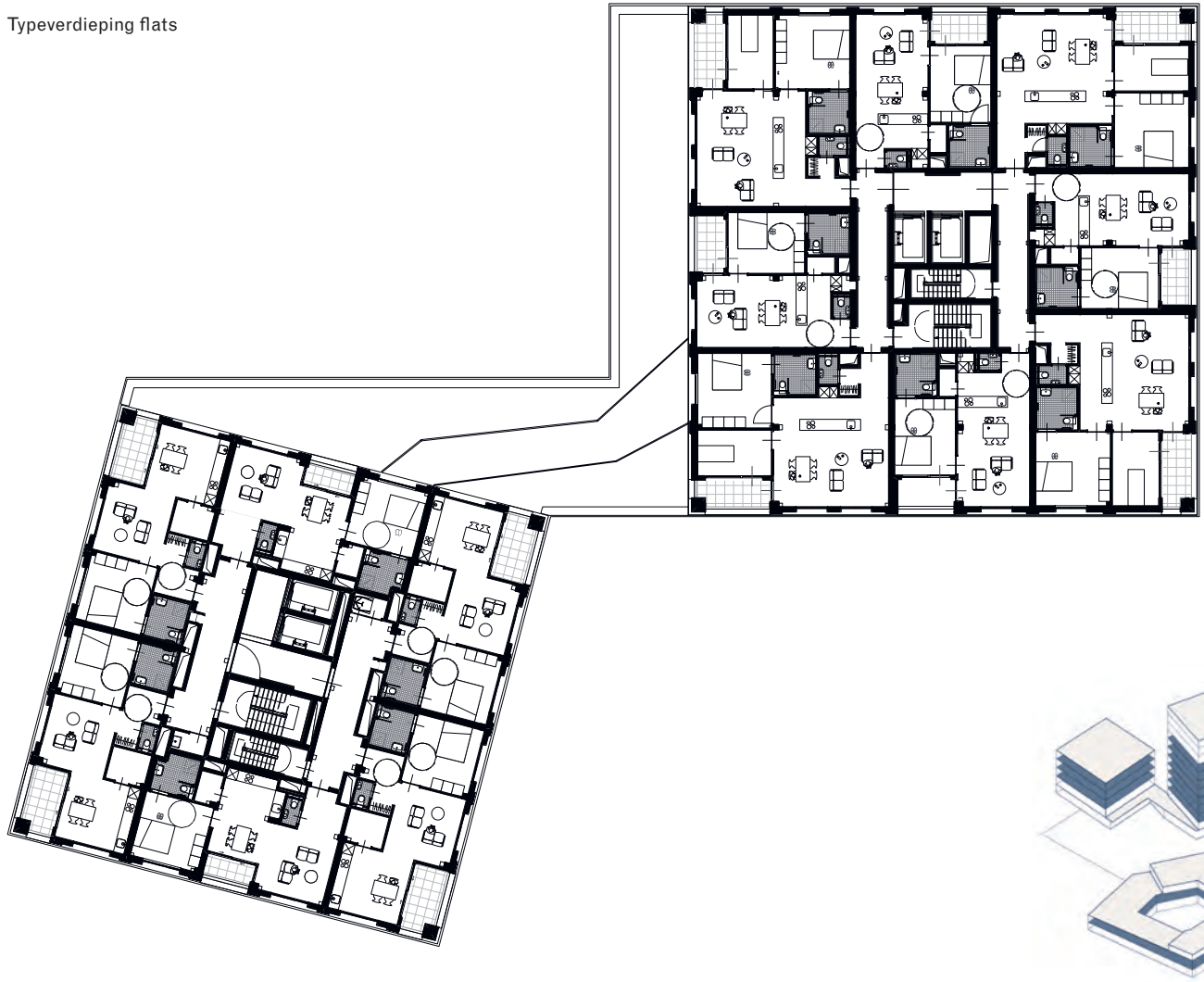
“De theorie is mooi, de praktijk is een ander verhaal. Een van de grote uitdagingen die we hebben ervaren, is de logistiek. Het is niet eenvoudig om intensieve WZC-zorg aan te bieden in kamers die verspreid liggen over verschillende verdiepingen en gebouwen. En ik heb het dan niet alleen over zorg in de strikte betekenis van het woord. Zorg is een totaalpakket van leven, wonen, samen zijn en zorgen. Zorg is niet alleen medische zorg, maar ook betrokkenheid, animatie, lekker en gezellig eten. Hiervoor moet je de mensen bij elkaar brengen. Iemand met een WZC-label is vaak niet meer in staat om zelf naar de groepsactiviteiten te komen. Ons personeel moet de bewoner komen halen, in zijn of haar rolstoel zetten en nadien weer terugbrengen. Per bewoner zijn ze soms 15 tot 20 minuten onderweg. Het heen-en-weervervoer wordt belangrijker dan de activiteit zelf. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Verspreid wonen maakt het moeilijk om mensen te betrekken bij het sociale gebeuren. Maar dat doet geen afbreuk aan het concept van zwevende zorglabels. Ik denk dat dit logistieke probleem op te lossen is met een andere, aangepaste infrastructuur.”

“Opdat zo'n zorgconcept zou kunnen werken, moeten er kleine dingen in de regelgeving veranderen. Ik heb de indruk dat onze overheid zorg nog veel te gemedicaliseerd ziet. Dat uit zich bijvoorbeeld op het vlak van het personeel. We hebben meer verpleegkundigen in dienst dan noodzakelijk voor de taken die ze

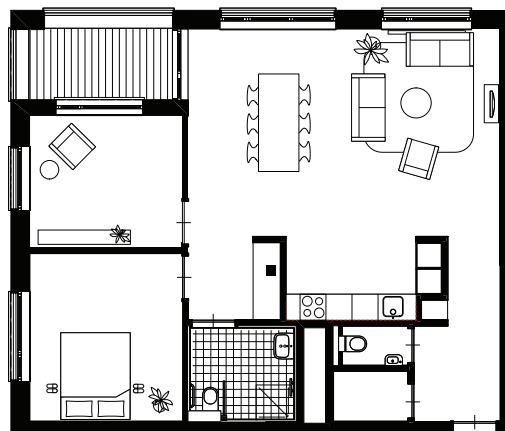
uitvoeren. Dit komt door de strikte personeelsnormen, die vereisen dat er overdag één verpleegkundige per dertig bewoners beschikbaar is en 's nachts één per zestig. En dat moet je dan nog eens 24/7 kunnen garanderen. Hierdoor verrichten hoogopgeleide verpleegkundigen vaak basiszorgtaken zoals wassen en eten geven, activiteiten die ook zorgkundigen of logistiek personeel kunnen uitvoeren. Deze situatie maakt de zorg onnodig duur en op termijn onhoudbaar, mede door het groeiende tekort aan verpleegkundigen. Deze aanpak verschilt sterk van hoe andere Europese landen hun zorg organiseren, waar minder strikte eisen gelden voor de inzet van verpleegkundigen, zonder in te boeten op kwaliteit.”

“Een mogelijke oplossing om de zorg efficiënter en flexibeler te maken, is het toepassen van een soort accreditatiesysteem, zoals dat vandaag bestaat voor de ziekenhuizen. Zorgvoorzieningen zouden dan samenwerken met zorgauditbedrijven, die hen begeleiden naar een accreditatie. De overheid handhaaft haar regelgeving en normen, maar staat de auditororganisaties toe om te beoordelen of de zorgvoorzieningen nog steeds aan de vereiste kwaliteitsstandaarden voldoen, zelfs als ze de regels wat soepeler toepassen. Dit uitbesteden van het toezicht aan accreditatiebedrijven stelt zorgvoorzieningen in staat hun zorgaanbod beter af te stemmen op hun specifieke situatie.”

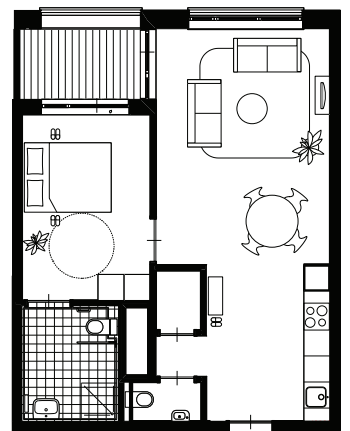
“Een meer flexibele interpretatie van de regels kan helpen om de druk op het zorgpersoneel te verlichten. In gevallen waar mensen met een zorglabel samenwonen met hun partner, zou de partner een aantal zorgtaken op zich kunnen nemen. Neem nu bijvoorbeeld een ouder koppel waarvan de vrouw diabetes heeft en de man al dertig jaar de insuline-injecties geeft. Als ze in een GAW wonen, is dat geen probleem. Maar als het bed van de vrouw een WZC-bed wordt, dan mag de man dat niet meer doen. Dat is toch absurd? Als we daarin wat soepeler zouden kunnen zijn, dan kunnen we meer handen inzetten voor de gewone dingen en kunnen we minder dure verpleegkundigen aanwerven. Dan gaan we in de richting van een model dat in de toekomst veel haalbaarder is. Want het personeelstekort, en dan zeker het tekort aan hooggeschoolde verpleegkundigen, zal de komende jaren alleen maar toenemen.”



Tweeslaapkamerappartement



Eenslaapkamerappartement



“Ons uitgangspunt voor dit project was om een omgeving te creëren die aanvoelt als een thuis. Dat principe heeft onze keuzes geleid in elk aspect van het ontwerp, van de grote lijnen tot de kleinste details.”

Cecilia Aernaudts en Karianne Paesschen,  
Osar architecten

Bewoners en buurtbewoners ontmoeten elkaar in het lokaal dienstencentrum.







MPI-Oosterlo bouwde op de site vier leefgroepen voor een dertigtal mensen met een verstandelijke beperking. Het zijn beschutte, afgesloten woningen op de begane grond, even huiselijk vormgegeven als de woongroepen in de torengebouwen.





“Je kan het ontwerp zien als een soort canvas waarop vernieuwende zorgconcepten kunnen groeien. Ik denk dat op termijn zelfs het concept van de zwevende bedden, eenmaal de regelgeving het toelaat, op de site geïmplementeerd kan worden.”

Halewijn Lievens, NU architectuuratelier

**“Geen zorgproject in de stad, maar een stuk stad waar ook zorg kan plaatsvinden”,<sup>1</sup> zo klonk destijds de ambitie van het pilootproject voor de Sint-Annasite in Sint-Truiden. Vandaag, twaalf jaar later, zijn de nodige partners gevonden en liggen de plannen voor het stadsproject Buur&Berg op tafel. Als alles naar wens verloopt, kan men nog dit jaar starten met de bouwwerken.**

De Sint-Annasite ligt in het hart van Sint-Truiden, op nog geen steenworp van de Grote Markt. De eigenaar van de gronden, het regionaal ziekenhuis Sint-Trudo, werd geselecteerd als Pilootproject Onzichtbare Zorg met een ambitieus voorstel om de site van zo'n 1,2 hectare groot om te vormen tot een gemengde stadswijk waar wonen en zorg op een ongedwongen en vanzelfsprekende manier met elkaar verweven zijn. Het ontwerp onderzoek uit 2012 door THV NU-Archipelago-Macobo-Stabo legt de lat erg hoog. De zorg wordt zo 'onzichtbaar' mogelijk gemaakt en maximaal geïntegreerd in de woonwijk. De tekeningen, schema's en ontwerpschetsen tonen dan ook geen typisch zorgproject, maar een stuk stad waar zorgbehoevende mensen tussen andere mensen wonen. In 2012 tekenden we op: “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.”<sup>2</sup>

Om die onzichtbare zorg te integreren in het sociale en stedelijke weefsel, bedachten de architecten het concept van de 'verkorreling van de zorg': in plaats van de zorg te concentreren in gespecialiseerde voorzieningen, wordt ze versnipperd en verspreid over het hele stadsdeel. De verschillende woningen op de site worden zo veel mogelijk 'levensloopbestendig' en 'zorgproof' gemaakt. Dankzij een systeem van 'zwevende zorglabels' kan een woning, indien de zorgvraag van de bewoners toeneemt, een ander statuut krijgen en bijvoorbeeld het label van assistentiewoning (GAW) of woonzorgcentrum (WZC) krijgen. “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.”<sup>3</sup>

1 Vlaams Bouwmeester, *Pilootprojecten Onzichtbare Zorg. Innoverende zorgarchitectuur*, Brussel, 2012, p. 13.

2 *Ibid.*, p. 13.

3 *Ibid.*, p. 13.

## Verschillende zorgpartners

De principes en ambities van het ontwerpend onderzoek waren nog enigszins abstract en 'in het luchtledige' geformuleerd. Dat kwam onder meer omdat het programma nog erg provisoir was. Op dat moment waren er immers nog geen concrete zorgpartners gevonden. In de voorbije twaalf jaar is er echter veel vooruitgang geboekt. Het regionaal ziekenhuis Sint-Trudo richtte de vzw Site Sint-Anna op met de opdracht de nodige partners te zoeken en de projectontwikkeling in goede banen te leiden. 2019 was een sleuteljaar waarin verschillende zorgpartners – Integro (woonzorgcentrum), Wiric (wonen en opvang voor mensen met een verstandelijke beperking) en Ferm (thuiszorg en dagopvang) – een samenwerkingsovereenkomst ondertekenden met vzw Site Sint-Anna. In 2021 kwamen daar ook De Hummeltjes (kinderopvang) bij. In 2020 richtten Wiric en Sint-Trudo een nieuwe vzw op om samen het lokaal dienstencentrum Buur&Berg uit te baten. In 2022 ten slotte werd een samenwerkingsovereenkomst gesloten met projectontwikkelaar Kairos, die de site zal ontwikkelen. NU architectuuratelier tekende samen met Archipelago het masterplan. Voor de uitwerking kwam A20 mee aan boord. De drie architectenbureaus zullen elk een deel van de gebouwen voor hun rekening nemen.

Het plan dat anno 2024 voorligt, voorziet ongeveer een derde zorgvoorzieningen ( $\pm 7.500 \text{ m}^2$ ) en twee derde privaat wonen ( $\pm 17.000 \text{ m}^2$ ), met nog enkele kleine commerciële functies zoals een superette of een parafarmacie. De 135 woningen nemen uiteenlopende vormen aan: er zijn appartementen in verschillende maten, stadswoningen met tuintjes, kangoeroewoningen, enzovoort. Integro bouwt een woonzorgcentrum met 53 kamers waarvan 12 kamers voor kortverblijf, met daarboven nog eens een tiental assistentiewoningen. Voor Wiric komt er een groepswoning voor 16 mensen met een verstandelijke beperking en vier ateliers (dagopvang): een atelier voor mensen met een hogere zorgnood, een maatwerkbetrijf, een kunstatelier en een ambachtelijke bakkerij. Voor De Hummeltjes komt er een kinderdagverblijf met 36 plaatsen. Daarnaast zal ziekenhuis Sint-Trudo samen met Wiric het lokaal dienstencentrum met brasserie uitbaten. Ook Ferm Thuiszorg krijgt een plaats op de site. Het geheel is vormgegeven als een aangename en autovrije stadswijk met veel groen en verschillende pleinen en parken die de site aantakken op de omliggende wijken. Gezien het grote niveauverschil van maar liefst 8 meter is de stadswijk toegankelijk gemaakt met behulp van trappen, hellingen, publieke liften en een passerelle.



- 1 Woonzorgcentrum (Integro)
- 2 Assistentiewoningen (Integro)
- 3 Dagateliers en bakkerij (Wiric)
- 4 Buurthuis en polyvalente zalen (Wiric en vzw Site Sint-Anna)
- 5 Groepswoning (Wiric), kinderopvang (De Hummeltjes), dagopvang (Ferm Thuiszorg)
- 6 Commerciële functies
- 7 Appartementen
- 8 Stadswoningen

## PLAATS

Abdijstraat, Clement Cartuyvelstraat en Stenaertberg,  
3800 Sint-Truiden

## BOUWHEER

Vzw Site Sint-Anna i.s.m. de verschillende zorgpartners

## ONTWERPERS

NU architectuuratelier en Archipelago (masterplan); Macobo-  
Stabo (technieken en stabiliteit); NU architectuuratelier,  
Archipelago en A20 (architectuur)

## PROJECTONTWIKKELAAR

Kairos

## PROGRAMMA

Woonzorgcentrum Integro (53 kamers waarvan 12 voor kortverblijf),  
11 assistentiewoningen, dagopvang door Ferm Thuiszorg, lokaal  
dienstencentrum met polyvalente ruimtes en horeca, bakkerij  
en dagateliers voor personen met een beperking, 16 aangepaste  
verblijven voor personen met een beperking, kinderdagverblijf met  
36 plaatsen, 113 meergezinswoningen (appartementen) in diverse  
typologieën, 11 stadswoningen, 5 buurtondersteunende commer-  
ciële ruimtes, 3 ruimtes voor commerciële dienstverlening of vrije  
beroepen, half-ondergrondse parking voor 250 wagens, collectieve  
dak- en binnentuinen

Het stadsproject Buur&Berg maakt de aansluiting met de rest van de stad.





Het plan voorziet ongeveer een derde zorgvoorzieningen en twee derde privaat wonen.

De passerelle overbrugt een hoogteverschil van maar liefst 8 meter.



## Canvas voor vernieuwende zorgconcepten

De vraag is nu of de hoge ambities uit de fase van het ontwerpend onderzoek waarheid zijn geworden in de plannen die nu voorliggen. Het antwoord op deze vraag is, zoals we dadelijk zullen zien, ja én nee. Ja, omdat de ambitie om in de eerste plaats een stadswijk te bouwen waarin zorg een vanzelfsprekende en onzichtbare plaats krijgt naast het wonen, gelukt is. Nee, omdat het verhaal van de verkorreling van de zorg en de zwevende labels (vooralsnog) niet geslaagd is. Luc Vandenhoeck, projectleider van vzw Site Sint-Anna en Dirk Vanstraelen, voorzitter van vzw Site Sint-Anna en bestuurder bij Sint-Trudo, verduidelijken: "Wat we niet hebben kunnen realiseren is het verhaal van de verkorreling van de zorg en de zwevende bedden. Op papier is dat een mooi verhaal, maar op het vlak van de logistiek en de personeelsinzet bleek het geen haalbare kaart. Vooral onze woonzorgpartner Integro was bezorgd dat hun personeel in een scenario van maximale versnippering te lang onderweg zou zijn. Daarnaast is het (vooralsnog) niet mogelijk om personeel uit te wisselen tussen de verschillende zorgsectoren. Een verpleger van Wiric kan bijvoorbeeld niet ingezet worden in Integro. De 7.500 m<sup>2</sup> aan zorgfuncties liggen dan ook niet versnipperd over de site, maar zijn daarentegen sterk met elkaar geconnecteerd."

Geen verkorrelde zorg dus, maar daar staat tegenover dat het woonzorgcentrum en de andere zorgfuncties geen plaats hebben gekregen aan de rand van de stad, zoals dat vroeger vaak gebeurde, maar in het midden van de stad en ingebed in een levendige buurt. De zorg is dus al bij voorbaat stedelijk geïntegreerd. De site heeft verschillende voetpaden en pleintjes die ontmoeting op de site mogelijk maken en snelle doorsteken naar de binnenstad voorzien. De sterke doorwaadbaarheid maakt dat zorg bijna vanzelfsprekend deel wordt van de stad. Daarnaast zal de meerderheid van de private woningen en appartementen op de site zoveel mogelijk 'levensloopbestendig' ontworpen worden en aangepast aan mogelijke zorgvragen, denk aan toegankelijke badkamers, verbrede deuren, enzovoort. De zorgpartner Ferm Thuiszorg kan op termijn een cruciale rol spelen in het brengen van de zorg naar de zorgbehoevende in plaats van omgekeerd.

In het ontwerp is ook veel aandacht besteed aan het delen van ruimtes en infrastructuur. De dagateliers van Wiric zijn bijvoorbeeld gevestigd op de benedenverdieping van het woonzorgcentrum en de bewoners en omwonenden kunnen er terecht om koekjes te proeven of te kopen. Wiric en het lokaal dienstencent-

De dagateliers van Wiric voor personen met een mentale beperking.



trum delen een grootkeuken en zullen samen de brasserie uitbaten. Ook de twee polyvalente ruimtes, een van Wiric en een van het lokaal dienstencentrum, kunnen aan elkaar geschakeld worden tot één grote polyvalente ruimte, die verhuurd kan worden aan verenigingen uit de buurt.

Ook Halewijn Lievens van NU architectuurstudio onderschrijft dit verhaal: "De verkorreling van de zorg, zoals we die tijdens het ontwerpend onderzoek hadden bedacht, hebben we moeten opgeven. Dat neemt niet weg dat we in het ontwerp zo veel

mogelijk verbindingen hebben gelegd tussen de zorgpartners. De nabijheid en het nauwe contact tussen de verschillende zorgprogramma's leiden nu al tot een hechte samenwerking en zullen zo ook als vanzelf leiden tot het delen van ruimtes tussen de zorgpartners onderling en met de buurt. Je kan het ontwerp zien als een soort canvas waarop vernieuwende zorgconcepten kunnen groeien. Ik denk dat op termijn zelfs het concept van de zwevende bedden, eenmaal de regelgeving het toelaat, op de site geïmplementeerd kan worden."

Buurthuis met polyvalente zaal.







De kapel kreeg een nieuwe bestemming als ontmoetingsruimte van het OCMW. Het erfgoed krijgt een prominente plaats in het nieuwe stadsdeel.

Als alles goed verloopt kan men nog dit jaar starten met de bouwwerken.





“Door een plek te bouwen waar ontmoetingen mogelijk zijn, waar grenzen tussen groepen bewust of onbewust vervagen, waar intimiteit en openheid hand in hand gaan, waar de zorgbehoefte niet wordt afgezonderd maar geïntegreerd, is er heel veel mogelijk.”

Tom Lagast, SPACE-LAB.be

**Hoe kan je als private investeerder of ontwikkelaar informele zorg maximaal inbedden in je stadsproject? Die vraag is het uitgangspunt van het Bijgaardenhof in Dilbeek. Het project bewijst dat je geen zorgvoorzieningen nodig hebt om zorg te integreren in een woonproject.**

Ondernemer Peter De Meuter runde decennialang een distributiebedrijf voor de horeca in het centrum van Groot-Bijgaarden, een deelgemeente van Dilbeek. Toen hij met zijn bedrijf wegtrok naar een grotere en meer geschikte locatie, vatte De Meuter het plan op om op zijn gronden in het dorpscentrum een oude droom te realiseren: het tot stand brengen van een innovatieve, 'onzichtbare' zorgomgeving die niet de zorg maar het wonen centraal stelt. Het project zou onder meer een activiteiten-centrum, assistentiewoningen en groepswoningen voor senioren en mensen met een beperking bevatten. Het project richtte zich echter niet exclusief op zorgbehoevenden, maar moest ook plaats bieden aan een uitgebreid woonprogramma en sociale en commerciële activiteiten. De Meuter wilde een intergeneratieel publiek aantrekken, zodat ouderen, jongeren, jonge gezinnen met kinderen en personen met een beperking elkaar kunnen bijstaan in het voorzien van de nodige zorg. Alle woningen, ook de 'reguliere' woningen, moesten bovendien 'levensloopbestendig' zijn. In plaats van de inrichting voor zorgbehoevenden als iets uitzonderlijks te beschouwen, zou ze als vanzelfsprekend voorzien worden en van bij aanvang vormgegeven in alle woningen op de site.

Die droom was deels ingegeven door krachtige persoonlijke motieven. In de eerste plaats wilde De Meuter iets teruggeven aan de dorpsgemeenschap, waar hij 25 jaar lang voor overlast had gezorgd met zijn vrachtwagens die elke dag opnieuw door het dorpscentrum bolderden. Daarnaast heeft De Meuter een zoon met een visuele beperking, die vaak aangewezen is op de informele zorg van burens en vrienden. De Meuter zei hierover in 2012: “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.”<sup>1</sup> De Meuter verwijst naar het idee van het dorp als een gemeenschap waarin de zorg voor elkaar vanzelfsprekend en wederzijds ingebed is: “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.”<sup>2</sup>

1 Vlaams Bouwmeester, *Pilootprojecten Onzichtbare Zorg. Innoverende zorgarchitectuur*, Brussel, 2012, p. 31.

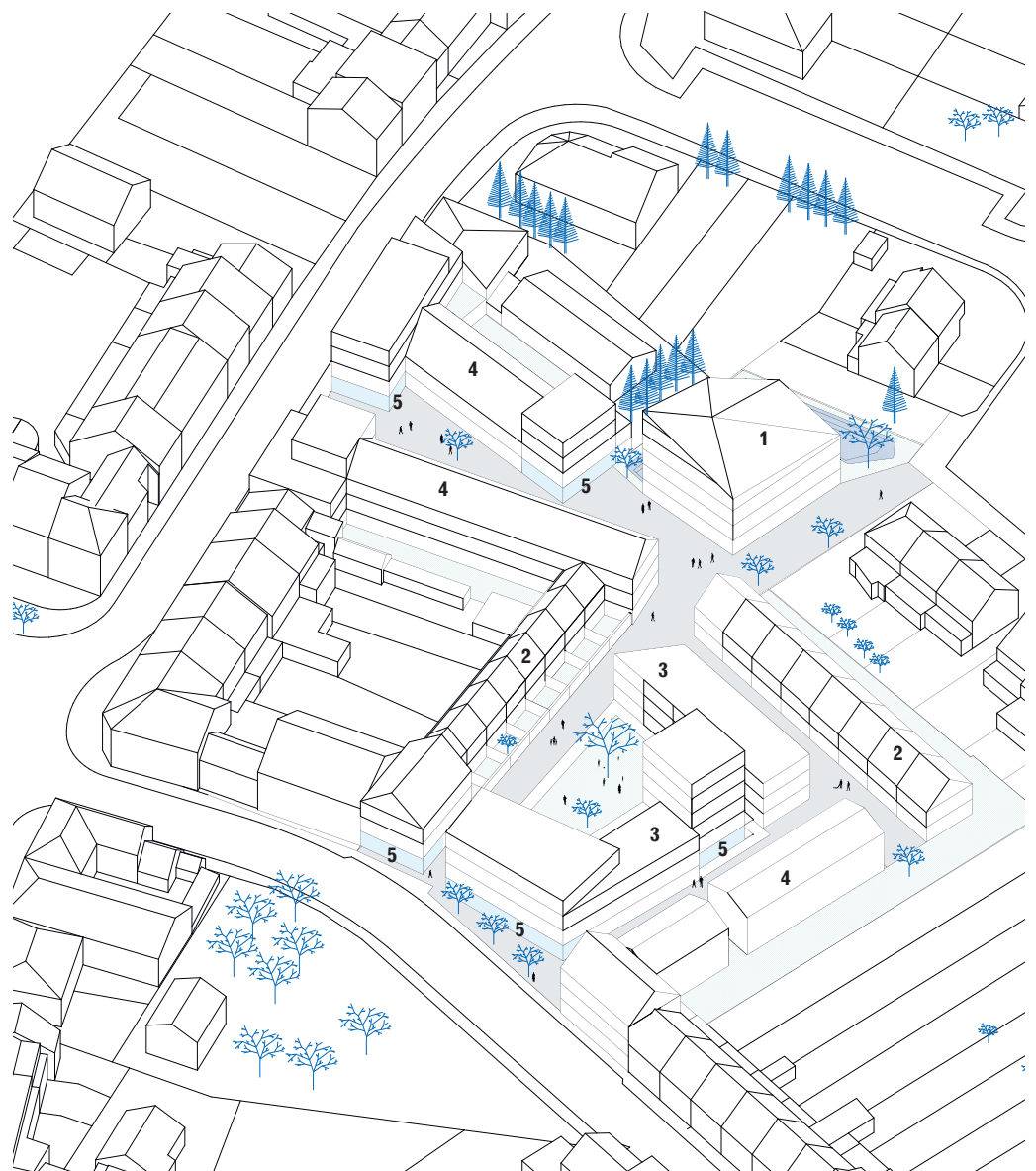
2 *Ibid.*, p. 31

## Dorp 2.0

Het traject van de Pilotprojecten Onzichtbare Zorg bracht De Meuter en architectenbureau de vylder vinck taillieu samen om zijn ideeën ruimtelijk te vertalen. Op basis van de ambities van De Meuter ontwikkelde de vylder vinck taillieu het concept van het 'Dorp 2.0'. Het achterliggende idee was om, via de vormtaal van het dorp, dus in de ruimtelijke constellatie zelf, de voorwaarden te scheppen opdat zorg dragen voor elkaar heel vanzelfsprekend kan plaatsvinden. De architecten pleitten evenwel niet voor een terugkeer naar een oud, romantisch idee van het dorp, maar schoeiden het archetype van het dorp op een meer hedendaagse leest: "We moeten niet de zorg opnieuw uitvinden om te innoveren in de zorg. De zorg is reeds daar. We moeten het dorp heruitvinden."<sup>3</sup>

Het project kende evenwel enkele drastische wendingen. De samenwerking tussen De Meuter en de vylder vinck taillieu werd beëindigd en de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de Vlaamse Bouwmeester beslisten om de begeleiding als pilotproject stop te zetten. Het project zoals het vandaag voorligt, is een volledig woonproject, zonder formele zorgvoorzieningen. Hoewel het officieel geen 'Pilotproject Onzichtbare Zorg' meer is, heeft de opdrachtgever gedurende het hele traject zijn initiële ambities nooit laten varen en is het alsnog een toonaangevend voorbeeld van onzichtbare zorg.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 24.



### Masterplan

- 1 Cohousing
- 2 Begijnhofhuizen
- 3 Assistentiewoningen
- 4 Loft en appartementen
- 5 Buurtvoorzieningen

## PLAATS

Bosstraat 7-13, 1702 Dilbeek

## INITIATIEFNEMER

Peter De Meuter, Peka NV

## ONTWIKKELAAR

Imoya

## ONTWERPERS

architecten de vylder vinck taillieu (ontwerpend onderzoek);  
SPACE-LAB.be (masterplan); OSK-AR architecten (architectuur)

## PROGRAMMA

Intergenerationele woonzone met ± 100 woningen, waaronder starterswoningen, gezinswoningen, assistentiewoningen, appartementen, lofts, cohousingproject voor 55-plussers, buurtvoorzieningen



Het distributiebedrijf voor de horeca in het centrum van Groot-Bijgaarden maakt plaats voor een innovatieve zorgomgeving.



## Een nieuw masterplan

Vanaf 2015 bouwde Tom Lagast van Space-Lab.be voort op het ontwerpend onderzoek van de vylder vinck taillieu. Hij voerde de gesprekken met de gemeente en werkte een gedragen masterplan uit op basis waarvan een nieuw Ruimtelijk Uitvoeringsplan (RUP) kon worden opgemaakt. Vandaag is er een investeerder-ontwikkelaar (Imoya) aangetrokken, is de omgevingsvergunning verleend en kunnen de werken starten.

Het masterplan voorziet een vrij dichte en, net zoals in een dorp, erg verscheiden bebouwing met verschillende typologieën en wisselende bouwhoogtes. Het woonaanbod is divers. Er zijn starterswoningen in de vorm van kleine begijnhofwoningen, kleine gezinswoningen met een tuintje, assistentiewoningen, appartementen, lofts en een cohousingproject voor 55-plussers. Dankzij de mix van bouwtypologieën ontstaat een inter-

generationele woonomgeving waar jonge mensen, gezinnen met kinderen, ouderen met een beperkte zorgvraag en mensen met een lichte beperking maximaal zelfstandig kunnen wonen en elkaar kunnen ontmoeten en bijstaan. Aanvullend is er ruimte voor kleinschalige basisvoorzieningen zoals een superette, een wassalon, een kinderopvang, een snackbar, een kapper of een buurtontmoetingsruimte. De bebouwing is georganiseerd langs voetgangersstraten die de site doorkruisen en verbinden met het omliggende dorpsweefsel, zodat de site ook – als een 'dorp in een dorp' – toegankelijk en doorwaadbaar is voor de omwonenden. De openingen, pleinen, steegjes en straten tussen de verschillende volumes hebben een steeds wisselende maat. Er ontstaan bijzondere plekken en onbestemde hoekjes, die de bewoners zich kunnen toe-eigenen. Auto's zijn hier slechts tijdelijke gasten waardoor de verblijfskwaliteit op de

site stijgt en kinderen een veilige plaats krijgen om te ontdekken en te experimenteren.

Met dit ontwerp slagen de architecten erin een alternatief te formuleren voor de eenvormigheid en grootschaligheid die vaak gepaard gaan met een zorg/woonprogramma van dergelijke omvang en scheppen ze een ruimte waarin ook de vanzelfsprekende, informele zorg kan worden gestimuleerd. Maar met architectuur alleen kom je er niet. Het project voorziet ook een (woon)coördinator die de interactie tussen de bewoners vorm geeft om de doelstelling van buurtgerichte en -gedragen hulp en ondersteuning effectief te realiseren. Of zoals Lagast op-

merkt: "Dit soort samenleven bouw je niet met stenen alleen. Dit soort samenleven leg je ook niet op vanuit een organisatorische invalshoek. Een samenleving, hoe klein ook, wordt immers in de eerste plaats door de mensen zelf gemaakt. We zijn er echter wel van overtuigd dat een doordachte inrichting en organisatie van de ruimte dit maatschappelijk model kan ondersteunen en versterken. Door een plek te bouwen waar ontmoetingen mogelijk zijn, waar grenzen tussen groepen bewust of onbewust vervagen, waar intimiteit en openheid hand in hand gaan, waar de zorgbehoefte niet wordt afgezonderd maar geïntegreerd, is er heel veel mogelijk."

Het centrum van Groot-Bijgaarden ligt op een boogscheut van het nieuwe 'dorp in een dorp'.





Voetgangersstraten doorkruisen de site en verbinden haar met het omliggende dorpsweefsel, zodat de plek toegankelijk is voor de omwonenden.





---

# COCREATIE TUSSEN OVERHEID EN ZORGSECTOR

Interview met Karine Moykens, Secretaris-generaal  
departement Zorg

---

— **Twaalf jaar geleden gingen de Pilotprojecten Onzichtbare Zorg van start. Wat heeft u geleerd uit het voorbije traject? Zijn de verwachtingen ingelost?**

De Pilotprojecten Onzichtbare Zorg waren een eerste grote samenwerking tussen het departement Zorg en de Vlaamse Bouwmeester. De verwachtingen waren hooggespannen. Onze belangrijkste doelstelling was om innoverende projecten te vinden in de zorgsector. Met innoverend bedoel ik niet zozeer de organisatie van de zorg – de problematiek van bijvoorbeeld de arbeidsorganisatie is nog een heel ander paar mouwen! – maar vooral de architecturale en ruimtelijke vormgeving. Daarin zijn we geslaagd.

We hebben veel geleerd uit dit traject. Ten eerste hebben we kunnen vaststellen dat er in onze sector veel enthousiasme bestaat om tot innovatieve projecten te komen. Men hangt soms een negatief beeld op van onze sector. Als je in de kranten iets leest over bijvoorbeeld de woonzorgcentra, lijkt het wel of alles daar kommer en kwel is, dat de kwaliteit te wensen overlaat, dat er personeelstekorten zijn, enzovoort. Ik wil zeker niet ontkennen dat er problemen zijn, maar we stellen vast dat er veel gedrevenheid was om over innovatie na te denken, en niet alleen na te denken maar ook om eraan te werken.

Ten tweede zijn we dankzij de pilotprojecten op een andere manier rond de tafel gaan zitten met initiatiefnemers uit de zorg. Het was een traject van co-creatie tussen de overheid en de zorgsector. Dat was nieuw voor ons. Normaal maken wij regelgeving, zien we erop toe dat die nageleefd wordt en handhaven we indien nodig. Als je samen rond de tafel zit, krijg je een heel andere dynamiek en een ander soort samenwerking. Daar hebben we veel uit geleerd en die ervaring hebben we onder meer meegenomen in het nieuwe Kwaliteitsdecreet.

Ten derde was het opvallend dat de pilotprojecten zo divers waren. Er waren projecten voor mensen met jongdementie, rond palliatieve zorg, rond de stedelijke integratie van wonen en zorg, enzovoort. Vandaag, twaalf jaar later, zijn veel van die thema's opgepikt in nieuwe beleidsinitiatieven. We hebben de hervorming van de palliatieve zorg net goedgekeurd, we hebben een nieuwe regelgeving rond jongdementie, wat meer en meer een maatschappelijk probleem wordt, we hebben het project van de Zorgzame Buurten opgestart... Met andere woorden, de pilotprojecten hebben tal van maatschappelijk relevante thema's opgepikt die we hebben vertaald in nieuw beleid.

“Er is een verrijkende wisselwerking ontstaan tussen de Vlaamse Bouwmeester en het departement Zorg. Tot op vandaag onderhoudt ons team nauwe contacten met het team van de Vlaamse Bouwmeester.”

---

— **De pilootprojecten hebben een waslijst aan aanbevelingen opgeleverd. Hoe gaat u aan de slag met de *lessons learned*? Wat zijn de volgende stappen?**

Vorig jaar hebben we het Kwaliteitsdecreet goedgekeurd. We hebben het principe van innovatie en regelluwte decretaal verankerd voor het hele beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG). Aan een beperkt aantal initiatiefnemers kunnen we zeggen: u hebt een goed en innoverend voorstel, u kan dat uitproberen, u kleurt met dit project misschien wat buiten de lijnen van onze bestaande regelgeving, maar we staan hiervoor een afwijking toe. Wij volgen het project van nabij op en als het lukt, geheel of gedeeltelijk, zullen we bekijken welke aanpassingen we kunnen maken aan onze regelgeving opdat dit goede project mogelijk kan worden voor de hele sector. Het Kwaliteitsdecreet is een belangrijk instrument dat voortvloeit uit onze ervaring met de pilootprojecten.

Daarnaast hebben we in 2022 het programma Zorgzame Buurten in het leven geroepen. We stellen ons de vraag: hoe ga je zorg – zowel formele zorg door zorgverstrekkers, als informele zorg door mantelzorgers, vrijwilligers of vrienden – samenbrengen rond een bepaalde persoon met een zorg- of hulpvraag en verankeren in een buurt en in lokale besturen? We zijn gestart met en ondersteunen 132 innovatieve – en allemaal totaal verschillende – projecten in Vlaanderen en Brussel. Per provincie brengen we de initiatieven samen in een leerplatform waar de verschillende initiatiefnemers ideeën uitwisselen zodat ze het warm water niet telkens opnieuw hoeven uit te vinden. Het traject wordt begeleid door een consortium van universiteiten en hogescholen die met een wetenschappelijke bril naar het traject kijken en ons beleidsmatig advies geven. Zonder de Pilootprojecten Onzichtbare Zorg was dit niet mogelijk geweest. Het is een mooi traject waarvoor we zelfs lof krijgen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), want hier schrijven we mee aan de toekomst.

Ten derde hebben we een centraal aanspreekpunt opgericht voor innoverende bouwprojecten in de zorg. We hebben de Commissie Multifunctionele Infrastructuur uitgebreid om niet enkel multifunctionele projecten maar ook innovatieve projecten op te volgen. Initiatiefnemers in de zorg met frisse ideeën kunnen terecht bij dit loket. Ze worden er op weg geholpen en begeleid en we beoordelen of hun project in aanmerking kan komen voor regelluwte.

## “De Pilotprojecten Onzichtbare Zorg hebben tal van maatschappelijk relevante thema’s opgepikt die we hebben vertaald in nieuw beleid.”

---

— **Een terugkerende kritiek van de verschillende projectleiders van de pilotprojecten is dat de beloofde regelluwte er niet altijd gekomen is. Men is wat op zijn honger blijven zitten, vooral wat betreft regelgeving en arbeidsorganisatie. Waaraan is dat te wijten?**

Ik kan die teleurstelling wel begrijpen. De regelluwte was in de eerste plaats voorzien op het vlak van de normen voor architectuur en infrastructuur. Van die vele regels konden we soms gerust afwijken. Veel moeilijker was het personeelsverhaal. Men vroeg soms afwijkingen die we niet konden toestaan. Als men bijvoorbeeld aan ons vraagt om minder verpleegkundigen in te zetten in een woonzorgcentrum, dan ligt dat erg moeilijk omdat we de veiligheid en kwaliteit van de zorg voor de bewoners niet meer kunnen garanderen. Als er iets misloopt dragen wij – of althans de minister – de eindverantwoordelijkheid.

— **De Pilotprojecten Onzichtbare Zorg zijn een samenwerking tussen het departement Zorg en de Vlaamse Bouwmeester. Twee expertises komen hier samen. Op welke manier kunnen het ruimtelijk denken of architectuur (in de brede betekenis van het woord) bijdragen aan vraagstukken over zorg en welzijn?**

Binnen het departement Zorg is er het Agentschap Vlaamse Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). We zijn dus wel met infrastructuur bezig, voor ons is dat niet nieuw. Maar als je het ruimer bekijkt, is de Vlaamse Bouwmeester de veruitwendiging van het ‘wonen’ in de meest brede betekenis van het woord. Wonen gaat niet alleen over mensen die in een residentiële setting verblijven, maar ook over mensen die thuis wonen en aangewezen zijn op thuiszorg, mensen met een beperking die een assistentiebudget krijgen en mensen voor wie de toegankelijkheid van de stad heel belangrijk is. Je mag niet vergeten dat in onze bevoegdheid WVG de gehele kwetsbaarheids- en armoedeproblematiek vervat zit. We stellen vast dat een slechte huisvesting vaak een aanleiding is voor gezondheidsproblemen. Vandaar de sterke link tussen het woonbeleid en het verhaal van WVG. We hadden tot dan amper met de Vlaamse Bouwmeester samengewerkt. We vonden mekaar niet. Hij had nooit gedacht aan de zorgsector en wij hadden er nooit aan gedacht om zijn advies in te winnen. Er is een verrijkende wisselwerking ontstaan tussen die twee organisaties en tot op vandaag onderhoudt ons team nauwe contacten met het team van de Vlaamse Bouwmeester.

---

# LESSONS LEARNED

---

## De Korenbloem, Kortrijk

Zijn de innovaties geslaagd en wat kunnen we leren uit dit project?

### 1. Integratie historisch erfgoed in de zorg

— **Geslaagd?**

- × Ja, Het Portiek, als lokaal dienstencentrum en Het Landhuis, als centrum voor dagverzorging, hebben nu een zorgfunctie én zijn als erfgoed geherwaardeerd.

— **Wat kan beter?**

- × Verbouwen van erfgoed tot zorggebouw vraagt soms pragmatische oplossingen in combinatie met vereisten vanuit zorgregelgeving en zorgt soms voor moeilijkheden, bijvoorbeeld bij ingrepen in het kader van duurzaamheid, toegankelijkheid, bruikbaarheid van ruimtes (verplichte hoogtes, breedtes...).
- × Het gesloten karakter en de verhoogde ligging van Villa Portiek maakt dat de zichtbaarheid en laagdrempeligheid van dit gebouw niet optimaal is. Mogelijk is bijkomend ontwerpend onderzoek hierbij noodzakelijk.

— **Afwijking regelgeving nodig?**

- × Nee.

### 2. Integratie van zorg en de buurt

— **Geslaagd?**

- × Deels, de realisatie van het lokaal dienstencentrum in het erfgoedgebouw Het Portiek is gelukt.
- × Nee, zware zorg verlenen bij mensen thuis kan enkel als de woonzorg-erkenning mee verhuist naar de woning van de buurtbewoner, waardoor die woning ook moet voldoen aan de vereisten van een kamer in een woonzorgcentrum, wat onrealistisch is. Flexibel kortverblijf laat dit wel toe in assistentiewoningen, maar dan wordt de capaciteit van dit kortverblijf in mindering gebracht van de capaciteit van het woonzorgcentrum, wat De Korenbloem niet wil.

— **Wat kan beter?**

- × Enkele investeringen (vooral in functie van het kenniscentrum) zijn nog niet gerealiseerd omdat De Korenbloem door de verminderde bouwsubsidies voor het woonzorgcentrum zijn volledige plan heeft herzien in functie van besparingsmogelijkheden.

- 
- × Er is een goede werking met veel activiteiten en uitgebreide dienstverlening in het lokaal dienstencentrum. Het erfgoedgebouw, met zijn eigenheid en structuur, blijkt geen beperking voor de werking, integendeel, het biedt extra meerwaarde en aantrekkingskracht voor de buurt. Het blijft evenwel tijdsintensief voor een halftijdse centrumleider om telkens zelf de stappen naar de buurt te moeten zetten.
  - × Laat in de regelgeving toe dat personeel van een woonzorgcentrum, ook buiten crisissituaties, regelmatig beperkte zorg kan verlenen aan nabijgelegen (assistentie)woningen, zonder dat dit in mindering wordt gebracht van de capaciteit van het woonzorgcentrum.
  - × De ruimtelijke en functionele connectie tussen de buurt en het park op de site van De Korenbloem werd niet onderzocht. Bij aanvang van het pilootproject was er geen draagvlak om het park open te stellen. Een stapsgewijze en gecontroleerde openstelling van het park zou een meerwaarde betekenen. Deskundige begeleiding en geflankeerd onderzoek naar de invloed op de bewoners kan hierbij een meerwaarde zijn.

### **3. Kleinschaligheid optimaliseert het wonen met specifieke aandacht voor personen met jongdementie en hun familie**

#### **— Geslaagd?**

- × Ja, helemaal. Het concept van kleinschalige leefgroepen is helemaal doorgevoerd en werkt optimaal. Jonge personen met dementie wonen in een leefgroep van 9 à 10 bewoners samen met een vast zorgteam met een woonbegeleider ('huismoeder/vader'). De focus van de begeleiding ligt vooral op wonen en leven en minder op zorg.

#### **— Wat kan beter?**

- × Houd bij de personeelsnormen en -voorwaarden voor personen met jongdementie meer rekening met niet-fysieke zorg en flexibiliseer de normen om de inzet van personeel beter af te stemmen op de doelgroep.
- × Koppel het kortverblijf gericht op personen met dementie los van het kortverblijf voor ouderen en/of integreer het in de kleinschalige leefgroepen.
- × Schakel kleinschalige leefgroepen horizontaal, zoals in De Pergola, i.p.v. verticaal, zoals in Het Portiek. Dit is organisatorisch en financieel haalbaarder. Hierbij is het noodzakelijk om architecturaal en ruimtelijk te onderzoeken hoe de infrastructuur zich met een beperkte footprint en een 'huiselijke' architectuur kan ontdoen van het instituut en zich kan inpassen op de site en in de buurt.

---

## Coda, Wuustwezel

Zijn de innovaties geslaagd en wat kunnen we leren uit dit project?

### 1. Centraliseren van een palliatief zorgcontinuüm

#### — *Geslaagd?*

- × Ja, met het nieuwe gebouw biedt Coda op één plek het volledige zorgcontinuüm aan m.b.t. palliatieve zorg, van het preventieve tot het terminale luik, waardoor het in elke fase palliatieve ondersteuning kan bieden. Het is voor veel mensen een geruststelling. Het maakt de toegang tot preventieve palliatieve zorg laagdrempeliger en zorgt voor een betere afstemming tussen de verschillende palliatieve diensten.

#### — *Wat kan beter?*

- × Creëer regelgeving die (ook) het geïntegreerde model van Coda faciliteert, zowel op het vlak van werking als van infrastructuursubsidies.
- × Vereenvoudig de intersectorale afstemming van de regelgeving (erkenning, bouwsubsidies, brandveiligheid, voedselveiligheid...) voor de verschillende zorgvormen. Bv.: Voor Coda zijn er, door het combineren van verschillende zorgvormen in één gebouw, drie verschillende brandregelgevingen van toepassing. In het hospice, deels erkend als ziekenhuis, gold bijgevolg de strengere regelgeving van de ziekenhuizen. Afwijkingen zijn dan wel mogelijk, maar zitten bij verschillende bevoegdheden. Dit proces had vlotter gekund als hiervoor ook een gecoördineerde aanpak mogelijk was geweest.

### 2. Palliatieve zorg verbinden met de buurt

#### — *Geslaagd?*

- × Ja, het lokaal dienstencentrum biedt de ruimte om ontmoeting tussen lotgenoten of familie mogelijk te maken, om vorming structureel te organiseren en ook om kantoren als coworkingspaces aan te bieden aan organisaties die kantoorruimte nodig hebben. Dit zorgt voor meer interactie en leidt soms tot nieuwe samenwerkingen.

#### — *Wat kan beter?*

- × Onderzoek mogelijkheden om eenvoudigere infrastructuur te voorzien voor de werking van het expertisecentrum.

### 3. Architecturale aandacht voor beleving, gebruik en comfort

#### — *Geslaagd?*

- × Ja, het project is kleinschalig gebleven en vormgegeven als een aansluiting van huizen/paviljoenen. Deze kleinschaligheid vormt een belangrijke aantrekkingskracht voor bewoners, familie, personeel en vrijwilligers.

- 
- × Ja, de verschillende hospicekamers zijn ontwikkeld als ruime kamers met zicht op groen, wat rust biedt aan de bewoner en zijn familie.
  - × Ja, door het gebruik van natuurlijke, aangename en zachte materialen (hout, glas, geluiddempend materiaal) en door o.a. geen onthaalbalie te voorzien die een instelling doet vermoeden. Diepe vensterbanken in de ramen met zicht op de binnentuinen laten ook toe om tot rust te komen en soms moeilijke gesprekken te voeren.
  - × De binnentuinen en het contact ermee vanuit het gebouw bevordert het mentale welzijn, wat heel waardevol is voor terminale mensen en hun familie.
  - **Wat kan beter?**
    - × Stem de normen van de verschillende regelgevingen af op maat van kleinschalige initiatieven, om de realisatie ervan, zowel naar werking als naar infrastructuur, te bevorderen (brandveiligheid, voedselveiligheid...).

## **Klein Veldekens, Geel**

Zijn de innovaties geslaagd en wat kunnen we leren uit dit project?

### **1. Betaalbaar wonen met of zonder zorg**

#### — **Geslaagd?**

- × Ja, de assistentiewoningen voldoen aan de infrastructuurnormen van woonzorgkamers, waardoor ze flexibel inzetbaar zijn en mee evolueren met de zorgnoden van de bewoners.
- × Ja, de flexibiliteit wordt nog versterkt door het systeem van zwevende zorglabels dat bewoners toelaat om ook zwaardere zorg in hun assistentiewoning te krijgen wanneer ze hier nood aan hebben, waardoor ze in hun woning kunnen blijven wonen (desgevallend mét hun partner).
- × Niet helemaal, de flexibiliteit zou nog vergroot kunnen worden door de groepswoningen niet enkel te laten beantwoorden aan de normen van ouderenzorg, maar bv. ook aan deze van personen met een beperking.

#### — **Wat kan beter?**

- × De flexibiliteit die de zwevende zorglabels bieden (met name inzetbaarheid van assistentiewoning als woonzorgkamer) en de focus op woonkwaliteit zorgen voor ruimere kamers, dus extra m<sup>2</sup>/bewoner. Dat vertaalt zich in extra bouwkosten en hogere onderhoudsuitgaven (bv. energiekosten, schoonmaak).

- 
- × Bouw alle groepswoningen zo dat ze ook voor andere sectoren inzetbaar zijn. Deze aanpassing zou ook de inclusiviteit van de zorgcampus kunnen versterken, al vergt dat meer dan een flexibele inzet van het gebouw.
  - × Ontschot en flexibiliseer ook de personeelsinzet voor een efficiëntere personeelsinzet over de verschillende types zorgvragers heen, om zo een betere kwaliteit van zorg na te streven binnen het bestaande financieringskader.

## **2. Streven naar kwaliteitsvol bouwen zonder overheidssubsidies**

### — ***Geslaagd?***

- × Ja, zowel de assistentiewoningen als de groepswoningen zijn vormgegeven met de focus op woonkwaliteit (elke woning een brievenbus, deurbel, gastentoilet, natuurlijke materialen, gewone meubels...), waardoor de woning niet aanvoelt als een zorgwoning en daardoor minder stigmatiserend en confronterend is.
- × Ja, de kleinschalige leefgroepen zorgen voor meer betrokkenheid van bewoners, familie en personeel in het dagelijkse wonen en leven van de ouderen (veelal personen met dementie). De groepswoningen geven meer een cohousinggevoel in vergelijking met een afdeling in een woonzorgcentrum.
- × Niet helemaal, want vzw Astor heeft, door de herziening van het systeem van infrastructuursubsidies, wél overheidssubsidies gekregen.
- × Niet helemaal, door een samenloop van omstandigheden ontstonden financiële problemen bij de uitbater die uiteindelijk tot een overdracht van de exploitatie onder gerechtelijk gezag hebben geleid. Een nieuwe uitbater deed zijn intrede en samen met de gebouweigenaar wordt gewerkt aan een financieel en organisatorisch werkbare uitbating.

### — ***Wat kan beter?***

- × Organiseer kleinschalige leefgroepen binnen een grootschaliger geheel, maar schakel de kleinschalige leefgroepen horizontaal i.p.v. verticaal (zoals bij Klein Veldekens), want zowel organisatorisch (vooral m.b.t. personeelsinzet) als financieel is dit beter werkbaar
- × De bouwkost per bewoner m.b.t. uitrusting is hoger (meer badkamers, keukens...), waardoor er ofwel een hogere dagprijs ofwel een extra tegemoetkoming van de overheid nodig is. Deel inzichten met betrekking tot randvoorwaarden voor kleinschalige projecten in financiële planning met aandacht voor extra personeelsinzet en hogere gebouw- en onderhoudskosten.
- × Subsidieer de componenten van zorgzame buurten die niet zelfbedruipend zijn meer, zoals een lokaal dienstencentrum, een centrum voor dagverzorging, een buurtcafé/restaurant... waardoor deze geen



---

extra druk geven op de rendabiliteit en dus het voortbestaan van de residentiële zorgfunctie.

- × Beoordeel/inspecteer woonzorgprojecten op output (accreditatie) in plaats van op procedures, zodat deze atypische projecten flexibel kunnen zijn om een gelijkwaardig of beter kwaliteitsresultaat te behalen.

### **3. Buurtwerking ondersteunt zorg**

#### — ***Geslaagd?***

- × Ja, de brasserie trekt ook bezoekers en burens aan.
- × Ja, de diensten en ruimten van het lokaal dienstencentrum, de wellness, het schoonheidssalon en het kinderdagverblijf staan ter beschikking van de buurt. Ook voor het kapsalon wil men de dienstverlening uitbreiden naar de buurt.

#### — ***Wat kan beter?***

- × Versoepeling van regels om vermaatschappelijking van de zorg toe te laten. Het concept van de recent geïntroduceerde 'bekwame helper' komt hieraan tegemoet.
- × Zorg voor een sociaal sterkere verbinding met de omgeving door niet-zorgafhankelijke residenten te huisvesten met een korting mits een 'bijdrage in natura' (bv. 'zorgstudenten' die in het project komen wonen). Dit kan buiten het creëren van een zorgzame buurt ook de vermaatschappelijking van de zorg in de praktijk vertalen.
- × Shift in maatschappelijke verantwoordelijkheid zodat (kleine) zorg opnieuw een solidaire gewoonte wordt in een buurt en voor de familie.
- × Nog sterkere inbedding en samenwerking met de buurt.



---

# CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

---

## 1. Het belang van wonen en woonkwaliteit

Het belang van wonen en woonkwaliteit voor het welzijn en het zich goed voelen van zowel de bewoner, de mantelzorger als het personeel komt terug in elk pilootproject, gaande van zorg voor personen met jongdementie, over palliatieve zorg tot projecten waar wonen en zorg samen gerealiseerd worden. Dit belang vertaalt zich zowel in de manier waarop met mensen/bewoners wordt omgegaan, als in de architecturale en ruimtelijke vormgeving van de zorggebouwen, woningen en de omgeving waarin ze wonen. Dit gaat over kwaliteit van leven.

### #Aanbevelingen

- × Ga na hoe kleinschalig (genormaliseerd) wonen gefaciliteerd kan worden, zowel infrastructureel, financieel als op het vlak van personeelsinzet, met specifieke aandacht voor (jonge) personen met dementie.
- × Onderzoek en faciliteer de mogelijkheid tot realisatie van projecten in Vlaanderen waar een geïntegreerd of afgestemd aanbod aan thuisondersteunende tot thuisvervangende palliatieve zorg op één plek wordt aangeboden in een huiselijke omgeving.
- × Bekijk samen met de relevante partners uit de woonsector (o.a. het agentschap Wonen in Vlaanderen) op welke manier bouwheren gestimuleerd kunnen worden om zorg(aspecten) in de woningbouw of woonprojecten te integreren.

## 2. Het belang van betrokkenheid en integratie van zorg in de buurt

Zorg is niet meer iets dat we kunnen opsluiten in een apart gebouw, los van de maatschappij. Zorg vermaatschappelijkt, integreert zich in de samenleving, in de buurt. Ook in de Pilotprojecten Onzichtbare Zorg zien we het belang van de integratie van de zorg in de buurt en omgekeerd van de buurt in de zorg. Functies van een 'zorg'voorziening die gedeeld worden en openstaan voor buurtbewoners, omgevingsaanleg en activiteiten die uitnodigen om de 'site' te betreden, waar er nu nog veeleer schroom is om als externe op de 'site' te komen, als je er niet voor zorg moet zijn.

### #Aanbevelingen

- × Zet in op een goede buurtwerking om de sociale cohesie en solidariteit tussen (buurt)bewoners te stimuleren en zo mensen met toenemende zorgnoden langer in hun buurt te kunnen laten wonen.

- 
- × Faciliteer waar mogelijk het multifunctionele gebruik van fysieke ontmoetingsplaatsen.
  - × Verken een verdere samenwerking tussen Zorg en Wonen om buurtgerichte initiatieven rond fysieke ontmoetingsruimtes als hefboom voor zorgzame buurten in te zetten.

### 3. Het belang van geïntegreerde en flexibele inzet van (zorg)personeel

De flexibele of aangepaste inzet van personeel is een rode draad doorheen alle projecten. Het gaat hier dan over de flexibele of geïntegreerde inzet van personeel zowel binnen een sector (bv. thuiszorg versus residentiële zorg), als tussen sectoren (bv. woonzorg en de sector van personen met een beperking) en over een aangepast personeelskader voor specifieke doelgroepen (jonge personen met dementie, palliatieve zorg...).

Verskillende bevoegdheidsniveaus (Vlaams en federaal), verschillende sectoren en daarmee verschillende financieringssystemen, taakafbakeningen en personeelsstatuten hebben, volledig terecht trouwens, als eerste doel om kwaliteitsvolle zorg te garanderen binnen een bepaalde zorgsector. Deze sectorale invalshoek maakt echter geïntegreerde en flexibele personeelsinzet voor holistische zorg vandaag niet evident, terwijl dit nochtans kan bijdragen aan kwaliteitsvollere en efficiëntere zorg.

#### **#Aanbeveling**

- × Onderzoek hoe een meer afgestemde en flexibelere personeelsinzet mogelijk kan worden gemaakt.

### 4. Het belang van een centraal aanspreekpunt voor innoverende zorgprojecten

Uit de evaluatie van de Pilotprojecten Onzichtbare Zorg bleek ook het belang van regelluwte én van een centraal aanspreekpunt bij de overheid. Het belang en voordeel van beide is dat innoverende initiatiefnemers op een gecoördineerde manier met de overheid in gesprek kunnen gaan en waar nodig in aanmerking komen voor afwijkingen van de Vlaamse vergunnings-, erkennings- of subsidiëringnormen m.b.t. infrastructuur.

---

**#Aanbeveling**

- × De Vlaamse overheid breidt de opdracht van de bestaande commissie multifunctionele infrastructuur (MFI) uit naar 'innoverende zorginfrastructuurprojecten', waardoor deze als centraal aanspreekpunt kan fungeren en innoverende zorgprojecten waar mogelijk en zinvol van regelluwte kunnen genieten.

## 5. Het belang van positieve beeldvorming rond woonzorg

Naast regelgeving en regelluwte is het aangewezen dat innoverende zorgprojecten bouwheren, architecten en beleidsactoren kunnen inspireren bij de bouw van zorgprojecten en om mogelijk vernieuwende elementen te integreren in de beleidsvoering.

**#Aanbeveling**

- × Zet vernieuwende bouwprojecten in de zorgsector in de kijker ter inspiratie voor bouwheren, architecten, beleidsactoren... en deel kennis hierrond.

*Pilootprojecten Onzichtbare Zorg. Vijf wegen naar innovatie — 2012-2024*  
is een uitgave van de Vlaamse Bouwmeester

**Redactie**

Joeri De Bruyn, Hazel Van Genechten (Public Space)  
Stijn De Vleeschouwer (Team Vlaams Bouwmeester)  
Christophe Cousaert, Sara Feys (Departement Zorg)

**Vormgeving**

[www.gestalte.be](http://www.gestalte.be)

**Fotografie**

© Tim Van de Velde  
Foto's p. 35 © Filip Dujardin

**Druk**

Artoos, Kampenhout

ISBN 978 90 4030 469 9  
D/2024/3241/222

**Verantwoordelijke uitgever**

Erik Wieërs, Vlaams Bouwmeester, Havenlaan 88 bus 10, 1000 Brussel

[www.vlaamsbouwmeester.be](http://www.vlaamsbouwmeester.be)

[www.pilootprojectenzorg.be](http://www.pilootprojectenzorg.be)

© 2024, alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

**BWMSTR**  
Team  
Vlaams  
Bouwmeester





“In de toekomst moeten we evolueren naar kleinschalige, collectieve woongemeenschappen waar gezinnen, alleenstaanden, ouderen en jongeren, mantelzorgers en hulpbehoevenden samenwonen. Zodat wonen en zorgen weer samenvallen in een collectieve woongemeenschap. Dit zal niet enkel een institutionele en beleidsmatige omslag vragen, maar ook een grote mentale omslag voor alle Vlamingen.”

Erik Wieërs, Vlaams Bouwmeester

“De Pilotprojecten Onzichtbare Zorg hebben tal van maatschappelijk relevante thema's opgepikt die we hebben vertaald in nieuw beleid.”

Karine Moykens, Secretaris-generaal departement Zorg

---

De Vlaamse Bouwmeester en de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin lanceerden in 2012 een oproep aan zorgverstrekkers voor de bouw van innovatieve zorginfrastructuur. Vandaag, twaalf jaar later, maakt deze publicatie de balans op van de vijf Pilotprojecten Onzichtbare Zorg. Elk van deze projecten geeft zorg opnieuw een vanzelfsprekende plaats in de maatschappij en in onze ruimte en biedt antwoorden op de uitdagingen waarmee onze zorg vandaag geconfronteerd wordt.

---