

Zorg[vuldig] wonen

*Onzichtbare zorg uit het oogpunt van
woonmogelijkheden voor downsyndroom*

Dina Martens

Masterscriptie

Master Architectuur 2022-2023

Universiteit Hasselt - Faculteit Architectuur & Kunst

Gekoppeld aan seminarie Designing for More

Promotor: Prof. dr. Jan Vanrie

VOORWOORD

De keuze van mijn onderwerp binnen deze masterscriptie vond ik in het begin zeer moeilijk. Ik heb hier dan ook lang over nagedacht en veel over getwijfeld uit schrik dat uiteindelijk zou blijken dat er niet voldoende onderzoeksmateriaal beschikbaar zou zijn over een onderwerp. Ik had echter vorig jaar in mijn eerste onderzoekspaper rond mijn seminarie Designing for More het gevoel dat ik wat vastliep binnen mijn onderwerp. Ik had het toen specifiek over 'hoe we architectuur inclusiever kunnen maken voor personen met downsyndroom geconnecteerd aan hun multi-sensoriële ervaringen van ruimte'. Ik wou dit onderwerp graag verderzetten maar dan vanuit een breder perspectief om zo meer mogelijkheden te creëren die ik kon onderzoeken binnen deze masterscriptie.

Deze masterscriptie is uiteraard mede ondersteund en mogelijk gemaakt door een aantal mensen die ik graag wil bedanken. Allereerst wil ik graag mijn promotor Jan Vanrie bedanken voor de vele begeleidingen en inzichten die hij mij heeft gegeven. De verschillende mogelijkheden en richtingen die ik met mijn scriptie uit kon hebben we uitgebreid besproken en heeft ervoor gezorgd dat ik een logische opbouw heb kunnen bekomen in dit onderzoek. Graag wil ik ook nog mijn dank richten aan een persoon die een speciale rol heeft gespeeld binnen mijn masterscriptie en de keuze van mijn onderwerp. Mijn neef Ruben heeft zelf downsyndroom en doet aan begeleid zelfstandig wonen in Runkst. Ik wil hem graag bedanken om mij te inspireren en om mij te woord te staan in het interview dat ik bij hem heb afgenomen. Hij heeft mij met alle plezier uitgelegd en getoond hoe hij dagelijks leeft. Dit heeft heel wat inzichten gebracht die ik heb kunnen implementeren binnen deze scriptie. Ten slotte wil ik nog kort mijn projectbegeleiders Eef Boeckx en Jo Berben bedanken om mij bij te staan in de keuze van mijn onderwerp om dit verder te kunnen toepassen op mijn uiteindelijke masterproject.

Als laatste hoop ik niet alleen mezelf, maar ook jullie als lezers iets bij te kunnen brengen na het lezen van mijn onderzoek beschreven in deze masterscriptie.

Dina Martens

INHOUD

VOORWOORD	5
ABSTRACT NL	11
ABSTRACT ENG.....	12
INLEIDING.....	14
CONTEXT	15
PROBLEEMSTELLING.....	16
ONDERZOEKSVRAAG.....	17
ONDERZOEKSMETHODE	18
KADERING TOEGEPASTE BEGRIPPEN	20
1. MAATSCHAPPELIJK KADER & BEGRIPPENKADER.....	22
1.1. Wat is ‘Onzichtbare Zorg’?.....	23
1.2. Wat is ‘Informeel Zorg’?.....	24
1.3. Maatschappelijk kader rond zorg & toenemende integratie van zorg.....	25
1.3.1. Verschuiving binnen het maatschappelijk kader.....	28
1.4. Maatschappelijke visie inclusie & beperking	29
1.4.1. Begrip - inclusie	29
1.4.1.1. Inclusief ontwerpen.....	29
1.4.2. Begrip - beperking	30
1.4.3. Situatie in Vlaanderen.....	31
1.5. Aandacht voor zorg op de maatschappelijke agenda.....	32
1.5.1. Pilotprojecten Onzichtbare Zorg.....	32
1.5.2. Zeven onzichtbaarheidsfactoren	33
2. INZOOM OP DOWNSYNDROOM EN HUN ERVARINGEN	36
2.1. Doelgroep	37
2.2. Wat is downsyndroom?	38
2.3. Ruimtelijke ervaringen van personen met downsyndroom	39
2.3.1. Afbakening tussen ruimtes	40
2.3.2. Privacy.....	40
2.3.3. Licht.....	41
2.3.4. Gewoontes	42
2.3.5. Wayfinding	42
2.3.6. Conclusie	43

3. WONEN MET EEN BEPERKING	45
3.1. Wetgevend kader - gelijke rechten voor personen met een handicap	46
3.2. Beschikbare ondersteuning & woonvormen voor personen met een beperking	48
3.2.1. Dagondersteuning	48
3.2.2. Woonondersteuning.....	49
3.2.2.1. Zorginstelling	49
3.2.2.2. Groepswonen.....	49
3.2.3. Zelfstandig wonen	50
3.2.3.1. Zorgwonen	50
3.2.3.2. Begeleid zelfstandig wonen	51
3.2.4. Begeleid werken	51
3.3. Begeleid zelfstandig wonen	52
3.3.1. Begeleid zelfstandig wonen met downsyndroom	54
3.3.1.1. Ervaringen van personen met DS die zelfstandig wonen.....	54
3.3.1.2. Belang van zelfstandig wonen.....	57
3.3.2. Positieve aspecten.....	58
4. RUIMTELIJK KADER ROND (BEGELEID) ZELFSTANDIG WONEN	60
4.1. Ruimtelijke regelgeving residentiële zorg.....	61
4.2. Belangrijkste ruimtes voor personen met DS	62
4.3. Valkuilen begeleid zelfstandig wonen	63
4.4. Ontwerpparameters.....	64
4.5. Bestaande (typologieën) onzichtbare zorg.....	66
REFLECTIE	74
5. MASTERPROJECT	78
5.1. Masterproject.....	80
5.1.1. Keuze van de projectlocatie.....	80
5.1.2. Doelgroep & concept	82
5.1.3. Gekoppelde ontwerpparameters.....	84
5.2. Terugkoppeling met scriptie	87
5.3. Terugkoppeling met ontwerpstudio.....	87
5.4. Reflectie scriptie & masterproject.....	88
BIBLIOGRAFIE	91
FIGUREN- EN TABELLENLIJST	97
BIJLAGEN	100
Bijlage I.: Regelgeving en procedures rond zorgwonen	101
Bijlage II.: Bevraging / gesprek persoon met DS over zelfstandig wonen	111

ABSTRACT NL

De zorgsector bevindt zich in een fundamentele verschuiving, de druk op de sector is vandaag de dag zo hoog dat zo'n verschuiving noodzakelijk is. Begrippen zoals 'onzichtbare zorg' en 'vermaatschappelijking van de zorg' maken hun opmars en verkrijgen stilaan hun plekje binnen nieuwe ruimtelijke beleidsplannen. Deze de-institutionalisering van de zorg zal naar de toekomst toe een gunstig effect hebben op de grote druk waarmee de sector te maken krijgt.

Er wordt vandaag de dag binnen zoveel mogelijk facetten van de zorg gestreefd naar een ondersteuning die de voltijdse zorg (deels) vervangt. Deze overschakeling naar ondersteuning vergt echter heel wat aanpassingen. Ook is voltijdse zorg niet altijd vervangbaar door ondersteuning, er moet een evenwicht gevonden worden tussen doelgroepen die ondersteuning kunnen krijgen en doelgroepen die nood blijven hebben aan voltijdse zorg. Door voor een aantal specifieke groepen deze ondersteuning goed uit te zetten verlaagt de druk op de zorgsector al voor een groot deel.

Het onderzoek binnen deze masterscriptie gaat dieper in op de mogelijkheden qua ondersteuningsvormen voor personen met een lichte tot matige verstandelijke beperking, met een focus op personen met downsyndroom (DS). Voor deze doelgroep ligt er een weg open die kan leiden naar positieve effecten op zowel hun leven als dat van hun naasten. De weg naar ondersteuning wordt voor personen met een beperking benaderd via innovatieve vormen van zorgwonen. In dit onderzoek wordt er gezocht naar de ideale woonvorm om deze ondersteuning voor personen met downsyndroom optimaal te organiseren.

Deze ideale woonvorm wordt allereerst benaderd vanuit een maatschappelijk oogpunt waarin een blik wordt geworpen op een aantal innovatieve begrippen binnen de zorg en hoe we daar in Vlaanderen naar kijken. De huidige zorgsituatie in Vlaanderen is hierin bepalend. Downsyndroom is een zeer specifieke doelgroep waar uitgebreid op wordt ingegaan. De eerste koppelingen tussen downsyndroom en ervaring van ruimte ontstaan in de eerste helft van dit onderzoek. Door de analyse van mogelijke woonvormen voor personen met een beperking en de specifieke aspecten waarmee we rekening dienen te houden voor personen met DS samen te brengen, kunnen we de geschikte woonvorm voor personen met DS definiëren. Begeleid zelfstandig wonen komt naar voren door onder andere onzichtbare zorg en haar randvoorwaarden mee in acht te nemen. Een overzicht van al reeds bestaande projecten binnen onzichtbare zorg tonen opties van hoe we met dat innovatieve begrip kunnen omgaan. Uiteindelijk worden uit de kennis van het volledige onderzoek een aantal ontwerpparameters opgesteld die niet enkel en alleen van toepassing blijken binnen ontwerpen voor DS.

Keywords: zorg - wonen - verstandelijke beperking - downsyndroom - onzichtbare zorg

ABSTRACT ENG

The care sector is currently going through a fundamental shift; the pressure on the sector today is so high that this shift is necessary. Concepts such as “invisible care” and “socialization of care” are making their appearance and gradually gaining their place within new spatial policy plans. This de-institutionalization of care will have a beneficial effect on the future of the pressure facing the sector.

Today, support is being sought within as many facets of care as possible to (partially) replace full-time care. However, this switch to support requires many adjustments. Also, full-time caretaking cannot always be replaced by support; a balance must be found between target groups that can receive support and target groups that continue to need full-time care. By properly setting out this support for a number of specific groups, the pressure on the care sector is already largely reduced.

The research within this master’s thesis explores the possibilities in terms of forms of support for people with mild to moderate intellectual disabilities, with a focus on people with Down syndrome. For this target group, a path lies open that can lead to positive effects on both their lives and those of their loved ones. The path to support is approached for people with disabilities through innovative care living arrangements. In this research, we are looking for the ideal housing form to optimally organize this support for people with DS.

This ideal form of living is first approached from a social point of view in which a look is taken at a number of innovative concepts within the care and how we look at it in Flanders. The current care situation in Flanders is decisive here. Down syndrome is a very specific target group that will be discussed in detail. The first links between Down’s syndrome and experience of space arise in the first half of this study. By bringing together the analysis of possible housing forms for people with disabilities and the specific aspects to consider for people with DS, we can define the appropriate housing form for persons with DS. Supported independent living emerges by including invisible care and its preconditions. An overview of already existing projects within invisible care shows options of how we can deal with that innovative concept. In the end, from the knowledge of the entire research, a number of design parameters are established that do not appear to be solely applicable to designs for DS.

Keywords: care - living - intellectual disability - down syndrome - invisible care

0 INLEIDING



CONTEXT

De zorgsector bevindt zich momenteel op een kantelpunt als het gaat over de druk waar ze vandaag de dag mee te maken krijgt. Deze druk is niet alleen het gevolg van de vergrijzing van de maatschappij maar staat ook in directe correlatie met het stijgend aantal zorgaanvragen¹ voor personen met een beperking van de laatste vijf jaar (Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2018; 2020; 2021; 2022).

Bovenstaande feiten brengen zoals het Vlaams Departement WVG (z.d.a) het noemt 'een fundamentele verschuiving' in de zorgsector met zich mee.

Vandaag de dag bevinden we ons in het proces van de vermaatschappelijking van de zorg, hierbij wordt er gestreefd naar een zorg die meer verweeft wordt in de samenleving en waarin de omgeving van de zorgbehoevende voor een deeltje de zorg "meedraagt".

Mensen met een beperking worden nog te vaak onderschat en verdienen evenzeer actieve rol in de samenleving waarbinnen ze de nodige ondersteuning en hulp op maat verkrijgen (Vandeurzen, z.d.; Vlaams Departement WVG, 2013).

De begrippen 'onzichtbare zorg', 'geïntegreerde zorg' en 'vermaatschappelijking van de zorg' worden in dit onderzoek deels door elkaar gebruikt, hoewel de theoretische definities van deze begrippen enkele verschillen kunnen vertonen streven ze allemaal naar hetzelfde doel. Namelijk een zorgsysteem waarbij de patiënt de hoofdrol speelt binnen zijn/haar eigen zorg in combinatie met een meer ingebedde zorg in het stedelijke en maatschappelijke weefsel.

Binnen deze vermaatschappelijking komt het belang van het begrip onzichtbare zorg sterk naar boven. Als het gaat over zorg en de woonbehoeften van zorgbehoevenden associëren mensen dit al snel met de typische zorginstellingen gelegen in de randstad. Grote instellingen die met heel wat druk te maken krijgen en volledig afgezonderd zijn van de omliggende omgeving (Goovaerts, 2020). Onzichtbare zorg wil een nieuwe kijk op de zorg in gang zetten die deze grote instellingen ontlast en het beeld van 'geclusterde zorg' vervangt door een 'verspreide en verweefde zorg' binnenin het straatbeeld.

Daarom ben ik binnen mijn onderzoek een diepere zoektocht gestart naar de verschillende mogelijkheden binnen zorgwonen in een maatschappelijk weefsel. Ik wil me graag verdiepen in de wereld van mensen met een licht verstandelijke beperking. Dit onderwerp staat dichtbij mezelf, mijn neef heeft het syndroom van down en doet aan begeleid zelfstandig wonen. Deze woonvorm - en nog vele anderen die verder besproken worden - gelinkt aan zorg bevatten vandaag de dag nog heel wat beperkingen op het vlak van integratie in de maatschappij. Deze problematiek en de huidige situatie in het Vlaamse woonlandschap heb ik onderzocht teruggekoppeld aan personen met downsyndroom en hun ervaringen binnen zelfstandig wonen.

¹ Deze zorg aanvragen bevatten zowel hulp op vlak van al dan niet dagelijkse begeleiding alsook de meldingen en aanvragen in verband met zorgwoningen (Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2018; 2020; 2021; 2022).

PROBLEEMSTELLING

Voor personen met downsyndroom (DS) is de zoektocht naar een geschikte woning en omgeving een hele uitdaging. Allereerst worden personen met DS vaak uit bezorgdheid wat tegengehouden door hun ouders als het gaat over (begeleid) zelfstandig wonen (Downsyndroom Vlaanderen, z.d.). Personen met DS kunnen samen met hun ouders wel wat aanmoediging gebruiken om deze stap effectief te zetten. Dit heeft deels te maken met het proces van de vermaatschappelijking van de zorg, wat voor veel mensen nog niet bekend in de oren klinkt en daarbij nog veel mensen afschrikt. Ten tweede zijn er een aantal elementen die van een omgeving een geschikte zorgomgeving maken om zelfstandig te kunnen wonen. Een niet al te wijde radius van basisvoorzieningen is een must, denk maar aan buurtwinkels voor hun wekelijkse boodschappen en winkels / bedrijven die zich mee inzetten door begeleid werk aan te bieden. (Vandeurzen, z.d.)

Ook een al reeds aanwezig zorgnetwerk is bepalend, dit gaat zeer breed van zowel huisdokter in de buurt alsook een dichtbijgelegen dagcentrum waar dagelijkse activiteiten en begeleiding worden georganiseerd.

Er hangt eveneens nog steeds een maatschappelijk taboe rond het woord “handicap” of “beperking”. Personen met een beperking worden nog te vaak onderschat als het gaat over de rol die ze al dan niet kunnen uitoefenen binnen onze maatschappij. Ze worden vaak aan de kant geschoven als zijnde passieve hulpbehoevende gebruikers binnen een samenleving (Boys, 2014).

Zelfstandig wonen zorgt echter ook niet alleen voor een positieve ontwikkeling en ontplooiing van personen met DS maar kan ook eenzaamheid met zich meebrengen. Er kan een afstand ontstaan tussen de zorgbehoevende en de snel functionerende maatschappij (Vandeurzen, z.d.). De maatschappelijke visie op beperking kan op dit vlak nog wat verfijning gebruiken. Deze maatschappelijke visie blijft tot op de dag van vandaag relatief onuitgesproken als het gaat over waar personen met een beperking nu het best tot hun recht komen (Vandelanotte, 2020).

“Als deelnemers in de maatschappij” zou hier het ideale antwoord op zijn, helaas zijn we als maatschappij zijnde zelf nog zoekende naar allerlei manieren om deze zorg op maat zo optimaal mogelijk in te passen in onze dagelijkse leefwereld.

ONDERZOEKSVRAAG

Om al een stap in de goede richting te zetten in functie van de optimalisatie van zorg behandeld deze scriptie de volgende onderzoeksvraag:

“Hoe kunnen we via innovatieve en zelfstandige woonvormen voor personen met downsyndroom bijdragen aan onzichtbare zorg?”

Om een gelaagd antwoord op deze vraag te formuleren wordt er aan de hand van deelvragen onderzoek gedaan. Als eerste worden belangrijke begrippen rond zorg gekaderd samen met de situatie in Vlaanderen vandaag. Hoe reageert Vlaanderen op de verschuiving binnen de zorgsector? Hoe kijken we naar beperking? Wordt het belang van zorg voldoende onder de aandacht gebracht? Daaropvolgend gaat het over mijn doelgroep. Hoe ervaren personen met DS ruimte? Hieruit komen een aantal belangrijke aspecten voort. We nemen de rechten en woonmogelijkheden van personen met een handicap onder de loep. Welke woonvorm is het meest geschikt voor personen met DS? En hoe kunnen we deze woonvorm het best benaderen voor een optimaal zorgresultaat? Afsluiten doen we met de deelvraag ‘Welke ontwerpparameters kunnen uit bovenstaande deelvragen worden afgeleid?’ Een deel van deze parameters zijn een rechtstreeks gevolg van een zelf afgenomen gesprek met een ervaringsdeskundige op vlak van zelfstandig wonen met DS. Dit is een grote meerwaarde in dit onderzoek en geeft mogelijkheden om resultaten te vergelijken met de literatuurstudies.

ONDERZOEKSMETHODE

In kader van dit onderzoek zijn er enkele begrippen rond zorg die enige toelichting vereisen, deze begrippen worden volledig gekaderd in het eerste deel van dit onderzoek. Dit gebeurt via literatuuronderzoek en definities opgesteld door ervaringsdeskundigen in hun vakgebied in relatie tot zorg. Ook de situatie waar Vlaanderen zich vandaag de dag in bevindt wordt mee opgenomen. Hoe kijkt de Vlaming vandaag richting personen met een beperking? En hoever staan we in Vlaanderen richting de verschuiving van zorg naar ondersteuning? Zo wordt er in het eerste deel een globaal kader geschetst waarop de rest van de delen verder kan bouwen.

In deel twee wordt er op basis van literatuurstudie dieper ingegaan op mijn specifieke doelgroep, namelijk personen met downsyndroom. Hierin geef ik de beweegredenen voor de keuze van mijn doelgroep en worden de specifieke kenmerken van personen met DS opgelijst. Een belangrijk onderdeel wat binnen dit deel wordt aangehaald zijn specifieke aspecten hoe personen met DS ruimte ervaren. Deze aspecten zijn bepalend in dit onderzoek en worden mee verwerkt in delen drie en vier.

Het derde deel combineert de kennis uit de eerste twee delen en past dit toe binnen 'wonen'. Er wordt gekeken naar de rechten die personen met een handicap hebben op vlak van wonen. Via literatuuronderzoek worden de mogelijke woon- en ondersteuningsvormen voor personen met een beperking besproken. Om zo tot een onderbouwde en geschikte woonvorm te komen, geschikt voor mijn doelgroep personen met DS. Deze woonvorm en zijn voorwaarden worden uitgebreid besproken om deze daarna te kunnen terugkoppelen aan ervaringen van personen met DS die reeds in zo'n innovatieve woonvorm wonen. Deze ervaringen zijn gebaseerd op een bestaand interview en een zelf afgenomen interview / gesprek. Dit deel wordt beëindigd met een aantal aspecten en belangen van deze ondersteunings woonvorm.

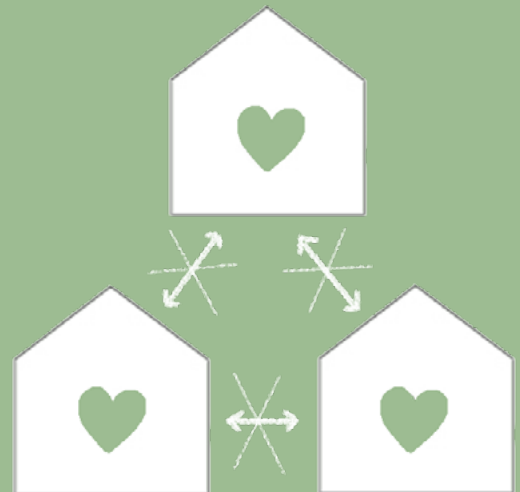
Alle aspecten en voorwaarden die in de voorgaande delen vergaard werden, worden in deel vier omgezet tot ontwerpparameters voor een inclusief en kleinschalig zorgontwerp wat bestand is tegen de veranderingen van de toekomst. Deze parameters worden voorafgegaan door al reeds bestaande ruimtelijke zorg regelgevingen en de ruimtes die door personen met DS als favoriete ruimte ervaren worden. Echter moeten we ons ook bewust zijn van de eventuele valkuilen die deze innovatieve woonvormen met zich meebrengen. Deze valkuilen worden aangehaald zodat de ontwerpparameters die daarop volgen voldoende aspecten bevatten om deze valkuilen te kunnen vermijden.

Dit onderzoek heeft voor mij heel wat dingen verhelderd over de zorg en haar problematieken, waar ik vandaag de dag anders niet zo hard bij zou stilstaan. Het was een uitdaging om met mijn specifieke doelgroep aan de slag te gaan en concrete aanknopingspunten te vinden met architectuur en wonen. Echter was ik al bekend met downsyndroom binnen mijn familie, dat heeft mij voor een groot stuk op weg geholpen en andere inzichten gebracht doordat ik hier van dichtbij mee in aanraking kom.

KADERING TOEGEPASTE BEGRIPPEN

GEFRAGMENTEERDE ZORG

De zorgsector werkt niet (goed) samen en laat kansen liggen qua optimalisatie van zorg



INFORMELE ZORG

Familie, vrienden, buren, kennissen etc. dragen deels mee aan de zorg voor een persoon in zorgnood



ONZICHTBARE ZORG

Zorg wordt ingebed in het stedelijk weefsel en straatbeeld i.p.v. afgezonderd



VERMAATSCHAPPELIJING VAN DE ZORG

Een verschuiving binnen de visie op zorg, we moeten zorg omarmen en niet uitsluiten



Figuur 1-4: Visualisatie zorgbegrippen

1

MAATSCHAPPELIJK KADER & BEGRIPPENKADER



In kader van dit onderzoek zijn er enkele begrippen rond zorg die enige toelichting vereisen, deze begrippen worden volledig gekaderd in dit eerste deel. Dit gebeurt via literatuuronderzoek en definities opgesteld door deskundigen in hun vakgebied in relatie tot zorg. Ook de situatie waar Vlaanderen zich vandaag de dag in bevindt wordt mee opgenomen. Hoe kijkt de Vlaming vandaag richting personen met een beperking? En hoe ver staan we in Vlaanderen richting de verschuiving van zorg naar ondersteuning?

1.1. Wat is ‘Onzichtbare Zorg’?

‘Onzichtbare zorg’ staat in contradictie met ‘gefragmenteerde / versnipperde zorg’, dit laatste begrip houdt in dat er tussen de zorgbehoevenden en verschillende zorginstanties (zoals huisdokter, thuisbegeleiding, specialisten etc.) een ‘onoverzichtelijke, complexe verbinding’ bestaat (Pless, et al., 2016).



Figuur 5: Visualisatie ‘Onzichtbare zorg’

De volledige zorgsector zou met andere woorden als streefdoel van de toekomst als één grote geoliede machine elkaar moeten aanvullen en versterken. Uit deze toekomstvisie volgt dan het begrip ‘Onzichtbare Zorg’ volgens Annelies Augustyns, architecte binnen Team Vlaams Bouwmeester, in een interview met de Mens magazine:

“Dat is zorg die niet meer is afgezonderd van, maar geïntegreerd in het maatschappelijk leven. Een zorg die is ingebed in het dagelijks bestaan en in de publieke ruimte. Daarbij is het ook een opgave van de stad of wijk om de publieke ruimte leefbaarder te maken. Zorgbehoevenden moeten een plek binnen de samenleving krijgen.” (Goovaerts, 2020, paragraaf 4).

Een klassieke misvatting bij het horen van het woord ‘zorg’ is het feit dat dit altijd en enkel aansluit op fysiek zorgbehoevenden bevattende mensen met een beperking of ouderen. Team Vlaams Bouwmeester zet specifiek in op de verbreding van het ‘zorg’ begrip, “We halen de zorg uit haar klassieke cocon.” betreft voormalig minister van welzijn & gezondheid Jo Vandeurzen.

Op die manier wordt tegemoetgekomen aan de behoeften van permanent zorgbehoevenden zoals mensen met een beperking terwijl er ook extra aandacht wordt besteed aan tijdelijk zorgbehoevenden. Dit omvat, voor velen wellicht verrassend, ook jonge gezinnen met kinderen², allemaal met het doel om - zo lang mogelijk - zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Het doel van de integratie van zorgwonen binnen het woonbeleid is participatie binnen wijken creëren, zo worden zorgbehoevende bewoners ‘gedragen’ door hun mede wijkbewoners en hun directe omgeving (Vandeurzen, z.d.).

Zoals eerder snel aangehaald in de probleemstelling is er binnen zorgwonen vaak sprake van eenzaamheid en afstandelijkheid ten opzichte van de snel functionerende maatschappij. Jo Vandeurzen beschrijft dit via het begrip “sociaal isolement”, onzichtbare zorg gaat dit - in het ideale scenario - tegen door het creëren van samenwerking en participatie binnen een mix van sociale groepen van een woonomgeving (Vandeurzen, z.d.).

Een eigen definitie van ‘onzichtbare zorg’ die ik uit bovenstaande elementen samenstel omschrijft voor mij de essentie van dit begrip; **het inbedden van - al dan niet permanente - zorg en ondersteuning binnen het woonweefsel door een wisselwerking tussen professionele en buurt gedragen zorg**; het woonweefsel zal in belevingswaarde stijgen door deze wisselwerking tussen zorgbehoevenden en niet-zorgbehoevenden.

² Omvat de nood voor ondersteuning en/of hulp bij startende gezinnen en hun kinderen, maar gaat evenzeer over mensen die in een andere tijdelijke zorgsituatie belanden; bijvoorbeeld door een ongeval (Vandeurzen, z.d.).

1.2. Wat is ‘Informele Zorg’?

“Zorg en ondersteuning die onbetaald en niet beroepshalve wordt verricht met volgende verschijningsvormen: gebruikelijke zorg, mantelzorg, zelfhulp, vrijwillige zorg en buurthulp.” Zo citeren Bronselaer en zijn medeonderzoekers (2018, p.11) het begrip informele zorg.



Figuur 6: Visualisatie ‘Informele zorg’

Ze halen verder nog een opmerkelijk en belangrijk aspect aan met betrekking tot informele zorg, namelijk het belang van ‘nabijheid’ (Bronselaer et al., 2018). Als we dit aspect bekijken met oog op het voorafgaand besproken begrip ‘onzichtbare zorg’, kunnen we stellen dat het ene het andere aanvult en versterkt.

Onzichtbare zorg steunt op het feit dat zorgbehoevende bewoners deels “gedragen” worden door hun directe omgeving (familie & vrienden) en geëngageerde buurtbewoners. (Vandeurzen, z.d.) Zonder informele zorgverleners is een optimaal onzichtbaar zorgnetwerk onmogelijk. Het aspect nabijheid heeft dus betrekking op sociaal vlak en de mate waarin informele zorgverleners zich binnen een radius van dezelfde wijk of stad bevinden om efficiënte hulp te kunnen verlenen (Bronselaer et al., 2018).

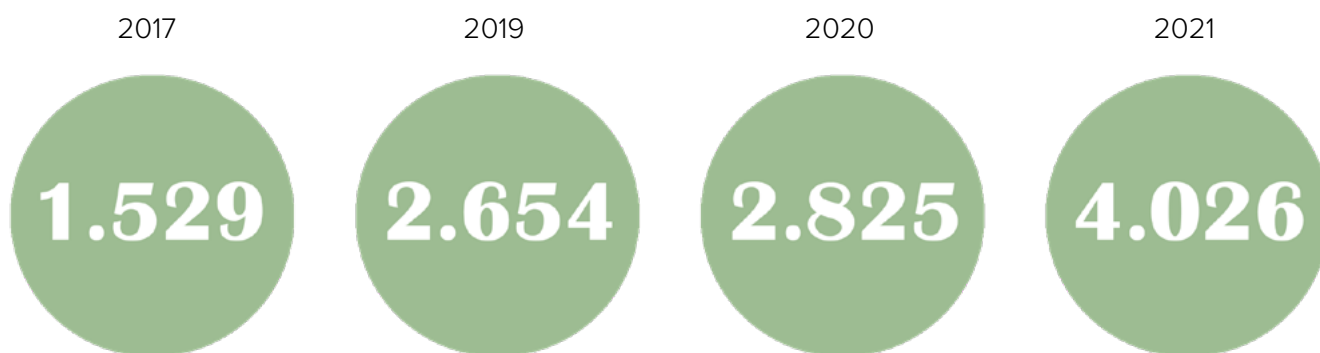
Uit cijfers van Statistiek Vlaanderen (2022, september) blijkt dat in het voorjaar van 2022 ongeveer 4 op 10 Vlamingen maandelijks als informele zorgaanbieder hulp verleent aan personen in hun omgeving. Het aandeel van personen die informele zorg verlenen is ten opzichte van het voorjaar van 2021 met 5% gestegen. We kunnen concluderen dat de informele zorg in een stijging zit, echter zijn er geen cijfers beschikbaar van voor 2021 dus deze stijging bevat enkel cijfers van het afgelopen jaar. Door het gebrek aan cijfers van de voorgaande jaren kunnen we dus niet met zekerheid stellen dat deze stijging zich in de toekomst zal ontwikkelen tot een trend. Echter blijkt uit de inleiding dat de zorg zich op een kantelpunt bevindt omdat de druk op de sector steeds groter wordt, informele zorgverleners bieden hierbij extra ondersteuning waardoor deze druk al voor een deel wordt verlaagd. De weg naar een trend binnen informele zorg kunnen we naar de toekomst toe dus wel waarschijnlijk stellen.

1.3. Maatschappelijk kader rond zorg & toenemende integratie van zorg

De zorgsector in Vlaanderen is de laatste jaren sterk onder druk komen te staan, het begrip vergrijzing klinkt al lang niet nieuw meer. Het aandeel van ouderen in de Vlaamse bevolking bevindt zich nog steeds in een stijgende trend (Flanders' Care, z.d.). Deze trend veroorzaakt deels ook het gevolg van het toenemende aantal personen met chronische gezondheidsproblemen volgens Statistiek Vlaanderen (2022).

In mijn onderzoek richt ik mij volledig op zorg woonvormen voor personen met een beperking, na bovenstaand kort algemeen kader vervolg ik nu de rest met mijn specifieke doelgroep in het achterhoofd.

Naast de eerder besproken groepen (ouderen, kwetsbare gezinnen) is er nog een andere belangrijke zorgbehoevende groep, namelijk personen met een beperking. We zien ook binnen deze groep een sterk stijgende vraag naar zorg. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (2018, 2020, 2021, 2022) maakt elk jaar een analytische duiding van het aantal persoonsvolgende budgetten³ (PVB's) die ze ter beschikking hebben gesteld. Figuur 5 toont een overzicht van het opmerkelijkste aantal PVB's uitgereikt tussen 2017 en 2021.



Figuur 7: Aantal persoonsvolgende budgetten jaarlijks ter beschikking gesteld (Gebaseerd op Het VAPH in cijfers, door Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2018, 2020, 2021, 2022, p. 2/3).

We zien twee recente en duidelijk pieken in de sprongen tussen 2017-2019 en 2020-2021. In 2019 is het aantal PVB's bijna verdubbeld ten opzichte van 2017. Het aantal is dan nogmaals met iets meer dan een duizendtal toegenomen in 2021 ten opzichte van 2020. We kunnen duidelijk stellen dat het aantal personen met een handicap die nood hebben aan zorg en de bekostiging hiervan de laatste jaren in een stijging zitten. Dit toont nogmaals aan in wat voor snel tempo de druk op de zorg toeneemt en hierop geanticipeerd moet worden (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2018; 2020; 2021; 2022).

Deze besproken specifieke groepen hebben nood aan specifiek gerichte zorg en aangepaste verblijfsmogelijkheden. De stijgende noden zijn vandaag overduidelijk niet langer draagbaar en vereisen nieuwe innovatieve zorgsystemen (Flanders' Care, z.d.).

³ Een ondersteunend gepersonaliseerd budget wat ter beschikking wordt gesteld aan personen met een handicap om de kosten m.b.t. de nodige zorg te vergoeden (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2018; 2020; 2021; 2022).

Een voorbeeld van zo'n innovatief zorgsysteem is 'zorgwonen'. De cijfers in onderstaande tabel verwijzen naar een stijgend aantal meldingen van zorgwonen doorheen de laatste jaren. De tabel geeft een overzicht van de toenemende innovatieve woonvorm 'zorgwonen'. De zorgwoning wordt hier gedefinieerd als:

“Een ondergeschikte wooneenheid in of bij een bestaande hoofdzakelijk vergunde woning. De zorgwoning beoogt de huisvesting van ten hoogste twee personen waarvan minstens één persoon ofwel 65 jaar is of ouder, ofwel hulpbehoevend is” (Schryvers, 2022, paragraaf 1).

Het gaat hierin niet enkel over personen met een beperking, zodoende dat de onderstaande cijfers over de ruime definitie van het woord zijn weergegeven (Schryvers, 2022).

	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
2018	69	61	43	78	18	269
2019	124	75	51	90	21	361
2020	114	85	53	75	30	357
2021	100	90	65	73	33	361
Totaal	407	311	212	316	102	

Tabel 1: Aantal meldingen van 'zorgwoningen' per Vlaamse provincie (overgenomen uit Elke dag meer dan één extra zorgwoning in Vlaanderen, door K. Schryvers, 2022).

De stijgende trend die de tabel weergeeft heeft ondertussen een plateau bereikt. Elementen die opvallend met deze cijfers in het achterhoofd zijn, enerzijds de zeer opmerkelijke stijging ten opzichte van de 9 meldingen van zorgwonen in 2009. Anderzijds werd net aangehaald dat de persoonsvolgende budgetten wél sterk blijven stijgen doorheen dezelfde jaren, in tegenstelling tot het bereikte plateau voor zorgwoningen.

De reden waarom hier zo'n verschil op zit qua stijging is moeilijk te verklaren, echter is het wel een feit dat 2020 en 2021 zich middenin de Coronacrisis bevinden. Deze crisis zorgde voor vele moeilijkheden inclusief op financieel vlak. We kunnen speculeren dat de stijging van persoonsvolgende budgetten zou hier deels mee samenhangt. Veel mensen hadden het moeilijker, inclusief personen met een beperking, hierdoor hebben ze wellicht sneller de stap gezet naar de aanvraag van een PVB. Echter is dit niet gebaseerd op teruggevonden feiten waardoor de echte verklaring hiervan zou kunnen afwijken.

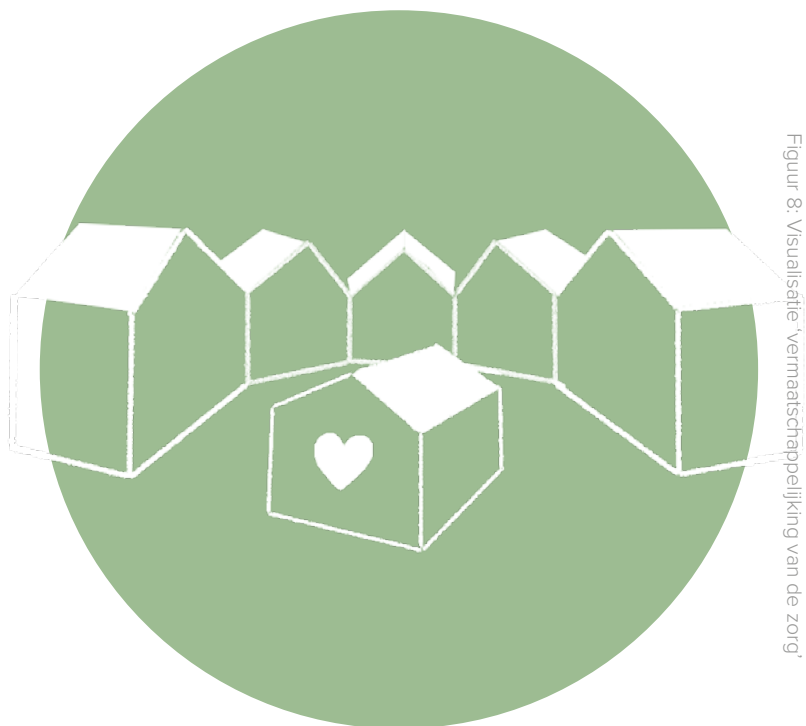
Binnen delen 1.1 en 1.2 werden een aantal begrippen rond zorg gekaderd op Vlaams niveau, deze delen gaven een definitie van deze begrippen op basis van hoe Vlaanderen deze interpreteert. Dit waren interpretaties en visies door onder andere medewerkers van Vlaams Bouwmeester, Vlaamse ministers etc. Volgend kort deeltje beschrijft hoe Vlaanderen deze begrippen en problematieken opneemt binnen haar beleid.

Vlaanderen kiest in haar beleid tegen de problematiek van overbelasting van de zorg voor een ‘vermaatschappelijking van de zorg’, deze ‘oplossing’ is het voorzien van een dragend zorgkader in de omgeving om zorgbehoevenden de mogelijkheid te geven/te ondersteunen om langer thuis te wonen. Dit komt tegemoet aan de noden van de zorgbehoevenden en ontlast deels de sector⁴ (Flanders’ Care, z.d.).

Het Vlaamse departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin gebruikt in hun rapport rond informele zorg in Vlaanderen (2018, p.17) het begrip ‘maatschappelijke integratie van zorg’ - m.a.w. de vermaatschappelijking van de zorg - geciteerd uit de definitie van de Nederlandse Thesaurus Zorg en Welzijn (Bronselaer, et al., 2018, p.17);

“Een verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, psychische of verstandelijke aard), chronisch zieken en kwetsbare ouderen met al hun potenties en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen en hen daarbij waar nodig te ondersteunen”

Samengevat volgens een persbericht van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid - Frank Vandebroucke (2022) - doelt de onzichtbare en zogenaamde ‘integratie van zorg’ in zijn totaliteit op het creëren van een multidisciplinair zorgteam, bestaande uit de verschillende betrokken zorgmedewerkers alsook in de hoofdrol de zorgbehoevende persoon zelf samen met zijn of haar omgeving. Zorg zal worden aangeboden specifiek op het vlak van de zorgbehoevende persoon maar zal daarnaast evenzeer ook buurtgericht worden gestuurd en aangepast.



Figuur 8: Visualisatie 'vermaatschappelijking van de zorg'

⁴ Er zijn nog steeds zorgverleners nodig, hiervoor wordt deels meegerekend op mantelzorgers en personen uit de directe omgeving van de zorgbehoevende(n), ook wel de informele zorgverleners genoemd (Flanders’ Care, z.d.).

1.3.1. Verschuiving binnen het maatschappelijk kader

Via de huidige regelgeving en de verschuivingen die hierin plaatsvinden wordt de toenemende integratie van zorg mede duidelijk gemaakt. Ik bespreek hieronder kort de regelgeving die enkel betrekking heeft op het eerder besproken innovatief zorgsysteem, namelijk 'zorgwonen'. Binnen deze regelgeving is vanaf 16 augustus 2021 beslist een verandering door te voeren inzake de vergunningsplicht voor het creëren van een zorgwoning bij of in een bestaande hoofdwoning. Zorgwonen is niet langer volledig vergunningsplichtig en werd in 2021 deels meldingsplichtig gemaakt, met andere woorden is de procedure voor het creëren van een zorgwoning eenvoudiger en toegankelijker gemaakt (Departement Omgeving, z.d.; Omgevingsloket, z.d.). Ook is de meldingsprocedure veel korter in vergelijking met de proceduredtijd van een vergunning (Departement Omgeving, 2021). Deze meldingsplicht is echter enkel geldig als de zorgwoning voldoet aan enkele voorwaarden opgegeven in bijlage I en geciteerd in de brochure van Departement Omgeving (2021, p.10-14). Dit alles komt de integratie en toegankelijkheid van de zorg vanzelfsprekend ten goede.

1.4. Maatschappelijke visie inclusie & beperking

1.4.1. Begrip - inclusie

Grip vzw staat voor Gelijke Rechten voor Iedere Persoon met een handicap, ze komen op voor inclusie en de mensenrechten van personen met een beperking. Voor de kwetsbare mensen in onze maatschappij zijn zij een belangrijk ondersteuningspunt. Grip vzw (2017, p.4) citeert inclusie dan ook als;

“Een recht op volwaardige deelname aan de samenleving op gelijke voet met andere burgers, een onafhankelijk leven met gelijke keuzemogelijkheden en met respect voor individuele keuzes.”

Iedereen heeft met andere woorden dezelfde gelijke rechten, in een ideale wereld worden evenzeer drempels uitgesloten waardoor geen enkele groep binnen onze samenleving op één of andere manier benadeeld wordt. In een onderzoek van Van Houten (2009, p.45) wordt inclusie als volgt geciteerd:

“Dat iedere burger kan deelnemen aan alle facetten van de samenleving op zijn of haar manier. Er is met andere woorden voor iedereen ruimte en zo nodig worden burgers ondersteund.”

Inclusie is volgens Grip vzw (2009) pas mogelijk indien onze samenleving zich schikt naar het feit dat mensen verschillen op allerlei manieren, enkel zo hoort iedereen erbij en krijgt iedereen kansen. Onze samenleving kan zo een verschuiving van het verwachtingspatroon ten opzichte van personen met een beperking in gang zetten met inclusie als eindresultaat.

1.4.1.1. Inclusief ontwerpen

Inclusief ontwerpen is een strategie die zich richt op het maximaliseren van het aantal diverse gebruikers in een gebouw. Om deze inclusiviteit te kunnen bereiken is er volgens Ielegems en collega's (2015) begrip en attitude nodig vanuit de ontwerper zelf, dit in combinatie met het verzamelen en toepassen van informatie over specifieke gebruikers doorheen het gehele ontwerpproces, startende in het vroegste stadium van het ontwerp/denkproces.

Een continue terugkoppeling tussen gebruiker en ontwerper is essentieel om aan de inclusieve noden te kunnen voldoen. Inclusief design draagt zo bij aan de sociale cohesie en voorkomt uitsluiting van specifieke groepen, door middel van ontwerpbeslissingen (Ielegems et al., 2015). Al moeten we ons wel de vraag stellen hoe realistisch dit is, inclusief ontwerpen en rekening houden met de specifieke noden van alle potentiële gebruikers kan maar tot op een bepaalde schaal inclusief worden gemaakt. Om dit zo goed mogelijk te kunnen doen focus ik mij binnen dit onderzoek op één specifieke gebruikersgroep, namelijk gebruikers met downsyndroom. Deze doelgroep kan verbreed worden naar mensen met een verstandelijke beperking of nog algemener, personen met een beperking. Hierdoor wordt de groep waarvoor je inclusief bouwt al een heel stuk specifiek en realistischer om effectief mee aan de slag te gaan voor een geslaagd 'inclusief' ontwerp.

1.4.2. Begrip - beperking

Ondanks alle initiatieven voor het creëren van een inclusieve samenleving wordt er nog steeds met oogkleppen op naar het begrip 'beperking' gekeken. Volgens Boys (2014) worden personen met een beperking gezien als mensen die enkel en alleen hulp nodig hebben van niet-zorgbehoevenden, personen met een beperking worden met andere woorden gezien als "passieve gebruikers" van alle maatschappelijke functies binnen onze samenleving. Boys (2014, p.2) weerlegt deze algemene aanname door het om te zetten in een opportuniteit - die volgens hem - vandaag de dag nog steeds (te vaak) aan de kant wordt laten liggen:

"Disabled people then are not just passive users of services and buildings, but can offer something powerful back to architects and other built environment professionals."

Hij geeft hierbij aan dat er een grote kans gemist wordt door niet op zoek te gaan naar de relatie tussen personen met een beperking en niet-zorgbehoevenden. Hieruit zou een beter begrip van de situatie kunnen resulteren in verband met, enerzijds lichamelijke verschillen en anderzijds de verschillen in ervaring van de ruimtelijke omgeving (Boys, 2014).

1.4.3. Situatie in Vlaanderen

Wanneer we verder inzoomen op Vlaanderen en haar kijk op personen met een beperking stellen we, uit een bevraging van GRIP vzw, dat 70% van de Vlamingen een algemeen positief beeld heeft over personen met een beperking. Echter is dit zeer ruim bekeken, dit toont ons dus nog geen concreet beeld. In contrast met de vorige bevinding staat een opmerkelijk resultaat uit de bevraging; de Vlaming blijkt nog sterk zoekende naar de maatschappelijke visie die het best hand in hand gaat met personen die te maken krijgen met een beperking. 39% van de bevroegde Vlamingen bevinden zich in het onuitgesproken midden als het gaat over de stelling; “Mensen met een handicap komen het beste tot hun recht in een speciale instelling” (Vandelanotte, 2020).

Deze onuitgesproken en twijfelende 39% vormt samen met 6% onbesliste meningen bij deze stelling de meerderheid. Persoonlijk denk ik dat de afstand tussen de leefwerelden van personen met en zonder beperking vandaag nog iets te groot is. Zeer opvallend is dat slechts 20% het oneens is met deze stelling, dit percentage zal moeten stijgen willen we streven naar onzichtbare en geïntegreerde zorg (Vandelanotte, 2020).

We zetten de trend van de cijfers verder door te kijken naar het aantal personen met een beperking in Vlaanderen. Maar hier knelt het schoentje al, er is in Vlaanderen namelijk geen ‘centraal administratief register van personen met een door de overheid erkende handicap’ volgens een rapport van Statistiek Vlaanderen (Vanweddingen et al., 2022). Ze hanteren een onderzoeksmethode waarin meerdere bronnen wordt gecombineerd om tot een zo realistisch mogelijk resultaat te komen. Echter is het ook belangrijk te vermelden dat de groep ‘personen met een handicap’ hier in de brede zin van het woord wordt toegepast. Niet enkel personen met een effectieve handicap worden meegeteld, ook personen die langdurig lijden aan een ziekte of aandoening worden meegenomen in het rapport.

In het rapport worden om bovenstaande reden enkel indicaties weergegeven, Knacks factchecker Van den Broeck (2022, paragraaf 1) gebruikt dit rapport - samen met andere bronnen zoals publicaties van het VAPH en GRIP vzw - als basis om de bewering van Vlaams parlementslid Karin Brouwers te checken. Deze luidt als volgt;

“20 procent van de mensen heeft een beperking.”

Deze bewering werd door het samenleggen van meerdere bronnen door Van den Broeck (2022) deels genuanceerd. Een volgens hem meer correcte aanname is dat zo’n 16 tot 24 procent van de Vlaamse bevolking een beperking heeft.

Als ik over de bovenstaande feiten kritisch reflecteer baart, het feit dat Vlaanderen vandaag de dag nog geen centraal cijfer register heeft voor personen met een handicap, mij zorgen. Een vast procentueel waarde cijfer over het aantal mensen met een beperking zou beschikbaar moeten zijn, aan dit cijfer zouden we dan ook een meer specifiek gericht noden patroon kunnen koppelen om optimaal in te spelen op de zorg en haar behoeften. Eerder al beschreef ik het als iets waar “het schoentje knelt”, zolang het schoentje blijft knellen aan de basis kunnen we niet verwachten dat de zorg en het beeld van beperking worden bijgesteld.

1.5. Aandacht voor zorg op de maatschappelijke agenda

1.5.1. Pilootprojecten Onzichtbare Zorg

Een eerste grote stap in de goede richting op het vlak van de vermaatschappelijking van de zorg werd in 2012 gezet, toenmalig Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin Vandeurzen (z.d.) en team Vlaams Bouwmeester sloegen de handen in elkaar en bliezen de eerste Pilootprojecten Onzichtbare Zorg leven in. Een bepalende factor voor deze opstart was het sterk stijgende aandeel van ouderen binnen onze demografische samenstelling. Echter focussen de pilootprojecten zich niet enkel op ouderen, ook andere kwetsbare groepen werden meegenomen zoals personen met een beperking maar evenzeer personen met een tijdelijke zorgnood. Samen zijn er vijf pilootprojecten uitgewerkt, allemaal met 'zo lang mogelijk zelfstandig wonen in levensbestendige wijken als uitgangspunt'.

De extra aandacht die de zorg, en haar stijgende problematieken, krijgt brengt een positieve bewustwording met zich mee. Er wordt op deze manier algemeen geduid dat de zorg effectief nood heeft aan fundamentele veranderingen en hoe deze kunnen worden aangepakt naar de toekomst toe. De pilootprojecten gaan verder dan louter aantonen dat de zorgsector moet veranderen en tonen innovatieve voorbeelden en manieren om met zorg om te gaan (Vandeurzen, z.d.). Twee van deze vijf pilootprojecten zijn hieronder in de afbeeldingen weergegeven.



Figuur 9: PPZ3, De Korenbloem Kortrijk (Studio Thys Vermeulen, z.d.)



Figuur 10: Piloot Project Zorg 4, Coda Wuustwezel (Borghouts, z.d.)

Sinds de publieke aandacht door de pilootprojecten ontstaan er meer initiatieven omtrent zorg. Een voorbeeld daarvan is het boek 'Designing the Future'. Hierin worden inzichten rond onder andere zorg en een visie rond de zogenoemde "zorgzame stad" gevormd (Vervloesem, 2018). Deze visie is ontwikkeld door middel van interacties tussen onder meer ontwerpers, academici, ondernemers, studenten en activisten. Ze doen hierin gelijkaardige vaststellingen aan de visie van de pilootprojecten. We moeten volgens Vervloesem (2018, p.15) de zorg niet meer zien als "uitzonderingstoestand" maar wel als iets vanzelfsprekend.

Door zoveel verschillende partijen te betrekken in een visievorming voor de toekomst wordt het publieke bewustwordingsaspect nogmaals flink aangescherpt, zo worden niet alleen (stedelijke) ontwerpers aangemoedigd om anders te denken maar ook andere bepalende groepen binnen de bevolking.

1.5.2. Zeven onzichtbaarheidsfactoren

Een vaste ruimtelijke oplossing voor de nieuwe zorgvisies is nog niet gedefinieerd. Wat wel gedefinieerd is door Vlaams Bouwmeester, zijn zeven onzichtbaarheidsfactoren. Zeven factoren die ontwerpers helpen en een kader bieden op de weg naar onzichtbare zorginfrastructuur (Swinen, 2014, p.6-9);

I. Maximaliseer collectief wonen

Deze factor is niet enkel van toepassing op de zorgsector maar wordt meegegeven als een 'algemene oproep' binnen architectuur (Swinen, 2014). Een collectieve levensstijl is volgens Swinnen (2014) algemeen goedkoper, er kan 'genereuzer' worden gewoond door de spreiding van kosten en bovendien kunnen collectieve elementen efficiënter worden ingezet dan privébezittingen. Wanneer we vanuit deze algemene oproep inzoomen op de zorg zien we dat collectiviteit zorgt voor een continue nabijheid van andere bewoners (Swinen, 2014). Dit is een belangrijk element om het 'sociaal isolement' (op p. 23 beschreven door Jo Vandeurzen), wat vandaag de dag vaak een probleem is, in de zorg tegen te gaan. Deze nabijheid resulteert dan ook in het feit dat bewoners ook op elkaars hulp kunnen rekenen voor kleinere zaken waar niet meteen een begeleider / zorgverlener aan te pas komt (Swinen, 2014).

II. Creëer grootschaligheid

"Collectief wonen (en zorgen) heeft alleen zin wanneer het deel uitmaakt van grotere sociale en ruimtelijke verbanden. Een compacte manier van leven kan immers gecompenseerd worden door de nabijheid van of een zicht op uitgestrekte groenzones, stedelijke pleinen of panoramische vergezichten. Het is een misverstand om deze grote schaal als tegenstrijdig te zien aan de intimiteit van wonen en zorgen. Het verbinden van beide is een middel om voeling te houden met de maatschappij door letterlijk overzicht te bieden" (geciteerd uit Swinnen, 2014, p.7).

III. Creëer kleinschaligheid

"Collectief wonen (en zorgen) heeft alleen zin wanneer men uiterst precieze aandacht besteedt aan het kleinschalige, het intieme, de geborgenheid, de autonomie en zelfstandigheid. Pas dan is het wonen volwaardig. Dit betekent dat men tegenover de grootschalige kwaliteiten ook een herkenbare, kleinschalige samenlevingsstructuur dient te creëren. Huiselijkheid staat hierbij voorop. Dit kan men onder meer bereiken door het toepassen van kwalitatief hoogwaardige materialen, die men doorgaans ook in de huiselijke sfeer aantreft. We moeten af van de te hygiënische en louter op efficiëntie ingerichte zorgcentra" (geciteerd uit Swinnen, 2014, p.7).

IV. Durf stedelijk te programmeren

"Woonvoorzieningen voor ouderen en zorgbehoevenden moeten deel uitmaken van de stad. Door de grote behoefte aan voorzieningen kan het zorgprogramma zelfs sturend zijn in de ontwikkeling van steden en stedelijke landschappen" (geciteerd uit Swinnen, 2014, p.8).

V. Verplicht de markt tot maatschappelijke verantwoordelijkheid

De zorgsector en dan vooral zorg woonvormen worden steeds vaker gerealiseerd door private partijen en investeerders. Hierin dreigt de winst de bovenhand te nemen ten opzichte van de maatschappelijke kwaliteit (Swinnen, 2014). Echter heeft Vlaanderen hier geen regelgeving voorzien die verplicht dat er verantwoordelijkheid wordt genomen op maatschappelijk vlak (Swinnen, 2014). Dit moet hoger in het vaandel worden gedragen dan louter de winstmarge. Volgens Swinnen (2014) dienen er 'instrumenten' te worden ontwikkeld om maatschappelijke meerwaarde van zorgprojecten te kunnen meten of staven.

Dit geeft nogmaals aan dat de huidige zorgsituatie en regelgeving in Vlaanderen nog heel wat aanpassing vereist willen we streven naar het beleid van een vermaatschappelijking binnen de zorg. De volgende factor koppelt hierop aan.

VI. Ontwikkel een intelligente, flexibele regelgeving

“Het ontwikkelen van een slimme regelgeving is tegelijk de moeilijkste en de meest cruciale onzichtbaarheidsfactor voor de zorg. Er zou een gedegen onderzoek moeten komen naar de voor- en nadelen van de huidige regelgeving ... De regelgeving mag niet langer het potentieel annuleren, maar moet de weg vrijmaken voor intelligente interpretatie. Dit is momenteel zo goed als onmogelijk” (geciteerd uit Swinnen, 2014, p.9).

VII. Zorgzame ontwerpers voor zorgzame opdrachtgevers

“Binnen de huidige regelgeving ondervinden heel wat zorgzame opdrachtgevers en ontwerpers obstakels bij het realiseren van een innovatief en intelligent ontwerp. De lat moet hoe dan ook hoog gelegd worden, maar er dient ook meer vrijheid te komen om ambitieuze initiatieven ingang te laten vinden” (geciteerd uit Swinnen, 2014, p.9).

2. INZOOM OP DOWNSYNDROOM EN HUN ERVARINGEN

Hierin verdiepen we ons verder op mijn specifieke doelgroep, namelijk personen met downsyndroom. De beweegreden voor de keuze van mijn doelgroep komen aan bod en de specifieke kenmerken van personen met DS worden opgelijst en besproken. Een belangrijk onderdeel wat binnen dit deel wordt aangehaald zijn specifieke aspecten hoe personen met DS ruimte ervaren. Deze aspecten zijn bepalend in dit onderzoek en worden mee verwerkt in delen drie en vier.

2.1. Doelgroep

In het kader van dit masteronderzoek verdiep ik me verder binnen de groep van meerderjarige personen met een lichte tot matige verstandelijke beperking gekoppeld aan kleinschalig zorgwonen. Deze lichte tot matige verstandelijke beperking specificeer ik verder door in te zoomen op personen met downsyndroom (DS), dit vanuit een persoonlijk raakvlak binnen mijn eigen familie.

Volgens het UZA (2021) worden er in België gemiddeld 1 op 1400 kinderen⁵ geboren met DS. In mijn onderzoek baken ik een specifieke doelgroep af, namelijk personen met downsyndroom. Dit doe ik om een zo correct mogelijk beeld te kunnen vormen op mijn onderzoeksvragen. Downsyndroom valt namelijk binnen de term 'lichte tot matige verstandelijke beperking'. Binnen deze brede term kunnen heel wat verschillen optreden op vlak van persoonlijke karakteristieken en reacties op bijvoorbeeld ruimte of andere elementen. Personen met een autismespectrumstoornis kunnen echter ook behoren tot de groep van 'lichte tot matige verstandelijke beperking', hun noden kunnen op bepaalde vlakken verschillen waardoor het handiger is om me te focussen op een zo specifiek mogelijke groep voor het beste onderzoeksresultaat.

Binnen mijn gekozen doelgroep bestaan er ook belangrijke verschillen, zoals de mate van de verstandelijke beperking. Personen met DS bevinden zich tussen lichte, matige en ernstige verstandelijke beperking (UZ Leuven, 2021). Voor mijn onderzoek wat zich richt op zelfstandig wonen spits ik mij daarom toe op personen met DS die behoren tot de lichte en matige verstandelijke beperking. Voor personen met een ernstige verstandelijke beperking is het zeer lastig om zelfstandig te kunnen wonen, zij worden ondersteund binnen meer permanent begeleide woonvormen.

⁵ Dit cijfer gaat enkel over het aantal levend geboren kinderen (UZA, 2021).

2.2. Wat is downsyndroom?

Vooraleer we overgaan naar het bespreken van de persoonlijke karakteristieken en reacties op ruimten is een korte duiding over het syndroom van down essentieel. Het syndroom van down valt onder de term 'verstandelijke beperkingen' en is een aangeboren genetische afwijking (Downsyndroom Vlaanderen, z.d.; Gezondheid en Wetenschap, 2014; UZ Leuven, 2021). Het is ook gekend onder de andere naam 'trisomie 21'. Het syndroom houdt in dat, zoals de naam zelf al aangeeft, er een verschil aanwezig is in het 21ste chromosoom. In normale omstandigheden heeft elke persoon twee chromosomen op zijn/haar 21ste chromosoompaar. Bij het syndroom van down zijn dit er drie in plaats van twee. Dit verschil in chromosomen ontstaat al tijdens de celdeling voor of na de bevruchting (Gezondheid en Wetenschap, 2014). Het syndroom van down is voornamelijk te herkennen door enkele fysieke kenmerken en zoals eerder vermeld een lichte tot zware verstandelijke achterstand (UZ Leuven, 2021).

2.3. Ruimtelijke ervaringen van personen met downsyndroom

Een aantal algemene factoren samengebracht door Schelings en Elsen (2017a), die te maken hebben met hoe deze specifieke groep van gebruikers ruimte ervaren, worden hieronder vastgepind om een eerste beeld te scheppen over de relatie tussen ruimtelijke ervaringen en het syndroom van down.

Een allereerste en zeer fysieke factor beschreven en onderzocht door Schelings en Elsen (2017a) is het feit dat personen met DS gemiddeld wat kleiner zijn dan de rest van de gebouwgebruikers, de meeste gebouwen worden ontworpen op de gemiddelde maat van mensen waardoor personen met DS al snel buiten deze groep vallen. Hun gezichtsveld ligt lager en dat heeft daarbij aansluitend een effect op hun ruimte-ervaring.

Een tweede factor is hun lager concentratieniveau, gelinkt aan hun cognitieve achterstand, dit zorgt ervoor dat zij een opvallend element in een ruimte als storend kunnen ervaren, dit element gaat dan ook hun volledige aandacht opeisen en kan ervoor zorgen dat ze elk ander ruimtelijk element of gevoel gaan afstoten (Schelings & Elsen, 2017a).

Een derde en laatste aandachtspunt is het feit dat personen met DS te maken hebben met overgevoeligheid, wat ervoor zorgt dat specifieke persoonlijke emoties en reacties loskomen bij het zien van bepaalde soorten ruimtes of elementen hierin (Schelings & Elsen, 2017a).

De hierboven besproken factoren zijn algemeen vastgepind maar zijn niet bedoeld als vaste ontwerpparameters binnen woningen voor gebruikers met DS. Ze schetsen enkel een beeld van op welke manier personen met DS ruimte anders zouden kunnen ervaren. Deze factoren kunnen dus zeker in het achterhoofd gehouden worden voor een inclusiever ontwerp maar zijn niet bepalend en vooral niet voldoende ruimtelijk om rekening mee te houden binnen het ontwerp. In het volgende hoofdstuk wordt er dieper ingegaan op specifieke ruimtelijke factoren en ervaringen waar wij als ontwerpers mee aan de slag kunnen.

Na de eerder besproken algemene factoren gaan we nu dieper in op de specifieke ruimtelijke factoren die een invloed hebben op personen met DS gelinkt aan hun multi-sensoriële ervaringen van ruimten. Deze ruimtelijke factoren gekoppeld aan gebruikers met een beperking en hun impact mogen zeker niet onderschat worden en vormen een belangrijke basis voor een inclusievere (zorg) architectuur.

Als we specifiek kijken naar gebruikers met DS weten we dat ze gevoeliger zijn voor een aantal factoren die eerder al kort werden aangehaald. Het feit dat gebruikers met DS nood hebben aan ruimtes waar er is gestreefd naar een multi-sensoriële ervaring kan er doorheen de tijd volgens Schelings en Elsen (2017a) voor zorgen dat de multi-sensoriële kwaliteit, van eender welk ontwerp, standaard in beschouwing genomen wordt.

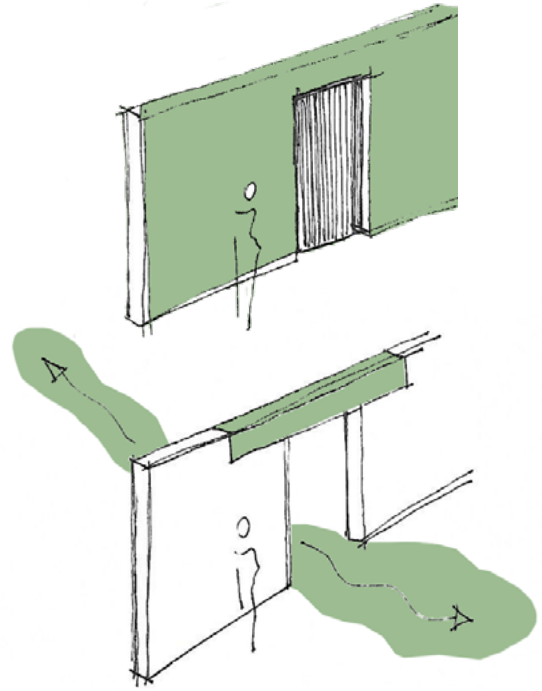
Een aantal onderzoekers hebben hierover in-situ testen gedaan volgens verschillende methodologieën, de resultaten worden hieronder verder toegelicht.

Schelings en Elsen (2017a) voerden hun onderzoek op basis van twee fases waarin ze zes gebruikers met DS de ruimtes lieten verkennen. Fase 1 speelde zich af in de woning van de gebruikers met DS zelf, in fase 2 werd er samen met deze gebruikers een publiek gebouw bezocht. In beide fases werden dezelfde vragen en methodieken gebruikt.

2.3.1. Afbakening tussen ruimtes

Uit een eerste belangrijk resultaat van het onderzoek van Schelings en Elsen (2017a), betreffende gebruikers met DS, bleek dat het onderscheiden van twee verschillende ruimtes die onderling geen volledig fysiek zichtbare afbakening hadden moeilijk was. Twee ruimtes gescheiden door een simpele opening in plaats van een dichte muur met deur worden door gebruikers met DS als één dezelfde ruimte beschouwd (Schelings & Elsen, 2017a).

In publieke gebouwen kan dit verwarrend zijn voor deze specifieke groep van gebruikers om hun weg te vinden naar bepaalde ruimtes en om een rustige plek voor zichzelf te vinden (Schelings & Elsen, 2017a).



Figuur 11: Verschil in afbakening tussen ruimtes

2.3.2. Privacy

Een daarop volgend resultaat richt zich op het belang van privacy, Schelings en Elsen (2017a) beschrijven dit als een soort 'vluchtruimte' waarin de gebruikers met DS zich kunnen terugtrekken bij overprikkeling. Zowel in hun eigen woning als in publieke gebouwen hebben deze gebruikers hier volgens Schelings en Elsen (2017a) nood aan. Uit hun onderzoek blijkt dat de meest favoriete ruimte van de gebruikers met DS de slaapkamer is. Dit gaat hand in hand met het belang dat ze hechten aan privacy en een persoonlijke ruimte (Schelings & Elsen, 2017a). In mijn interview met een persoon met DS (dit komt later uitgebreid aan bod) gaf de persoon een aansluitend antwoord over wat zijn favoriete ruimte is (R. Martens, interview, 3 december 2022).

“Meestal de living en de kamer (lees: slaapkamer) en de badkamer ook.”

Daarom is het belangrijk kleinere of minder frequent gebruikte ruimtes te voorzien in publieke gebouwen en zorg woonvoorzieningen. Het gevoel van afbakening zoals in het eerste resultaat dient hier dan ook duidelijk merkbaar te zijn om voor personen met down als privé rustruimte aangevoeld te kunnen worden (Schelings & Elsen, 2017a).



Figuur 12: Vlucht / rustruimte in publiek gebouw of collectieve ruimte

2.3.3. Licht

Een derde opvallend element uit deze resultaten heeft te maken met belichting. In het onderzoek van Schelings en Elsen (2017a) hechten de testgebruikers veel aandacht aan de ramen, met de nadruk op natuurlijke lichtinval, ook trokken sommige lichtgevende/verlichte voorwerpen die in een ruimte aanwezig waren de meeste aandacht zoals bijvoorbeeld een glazen kast die langs binnenuit verlicht is. Deze werden zelfs beschouwd als het favoriete element in de ruimte door meerdere gebruikers. Dit bleek uit tekeningen die in kader van het onderzoek werden gemaakt door de gebruikers met DS, waarop ze een simpel gebouw tekende en enkel details tekenden aan de ramen zoals kaders en schaduw (Schelings & Elsen, 2017a).

Deze opvallende verlichte elementen, die in bovenstaand resultaat werden beschreven, waren in kader van dit onderzoek positieve elementen. Echter kan dit, door een andere gebruiker met DS die buiten het onderzoek staat, als een eerder storend element worden ervaren. Dit kunnen we dan terugkoppelen naar één van de eerder besproken vastgepinde algemene aspecten van het syndroom van down, waarbij hun overgevoeligheid de bovenhand neemt bij het zien van onbekende en in hun beschouwing dus storende elementen. Dit hangt vanzelfsprekend volledig samen met de persoonlijke karakteristieken en reacties van elke individuele gebruiker met DS. Alle besproken resultaten en elementen dienen in beschouwing te worden genomen binnen een ontwerp maar mogen vooral niet als “standaard” en “op iedereen toepasbaar” worden beschouwd.

Het belang van licht en door licht opvallende elementen sluit ook aan bij het onderzoek van Suraini en collega's (2019), zij focussen eerder op een andere leeftijdscategorie, namelijk schoolgaande kinderen met onder andere DS. Een belangrijk aspect om te benadrukken is dat hun onderzoek is gevoerd door vraagstelling en antwoorden van familie, kennissen etc. van kinderen met DS, de resultaten komen dus niet van deze specifieke doelgroep zelf.

De onderzoek focus van Suraini en collega's (2019) gaat eerder naar elementen die in het interieur kunnen worden toegevoegd om de multi-sensoriële ruimtelijke ervaring te verbeteren.



Figuur 13: Schets door een personen met DS met de nadruk op de ramen (overgenomen uit Schelings & Elsen, 2017a)

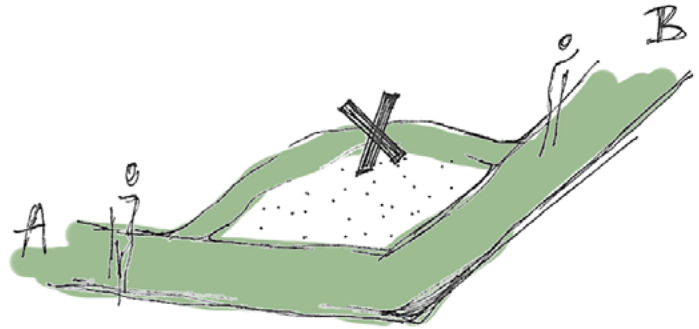
Hoewel zij een andere nadruk leggen vormt zich in één van hun resultaten ook het opmerkelijke belang van licht, ze voegen dit toe in het interieur van een klaslokaal als visuele stimulans maar voornamelijk als herkennings- en vertrouwenspunt voor de kinderen met DS (Suraini et al., 2019). Het belang van vertrouwde en bekende elementen komt hier nogmaals naar voren, ze helpen bij de focus van personen met DS en zorgen ervoor dat ze niet snel overprikkeld geraken.

2.3.4. Gewoontes

De aanwezigheid van deze vertrouwde elementen is tegelijk ook een vierde resultaat uit het onderzoek van Schelings en Elsen (2017a), zelf noemen ze het 'oriëntatiepunten'. Deze zijn in het algemeen essentieel, niet enkel in gebouwen maar ook op bijvoorbeeld routes die ze afleggen. Personen met DS hechten veel belang aan gewoontes en een vast ritme in hun leven. Wanneer een publieke ruimte een, voor de gebruiker, bekend element bevat zal dit een geruststellend effect hebben op hun ruimtelijke ervaring (Schelings & Elsen, 2017a). Door deze geruststelling wordt het voor de gebruikers makkelijker zich aan te passen aan nieuwe omgevingen zoals diverse publieke gebouwen of een nieuwe woonplaats (Schelings & Elsen, 2017a).

2.3.5. Wayfinding

Als we verder inzoomen op routes en wayfinding mogelijkheden bij personen met DS zien we dat er vaak beweerd wordt dat personen met DS een beter visueel-ruimtelijk geheugen hebben. Echter wijzen enkele onderzoeken op een tegenovergestelde stelling; de conclusie uit de onderzoeken van onder andere Devlin (2014) en Yang i.s.m. andere onderzoekers (2014) geven aan dat het visueel-ruimtelijk geheugen bij personen met DS een beperkte, om niet te zeggen zwakke, vaardigheid zou zijn. Na het herhalen van de route kon elke persoon met DS de weg uiteindelijk zelfstandig vinden, dit concludeerde beide onderzoeken (Devlin, 2014; Yang et al., 2014).



Figuur 14: Vaste route die wordt gevolgd

We kunnen het wayfinding aspect dan ook koppelen aan het eerder besproken feit dat personen met DS erg inzetten op gewoontes en hier moeilijk vanaf stappen. Dit zorgt ervoor dat ze sterk gaan vasthouden aan één route en niet snel een alternatieve route zullen nemen vanuit hun waarde aan gewoontes.

In het algemeen zijn er zeer weinig onderzoeken beschikbaar over de wayfinding skills bij personen met DS. Met als gevolg dat het moeilijk is een vaste conclusie te trekken. De reeds uitgevoerde onderzoeken focussen zich ook op volledige omgevingen om van plaats A naar B te gaan in plaats van op de interne wayfinding binnenin gebouwen. De factor 'wayfinding' heeft dus nog heel wat onderzoek nodig vooraleer we hierover voldoende specifieke en betrouwbare kennis hebben, echter is dit wel een aspect wat altijd in acht moet worden genomen. Ook is algemeen geweten dat voor personen met een beperking de interne wayfinding eerder simpel en logisch moet worden gehouden zodat zorgbehoevenden zonder problemen hun weg kunnen vinden. Dit geldt vooral op vlak van een logische zonering van opeenvolgende ruimtes maar ook op vlak van een interne logische routing van de ene ruimte naar de andere (Agentschap Toegankelijk Vlaanderen, 2016).

2.3.6. Conclusie

Het hierboven besproken onderzoek van Schelings en Elsen (2017a) werd eerder 'kleinschalig' uitgevoerd met zes testgebruikers in twee specifieke situaties, namelijk door de gebruikers gekende ruimten (woonst) en onbekende ruimten (publiek gebouw). De onderzoekers stellen uit dit lage aantal testgebruikers al een aantal duidelijke aspecten en factoren die van belang zijn voor personen met DS. Dit schetst voor ons als ontwerpers al een eerste beeld over wat ruimtelijk relevant is voor deze doelgroep. Echter verschillen de ruimtelijke ervaringen van gebruikers met DS ook sterk in functie van hun persoonlijke gedachtegang, interesses en kennis bij het zien van ruimten en objecten in ruimten. Als gebruikers bijvoorbeeld gepassioneerd zijn door schilderkunst zullen schilderijen in de ruimte door hen op een andere manier bekeken en ervaren worden, terwijl voor anderen die hier niet bekend mee zijn, deze elementen op een andere manier worden ervaren. Sommigen zullen deze elementen als geruststellend ervaren (omdat ze hier bekend mee zijn) terwijl anderen dit eventueel bekijken als een storend element.

Alle besproken elementen en factoren uit de onderzoeken van zowel Schelings en Elsen (2017a) als Suraini en collega's (2019) kunnen dan ook als een eerste richtlijn worden aangehouden voor ontwerpers om al enige basis van comfort te bieden aan gebruikers met DS, maar deze zullen nooit voor iedereen binnen deze gevarieerde gebruikersgroep als 100% positief worden ervaren. De persoonlijke noden van deze gebruikers mogen door ontwerpers niet vergeten worden maar zijn wel moeilijk te voorspellen in de ontwerpfase. Daarom zullen we als ontwerpers ons grotendeels moeten baseren op de algemene factoren die werden vastgepind rond de brede groep van downsyndroom.

3

WONEN MET EEN BEPERKING

Eerder werd de maatschappelijke visie op beperking besproken, daaruit kwamen een aantal conclusies voort die wijzen op een algemeen tekort aan kennis als we het hebben over personen met een beperking en vooral waar deze personen het best tot hun recht komen. In dit deel ligt de focus op in wat voor wooncultuur personen met een beperking tot hun recht kunnen komen. De ideale woonvorm is vanzelfsprekend afhankelijk van de graad van beperking van elk individu. Allereerst is er een wetgevend kader voorzien dat toeziet op de gelijke behandeling en levenskwaliteit van personen met een beperking. Het recht om hun eigen woonplaats te kiezen is hier een belangrijk deel van. Daaropvolgend worden de belangrijkste woonvormen, die we vandaag de dag kennen voor personen met een beperking, verder toegelicht.

Verder verdiep ik mij in dit deel specifiek op de mogelijkheid tot zelfstandig wonen. Veel mensen associëren het hebben van een beperking vaak niet met de mogelijkheid tot (deels) zelfstandig wonen. Door deze mogelijkheid uitgebreid te onderzoeken hoop ik toch de meerwaarde ervan te kunnen achterhalen en over te brengen. Dit doe ik onder meer via een eigen deeltje empirisch onderzoek via een interview met een persoon met DS die zelfstandig woont, namelijk mijn neef Ruben. Ik heb zelf geen volledige dag meegelopen met hem omdat ik ervoor gekozen heb hem eerst te interviewen in zijn appartement waar hij begeleid zelfstandig woont. Ik heb samen met hem overlopen wat hij zoal doet in een dag en waar hij deze doorbrengt. Er was toen een Kersteventement in het dagcentrum (Het Roer - Runkst) waar hij doorheen de dag naartoe gaat. Ik heb daar samen met hem een bezoekje gebracht en hij heeft mij getoond hoe het daar zoal tewerk gaat. Ik kon met deze inzichten in combinatie met literatuur al goed aan de slag om dit derde deel vorm te geven.

3.1. Wetgevend kader - gelijke rechten voor personen met een handicap

Niet alleen in België, maar overal ter wereld, ervaren personen met een beperking steeds de confrontatie dat ze niet op exact dezelfde manier kunnen deelnemen aan het dagelijkse leven en de wooncultuur. Volgens Unia, het Interfederaal Gelijkekansencentrum (z.d.) hebben mensen met een beperking echter evenzeer het recht op onder andere, een al dan niet aangepaste, woning op een plaats naar keuze. Om alle algemene rechten van mensen met een beperking te garanderen heeft de Verenigde Naties het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap opgesteld (VRPH) (Vandelanotte, 2014). De VN gaat via dit verdrag een internationale samenwerking aan met als doel het leven van personen met een beperking zo evenredig mogelijk te laten verlopen aan dat van de rest van de wereld. De Verenigde Naties beschrijft de doelstelling van het verdrag van 2006 als volgt in artikel 1 (VAPH, z.d.b, p.3);

“Doel van dit Verdrag is het volledige genot door alle personen met een handicap van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden op voet van gelijkheid te bevorderen, beschermen en waarborgen, en ook de eerbiediging van hun inherente waardigheid te bevorderen. Personen met een handicap omvat personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.”

België wettigde het VRPH op 2 juli 2009, dit houdt in dat we vanaf toen als land de nodige stappen moeten zetten om ervoor te zorgen dat personen met een beperking op een gelijklopende manier de maatschappij kunnen ervaren (Inter Agentschap Toegankelijk Vlaanderen, z.d.).

De rechten en artikelen in het verdrag zijn zeer breed en uiteenlopend om een goede levenskwaliteit te kunnen garanderen. Zo bevat het verdrag artikelen inzake gelijkheid, toegankelijkheid en niet onbelangrijk in dit onderzoek; artikel 19 over “zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij” (Unia Interfederaal Gelijkekansencentrum, 2006).

De raakvlakken tussen artikel 19 van het VN-verdrag en dit onderzoek naar het belang van zelfstandig wonen zijn treffend, daarom vind ik het belangrijk dit artikel van de Verenigde Naties uit 2006 - geciteerd door het VAPH (z.d.b, p.12) - volledig toe te voegen als tussensprong voordat er wordt overgegaan naar de effectieve woonvormen en - mogelijkheden.

Artikel 19
Zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij

“De Staten die Partij zijn bij dit Verdrag erkennen het recht van alle personen met een handicap om in de maatschappij te wonen met dezelfde keuzemogelijkheden als anderen en nemen doeltreffende en passende maatregelen om het personen met een handicap gemakkelijker te maken dit recht ten volle uit te oefenen en volledig deel uit te maken van, en te participeren in de maatschappij, onder meer door te waarborgen dat:

a. personen met een handicap de kans hebben, op voet van gelijkheid met anderen, vrij hun verblijfplaats te kiezen, alsmede waar en met wie zij leven, en niet verplicht zijn te leven in een bepaalde leefstructuur;

b. personen met een handicap toegang hebben tot een reeks van thuis, residentiële en andere maatschappijondersteunende diensten, waaronder persoonlijke assistentie, noodzakelijk om het wonen en de opname in de maatschappij te ondersteunen en isolatie of uitsluiting uit de maatschappij te voorkomen;

c. de sociale diensten en faciliteiten voor het algemene publiek op voet van gelijkheid beschikbaar zijn voor personen met een handicap en beantwoorden aan hun behoeften.”

3.2. Beschikbare ondersteuning & woonvormen voor personen met een beperking

De verschillende woon - en ondersteuningsvormen die onderaan verder worden besproken hebben betrekking tot de brede groep van personen met een beperking. Deze vormen zijn als gevolg niet alleen specifiek opgesteld voor mijn onderzoeksdoelgroep - personen met DS - maar geven een algemeen beeld van mogelijke woonvormen binnen Vlaanderen voor zowel personen met DS als personen met een andere zorgnood of beperking. Echter is niet elke woonvorm geschikt voor iedereen. Dit varieert sterk van persoon tot persoon op vlak van verschil in noden en vaardigheden van de zorgbehoevenden. Later in dit deel worden deze woonvormen gelinkt aan mijn doelgroep en hun noden.

3.2.1. Dagondersteuning



Figuur 15: Dagondersteuning

Zoals het woord zelf zegt biedt deze vorm van dagelijkse ondersteuning groepsactiviteiten aan die zorgen voor een nuttige dagbesteding op maat van elke zorgbehoevende persoon. Er wordt samen met de zorgverlener(s) een regeling getroffen over welke dagen elke persoon nood heeft aan dagondersteuning (VAPH, z.d.a; vzw Rozemarijn z.d.). Deze vorm van ondersteuning is beschikbaar voor alle personen met een erkende handicap en wordt georganiseerd in dagcentra, zowel mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking kunnen worden opgevangen in groep (Iriscare, z.d.).

Er wordt ingezet op verschillende uiteenlopende activiteiten, gaande van zowel activiteiten gericht op beleving als op eenvoudige en nuttige arbeidsactiviteiten (vzw Rozemarijn z.d.).

Op deze manier krijgen personen met een beperking de kans om evenzeer een nuttige bijdrage aan onze maatschappij te leveren, zo zijn ze geen “passieve gebruikers” van de maatschappij zoals Boys (2014) in zijn boek beschreef. Nu worden personen met een beperking “actieve gebruikers” doordat ze doelbewust meewerken aan creatieve arbeidsactiviteiten onder begeleiding en op hun maat.

Een voorbeeld van deze arbeidsactiviteiten - die zijn gebleken uit mijn bezoek en interview bij een persoon met DS - is een soort atelierwerking die in dagcentra wordt aangeboden waarbinnen enerzijds creatieve items worden gemaakt, om bij gelegenheden ten voordele van de zorgorganisaties verkocht te worden op opendeurdagen, kerstmarkten etc. Anderzijds kunnen er kleine elementjes voor de automarkt onder begeleiding in elkaar worden geassembleerd, deze elementen gaan dan rechtstreeks verder naar de autofabrikant en worden verder verwerkt in het productieproces.

3.2.2. Woonondersteuning

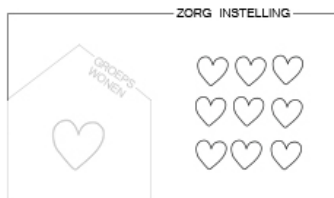


Figuur 16: Woonondersteuning

Personen met een beperking die door verscheidene omstandigheden niet alleen overdag maar ook 's avonds en 's ochtends zorg nodig hebben, kunnen gebruik maken van woonondersteuning. Deze personen zijn meestal permanent zorgbehoevend met als gevolg dat ze niet thuis of volledig zelfstandig kunnen wonen. Woonondersteuning gaat een stapje verder dan dagondersteuning door het toevoegen van het woonaspect, met andere woorden blijven alle personen bij de zorgverlener(s) overnachten in combinatie met permanent aanwezige begeleiding en hulp (VAPH, z.d.a).

We bespreken hieronder de twee meest voorkomende soorten van woonondersteuning.

3.2.2.1. Zorginstelling



Figuur 17: Visualisatie zorginstelling

Het woord 'instelling' geeft al een eerste indruk van de schaal van deze woonvorm. Zorginstellingen bieden op grote schaal zorg aan hulpbehoevende personen. Deze woonvorm is volgens MVO Vlaanderen (z.d.) bijna een samenleving op zich. Om de schaal te schetsen gaat het hierbij vaak over meerdere gebouwen die één grote zorginstelling vormen en waar bijgevolg veel mensen kunnen wonen en werken (MVO Vlaanderen, z.d.). Specifiek voor personen met een beperking gaat dit binnen de Nederlandse context over de allesomvattende zorg gecentraliseerd op één georganiseerde plek, gaande van zowel verblijf, dagbesteding tot de maaltijden en extra specifieke zorgverlening indien noodzakelijk (Zorgkantoor Zorg en Zekerheid, z.d.).

Dit is een systeem van sterk permanente zorgverlening voor personen die onder continu toezicht moeten worden begeleid. Vanzelfsprekend is deze woonvorm het minst gericht op de zelfstandigheid van de bewoners en het meest gericht op het comfortabel verlenen van zorg (Zorgkantoor Zorg en Zekerheid, z.d.).

3.2.2.2. Groepswonen

Groepswonen is een eerste lichte vorm van "zelfstandig" wonen waarbinnen een klein groepje personen met een beperking samenleeft. Er is permanent begeleiding aanwezig voor het bieden van woonondersteuning. Het voorziet dus een veilige woonomgeving onder begeleiding op een kleinschalig niveau in tegenstelling tot de zorginstelling. Gedurende de dag is er dagondersteuning mogelijk (al dan niet in een bijbehorend dagcentrum) of kunnen de bewoners gaan werken indien mogelijk. Groepswonen voorziet collectieve leefruimtes en een private kamer per bewoner, dit is belangrijk voor de rust van de bewoners zodat ze een plek hebben om zich terug te trekken uit de collectieve delen (Adem vzw, z.d.).



Figuur 18: Visualisatie groepswonen

3.2.3. Zelfstandig wonen



Figuur 19: Visualisatie zelfstandig wonen

De term van deze woonvorm zegt al veel over de werking ervan. Zelfstandig wonen gebeurt in woonvormen die specifiek aangepast zijn aan de noden van de zorgbehoevende persoon zodat wonen op een (deels) zelfstandige manier kan gebeuren (Sorée, 2010). Dit is de meest geïntegreerde woonvorm die we vandaag de dag al kennen. Meestal is deze woonvorm gelegen binnenin woonwijken en worden ze kleinschalig toegepast. Binnen zelfstandig wonen zijn er twee grote vormen te onderscheiden die hieronder verder worden toegelicht.

3.2.3.1. Zorgwonen

Het begrip ‘zorgwonen’ is mee opgenomen binnen het Departement Omgeving (2021, p.6) en wordt als volgt omschreven;

“Bij zorgwonen wordt in of bij een bestaande woning een kleinere wooneenheid ingericht voor maximaal twee 65-plussers of zorgbehoevende personen, zodat ze kunnen wonen bij iemand die hen zorg verleent. Het omgekeerde kan ook: een zorgverlener die komt wonen bij oudere of zorgbehoevende personen. Bij zorgwonen worden de zorgbehoevende en de zorgverlener op fiscaal vlak beschouwd als twee aparte gezinnen op één adres. Ze krijgen dus geen apart huis- of busnummer.”



Figuur 20: Visualisatie zorgwonen

De zorgwoning kan zich zowel bevinden in het bestaande volume als in een uitbreiding hiervan of het kan als aparte woonunit in de tuin worden geplaatst (Departement Omgeving, 2021, zie bijlage I). Op deze manier heeft de zorgbehoevende zijn of haar eigen plaats om te wonen zo georganiseerd dat informele hulp op hetzelfde perceel aanwezig is. Het zijn vaak de ouders die voor deze hulp instaan, waardoor de mate van zelfstandigheid te betwifelen valt.

3.2.3.2. Begeleid zelfstandig wonen



Figuur 21: Visualisatie begeleid zelfstandig wonen

Voor zorgbehoevende personen, die zich klaar voelen om op zichzelf te gaan wonen of al reeds zelfstandig wonende personen die na verloop van tijd nood hebben aan een vorm van begeleiding, is er een regeling getroffen om dit te kunnen organiseren. Begeleid zelfstandig wonen wordt op een aantal manieren aangeboden. Zorgbehoevenden kunnen een kleinschalige woning huren die eigendom is van een erkende zorgorganisatie of via derden. Ook kan de bewoner in zijn of haar eigen woning wonen (Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg, z.d.). Er wordt per bewoner een regeling getroffen over persoonlijke begeleiding om de zelfstandigheid te optimaliseren. Deze begeleiding gaat van hulp bij huishoudelijke taken tot samen activiteiten doen zoals gezelschap spelen of inkopen doen. Bewoners kunnen doorheen de dag gaan werken of kunnen in een dagcentrum terecht voor een zinvolle dagbesteding en ondersteuning (Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg, z.d.). Alles wordt georganiseerd op maat van de bewoner rekening houdend met de mate van zijn/haar kunnen en zelfstandigheid (Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg, z.d.).

3.2.4. Begeleid werken

Indien een zorgbehoevende persoon een hoge zelfstandigheid heeft op bepaalde vlakken kan er in plaats van dagondersteuning met activiteiten etc. ook gekozen worden om als dagbesteding aan begeleid werken te doen. Deze twee mogelijkheden kunnen ook afgewisseld worden doorheen de week (vb. 2 dagen in de week werken, 3 dagen dagondersteuning) (VAPH, z.d.a). Het aantal werkdagen wordt bepaald op maat van elk individu alsook het soort werk, wat kan plaatsvinden in een supermarkt, vzw etc. De nabijheid van werkplaatsen die openstaan voor personen met een beperking is wel noodzakelijk, zo kan de persoon zelfstandig van en naar het werk. Wel wordt er steeds een begeleider voorzien vanuit de zorgorganisatie die helpt met de praktische regelingen van dit werk (VAPH, z.d.a). Begeleid werken bestaat vooral met als doel de zorgbehoevende persoon een actieve bijdrage te kunnen laten leveren aan de maatschappij waardoor ze hun zelfstandigheid en vaardigheden blijven ontwikkelen. Er wordt dus niet gewerkt in ruil voor een verloning maar voor de ontwikkeling en dagbesteding van de zorgbehoevende persoon (VAPH, z.d.a).

3.3. Begeleid zelfstandig wonen

De eerder besproken woonvormen kaderen de mogelijkheden die we vandaag de dag kennen en werden beschouwd voor 'personen met een beperking' in het algemeen. Binnen dit onderzoek focus ik verder op één van deze woonmodellen, namelijk het begeleid zelfstandig wonen. De grootste beweegreden om alternatieve woonvormen zoals begeleid zelfstandig wonen te integreren is om de druk op de zorgsector en ouders van personen met een beperking deels te kunnen verlagen. Dit woonmodel biedt veel mogelijkheden naar onzichtbare zorg en integratie toe, dit doordat het woningen zijn die verhuurd worden of zelfs eigendom zijn van de zorgbehoevende persoon of zijn/haar familie. Hierdoor kan de persoon zelf zijn/haar woning en woonomgeving uitkiezen en gaat er op lange termijn een grotere mix ontstaan tussen zorg en niet-zorgwoningen. Het belang van die vrije keuze over waar en hoe ze willen wonen is een recht dat reeds ook verankerd is in het eerder besproken VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (VAPH, z.d.b). Begeleid zelfstandig wonen wordt telkens kleinschalig georganiseerd en stemt dus ook volledig overeen met de beleidsvisie van Vlaanderen over de 'vermaatschappelijking van de zorg'.

Volgens mij moet er met begeleid zelfstandig wonen gestreefd worden naar een kleinschalige nabijheid van zorg woonvormen op wijkniveau waarbinnen zorgorganisaties enkele kleinschalige gebouwen/huizen met studio's en appartementen in het straatbeeld bezitten en deze aan een redelijke prijs kunnen verhuren aan personen met een zorgnood. Ook private eigenaars kunnen kleine gebouwen/huizen bezitten die ze enkel onderverhuren aan personen van een nabijgelegen zorgorganisatie. Zo bevinden meerdere zorgbehoevende personen zich in elkaars buurt en in de buurt van een zorgorganisatie die instaat voor dagbesteding en ondersteuning. Het voordeel hiervan is dat begeleiding efficiënt en optimaal kan worden ingezet net doordat de zorgbehoevenden zich niet ver van elkaar en de zorgorganisatie (waar de begeleider(s) werken) bevinden. Er ontstaan dan verschillende keuzemogelijkheden van waar men wil wonen, is dat in een appartement van een private eigenaar die mee wil werken aan de maatschappelijk waarde van zorg? Of willen ze eerder wonen in een eigendom van de zorginstelling? Door meer zorgbehoevende in eenzelfde radius te huisvesten samen met een zorginstelling ontstaat in deze radius meer aanbod van woningen en dus meer keuzevrijheid voor personen met een beperking. Deze keuzemogelijkheid is ook een belangrijk aspect binnen het eerder besproken VN-verdrag (VRPH, zie p47). In de toepassing van dit concept is er in de buurt ook altijd hulp beschikbaar. Door de zorghuisvesting niet al te ver van een zorgorganisatie (zoals een dagcentrum dat begeleiding biedt) te organiseren, kan er snel begeleiding worden opgeroepen als er nood is aan speciale of extra zorg.

Het kiezen van de geschikte woonomgeving waarin begeleid zelfstandig wonen zou kunnen plaatsvinden kan alleen maar mits er rekening wordt gehouden met enkele voorwaarden. Vooral als het gaat over de omgeving waarin we deze woonvorm het best kunnen integreren. Twee hoofdvoorwaarden die de sleutel vormen tot een succesvolle zelfstandige woonomgeving worden hieronder besproken.

I. DRAGEND ZORGNETWERK

Allereerst is de aanwezigheid van een sterk dragend zorgnetwerk in de buurt noodzakelijk. Dit omvat de nabijheid van personen en bedrijven/organisaties met kennis van (gezondheids)zorg waarop buurtbewoners beroep kunnen doen. Specifiek voor personen met een verstandelijke beperking gaat dit over een nabijgelegen dagcentrum met begeleiders die af en toe kunnen langskomen, evenzeer is de aanwezigheid van dokters en apothekers een factor die meespeelt omdat ook zij deel uitmaken van het dragend netwerk wat ondersteuning biedt.

II. KLEINE RADIUS VAN VOORZIENINGEN

Ten tweede is volgens Vlaams Bouwmeester een locatie met een kleine radius van voorzieningen ideaal (Vandeurzen, z.d.). Zowel supermarkten, bakkers als eventuele werkgelegenheid kunnen best op een geringe afstand van deze zelfstandige woongelegenheden gelegen zijn. Deze radius is echter moeilijk te concretiseren omdat deze factor afhankelijk is van de context waarin de woning zich bevindt. In een stadskern gaat deze radius vanzelfsprekend veel kleiner kunnen zijn dan in een meer landelijke context. Het voornaamste binnen deze radius is dat er vanuit het oogpunt van de personen met een beperking wordt gekeken naar wat er precies mogelijk is. Dit is natuurlijk ook sterk afhankelijk van hoe mobiel deze bewoners zijn en hoe ver hun zelfstandigheid gaat. Door deze radius geschikt toe te kennen is alles makkelijk (te voet) bereikbaar en kunnen de zorgbehoevenden zonder begeleiding toezien op hun eigen basisvoorzieningen (Vandeurzen, z.d.). We mogen natuurlijk niet te kort door de bocht gaan door te denken dat iedereen die aan begeleid zelfstandig wonen doet ook effectief dit soort basistaken alleen kan. In de meest ideale omstandigheden kan de bewoner dit zelfstandig en kan hij/zij zichzelf voorzien zonder al te verre afstanden te moeten afleggen. Maar ook in functie van begeleiding is het een handige troef om alles relatief kortbij te hebben, er kan samen met de begeleider toegewerkt worden naar het zelfstandig afleggen van de routes naar de toekomst toe.

Deze randvoorwaarden leggen zich natuurlijk toe op een ideaal scenario. Echter zijn elementen uit deze voorwaarden vandaag de dag steeds moeilijker op een geclusterde manier te vinden. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat steeds meer voorzieningen zich gaan wegtrekken van een clustering en zich meer gaan verspreiden binnen het algemene woonweefsel. Op deze manier komen voorzieningen veel verder uit elkaar te liggen en wordt alles te voet bereiken natuurlijk niet meer zo evident. Dit gaat echter niet overal het geval zijn, wat mogelijkheden biedt om een soort regelgeving op te stellen waarin men een verschil maakt tussen personen met een beperking die nog heel zelfstandig mobiel zijn en anderen die dat minder zijn. Minder mobiele / zelfstandige personen wonen dan vanzelfsprekend dichter bij zorgvoorzieningen dan anderen. Ook is de optie om begeleid zelfstandig te gaan wonen niet altijd haalbaar voor personen met een beperking. De huurprijzen zullen niet snel dalen waardoor de stap om in deze woonvorm te leven misschien niet zoveel gezet wordt als we in het ideale scenario zouden denken. De woonkosten worden vaak gedragen door de ouders / familie in combinatie met een eventueel persoonsvolgend budget dat hen wordt toegekend. De huidige woningmarkt en bijbehorende prijzen worden moeilijker haalbaar voor iedereen laat staan voor personen met een beperking (zonder of met beperkt inkomen).

Het algemene aspect 'beperking' laat ik hier varen en specificeer ik vanaf hier naar mijn doelgroep - personen met DS - en hoe zij aan zelfstandig wonen kunnen doen samen met hun ervaringen en belangen hierin.

3.3.1. Begeleid zelfstandig wonen met downsyndroom

3.3.1.1. Ervaringen van personen met DS die zelfstandig wonen

Door middel van twee interviews bespreek ik een aantal positieve en negatieve aspecten die personen met DS ervaren nu dat ze aan begeleid zelfstandig wonen doen. Allereerst ging GRIP vzw (2021) voor een interviewreeks rond de drempels in het woonbeleid voor personen met een handicap op bezoek bij Paul Pasteels, hij heeft het syndroom van down en woont zelfstandig in een appartement wat eigendom is van zijn familie (Grip vzw, 2021).

Daarnaast doet ook mijn neef Ruben aan begeleid zelfstandig wonen. Hij heeft DS en ik ben met hem in gesprek gegaan over zijn ervaringen in verband met vrijheid en zelfstandigheid (zie bijlage II). Ik heb een interview afgenomen om zo ook wat eigen empirische data te verzamelen binnen dit onderzoek. Hiervoor heb ik een semigestructureerd interview toegepast om zo concrete mogelijke info te verkrijgen in combinatie met de mogelijkheid om in het moment verder uit te wijden over bepaalde zaken. Mijn interview met Ruben vond plaats in zijn appartement waarin hij zelfstandig woont, dit is gelegen in de Volderslaan in Runkst, en duurde een klein half uur.

Hij woont al jaren op zichzelf in zijn appartement wat wordt verhuurd specifiek aan personen met een beperking die deel uitmaken van de nabijgelegen zorgorganisatie Het Roer. Ruben is zeer zelfstandig, één keer per week komt zijn begeleider Dirk langs. De begeleiding bij Ruben gaat vooral over dagbesteding, dus een activiteit samen doen of spellen spelen om de tijd wat te doden. Verder volgt Ruben dagondersteuning binnen Het Roer Hasselt en doet hij begeleid werk in een Carrefour express in Hasselt.



Figuur 22: Paul Pasteels (Verstraeten, 2021)



Figuur 23: Ruben Martens (Dillen, 2022)

Het viel me op dat in beide interviews enkele gemeenschappelijke aspecten werden aangehaald door beide personen met DS. Ik ga deze aspecten vervolgens overlopen om daaruit enkele ervaringen van zelfstandig wonen te kunnen concluderen. Ook kunnen er enkele terugkoppelingen worden gemaakt tussen de ervaringen van zelfstandig wonen en de ruimtelijke ervaring van personen met DS uit deel 2.

Paul is één van de enkelingen die effectief een eigen woning hebben (het appartement is eigendom van zijn familie), echter woont hij daar zelfstandig en wordt hij daarin ook begeleid door een zorgverlener. Paul geeft in het interview van Grip vzw (2021, vraag 20) aan zeer trots te zijn op het feit dat hij zelfstandig woont en mensen daar ook mee verbaast. Een opvallend element uit het interview blijkt dat hij vooral trots is op zijn eigen plekje, wat hij zelf mee heeft ingericht door de keuze van bijvoorbeeld de meubels en verf.

“Ik ben enorm blij dat ik een eigen thuis heb. Ik heb zelf de keuken helpen ontwerpen, de muren mee geschilderd en de meubels gekozen. Ik ben trots en blij dat ik hier kan opgroeien. Ik kan het aanraden.”

Ook Ruben gaf aan trots te zijn op zijn eigen plek en de inrichting hiervan. Toen ik hem na het interview vroeg of hij nog iets wou vertellen zei hij het volgende (Bijlage II, p. 116):

“Ik heb heel veel schilderijen van vroeger gemaakt in de Berk (zijn school) en op mijn kamer ook nog, ja.”

Hij toonde deze met veel trots aan mij, ook het feit dat hij dit uit zichzelf vertelde geeft veel prijs over de waarde die hij hieraan hecht.

Ruben legt één keer per week een wandeling van 1,8 km af naar zijn begeleide werkplek, deze route doet hij die dag te voet zowel heen als terug. Toen ik hem vroeg wat hij vond van de afstand tussen zijn woning en het begeleid werk gaf hij een opvallend antwoord (Bijlage II, p. 114):

“Ik kan dat wel wandelen heel ver, maar als ik dan terugkom dan ben ik moe.”

De begeleide werkplaats ligt dus wel op de limiet van Ruben, zo blijkt uit het interview. Als we dit koppelen aan het tweede aspect wat in het vorige puntje beschreven werd, namelijk het belang van een kleine radius aan voorzieningen waaronder de begeleide werkplek, kunnen we hierin stellen dat de radius van 1,8 km een soort maximum afstand vormt wat betreft een werkplek voor personen met DS die zelfstandig wonen. Dit is natuurlijk wel maar de ervaring van één persoon maar geeft ons wel al enige richtlijn om de radius grof uit te kunnen zetten. Deze radius heeft dan wel enkel betrekking op de afstand tot de begeleide werkplek, de basisvoorzieningen zoals een supermarkt en bakker bevinden zich in dit geval dichterbij. De grotere radius naar de begeleide werkplek zorgt hier voor minder hinder omdat dit maar 1 keer per week voorkomt, echter moet je vaker naar de bakker of supermarkt waardoor deze radius best iets dichterbij gelegen is omdat dit frequenter voorkomt (R. Martens, interview, 3 december 2022).

Een laatste aspect gaat over hoe beide personen met DS het zelfstandig wonen zelf ervaren. Paul geeft aan dat zelfstandig wonen hem heel wat bijgeleerd heeft. De begeleiding speelt hierin een zeer grote en actieve rol. Vooral in het begin was de begeleiding bepalend om een aantal taken aan te leren. Ondertussen doen zowel Paul als Ruben de meeste huishoudelijke taken zelfstandig. Bij de complexere zaken zoals bedden verschonen of ramen wassen krijgt Paul hulp van begeleiding of hun ouders. Ruben vertelde mij het volgende over de taken die hij zelfstandig doet (Bijlage II, p. 112):

“Zoals mijn eigen afwas, mijn eigen douche afvegen en proper maken en de pompbak, ook stofvegen en stofzuigen en lakens verversen en ook de vuilzakken buiten zetten.”

Ook vrijheid is binnen deze woonvorm een belangrijk aspect, Ruben vertelde me tijdens het interview (Bijlage II) dat hij meer op zijn gemak is nu hij op zichzelf woont omdat hij alles op zijn eigen tempo kan doen. Paul ondervindt het volgende (Grip vzw, 2021, vraag 5):

“Ik voel me minder gecontroleerd. Ik kan er niet tegen als mensen me constant controleren in wat ik doe en wat niet. Ik heb ook aangegeven aan mijn ouders dat ik alleen woon en ze mij hier dus niet moeten komen controleren. Ik heb voor mijn vrijheid gekozen, ik kan ook los van mijn ouders leven.”

Uit beide gesprekken blijkt dat de begeleiding een ontzettend grote rol speelt binnen zelfstandig wonen, de begeleiding is onmisbaar en vooral in het begin van het zelfstandig woontraject bepalend. Personen met DS kunnen zelfstandig wonen maar blijven nood hebben aan een (zorg)vangnet⁶. Bij sommige wordt er vaker beroep gedaan op het vangnet dan bij anderen maar dit vangnet is wel de sleutel tot zoveel mogelijk mensen (terug) zelfstandig te laten wonen.

6 Dit vangnet bevat ouders, vrienden en familie, begeleider(s), burens etc.

3.3.1.2. Belang van zelfstandig wonen

Om het belang van zelfstandig wonen te kaderen is het op zijn plaats om de vaardigheden die personen met een beperking bijleren door het zelfstandig wonen aan te kaarten. Uit een onderzoek van Ruigrok (2002) blijkt dat vooral de beginfase van het zelfstandig wonen cruciaal is op het vlak van nieuwe vaardigheden leren. Ze krijgen veel hulp bij de opstart van het zelfstandig woontraject waardoor ze heel veel op korte tijd bijleren, zowel door de begeleiding als door problemen/moeilijkheden waar ze op stuiten die ze vanaf dan zelf en innovatief moeten oplossen. Paul gaf dit via het interview met Grip vzw (2021, vraag 2) ook aan:

“Voor mij is het al enorm leerrijk geweest, het samen opbouwen met een assistent. In het begin was het zoeken, maar door de assistentie was het een stuk makkelijker: helpen koken, wassen, dit en dat.”

Na deze beginfase ontstaat er een soort van stabilisatie van de woonvaardigheden en worden er op het vlak van wonen niet meer veel nieuwe vaardigheden ontwikkeld (Ruigrok, 2002). Deze nieuwe vaardigheden vormen een goede basis voor zelfstandigheid van personen met DS of een andere beperking. Deze ontwikkelingen van vaardigheden vinden immers niet of minder plaats indien personen met een beperking bij hun ouders blijven wonen. Ouders zijn, zoals eerder al aangehaald, vaak diegene die de zelfstandigheid van hun kind wat willen drukken in verband met een individuele woonplaats. Ouders zijn vaak bezorgd en terughoudend omdat ze niet willen dat hun zoon/dochter zich eenzaam voelt (Schuurman, 2003). Deze angst voor eenzaamheid en sociaal isolement zorgen ervoor dat de stap naar zelfstandig wonen vaak niet wordt gezet.

Dit sociaal isolement is echter iets waar niet veel ruimte voor gelaten wordt. Door middel van dagondersteuning in dagcentra en de begeleiding die bewoners krijgen worden hun dagen opgevangen en rijk gevuld met activiteiten of begeleid werk. Hierdoor zijn personen met een beperking het grootste deel van hun tijd onder de mensen en bij hun vrienden die ze in het dagcentrum maken. Paul gaf in het interview met Grip vzw (2021) nog aan dat hij een kanarie als huisdier heeft waar hij zelfstandig zorg voor draagt, hierdoor voelt hij zich naar eigen zeggen niet alleen in zijn appartement. Ook toen ik met Ruben sprak over het dagcentrum - tijdens het interview - gaf hij aan dat hij daar veel leuke mensen kende en zijn eigen appartement als een soort van rustplek beschouwt na een drukke dag. Het gevoel van rust en comfort overstijgt voor hem het gevoel van eenzaamheid.

3.3.2. Positieve aspecten

Volgende positieve aspecten van zelfstandig wonen zijn bij mij sterk blijven hangen. Zowel uit onderzoeken als uit gesprekken met personen die zelfstandig wonen met DS zijn deze elementen als positieve gevolgen van hun zelfstandigheid gebleken.

TROTS

Zelfstandige bewoners zijn trots op hun eigen stekje en hun zelfstandigheid waarmee ze heel wat mensen verbazen.

Deze trotsheid kunnen we vaak terugkoppelen aan de persoonlijke interesses van de bewoners, ze voegen elementen aan hun appartement toe die voor hen waardevol zijn zoals vb. zelfgemaakte schilderijen, posters, foto's etc. Deze elementen brengen rust, één van de factoren die volgens Schelings en Elsen (2017a) bepalend zijn voor personen met DS, dit werd reeds beschreven in deel twee.

VAARDIGHEDEN

De extra vaardigheden die personen met DS, of een andere beperking, opdoen door zelfstandig te wonen zorgen voor een grote meerwaarde in het leven van zowel de bewoner als de ouders. De begeleiding is hierdoor minder frequent nodig en kan uiteindelijk voor een klein stukje de zorg mee ontlasten. Paul gaf eerder in het interview van Grip vzw (2021) zeer duidelijk aan dat het een heel leerrijke manier van wonen is. Echter worden deze vaardigheden en de verbetering hiervan ook beperkt afhankelijk van de functiebeperking van de bewoner. De conclusie van Ruigrok (2002) waaruit bleek dat de vaardigheden het sterkst stegen in de beginfase, kan echter ook negatief uitpakken. Personen met DS reageren zeer verschillend op bepaalde situaties, net zoals bij iedereen is dit afhankelijk van persoon tot persoon. Deze overvloed aan nieuwe indrukken in het begin zou een omgekeerd effect kunnen hebben op sommige personen met DS en als negatief worden ervaren door de vele prikkels.

VRIJHEID

Het gevoel van vrijheid is een gevoel wat mensen met een beperking in het algemeen vaak missen. Door het zelfstandig wonen en het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden kunnen steeds meer personen met DS deze vrijheid (deels) ervaren. Dit is een extra stimulans om zelfstandig wonen vaker te overwegen en om de levenskwaliteit van personen met een beperking te kunnen verbeteren. Hierin primeert vooral het gevoel van de touwtjes in eigen handen nemen zonder continu gecontroleerd te worden. De ouders daarentegen zullen deze vrijheid als een eerder negatief aspect ervaren. Schuurman (2003) gaf aan dat de ouders bang zijn voor het gevoel van eenzaamheid dat zou kunnen ontstaan. Dit aspect wordt afhankelijk van het standpunt (ouder of bewoner) anders ervaren.

4 ■ **RUIMTELIJK KADER ROND (BEGELEID) ZELFSTANDIG WONEN**

In dit deel wordt de kennis die doorheen dit onderzoek vergaard is vertaald naar een ruimtelijk denkkader waarmee we als ontwerpers aan de slag kunnen gaan. Deze ruimtelijke eisen worden eerst besproken op vlak van Vlaamse regelgeving en daarna omgezet naar de eisen en noden die specifiek zijn voor personen met DS. Op deze manier worden er uiteindelijk ontwerpparameters opgesteld die een richtlijn vormen voor zowel mijn eindontwerp als voor mijn toekomstige projecten.

4.1. Ruimtelijke regelgeving residentiële zorg

We bouwen vandaag de dag voor zorg en haar veranderingen naar de toekomst toe. In dit onderzoek wordt er specifiek ingegaan op begeleid zelfstandige woonvormen maar doordat de zorg zich in een verschuiving bevindt kunnen deze woonvormen nog sterk wijzigen in functie van nieuwe / andere noden. Naar de toekomst toe ontstaan er misschien andere woonvormen die vervuld moeten worden om gepaste zorg te kunnen verlenen. Om aan een continu veranderend zorg- en woonsysteem te kunnen voldoen heeft VIPA⁷ in 2016 een regelgeving rond multifunctioneel bouwen in de zorg opgesteld. Dit zodat een wooncluster voor zelfstandig wonen later bijvoorbeeld kan worden omgevormd tot een cohousing project voor ouderen etc. (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, z.d.b).

Elk zorggebouw dat gerealiseerd wordt vanaf 20 juli 2019 moet voldoen aan onderstaande minimale oppervlaktenormen opgesteld door het VIPA om subsidies van deze overheidsinstelling te kunnen ontvangen (Departement WVG, z.d.b). Ik heb deze normen ook ruim mee verwerkt in mijn masterproject.

RESIDENTIEEL: woonzorgcentrum, residentiële voorzieningen voor personen met een handicap, jeugdhulp, centra voor kindercare en gezinsondersteuning en centra algemeen welzijnswerk:	
RUIMTE	OPPERVLAKTE
1 persoonskamer (excl. sanitaire cel) <small>WZC, PMH, JH, CAW, CKG</small>	16m ² /bewoner voor meerder- en 12m ² /bewoner voor minderjarigen
Verblijfsruimte = bewonerskamer (incl. sanitaire cel) + gem. zit- en eetruimte + gem. sanitaire ruimtes <small>WZC, PMH, JH</small>	30m ² /bewoner
Gemeenschappelijk sanitair <small>WZC, PMH, JH (2), CAW (3), CKG (3)</small>	Intergraal toegankelijk gemeenschappelijk sanitair
Individueel sanitair <small>WZC, PMH, JH (4)</small>	Intergraal toegankelijke sanitaire cel per bewonerskamer met douche, toilet en lavabo
Gemeenschappelijke zit- en eetruimte <small>WZC, PMH, JH</small>	4m ² /bewoner

Tabel 2: Afgestemde VIPA-infrastructuurnormen (minimale oppervlaktes en ruimtes) (Aangepast overgenomen van VIPA, door Departement WVG, z.d.b).

PMH	PERSONEN MET EEN HANDICAP
WZC	WOONZORGCENTRUM
JH	JEUGDHULP
CAW	CENTRA VOOR ALGEMEEN WELZIJNSWERK
CKG	CENTRUM VOOR KINDERENZORG EN GEZINSONDERSTEUNING

⁷ Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden, deze overheidsinstelling behoort onder het Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (Departement WVG, z.d.b).

4.2. Belangrijkste ruimtes voor personen met DS

In deel twee van dit onderzoek werd onder het punt 'ruimtelijke ervaringen van mensen met downsyndroom' reeds aangehaald door Schelings en Elsen (2017a) dat personen met DS vaker overprikkeld geraken. Om dit op te vangen is er nood aan een 'vluchtruimte' waarin personen met DS zich kunnen terugtrekken.

Dit soort 'vluchtruimte' is gekoppeld aan de privacy waar personen met DS nu en dan nood aan hebben. Dit blijkt uit de bevragingen die Schelings en Elsen (2017a) deden aan personen met DS, de slaapkamer is hun favoriete ruimte binnen hun woning. Dit duidt nog eens extra op de nood aan een persoonlijke en afgeschermd ruimte waarin personen met DS hun rust kunnen vinden.

De nood van zo'n ruimte werd ook in mijn interview met Ruben heel duidelijk. Hierin gaf hij aan dat hij soms nood heeft aan wat rust en stilte. Zijn appartement voldoet hieraan, doordat hij zelfstandig woont kan hij alles op zijn eigen tempo doen. Hij vertelde het volgende over de ervaring van zelfstandig wonen (Bijlage II, p. 114):

“Hier voel ik mij op mijn gemakje, hier doe ik alles op mijn gemak.”

Ook over zijn favoriete ruimte(s) in zijn appartement twijfelde hij niet (Bijlage II, p. 113):

“Meestal de living en de kamer (lees: slaapkamer) en de badkamer ook.”

De slaapkamer koppelt ook hier weer terug naar een privacy gevoel, een kamer alleen voor zichzelf, een soort van kleine cocon. De living gaat dan weer over de plek waar hij vrijuit zijn eigen ding kan doen, wanneer hij dat wil en hoe hij dat wil. Dit gaat over kleine dingen, van de inrichting/aankleding van de living tot naar welk programma hij kijkt op televisie (R. Martens, interview, 3 december 2022).

De ruimtes die personen met DS als favoriet aangeven zijn in deze voorbeelden vaak de slaapkamer. Dit hoeft echter niet in elk ontwerp zo letterlijk te worden genomen. De reden achter de keuze van de favoriete ruimtes verklaart veel over waar er ruimtelijk nood aan is. Het gaat dus niet over de slaapkamer an sich maar wel over het gevoel wat ze daar krijgen en hoe ze deze ruimte dus ervaren. De slaapkamer en badkamer zijn voor iedereen een plek met een hoger privacygevoel ten opzichte van andere ruimtes in een woning. Als ik hier als ontwerper over nadenk dan zie ik meerdere ruimtelijke mogelijkheden om dit privacy - en rustgevoel binnen te brengen in een ruimte. Dit kan op een creatieve en vrije manier worden geïnterpreteerd door ontwerpers zolang er rekening wordt gehouden met deze privacy voorwaarden. Een kleine knusse ruimte met een kwalitatieve lichtinval (licht waar ook veel belang aan wordt gehecht zie p.41) kan dus evengoed voldoen voor een rustplek / vluchtruimte waar personen met DS nood aan hebben. Het feit dat ze telkens weer hun slaapkamer kiezen, wijst op het feit dat ze in de rest van hun woning minder deze rust en privacy aanvoelen. Dit duidt nogmaals op het belang van ruimtes die op een andere manier kunnen worden ervaren dan wij als ontwerpers gewoon zijn.

4.3. Valkuilen begeleid zelfstandig wonen

Tot hier toe zijn er over het algemeen enkel de positieve aspecten van begeleid zelfstandig wonen toegelicht. Echter zijn er ook voor deze woonvorm en andere woonzorgvoorzieningen een aantal valkuilen te vinden waar we ons bewust van moeten blijven.

OVERBELASTING

Eén van deze valkuilen of eerder moeilijkheden is de afweging van de hoeveelheid zelfstandige woningen die we kunnen toevoegen binnen één wijk/omgeving (van Gompel, 2011). Buurtbewoners mogen niet het gevoel krijgen dat er in hun wijk veel meer vormen van zorg en zorgwonen zijn dan in andere wijken (van Gompel, 2011). Dit zou er namelijk voor kunnen zorgen dat buurtbewoners wegtrekken naar deze andere wijken en dat de mix tussen zorg en niet-zorg bewoners verdwijnt. Wijken mogen volgens van Gompel (2011) niet worden overbelast op vlak van zorg woonvormen. Dit heeft ook voor een groot stuk te maken met angst van de buurtbewoners en een vertekend beeld over personen met een (verstandelijke) beperking waar we het eerder in deel 1 over gehad hebben.

SHIFT NAAR 'ZICHTBARE' ZORG

Persoonlijk denk ik dat we de valkuil van de mogelijke overbelasting kunnen vermijden door het aspect van 'onzichtbare zorg' niet uit het oog te verliezen. Dit brengt ons meteen bij een tweede valkuil. Indien we bepaalde wijken gaan overbelasten met zorgvoorzieningen doen we eigenlijk het tegenovergestelde dan waar 'onzichtbare zorg' voor staat. Er schuilt een gevaar in het feit dat begeleid zelfstandig wonen op termijn een vorm van 'zichtbare' zorg zou kunnen worden. Dit kan indien er te veel woningen voor zorg voorzien worden op een te korte afstand van elkaar en deze met andere woorden toch weer te opvallend samen clusteren. Dit moeten we natuurlijk te allen tijde vermijden, anders begeven we ons terug in de dezelfde problematiek waar de zorg vandaag de dag mee zit, namelijk een grootschalige clustering waarin een te grote druk op de zorg ontstaat.

Als we de definitie van deel 1 er terug bijhalen van 'onzichtbare zorg',

“Dat is zorg die niet meer is afgezonderd van, maar geïntegreerd in het maatschappelijk leven. Een zorg die is ingebed in het dagelijks bestaan en in de publieke ruimte. Daarbij is het ook een opgave van de stad of wijk om de publieke ruimte leefbaarder te maken. Zorgbehoevenden moeten een plek binnen de samenleving krijgen.” (Goovaerts, 2020, paragraaf 4).

Willen we eigenlijk kleine onopvallende integraties doen. Op zo'n manier dat zowel de buurtbewoners als de zorgbehoevenden geen overbelasting kunnen aanvoelen zodat de buurt leefbaar is voor iedereen. 'Onzichtbare zorg' dient kleinschalig gehouden te worden om zijn waarde niet te verliezen. Echter wordt dit voor een stuk wel georganiseerd in en rond omgevingen waarin er zich reeds een dragend zorgnetwerk bevindt (zie deel 3). Maar doordat deze woonvormen initieel zo kleinschalig zijn en verspreid worden ingeplant binnen het stedelijke weefsel zal dit nooit zichtbaar aanwezig zijn, zeker niet in vergelijking met de zorginstututen die we vandaag de dag kennen.

4.4. Ontwerpparameters

Doorheen dit onderzoek zijn er heel wat aspecten besproken die van toepassing zijn op personen met DS, begeleid zelfstandig wonen en 'onzichtbare zorg' in het algemeen. Uit deze aspecten heb ik een aantal parameters opgesteld die bepalend zijn voor het 'onzichtbaar' ontwerpen van kleinschalige zorg woonvormen. Deze parameters zijn opgesteld vanuit de blik en ervaringen van wonen door personen met DS maar kunnen voor een groot deel worden doorgetrokken naar de meer algemene groep, namelijk personen met een licht tot matige verstandelijke beperking. De twee laatste parameters zijn zeer specifiek opgesteld door onderzoek naar personen met DS, hierdoor kunnen ontwerpers deze niet altijd toepassen maar wel afwegen in hoeverre dit van belang is binnen een andere doelgroep. Door de ontwerpparameters hier nog eens apart en duidelijk op te lijsten maak ik het niet alleen voor mezelf makkelijker om deze te integreren in mijn masterproject, maar hopelijk kan ik met deze waardevolle parameters ook andere ontwerpers inspireren en attent maken. Onderstaande parameters worden kort beschreven, deze zijn allemaal al eens eerder besproken binnen deze scriptie, voor een meer uitgebreide toelichting van deze aspecten verwijs ik terug naar de vorige drie delen (zie 1.5.2, 2.3, 3.3). De ontwerpparameters zijn hieronder gerangschikt van macro- naar microschaal.

DRAGEND ZORGNETWERK

Denk bij de keuze van de woonomgeving aan het feit dat een reeds aanwezig zorgnetwerk een belangrijk vangnet vormt voor zorgbehoevenden. Dokters, dagcentra of andere kleinschalige zorgorganisaties vormen een goede stabiele basis.

KLEINE RADIUS VAN VOORZIENINGEN

Hetzelfde geldt voor basisvoorzieningen, zorg dat deze op een geringe afstand aanwezig zijn van eventuele (zelfstandige) woongelegenheden voor personen met een beperking.

ONZICHTBAARHEIDSFACTOREN

Verlies de term 'onzichtbare zorg' niet uit het oog tijdens je ontwerpproces. Hou het zorgproject kleinschalig en zorg voor een nauwkeurige en passende inbedding in de bestaande context. Dit element koppelt terug naar de zeven onzichtbaarheidsfactoren van Vlaams Bouwmeester opgesteld als navolging van de Pilotprojecten Onzichtbare Zorg (Swinnen, 2014). Gekoppeld aan mijn onderzoek zijn vooral het creëren van zowel grootschaligheid als kleinschaligheid en het durven stedelijk programmeren van essentieel belang. Het allerbelangrijkste aspect valt terug op de collectiviteit binnen zorg waar daarom ook een aparte parameter voor is opgesteld.

MULTIFUNCTIONALITEIT

Om ervoor te zorgen dat je een multifunctioneel zorggebouw ontwerpt kan je best grote aandacht schenken aan de toegankelijkheid ervan. Ontwerp met maximale toegankelijkheid zodat als het gebouw naar de toekomst toe verandert van functie, het nog steeds inclusief blijft voor mensen met verschillende zorgnoden. Nieuwe en innovatie zorg woonvormen vragen om gebouwen die zorg huisvesten en mee veranderen met een verschuiving binnen deze noden.

COLLECTIVITEIT

Om sociaal isolement tegen te gaan binnen alle vormen van zorg woongelegenheden is er nood aan collectieve ruimtes. Dit zowel binnen de woongelegenheden zelf als in publieke gebouwen waardoor personen met én zonder zorgnood elkaar kunnen ontmoeten. “Maximaliseer collectief wonen” is dan ook de eerste factor van de zeven onzichtbaarheidsfactoren (Swinnen, 2014).

WAYFINDING

Voor personen met een beperking is het belangrijk dat er een logische interne routing voorzien is in het gebouw waarin ze wonen. Zo vinden ze makkelijk de weg en kunnen ze deze beter onthouden.

DUIDELIJKE AFBAKENING TUSSEN RUIMTES

Vooral in publieke gebouwen is het voor personen met een beperking van belang dat er duidelijk afbakeningen tussen verschillende ruimtes aanwezig zijn. Moesten ze overprikkeld raken dan kunnen ze een kleinere afgeschermdde ruimte opzoeken.

VLUCHTRUIMTE / RUISTRUIMTE

Het belangrijkste interne aspect in de woongelegenheden zelf is het mee ontwerpen van een vlucht/rustruimte. Dit is een meer apart gelegen ruimte waarin personen met een beperking zich kunnen terugtrekken en tot rust komen indien nodig. Licht is een ander aspect wat hieraan gekoppeld kan worden. Zo creëer je een kwalitatieve ruimte volledig op maat van personen met een verstandelijke beperking.

4.5. Bestaande (typologieën) onzichtbare zorg

Om bovenstaande ontwerpparameters in functie van het begrip ‘onzichtbare zorg’ te kunnen kaderen in de praktijk, schetst de collage (fig. 24) op de volgende pagina een eerste beeld van de verschillende typologieën waarin onzichtbare zorg vandaag de dag al voorkomt.



Figuur 24: Collage van praktijkvoorbeelden die bijdragen aan onzichtbare zorg

TYOLOGIEËN

Als we deze voorbeelden (zie collage fig. 24) uit de praktijk bekijken met het oog op typologie, dan zien we dat onzichtbare zorg via verschillende typologieën wordt benaderd. Ontwerpers gaan hier vrij, en daardoor ook op een uiteenlopende manier, mee om. Deze voorbeelden van onzichtbare zorg projecten gaan van een villa in het groen tot de herbestemming van een rijwoning voor personen met een zorgnood. Dit zijn natuurlijk twee uitersten van elkaar op vlak van typologie, alle mogelijkheden hiertussen kunnen wel degelijk ook. Ik duid enkel op de twee opvallende typologieën om aan te tonen dat onzichtbare zorg in veel vormen kan bestaan en werken. Deze collage (fig. 24) is bedoeld om een beeld te scheppen voor zowel medeontwerpers, zorgmedewerkers alsook personen die geïnteresseerd zijn in onzichtbare zorg. Reeds gerealiseerde projecten geven enerzijds een concreet beeld gekoppeld aan de informatie die uit dit onderzoek is gebleken en tonen anderzijds de opties waarin dit onder andere allemaal mogelijk is.

KOPPELING MET ONZICHTBARE ZORG

In de collage (fig. 24) komen vier projecten aan bod die naar mijn mening en volgens de kennis die ik heb opgebouwd zeer relevant en boeiend zijn als het gaat over onzichtbare zorg. De projecten zijn ontworpen voor uiteenlopende doelgroepen allemaal in connectie met zorg, zowel personen met een beperking of dementie als ouderen komen aan bod. De relevantie ligt hem hier niet in de ontwerpaspecten voor een specifieke doelgroep maar wel op hoe deze ontwerpers stuk voor stuk zijn omgegaan met het begrip 'onzichtbare zorg'.

We zien dat de vier projecten uit de collage ‘onzichtbare zorg’ allemaal op een verschillende manier hebben toegepast. Villa Kameleon (fig. 25-27) voldoet bijna in de letterlijke zin van het woord aan onzichtbare zorg, hun kleinschalige zorgvilla bestemd voor personen met een verstandelijke beperking bevindt zich in een bosrijke omgeving middenin het groen en is letterlijk ‘onzichtbaar’ vanuit het straatbeeld (FELT Architects, 2017-2021). Binnen dit project zijn er 8 woonunits voor personen die zorg nodig hebben, in combinatie met collectieve ruimtes op het gelijkvloers. Twee belangrijke parameters die ik eerder beschreef - onzichtbaarheid en collectiviteit - komen hier opvallend terug. De onzichtbaarheidsfactoren die vooral naar voren komen zijn het creëren van zowel grootschaligheid als kleinschaligheid. Dit doen de ontwerpers via een enerzijds klein gebouw met amper 8 units, dat ze anderzijds in een bosrijke en uitgestrekte natuur omgeving plaatsen om lang gestrekte uitzichten te kunnen bieden. Echter is dit wel volledig afgeschermd van de stedelijke omgeving, waardoor als we kritisch kijken naar de definitie van onzichtbare zorg het hier eigenlijk niet volledig aan voldoet, de durf om stedelijk te programmeren is niet helemaal aanwezig. De inbedding in het straatbeeld en woonweefsel ontbreekt dus, maar neemt niet weg dat het een zorgproject is benaderd vanuit een kleinschalig idee en vormgeving. Deze kleinschaligheid stapt mee af van de institutionalisering van zorg en creëert een nieuwe typologie op zich.



Figuur 25: Collectieve ruimte villa Kameleon (FELT, 2021)



Figuur 26: Villa Kameleon (FELT, 2021)



Figuur 27: Villa Kameleon (FELT, 2021)

Een volledig tegenovergestelde benadering van onzichtbare zorg werd gecreëerd in Heuvelheem (fig. 28+29), hierin herbestemmen ze een omsloten herenhuis tot zorgwoningen voor personen met een beperking (Urbain architectencollectief, 2022). Hierin wordt zorg in combinatie met wonen volledig binnen het stedelijk weefsel geïntegreerd waardoor het volledig ‘onzichtbaar’ is en zelfs opgaat in het straatbeeld.



Figuur 28: Heuvelheem (Urbain architectencollectief, 2022)



Figuur 29: Heuvelheem maquette toont stedelijke inplanting (Urbain architectencollectief, 2022)

De Korenbloem (fig. 30-32) daarentegen combineert de herbestemming van een oude villa in een park met een nieuwe uitbreiding die samen een nieuw ‘zorg monument’ vormen (Pintos, z.d.). Door deze herbestemming krijgt de villa weer een functie gericht op de hedendaagse noden. Doordat er gewerkt wordt met een bestaand gebouw blijft de zorg die hierin verwerkt wordt redelijk ‘onzichtbaar’ in de zin van dat het straatbeeld enkel lichtjes werd aangepast door het toevoegen van de uitbreiding waarin de villa al aanwezig was. Ongeveer hetzelfde werd gedaan voor Huis Perrekes waarin een voormalige doktersvilla herbestemd werd tot een “zorgpension” (NU Architectuuratelier, 2018).



Figuur 30: PPZ3 - De Korenbloem Kortrijk (Bollaert, 2021)



Figuur 31: PPZ3, De Korenbloem Kortrijk (Studio Thys Vermeulen, z.d.)



Figuur 32: PPZ3 De Korenbloem Kortrijk (Bollaert, 2021)

KOPPELING MET ONTWERPPARAMETERS

De eerder opgestelde ontwerpparameters vinden we ook terug binnen deze projecten. De belangrijkste en meeste opvallende aspecten die terugkomen worden hieronder toegelicht. Binnen het ontwerp van Huis Perrekes werd er extra aandacht besteed aan een tuinpaviljoen (afb. 33+34) volledig achteraan de grote parktuin. Deze extra ruimte en de locatie ervan zijn niet toevallig gekoppeld. Het is namelijk een ruimte waar personen zich onder andere kunnen afzonderen, een soort van rustplek (NU Architectuuratelier, 2018). Op andere momenten kan dit ook een ontmoetingsplek zijn (NU Architectuuratelier, 2018). Eén van de eerder vooropgestelde ontwerpparameters gaat over de nood aan een vlucht/rustruimte. Hoewel de doelgroep van Huis Perrekes, niet personen met een verstandelijke beperking, maar personen met dementie zijn komt de nood naar zo'n rustruimte en mogelijkheid tot afzondering wel overeen.

De ontwerpparameters zijn opgesteld met de kennis vergaard uit het onderzoek voor personen met DS maar sluiten zichtbaar niet uit dat de toepassing ervan ook voor andere doelgroepen een meerwaarde kan bieden.



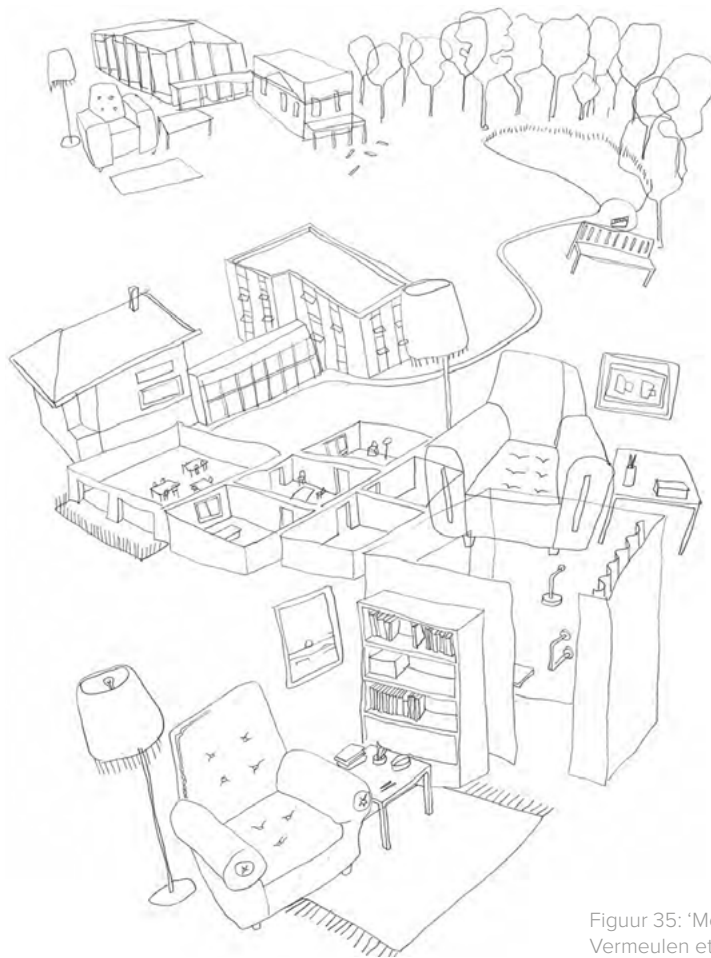
Figuur 33: Tuinpaviljoen Huis Perrekes (Bollaert, 2018)



Figuur 34: Interieur tuinpaviljoen Huis Perrekes (Bollaert, 2018)

Een ander belangrijk aspect voor personen die zorg nodig hebben in het algemeen is het, al eerder aangehaalde aspect, wayfinding. Personen met DS hebben nood aan een logische wayfinding en herkenningspunten. Dit aspect werd evenzeer binnen pilootproject 'De Korenbloem' met speciale aandacht toegepast. Zij ontworpen namelijk voor personen met onder andere (jong)dementie en beroerte (Pintos, z.d.). Om de desoriëntatie binnen ruimte tegen te gaan in hun ontwerp hebben ze via wayfinding sterk ingezet op de verbetering van relaties met voorwerpen en ruimtes. Ze creëren zoals ze het zelf noemen "small worlds" op een persoonlijke manier waardoor het voor bewoners eenvoudiger wordt om doorheen het gebouw te navigeren (Pintos, z.d.).

"Wij architecten denken vaak enkel aan de ordening van de ruimte. Dat komt niet altijd overeen met de perceptie van de bewoner, zeker niet van de oudere bewoner. Kleine onooglijke dingen worden vaak erg belangrijk. De logische samenhang wordt soms minder belangrijk, of zelfs niet meer begripbaar, voor bijvoorbeeld dementerenden. De 'mental map' (fig. 35) hiernaast toont een mogelijk beeld van de leefwereld van een bewoner op de zorgsite. Kleine dingen worden belangrijker dan de grote. De tekening toont een netwerk van 'kleine werelden', een boeiende en rijke zorgcampus. Wij als ontwerpers proberen veel aandacht te besteden aan deze perceptie, zonder de werking van een goed functionerende en efficiënte zorginstelling uit het oog te verliezen" (Vermeulen, et al., 2013, p.2).



Figuur 35: 'Mental map' (Overgenomen uit Vermeulen et al., 2013)

Het belang van het wayfinding aspect is voor deze doelgroep zelfs essentiëler dan voor personen met DS. Dit duidt nog eens op het feit dat de ontwerpparameters zich uitspreiden over verschillende doelgroepen binnen woonprojecten voor verscheidene zorgbehoevenden.

Uit dit onderzoek, wat grotendeels uit literatuurstudie bestaat, kunnen we na het bespreken en analyseren van onder andere twee zelfstandige woonvormen afleiden dat begeleid zelfstandig wonen een goede optie is voor personen met DS die over een goede graad van zelfstandigheid (zouden kunnen) beschikken. Binnen begeleid zelfstandig wonen is het een grote ambitie om de versterking van vaardigheden te stimuleren. Als we dan kijken naar zorgwonen zullen vaardigheden op een minder snelle of expliciete manier ook voor een deel worden gestimuleerd, maar deze insteek is niet zo groot als bij begeleid zelfstandig wonen waar dit echt een indirect doel is en naartoe wordt gewerkt samen met een begeleider. Deze zorgwoningen worden vaak gecreëerd in, tegen of in de tuin van de woning van (meestal) familie van de zorgbehoevende persoon. De effectieve zelfstandigheid van zorgwonen valt hier dus in vraag te stellen. Echter hebben personen met een beperking soms de drang zich los te trekken van 'controle' door familie etc. Personen met een beperking willen meer tonen wat ze effectief kunnen in plaats van wat ze niet kunnen. Hiervoor is begeleid zelfstandig wonen een ideale optie, begeleiding neemt hierin dan een ondersteunende rol aan. Ook andere woonvormen zoals een zorginstelling of groepswonen zijn vaak niet kleinschalig genoeg om mee te werken aan onzichtbare zorg, de begeleiding binnen deze woonvormen is permanent aanwezig en niet geschikt voor personen die zelfstandig willen en kunnen wonen. Wel is deze permanente begeleiding geschikt voor personen met DS die apart/alleen willen wonen maar een hogere zorgnood hebben dan anderen met DS. In dit onderzoek heb ik mij gefocust op personen met DS die zelfstandig willen en kunnen wonen.

De keuze voor een zelfstandige woonvorm gaat hand in hand met de druk waar de zorgsector tegenwoordig mee te maken krijgt. Om zowel de druk op de sector als op andere zorgverleners van personen met een beperking te verminderen, moeten we opzoek gaan naar innovatieve zorg woonvormen die streven naar een meer 'onzichtbare zorg'. Deze weg naar een nieuw systeem binnen zorg bewandelt Vlaanderen nogal moeizaam. Via de analyse van de huidige situatie in Vlaanderen werden eerst een aantal deelvragen beantwoord. Er is namelijk geen centraal register wat ons een cijfer geeft over het aantal personen met een handicap in Vlaanderen. Het wordt hierdoor dan ook zeer lastig om inzicht te krijgen in de specifieke noden van de zorgsector.

Om een antwoord te kunnen vormen op de algemene onderzoeksvraag "Hoe kunnen we via innovatieve en zelfstandige woonvormen voor personen met downsyndroom bijdragen aan onzichtbare zorg?" zijn er door een dieper onderzoek te voeren naar begeleid zelfstandig wonen een aantal randvoorwaarden geresulteerd waaraan voldaan moet worden voor een optimale werking van deze woonvorm in functie van onzichtbare zorg. Uit de ruimtelijke ervaringen van personen met DS en uit een aantal belangen / voordelen van deze woonvorm, vloeien uiteindelijk een aantal positieve aspecten voort. Door alle geconcludeerde aspecten in acht te nemen heb ik uiteindelijk ontwerpparameters kunnen opstellen. Deze parameters gelden vanzelfsprekend voor personen met DS maar zijn ook (deels) toepasbaar op andere doelgroepen. Als we bijvoorbeeld de parameter wayfinding bekijken zien we dat dit niet alleen belangrijk is voor personen met DS maar zelfs essentieel wordt voor personen met dementie. Wayfinding is voor iedereen belangrijk en dient altijd in acht te worden genomen binnen een ontwerp, maar dit is voor bepaalde groepen een essentie in plaats van louter comfort. Deze parameters zullen dus vaak toepasbaar zijn indien er wordt ontworpen voor zorgbehoevende gebruikers. Echter zijn sommige ook algemeen toepasbaar en kan er zeker ook iets geleerd worden uit de meest specifieke parameters en hoe fragiel er hier in de zorgsector mee omgegaan wordt, deze kleinschaligheid en precisie kunnen vertaald worden naar een ontwerp voor andere doelgroepen.

Ik heb me binnen mijn onderzoek vooral gefocust op literatuur en een interview om de praktijk en de literatuur te kunnen vergelijken en koppelen met elkaar. Hierdoor heb ik wellicht wat kansen gemist op vlak van verder onderzoek in de praktijk. Ik zou naast dat ik mijn interview heb gevoerd met een persoon met DS ook een dag kunnen meelopen met iemand die aan begeleid zelfstandig wonen doet. Zo kan de effectieve dagindeling en wisselwerking tussen begeleider en bewoner van dichterbij worden waargenomen/geobserveerd. Mijn interview met Ruben was al een voldoende grote basis om mijn onderzochte aspecten te kunnen staven met zijn ervaringen in het achterhoofd. Zo'n dag meelopen zou echter wel in extra observaties kunnen resulteren, vooral op vlak van personen die je doorheen die dag tegenkomt zoals begeleiders, andere personen die zelfstandig wonen en zorgpersoneel van het dagcentrum. Dit zou meerdere perspectieven openen en een waardevolle aanvulling zijn die verwerkt kan worden in toekomstig onderzoek. Ook op het vlak van innovatieve woonvormen kunnen we volgens mij nog heel wat bijleren, als we dit buiten Vlaanderen zouden onderzoeken ontdekken we wellicht voor ons onbekende woonvormen die wel een gericht antwoord zouden kunnen bieden indien ze geïmplementeerd worden op de zorgsituatie in Vlaanderen.

Ik heb heel wat bijgeleerd over onzichtbare zorg en de mogelijkheden hierrond, ook ben ik heel blij dat ik mij verdiept heb in personen met DS. Bekeken vanuit mijn standpunt als ontwerper is dit zeer relevante kennis die ik zeker verder ga meenemen in mijn masterproject (deel 5) en carrière.

5. MASTERPROJECT

In dit deel wordt de kennis die dit onderzoek mij heeft bijgebracht vertaald naar mijn masterproject. Hoe heb ik de resulterende aspecten omgezet in ruimtelijke oplossingen om op die manier een kwalitatieve leefomgeving te creëren?

*“Zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij”
(VAPH, z.d.b, p.12).*

is één van de grote uitgangspunten binnen het VN verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap. Ik ben er sterk van overtuigd dat personen met een lichte tot matige verstandelijke beperking kwalitatiever kunnen wonen in een omgeving die als een thuis aanvoelt. Binnen dit project focus ik mij op de specifieke doelgroep van dit onderzoek, namelijk personen met downsyndroom. Deze doelgroep ligt mij nauw aan het hart en heeft mij door dit onderzoek veel inzichten gegeven die ik terug kon brengen in mijn masterproject. Personen met down die een hoge zelfredzaamheid hebben kunnen en willen vaak (begeleid) zelfstandig gaan wonen. Deze woonvorm wordt vandaag de dag ook al aangeboden maar mist vaak huiselijke kwaliteiten en voldoet niet aan de persoonlijke noden van deze doelgroep. Dit project is daarom ook specifiek gefocust op het voorzien van kwalitatieve units waarin personen met DS zelfstandig kunnen wonen in een gepaste en meedragende omgeving.

Naast het ontwerpen van units voor zorgbehoevenden wil ik ook graag iets terug geven aan de buurt, daarom heb ik een publiek gedeelte toegevoegd aan het project, hierin bevinden zich een atelier-/ evenementenruimte voor de buurt. Op de eerste verdieping is er een soepbar aanwezig, toegankelijk voor iedereen en het biedt meerdere mogelijkheden op vlak van tewerkstelling van personen met DS. Zij kunnen hier bijvoorbeeld een dag in de week begeleid werken, zo ontstaat er een continue interactie tussen zorgbehoevenden en niet-zorgbehoevenden. Het project werkt dus zowel op individueel niveau door het voorzien van zorgunits alsook op buurtniveau door de integratie van publieke functies en interacties.



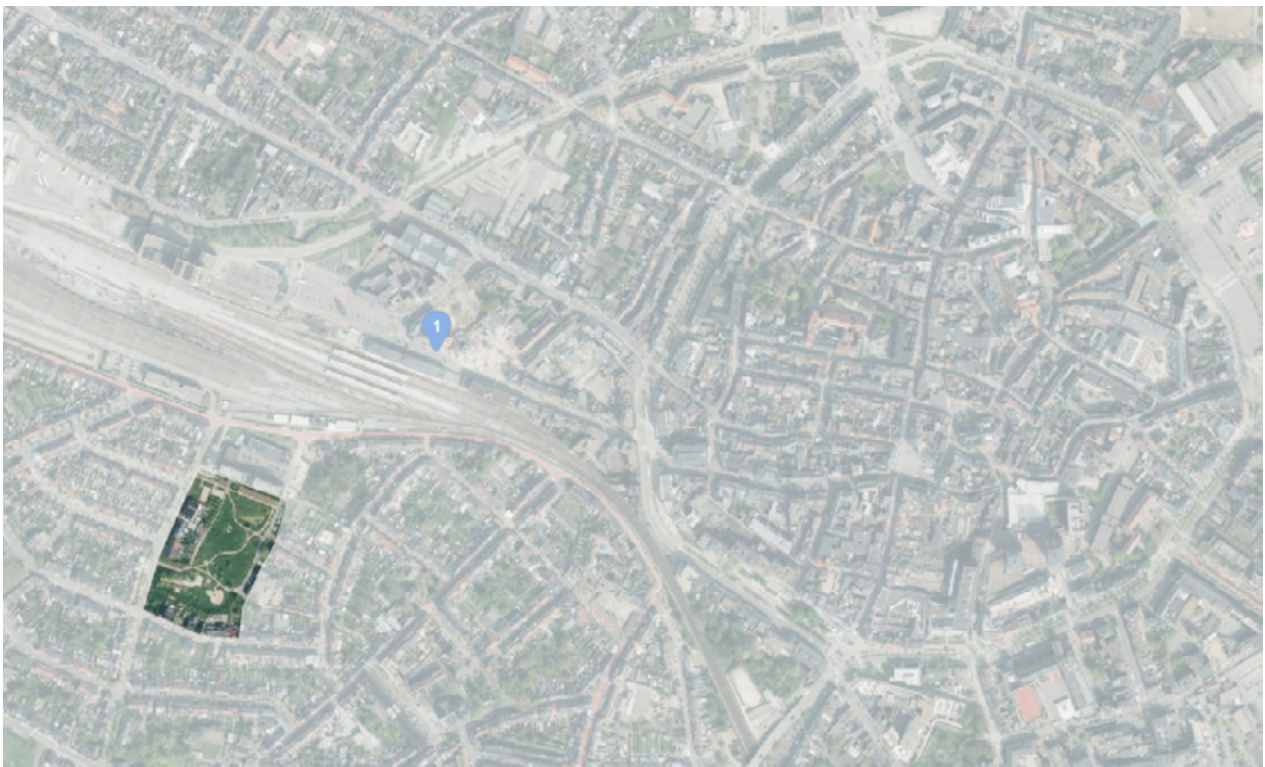
Figuur 36: Straatbeeld publiek gebouw (links) gekoppeld aan zorggebouw (rechts)

5.1 Masterproject

5.1.1 Keuze van de projectlocatie

De directe omgeving rond de projectlocatie is gelegen in Runkst nabij het centrum van Hasselt, vlak bij het station. Een andere belangrijke factor op deze locatie is het Vredespark, omsloten tussen de achterbouwen en tuinen van de al reeds bestaande rijwoningen. Deze ‘achterbouwen’ vormen een rommelig en onregelmatig zicht vanuit het park en worden vandaag de dag niet optimaal ingezet. De meeste van deze achterbouwen zijn vervallen of in slechte staat en worden louter gebruikt als garage of tuinberging. Binnen dit project wordt er op stedenbouwkundig niveau ingezet op een vereenvoudiging van deze achterbouwen waardoor deze multifunctioneel kunnen worden ingezet, deels benadert vanuit het oogpunt van onzichtbare zorg.

De motivatie voor deze specifieke locatie komt op de volgende pagina specifiek aan bod. Het nieuwe gebouw zelf bevindt zich op de hoek van de Acaciastraat en de Vredestraat, aansluitend aan de nieuwe achterbouwen en naast één van de ingangen naar het Vredespark.



Figuur 37: Situering projectlocatie rond Vredespark Runkst (Aangepast overgenomen uit Geopunt Vlaanderen, 2023)

LEGENDE

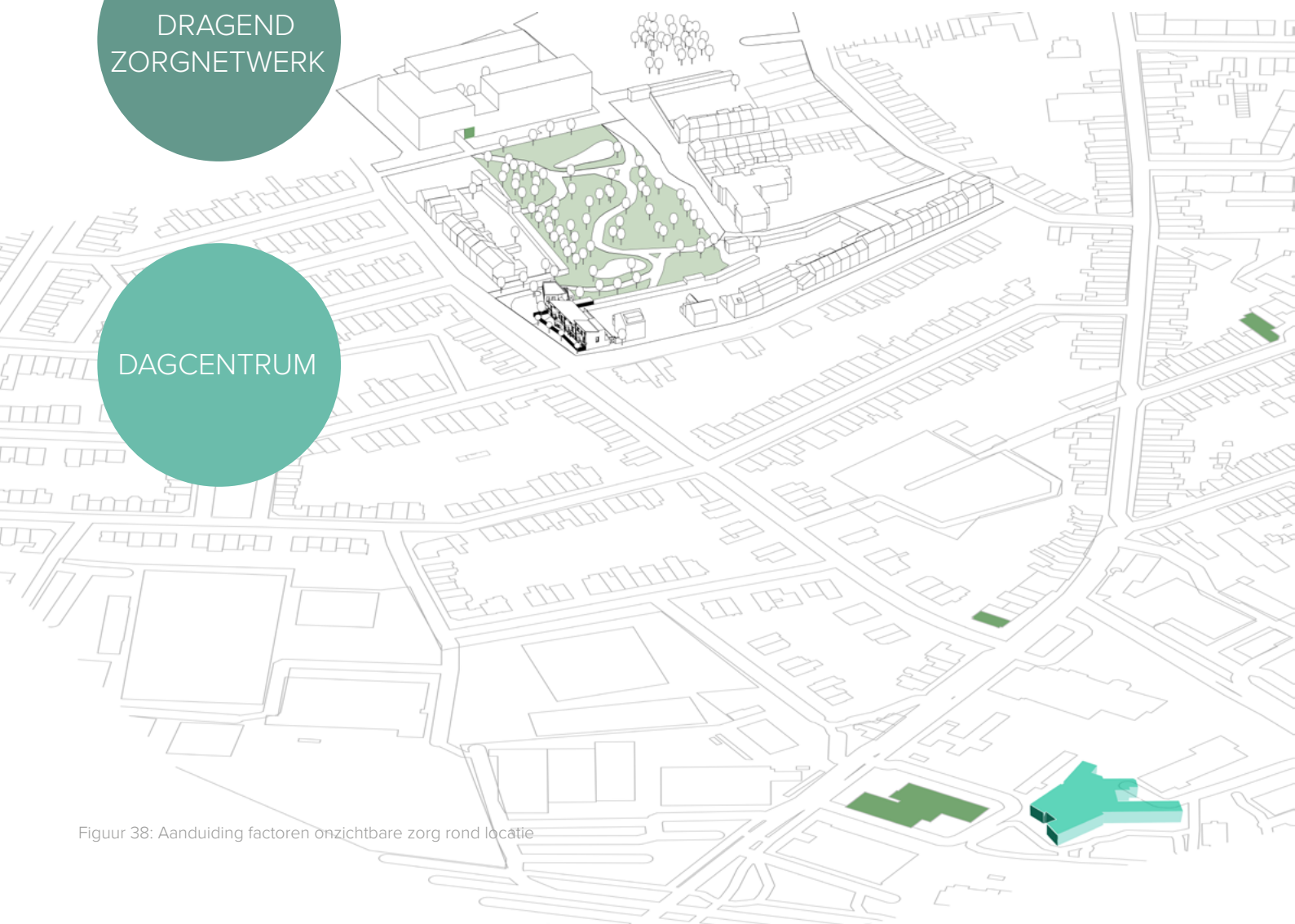
STEDELIJK
PROGRAMMEREN

CREËER GROOT-
SCHALIGHEID

DRAGEND
ZORGNETWERK

DAGCENTRUM

De locatie voor dit project is zorgvuldig gekozen op basis van de eerder besproken aspecten die aanleunen bij onzichtbare zorg. Het beeld hiernaast geeft een visueel overzicht van de aspecten die de locatie mee hebben bepaald. Allereerst ben ik op zoek gegaan naar een stedelijke en bebouwde omgeving, dit omwille van het feit dat basisvoorzieningen best binnen een geringe radius rondom het project gelegen zijn. Binnen een vol bebouwde context is dat sneller het geval. Ook is de durf om stedelijk te programmeren een belangrijk aspect op de weg naar onzichtbare zorg. Een tweede aspect is de connectie met grootschaligheid zoals een groot en open publiek plein, park etc. Het Vredespark midden in de bebouwde context voldoet hieraan. De aanwezigheid van een grote open groenvlakte of stadsplein compenseert de kleinschaligheid van het zorgproject zelf. Daarnaast heb ik ook gekeken naar de zorg die reeds rond deze locatie aanwezig is, een bestaand zorgnetwerk in de buurt is een belangrijk vangnet voor personen met een beperking. Dit gaat van huisdokters & apothekers tot andere zorgorganisaties. Er zijn heel wat zorgmogelijkheden in de directe omgeving te vinden. De belangrijkste zorgmogelijkheid is dan ook het dagcentrum Het Roer Hasselt, gelegen op zo'n 500m van de projectlocatie. Het is belangrijk dat zorgbehoevenden hier te voet en zelfstandig heen kunnen gaan om hun dag nuttig door te brengen en begeleiding te krijgen. Al deze factoren samen resulteren in een geschikte projectlocatie rond het Vredespark in Runkst bij Hasselt.



Figuur 38: Aanduiding factoren onzichtbare zorg rond locatie

5.1.2 Doelgroep & concept

Personen met DS ervaren ruimte op een andere manier dan de rest, dit is gebleken uit mijn onderzoek. Dit zorgt ervoor dat hun beleving van ruimte sterk beïnvloed wordt. Via een aantal van de opgestelde ontwerpparameters schets ik verder een beeld van de aspecten die belangrijk zijn voor personen met downsyndroom om een ruimte als een 'thuis' te kunnen ervaren met de nodige kwaliteiten. Deze parameters vormen de onderliggende basis van hoe ik mijn project heb opgevat gaande van de projectlocatie tot de kleinste ruimte binnen het project.

Binnen mijn project heb ik mij gefocust op het aanbieden van woonunits voor personen met downsyndroom die begeleid zelfstandig willen wonen. Deze woonvorm wordt vandaag de dag al op een aantal manieren aangeboden. Zorgbehoevenden kunnen een kleinschalige woning huren die eigendom is van een erkende zorgorganisatie of via derden. Ook kan de bewoner in zijn of haar eigen woning wonen. Ik wil mijn project graag verbinden aan de zorgorganisatie 'het Roer', wat een aantal straten verderop gelegen is. Zo staat het project in directe verbinding met een dagcentrum waardoor het zelfstandig wonen optimaal kan worden ingezet in een voldoende ondersteunende buurt.

Het concept van dit masterproject vormt zich volledig rond de zelfstandigheid van personen met DS. Het project toont een manier van wonen aan die voldoende veilig en ondersteunend is, gericht naar de noden van de bewoners. Het project start vanuit het ontwerp van zorg woonunits waarin vooral belangrijke aspecten van onzichtbare zorg worden toegevoegd. Zo wordt er ingezet op het collectieve karakter, om het maximale hieruit te halen wordt er een grote collectieve keuken voorzien. Dit stimuleert bewoners en hun begeleiders om samen te koken en andere bewoners te ontmoeten. Door een collectief gedeelte te voorzien waaraan alle units verbonden zijn zorg ik ervoor dat elke unit zijn eigen 'voor deur' heeft vanuit de collectieve ruimte.

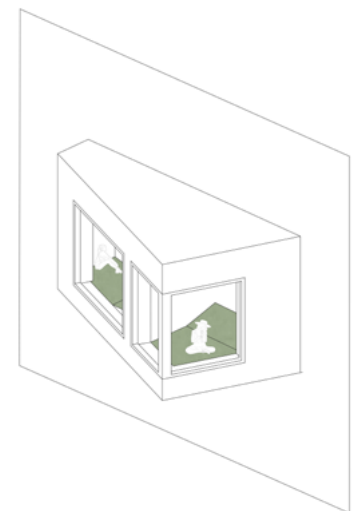


Figuur 39: Gelijkvloers

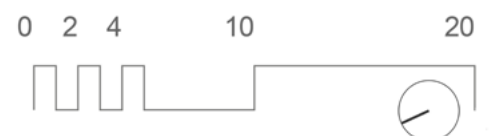
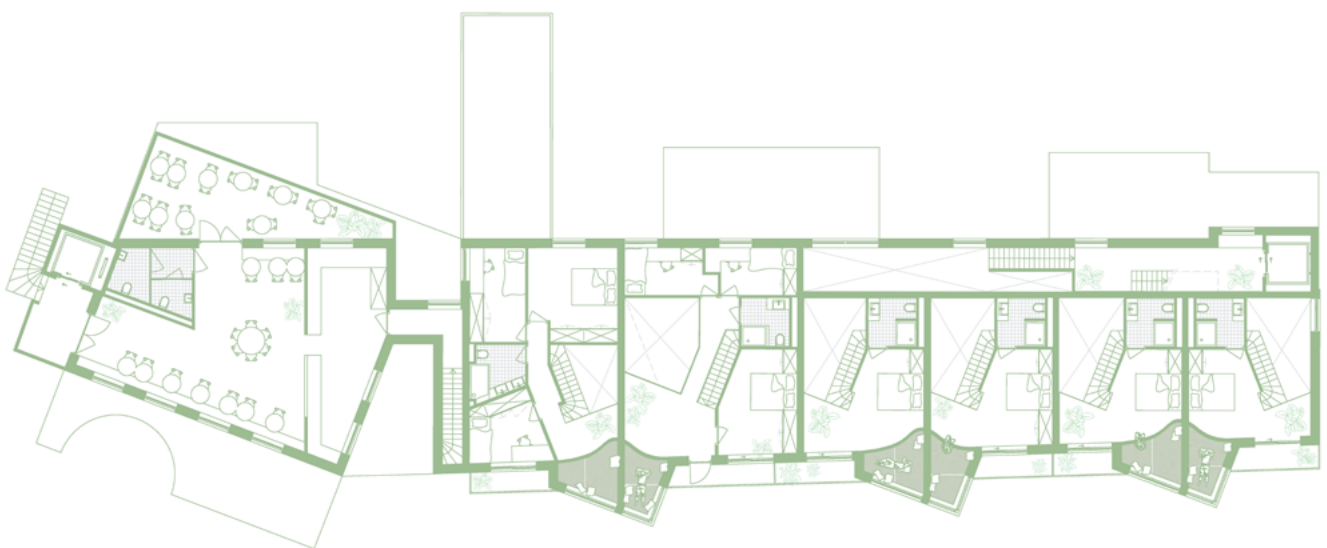
De units zelf bevatten een kleine kitchenette zonder kookvuur om de veiligheid van de bewoners te garanderen maar toch de zelfstandigheid aan te wakkeren. Het volledige project heeft zijn uiteindelijke volume bekomen door rekening te houden met het belangrijkste aspect voor mijn doelgroep, namelijk het hebben van een vlucht-/ rustruimte. Deze heb ik opgevat als uitkragende erkers die het gebouw een eigen karakter geven en de gevel verdelen, zo wordt er bijgedragen aan onzichtbare zorg door de gevel langs de buitenkant visueel op te delen in verschillende deel 'woningen' (zie figuur 40) maar binnenin toch één geheel te vormen als project.



Figuur 40: Gevelbeeld ingezoomd



Figuur 41: Illustratie uitkragende erker



Figuur 42: Niveau 1

5.1.3 Gekoppelde ontwerpparameters



Deze aspecten hebben vooral betrekking op de locatie van het project, eerder in dit deel is er aangetoond dat aan deze voorwaarden voldaan is door zorgvuldig de locatie uit te kiezen.



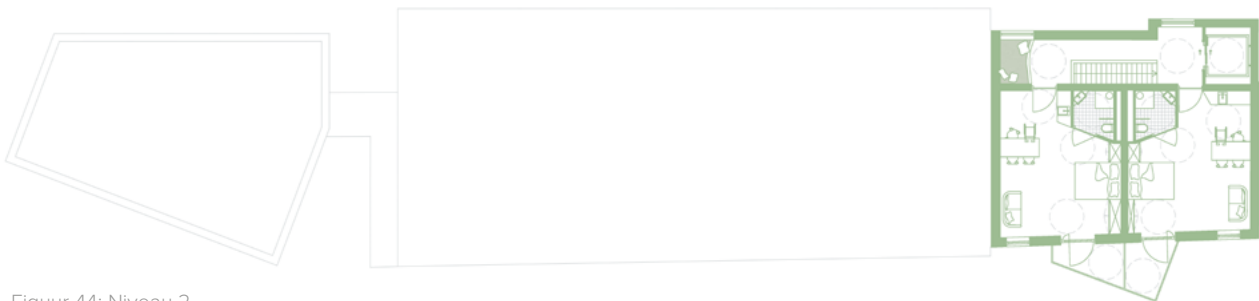
Ook het creëren van grootschaligheid en het durven stedelijk programmeren zitten sterk verwerkt in de keuze van de locatie. Het creëren van kleinschaligheid daarentegen is echt aanwezig op gebouwniveau. Eén van de belangrijkste ambities die dit project heeft vertaald, is het creëren van kleinschaligheid en huiselijkheid. Dit is een factor die vaak mist in standaard zorgwoningen of -instellingen, alles is vaak steriel afgewerkt en totaal niet gezellig met als gevolg dat bewoners zich nooit echt 'thuis' kunnen voelen. De warme materialen en knusse hoekjes in dit project staan hiermee in contrast. De kleinschaligheid begint al in de collectieve delen waar telkens voor elke unit een knusse zitbank is voorzien die in connectie staat tussen de unit en het collectieve door middel van een schuifdeur (zie figuur 39). Om nog verder af te stappen van de vaak steriele look van een zorgwoning, is er gebruik gemaakt van warme materialen. Het volledige project is opgebouwd uit CLT wanden en vloeren, CLT heeft van nature een warme huiselijke uitstraling en deze is dan ook zichtbaar gelaten in het interieur van dit project.



Figuur 43: Maquettebeeld inzoom op materialiteit

4.
MULTI
FUNCTIONALITEIT

Door het project niet puur te focussen op personen met DS, maar ook rekening te houden met een veranderende zorgnood, zijn er op het tweede niveau 2 volledig rolstoeltoegankelijk units voorzien. Dit voor personen met DS die in een rolstoel belanden maar ook om klaar te zijn voor de toekomst en zorg die dan nodig is. Moest het project een andere zorginvulling krijgen zoals een groepswoning onder begeleiding of een kleinschalig woonzorgcentrum. Dan zijn er al vast een aantal units voor minder mobiele bewoners voorzien.



Figuur 44: Niveau 2

5.
COLLECTIVITEIT

Een belangrijk aspect wat ook door Vlaams Bouwmeester wordt aangehaald in verband met onzichtbare zorg, is het maximaliseren van collectief wonen. Ik heb hier met mijn project dan ook op ingezet. Een opvallend aspect binnen woonvormen voor personen met een verstandelijke beperking is dat individueel koken voor hen vaak moeilijk en vooral gevaarlijk is. Dit gebeurt altijd onder begeleiding, personen die begeleid zelfstandig wonen eten vaak in het dagcentrum of koken samen met een begeleider. Alle woonunits in dit project zijn dan ook voorzien van een kleine kitchenette zonder kookplaat, enkel uitgerust met een spoelbak, frigo en magnetron. Er is daarom een collectieve keuken voorzien waarin samen onder begeleiding gekookt kan worden. Ook is er een knusse collectieve zithoek voorzien verbonden met de tuin. Zowel de keuken als zithoek zijn rechtstreeks geïntegreerd in de circulatieruimte die naar alle deuren van de units leidt.

6.
WAYFINDING

Het project bevat een logische interne routing, heel simpel voorziet de rechtlijnige collectieve ruimte eigenlijk de circulatie en verbinding met alle woonunits. Door dit rustig en eenvoudig te houden zullen bewoners geen moeite ondervinden om hun te navigeren doorheen het gebouw.

7.
DUIDELIJKE
AFBAKENING
TUSSEN RUIMTES

Deze parameter is vooral van toepassing op publieke gebouwen zodat personen met DS zich altijd ergens apart kunnen terugtrekken. Binnen dit project kunnen ze zich afzonderen in hun eigen privé woonunit als ze te veel prikkels ontvangen vanuit de collectieve ruimte. Dit brengt ons meteen bij het volgende en meest zorgvuldige aspect voor deze doelgroep.

8.
VLUCHTRUIMTE /
RUSTRUIMTE

Het belangrijkste aspect binnen dit project en de vormgeving ervan is het belang van privacy. Personen met downsyndroom raken sneller overprikkeld en hebben soms nood aan een rustruimte waarin ze kunnen 'vluchten' van deze prikkels. Door de toevoeging van een groot collectief gedeelte in het project zal deze rustruimte echter nog veel belangrijker worden. De meeste zorg woonvoorzieningen hebben geen aparte ruimte waar personen met een verstandelijke beperking de rust kunnen opzoeken, ze beschouwen daarom ook vaak hun slaapkamer als deze plek omdat deze het grootste gevoel van privacy geeft. Binnen mijn project wil ik dit anders aanpakken, er is namelijk naast de slaapkamer een extra knusse ruimte voorzien om specifiek in tot rust te komen. Binnen dit project zijn deze rustruimtes gelegen 'buiten' het gebouw. Ze zijn vormgegeven als uitkragende erkers die veel lichtinval hebben en een uitzicht geven naar de straat toe. Zo is er altijd een connectie met de omgeving en kunnen bewoners tot rust komen zonder volledig afgesloten te zitten. Deze erkers zijn bepalend voor het uitzicht van het project en geven het een eigen karakter. In de erkers is er telkens een verhoogd zitkussen aanwezig en de ruimte heeft een lager plafond dan de rest van de unit. Zo wordt er een soort van cocon gecreëerd waarin de bewoners een veilig gevoel hebben. In elke unit is er een erker voorzien, zodat elke bewoner van dezelfde kwaliteiten kan genieten.



Figuur 45: Inzoom duplex-unit met erker



Figuur 46: Interieurbeeld erker als rustruimte



Figuur 47: Maquettebeeld erker als rustruimte

5.2 Terugkoppeling met scriptie

In de beginfase van mijn masterproject wist ik dat ik aan de slag wou gaan met een zelfstandige vorm van wonen, deze intrigeerde mij vanuit mijn persoonlijke ervaring met de woonplaats van mijn neef die aan zelfstandig wonen doet. Door die focus in mijn ontwerp te leggen vond ik dat ik hierover meer moest weten, ik heb dit dan ook grondig betrokken binnen mijn scriptie om hier een duidelijke koppeling te maken waardoor mijn kennis voor beide vakken nuttig zou zijn. Mijn onderzoeksvraag stond lange tijd niet vast en is zo gedurende het proces mee beïnvloed door de focus van mijn masterproject rond 'zelfstandig' wonen.

Ook omgekeerd heeft mijn scriptie een groot deel van mijn ontwerp in de verdere fase beïnvloedt. De ruimtelijke noden en kwaliteiten die ik had samengevat als ontwerpparameters binnen deze scriptie heb ik grotendeels vertaald naar een ruimtelijk verhaal binnen mijn masterproject. Dit heeft ervoor gezorgd dat ik bepaalde ontwerpkeuzes heb gemaakt die sterk onderbouwd en onderzocht zijn vanuit mij scriptie en zo veel meer diepgang geven aan het ontwerp. Door beide opdrachten zo sterk aan elkaar te koppelen komt zowel het onderzochte en daardoor gestaafde aspect naar boven als ook een voorbeeld van hoe dit vertaald kan worden naar een effectief ontwerp.

5.3 Terugkoppeling met ontwerpstudio

Binnen het vak ontwerpen heb ik gekozen voor de studio 'Degrowth' met als jaarlijks thema 'Retrofitting Infrastructure', voor velen was dit in het begin een ietwat vaag thema waaraan we moesten wennen en zelf een betekenis voor moesten zoeken. Door te starten aan mijn masterproject is dit thema vanzelf gedurende de tijd duidelijk geworden. Doordat ik met mijn project met een andere bril naar zorg kijk dan we gewoon zijn, zorg ik ervoor dat de zorginfrastructuur die we vandaag vaak nog kennen, aan de kant wordt geschoven voor innovatieve woonvormen voor zorgbehoevenden. Op die manier pak ik geen letterlijk bestaande structuur aan, maar ga ik aan de slag met de visie over zorginfrastructuur die in onze hoofden bijna zit vastgeroest. Ik doorbreek, zoals onzichtbare zorg dat doet, de standaard zorgarchitectuur en stap mee in een nieuw vorm / infrastructuur van hoe we met zorg zullen moeten omgaan in de toekomst. Zo heb ik zeer goed vat gekregen op het studio thema, waaraan zo blijkt zeer veel verschillende invullingen van betekenis kunnen worden gegeven.

Het heeft er ook voor gezorgd dat ik me als architect zeer bewust ben geworden van de zorgproblematiek waar we vandaag de dag mee kampen, mijn project heeft mij doen inzien dat wij als architecten daar een heel bepalende en maatschappelijke rol in kunnen spelen. Ik wil mij in de toekomst dus ook zeker inzetten binnen innovatieve en kwalitatieve zorgarchitectuur.

5.4 Reflectie scriptie & masterproject

Allereerst, doorheen het hele traject van mijn scriptie ben ik echt tot het besef gekomen hoe belangrijk de zorgsector is, vooral door de problematieken vandaag de dag, en wat voor verschil wij als architect hierin kunnen maken. Ik ben met mijn neus op de feiten gedrukt door mijn eigen onderzoek en ben heel blij dat ik een goed inzicht heb vergaard over de zorgproblematiek. Ook al stond ik al zeer dicht bij de zorg en zorgwonen door mijn neef, als architect in spé had ik nog niet ver genoeg nagedacht over de veranderingen die wij deels mee kunnen aanzetten.

Ook binnen de studio heb ik een ander, en minder letterlijk, idee gekregen over wat 'retrofitting infrastructure' nu eigenlijk kan inhouden. Het is meer dan een letterlijk bestaande infrastructuur aanpakken. Door mijn project heb ik dit thema aanzien als een infrastructuur die wij als Vlamingen aan de zorg gegeven hebben, als in een manier om met zorg om te gaan. Ik heb deze manier van kijken naar zorg en wat deze nodig heeft als infrastructuur veranderd binnen mijn project. Voor mij gaat dit thema dus eerder over een idee waar we aan vasthouden als infrastructuur in plaats van effectief een bestaande infrastructuur te betrekken.

Door het studio thema op een andere waardevolle manier te benaderen heeft mijn project zeker een extra sterkte gekregen wat het studio thema ondersteunt. De sterke punten van mijn project zijn een rechtstreeks gevolg van het onderzoek dat ik gevoerd heb binnen mijn scriptie. Dit zorgt ervoor dat ik met een hoge gevoeligheid een ontwerp heb kunnen creëren voor mijn kwetsbare en prikkelbare doelgroep. Doordat ik zo specifiek heb ingezoomd op personen met DS heb ik een grote factor binnen de zorgproblematiek natuurlijk geen aandacht gegeven, namelijk de vele ouderen die veel zorg woonmogelijkheden nodig hebben. Ik wil dit niet omschrijven als een zwak punt van mijn scriptie of project door dat de zorg net deze specifieke aanpak vereist om de hoogste kwaliteit te kunnen aanbieden, rekening houdend met de verschillende noden per doelgroep. We kunnen de zorg in zijn geheel niet over één kam scheren, dat zou vele deelgroepen benadelen en leiden tot kwaliteitsverlies binnen zorgarchitectuur. Ik heb dus met andere woorden niet de meest 'dringende' zorggroep behandeld maar wel eentje die vaak vergeten wordt en die mij nauw aan het hart ligt. Op die manier denk ik dat dit zwakke punt voor een groot deel is omgezet in een positief aspect van zowel mijn scriptie als masterproject.

BIBLIOGRAFIE

Adem vzw. (z.d.). *Groepswonen*. <https://ademvzw.be/diensten/groepswonen/>

Agentschap Toegankelijk Vlaanderen. (2016). *Inspiratiebundel toegankelijkheid van voorzieningen voor personen met een handicap* [Brochure]. Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsonden Aangelegenheden (VIPA). <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/20028>

Boys, J. (2014). *Doing disability differently: An alternative handbook on architecture, dis/ability and designing for everyday life* (1ste editie). Routledge.

Bronselaer, J., Demeyer B., Vandezande, v. & Vanden Boer, L. (2018). *Wat weten we (niet) over informele zorg in Vlaanderen? Voorstel voor het dichtten van de cijfer- en kennislacunes* (depotnummer: D/2018/3241/069). Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/InformeLeZorgInVlaanderen_rapport.pdf

Departement Omgeving. (2021, augustus). *Langer thuis in een zorgende omgeving* [Brochure]. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/47599>

Departement Omgeving. (z.d.). *Zorgwonen zonder zorgen*. Vlaamse overheid. Geraadpleegd op 26 februari 2023, van <https://omgeving.vlaanderen.be/zorgwonen-zonder-zorgen>

Devlin, A. (2014). Wayfinding in Healthcare Facilities: Contributions from Environmental Psychology. *Behavioral Sciences*, 4(4), 423–436. <https://doi.org/10.3390/bs4040423>

Digitaal Vlaanderen. (z.d.). *Zelfstandig wonen met een handicap*. <https://www.vlaanderen.be/zelfstandig-wonen-met-een-handicap>

Downsyndroom Vlaanderen. (z.d.). *Wat is downsyndroom?*. <https://www.downsyndroom.eu/leven-met-down/>

Downsyndroom Vlaanderen. (z.d.). *Wonen*. <https://www.downsyndroom.eu/leven-met-down/volwassene/wonen/>

FELT Architects. (2017-2021). *Villa Kameleon, Zoersel*. <https://felt.works/archive/tag:health>

Flanders' Care (z.d.). *Zorg*. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG), Vlaamse overheid. Geraadpleegd op 2 januari 2023, van <https://www.flanderscare.be/zorg>

Gezondheid en Wetenschap. (2014, 4 november). *Syndroom van Down*. <https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/syndroom-van-down>

Goovaerts, J. (2020, 10 januari). Impact van architectuur op zorg. *De Mens Magazine*, 9(1), 40-42. <https://demens.nu/2020/01/10/onzichtbare-zorg/>

Grip vzw. (2009). *GRIP Basisvisie* [Brochure]. https://cdn.digisecure.be/grip/2017891554377_grip-basisvisie-druk.pdf

Grip vzw. (2017, december). *Inclusie – Uitsluiting – Segregatie – Integratie | Beeld, omschrijvingen en concrete voorbeelden*. <https://www.gripvzw.be/nl/artikel/157/wat-is-het-verschil-tussen-inclusie-integratie-segregatie-en-uitsluiting>

Grip vzw. (2021, 9 december). “Met een handicap kan je ook zelfstandig wonen”. *De Wereld Morgen*. <https://www.dewereldmorgen.be/artikel/2021/12/09/met-een-handicap-kan-je-ook-zelfstandig-wonen/>

Grip vzw. (z.d.). *Visie-inclusie*. <https://www.gripvzw.be/nl/over/52/visie-inclusie>

Ielegems, E; Herssens, J. & Vanrie, J. (2015). A v-model for more: An inclusive design model supporting interaction between designer and user. *Proceedings of the 20th International Conference on Engineering Design, 9*, 259-268. Geraadpleegd van <http://hdl.handle.net/1942/19069>

Inter Agentschap Toegankelijk Vlaanderen. (z.d.). *VN-verdrag*. Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid. <https://www.vlaanderen.be/inter/toolbox-toegankelijke-steden-en-gemeenten/algemeen-bestuur-dienstverlening-en-communicatie/vn-verdrag>

Iriscare. (z.d.). *Dagcentra voor personen met een handicap*. <https://www.iriscare.brussels/nl/burgers/personen-met-een-beperking/dagcentra-voor-personen-met-een-handicap-2/>

Kenniscentrum Welzijn, Wonen, Zorg. (z.d.). *Wonen met ondersteuning*. <https://www.kenniscentrumwwz.be/wonen-met-ondersteuning>

MVO Vlaanderen. (z.d.). *Gezondheidsdiensten en -instellingen*. *Vlaamse overheid*. <https://www.mvovlaanderen.be/sector/gezondheidsdiensten-en-instellingen>

NU Architectuuratelier. (2018). *Huis Perrekes*. <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>

Omgevingsloket. (z.d.). *Opsplitsen / zorgwonen*. Departement Omgeving, Vlaamse overheid. <https://www.omgevingsloketvlaanderen.be/opsplitsen-zorgwonen>

Pless, S., Dessers, E., & Van Hoetegem, G. (2016). *Organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg. Probleemanalyses en -oplossingen vergeleken van Klinische Zorgpaden, Lean, Relationele Coördinatie en Moderne Sociotechniek* (rapportnummer 130020). Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie. https://kuleuven.limo.libis.be/discovery/fulldisplay?docid=lirias1873008&context=SearchWebhook&vid=32KUL_KUL:Lirias&search_scope=lirias_profile&tab=LIRIAS&adaptor=SearchWebhook&lang=en

Pintos, P. (z.d.). *VZW De Korenbloem Care Building / Studio Jan Vermeulen + Tom Thys architecten*. ArchDaily. https://www.archdaily.com/981169/vzw-de-korenbloem-care-building-studio-jan-vermeulen-plus-tom-thys-architecten?ad_medium=gallery

Ruigrok, H. (2002). *Wonen doe je zelf : evaluatie van ondersteund wonen van mensen met een verstandelijke handicap* (academisch proefschrift). Geraadpleegd van https://pure.uva.nl/ws/files/930728/50760_Thesis.pdf

Schelings, C., & Elsen, C. (2017a, december). A Method for Architectural Inclusive Design: the Case of Users Experiencing Down Syndrome. *International Journal on Advances in Life Sciences*, 9 (3&4), 151 - 162.

- Schelings, C., & Elsen, C. (2017b). Inclusion of Down Syndrome in Architectural Design: Towards a Methodology. *Proceedings of the second international conference on Universal Accessibility in the Internet of Things and Smart Environments*, 20-25. Geraadpleegd van <https://orbi.uliege.be/handle/2268/208084>
- Schryvers, K. (2022, 27 juli). *Elke dag meer dan één extra zorgwoning in Vlaanderen*. <https://www.katrienschryvers.be/nieuws/elke-dag-meer-dan-een-extra-zorgwoning-in-vlaanderen/>
- Schuurman, M. (2003). *Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap*. Signalering Ethiek en Gezondheid. Geraadpleegd van <https://www.ceg.nl/documenten/signalementen/2003/06/30/zelfbeschikking-en-eigen-verantwoordelijkheid-van-mensen-met-een-verstandelijke-handicap>
- Sorée, V. (2010). Het verdrag van de verenigde naties inzake de rechten van personen met een handicap als sleutel tot meer kwaliteit van bestaan. *Ethiek & Maatschappij*, 13(4), 141-161. https://www.ethiekenmaatschappij.ugent.be/wp-content/uploads/2012/07/EM_134-2010-Sor%C3%A9.pdf
- Statistiek Vlaanderen. (2022, 28 september). *Informeel zorg*. Vlaamse Statistische Autoriteit, Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken. Geraadpleegd op 25 februari 2023, van <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/zorg/informeel-zorg>
- Statistiek Vlaanderen. (2022, 11 oktober). *Statuut chronische aandoening*. Vlaamse Statistische Autoriteit, Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken. Geraadpleegd op 2 januari 2023, van <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/zorg/statuut-chronische-aandoening>
- Suraini, N., Shahir, A., & Rahmat, A. (2019, December). A Study on the Multisensory Interior for the Environmental Experience of Students with Down Syndrome. *In proceedings of the 3rd International Conference on Special Education*, 388, 284-288. Geraadpleegd van <https://www.atlantis-pess.com/proceedings/icse-19/125928877>
- Swinnen, P. (2014). *Pilootprojecten Onzichtbare Zorg: Innoverende zorgarchitectuur*. Vlaams Bouwmeester. https://www.vlaamsbouwmeester.be/sites/default/files/uploads/PPZontw_HR_04022014.pdf
- Unia Interfederaal Gelijkekansencentrum. (2006, 13 december). *Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap en zijn Facultatief Protocol*. <https://www.unia.be/nl/wetgeving-aanbevelingen/wetgeving/verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap>
- Unia Interfederaal Gelijkekansencentrum. (z.d.). *De naleving van de rechten van personen met een handicap in België*. <https://www.unia.be/nl/discriminatiegronden/handicap/het-verdrag-van-de-verenigde-naties-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap>
- Urbain architectencollectief. (2022). *Heuvelheem Herbestemming van een herenhuis tot inclusief woonproject voor mensen met een beperking*. <https://urbain-ac.be/mono/heuvelheem>
- UZA. (2021). *Downsyndroom*. <https://www.uza.be/downsyndroom>
- UZ Leuven. (2021, 10 maart). *Downsyndroom*. <https://www.uzleuven.be/nl/down-syndroom>
- Vandelanotte, P. (2014, 1 augustus). *Tekst VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap*. GRIP vzw. <https://www.gripvzw.be/nl/artikel/65/tekst-vn-verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-een-handicap>

Vandelanotte, P. (2020, 14 december). *GRIP bestaat 20 jaar. Maar wat denkt de Vlaming over handicap?* GRIP vzw. <https://www.gripvzw.be/nl/artikel/437/grip-bestaat-20-jaar-maar-wat-denkt-de-vlaming-over-handicap>

Vandenbroucke, F. (2022, 11 juli). *Geïntegreerde zorg wordt verankerd in Belgische gezondheidszorg* [Persbericht]. Geraadpleegd van https://www.zorgzaamleuven.be/_files/ugd/e18acf_fe91b88466eb48e5a1e27d413e0b1ae4.pdf

Van den Broeck, S. (2022, 3 november). *Factcheck: ja, naar schatting 20 procent van de bevolking heeft een beperking*. Knack. <https://www.knack.be/factcheck/factcheck-ja-naar-schatting-20-van-de-bevolking-heeft-een-beperking/>

Vandeurzen, J. (z.d.). *Pilootprojecten onzichtbare zorg. Vlaams Bouwmeester*. <https://www.vlaamsbouwmeester.be/nl/instrumenten/pilootprojecten/onzichtbare-zorg>

Vermeulen, J., Thys, T., & Bates, S. (2013). *VZW De Korenbloem Pilootproject Zorg 31.10.2013 - Fase 1*. https://www.vlaamsbouwmeester.be/sites/default/files/uploads/PPZ_03_Studio_Jan_Vermeulen.pdf

Vanweddingen, M., Noppe, J., & Moons, D. (2022, januari). *Maatschappelijke positie en participatie van personen met een handicap* (reeks nr. 2022/1). Statistiek Vlaanderen. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/47710>

Van Gompel, F. (2011). *Verstandelijk gehandicapten in de achtertuin, Onderzoek naar de Nimbyhouding van omwonenden ten aanzien van kleinschalige woonvormen in de wijk voor mensen met een verstandelijke beperking* (Bachelorthesis). Geraadpleegd van <https://theses.ubn.ru.nl/server/api/core/bitstreams/9363f619-3ba3-4640-9047-c2703336346c/content>

Van Houten, D. (2009). Werken aan inclusie. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 17(3), 45-56. Geraadpleegd van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/35926>

Vervloesem, E., Mabilde, J., Dehaene, M., & De Bruyn, J. (2018, augustus). *Designing the Future*. Architecture workroom Brussels & Team Vlaams Bouwmeester. Geraadpleegd van https://vlaamsbouwmeester.be/sites/default/files/uploads/DTF_Boek_web.pdf

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2018). *Het VAPH in cijfers 2017 (Versie 3324)* [Dataset]. Geraadpleegd van <https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/3324/het-vaph-in-cijfers-2017.pdf>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2020). *Het VAPH in cijfers 2019 (Versie 15727)* [Dataset]. Geraadpleegd van https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/15727/het_vaph_in_cijfers_-_2019.pdf

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2021). *Het VAPH in cijfers 2020 (Versie 17929)* [Dataset]. Geraadpleegd van https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/17929/het_vaph_in_cijfers_-_2020.pdf

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2022). *Het VAPH in cijfers 2021 (Versie 2021)* [Dataset]. Geraadpleegd van https://extranet.vaph.be/jaarverslag/2021/Het-VAPH-in-cijfers-2021_26-07-2022.pdf

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). (z.d.a). *Drie ondersteuningsvormen*. <https://www.vaph.be/organisaties/vza/ondersteuning>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). (z.d.b). *Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap*. <https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/vn-conventie/vn-conventie.pdf>

Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG). (2013). *De kracht van het engagement, de vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk* (depotnummer: D/2018/3241/069). Luc Moens. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/13748>

Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG). (z.d.a). *Vermaatschappelijking van de lokale sociale hulp- en dienstverlening*. <https://www.departementwvg.be/vermaatschappelijking-van-de-lokale-sociale-hulp-en-dienstverlening>

Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG). (z.d.b). *Multifunctioneel bouwen - ZORG*. <https://www.departementwvg.be/node/2653>

Vzw Rozemarijn. (z.d.). *Dagondersteuning*. <https://www.vzwrozemarijn.be/diensten/dagondersteuning>

Yang, Y., Conners, F., & Merrill, E. (2014, juli). Visuo-spatial ability in individuals with Down syndrome: Is it really a strength? *Research in Developmental Disabilities, 35*(7), 1473-1500. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.04.002>

Zorgkantoor Zorg en Zekerheid. (z.d.). *Wat is zorg in een instelling?* <https://www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/zorg-in-een-instelling/wat-is-zorg-in-een-instelling/>

FIGUREN- EN TABELLENLIJST

Figuur 1-4: Martens D. (2023). Visualisatie zorgbegrippen [illustratie].

Figuur 5: Martens D. (2023). Visualisatie 'Onzichtbare zorg' [illustratie].

Figuur 6: Martens D. (2023). Visualisatie 'Informeel zorg' [illustratie]. (Icoon mannetje overgenomen van <https://thenounproject.com/>)

Figuur 7: Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2018; 2020; 2021; 2022). Aantal persoonvolgende budgetten jaarlijks ter beschikking gesteld [illustratie]. vaph. Geraadpleegd van en gebaseerd op <https://www.vaph.be/documenten>

Figuur 8: Martens D. (2023). Visualisatie 'vermaatschappelijking van de zorg' [illustratie].

Figuur 9: Studio Thys Vermeulen. (z.d.). Pilot Project Zorg 3 (PPZ3) De Korenbloem Kortrijk [visualisatie]. Vlaams Bouwmeester. Geraadpleegd van <https://www.vlaamsbouwmeester.be/nl/subsite/onzichtbare-zorg/ppz3-kortrijk-realisatie-reconversie-en-erfgoed-als-zorgdraggers?subsite=onzichtbare-zorg>

Figuur 10: Borghouts, K. (z.d.). PPZ4 Coda Wuustwezel [foto]. Vlaams Bouwmeester. Geraadpleegd van <https://www.vlaamsbouwmeester.be/nl/subsite/onzichtbare-zorg/ppz4-wuustwezel-ge%C3%AFntegreerde-palliatieve-thuisomgeving?subsite=onzichtbare-zorg>

Figuur 11: Martens, D. (2023). Verschil in afbakening tussen ruimtes [schets].

Figuur 12: Martens, D. (2023). Vlucht / rustruimte in publiek gebouw of collectieve ruimte [schets].

Figuur 13: Schelings, C. & Elsen, C. (2017a). Schets door een persoon met DS met de nadruk op de ramen [schets]. Orbi Uliège. Geraadpleegd van <https://orbi.uliege.be/handle/2268/220251>

Figuur 14: Martens, D. (2023). Vaste route die wordt gevolgd [schets].

Figuur 15: Martens, D. (2023). Dagondersteuning [illustratie].

Figuur 16: Martens, D. (2023). Woonondersteuning [illustratie].

Figuur 17: Martens, D. (2023). Visualisatie zorginstelling [illustratie].

Figuur 18: Martens, D. (2023). Visualisatie groepswonen [illustratie].

Figuur 19: Martens, D. (2023). Visualisatie zelfstandig wonen [illustratie].

Figuur 20: Martens, D. (2023). Visualisatie zorgwonen [illustratie].

Figuur 21: Martens, D. (2023). Visualisatie begeleid zelfstandig wonen [illustratie]. (Icoon hand aangepast overgenomen van <https://thenounproject.com/>)

Figuur 22: Verstraeten, S. (2021). Paul Pasteels [foto]. Grip vzw. Geraadpleegd van <https://www.gripvzw.be/nl/artikel/518/met-een-handicap-kan-je-ook-zelfstandig-wonen>

Figuur 23: Dillen, S. (2022). Ruben Martens [foto]. hbvl. Geraadpleegd van https://www.hbvl.be/cnt/dmf20220826_94952149

Figuur 24: Martens, D. (2023). Collage van praktijkvoorbeelden die bijdragen aan onzichtbare zorg [collage]. Gebaseerd op figuur 26,27, 28, 29, 32.

Figuur 25: Felt Architecten. (2021). Collectieve ruimte Villa Kameleon [foto]. Felt works. Geraadpleegd van <https://felt.works/projects/hexahome>

Figuur 26: Felt Architecten. (2021). Villa Kameleon [foto]. Felt works. Geraadpleegd van <https://felt.works/projects/hexahome>

Figuur 27: Felt Architecten. (2021). Villa Kameleon [foto]. Felt works. Geraadpleegd van <https://felt.works/projects/hexahome>

Figuur 28: Urbain architectencollectief. (2022). Heuvelheem [foto]. Urbain ac. Geraadpleegd van <https://urbain-ac.be/mono/heuvelheem>

Figuur 29: Urbain architectencollectief. (2022). Heuvelheem maquette toont stedelijke inplanting [foto]. Urbain ac. Geraadpleegd van <https://urbain-ac.be/mono/heuvelheem>

Figuur 30: Bollaert, S. (2021). PPZ3 De Korenbloem Kortrijk [foto]. ArchDaily. Geraadpleegd van <https://www.archdaily.com/981169/vzw-de-korenbloem-care-building-studio-jan-vermeulen-plus-tom-thys-architecten>

Figuur 31: Studio Thys Vermeulen. (z.d.). PPZ3 De Korenbloem Kortrijk [visualisatie]. Vlaams Bouwmeester. Geraadpleegd van <https://www.vlaamsbouwmeester.be/nl/subsite/onzichtbare-zorg/ppz3-kortrijk-realisatie-reconversie-en-erfgoed-als-zorgdragers?subsite=onzichtbare-zorg>

Figuur 32: Bollaert, S. (2021). PPZ3 De Korenbloem Kortrijk [foto]. ArchDaily. Geraadpleegd van <https://www.archdaily.com/981169/vzw-de-korenbloem-care-building-studio-jan-vermeulen-plus-tom-thys-architecten>

Figuur 33: Bollaert, S. (2018). Tuinpaviljoen Huis Perrekes [foto]. NU architectuuratelier. Geraadpleegd van <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>

Figuur 34: Bollaert, S. (2018). Interieur tuinpaviljoen Huis Perrekes [foto]. NU architectuuratelier. Geraadpleegd van <https://www.nuarchitectuuratelier.com/project/huis-perrekes/>

Figuur 35: Vermeulen J., Thys, T., Bates, S. (2013). Mental map [schets]. Vlaams Bouwmeester. Geraadpleegd van https://www.vlaamsbouwmeester.be/sites/default/files/uploads/PPZ_03_Studio_Jan_Vermeulen.pdf

Figuur 36: Martens, D. (2023). Straatbeeld publiek gebouw (links) gekoppeld aan zorggebouw (rechts). [illustratie]

Figuur 37: Geopunt Vlaanderen. (2023). Situering projectlocatie rond Vredespark Runkst. [luchtfoto]. Geraadpleegd van <https://www.geopunt.be/>

Figuur 38: Martens, D. (2023). Aanduiding factoren onzichtbare zorg rond locatie. [illustratie]

Figuur 39: Martens, D. (2023). Gelijkvloers. [plan]

Figuur 40: Martens, D. (2023). Gevelbeeld ingezoomd. [illustratie]

Figuur 41: Martens, D. (2023). Illustratie uitkragende erker. [illustratie]

Figuur 42: Martens, D. (2023). Niveau 1. [plan]

Figuur 43: Martens, D. (2023). Maquettebeeld inzoom op materialiteit. [maquette]

Figuur 44: Martens, D. (2023). Niveau 2. [plan]

Figuur 45: Martens, D. (2023). Inzoom duplex-unit met erker. [plan]

Figuur 46: Martens, D. (2023). Interieurbeeld erker als rustruimte. [illustratie]

Figuur 47: Martens, D. (2023). Maquettebeeld erker als rustruimte. [maquette]

Tabel 1: Schryvers, K. (2022). Aantal meldingen van zorgwoningen per Vlaamse provincie [tabel]. cd&v. Geraadpleegd van <https://www.katrienschryvers.be/nieuws/elke-dag-meer-dan-een-extra-zorgwoning-in-vlaanderen/>

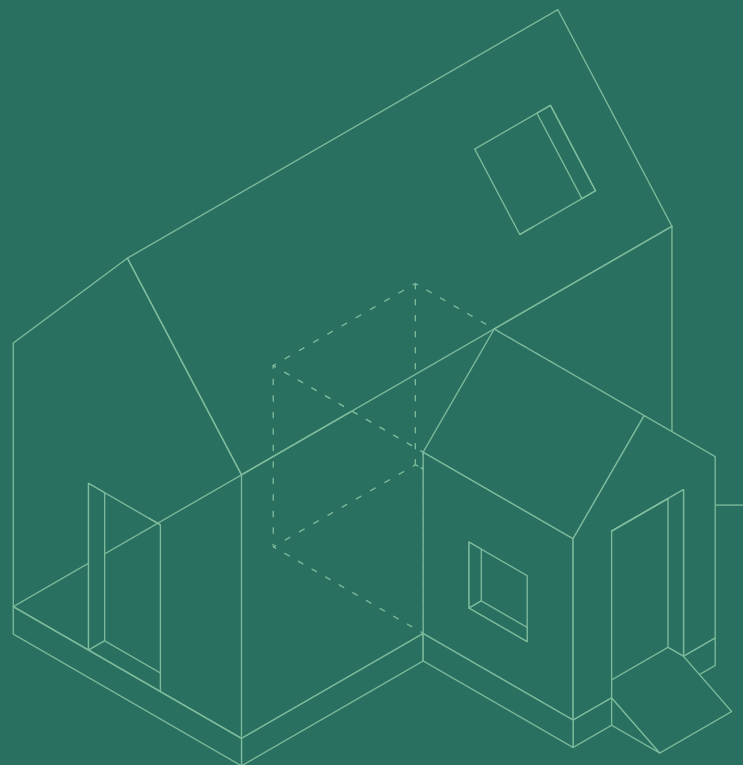
Tabel 2: VIPA. (z.d.). Afgestemde VIPA-infrastructuurnormen (minimale oppervlaktes en ruimtes) [tabel]. Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin. Geraadpleegd van <https://www.departementwvg.be/multifunctioneel-bouwen-zorg>

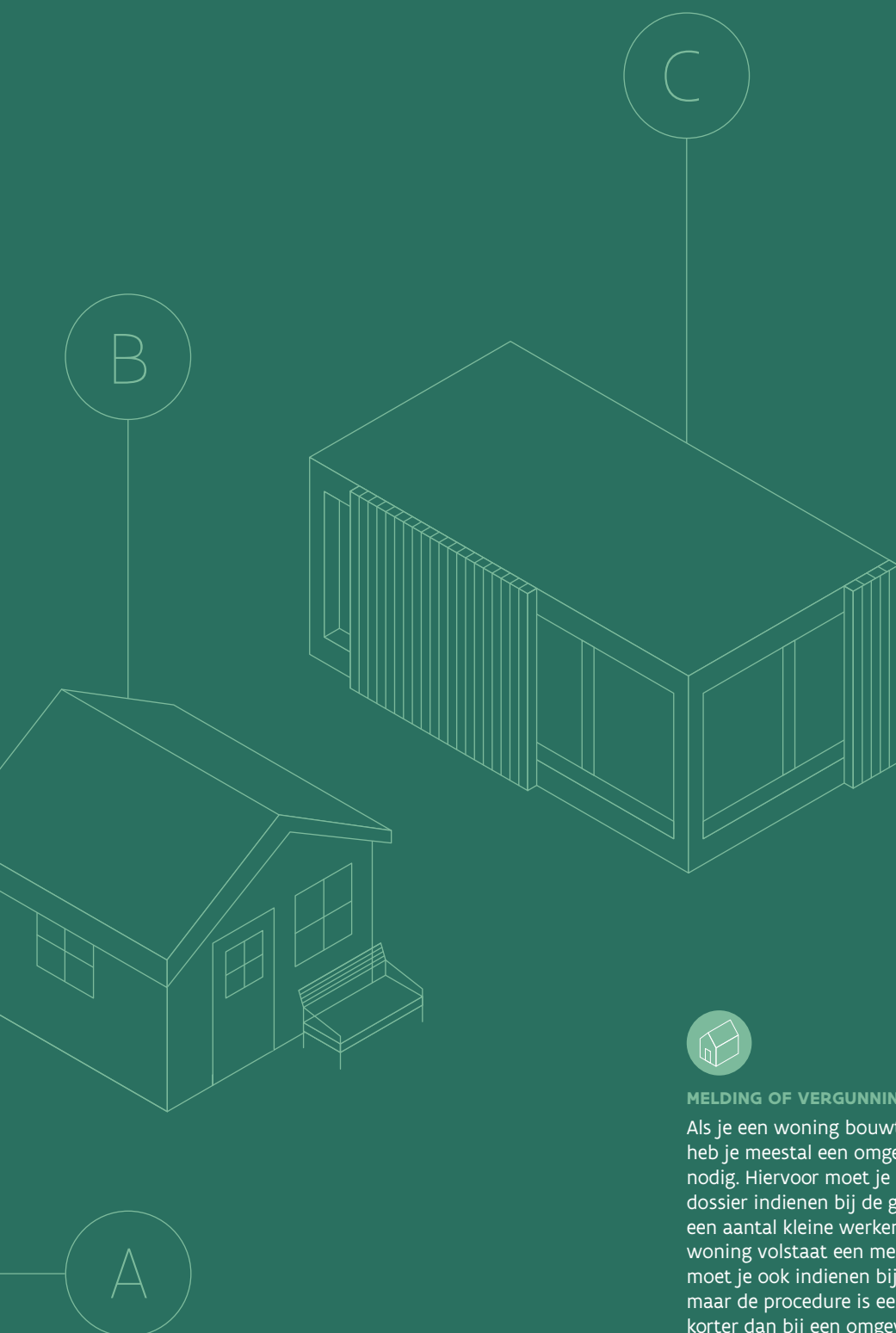
Bijlage I.: Regelgeving en procedures rond zorgwonen
Langer thuis in een zorgende omgeving

4

Wanneer volstaat een melding?

Er zijn 3 situaties waarin je een zorgwoning kan creëren via een eenvoudige meldingsprocedure. Per situatie sommen we de voorwaarden op waaraan je moet voldoen. Voldoe je aan alle voorwaarden? Dan volstaat een melding. Zodra aan één voorwaarde niet voldaan is, is een omgevingsvergunning vereist.





MELDING OF VERGUNNING?

Als je een woning bouwt of verbouwt, heb je meestal een omgevingsvergunning nodig. Hiervoor moet je een uitgebreid dossier indienen bij de gemeente. Voor een aantal kleine werken in en rond de woning volstaat een melding. Dat dossier moet je ook indienen bij de gemeente, maar de procedure is eenvoudiger en korter dan bij een omgevingsvergunning. Op het **omgevingsloket** vind je meer informatie over beide procedures.

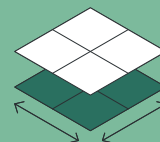
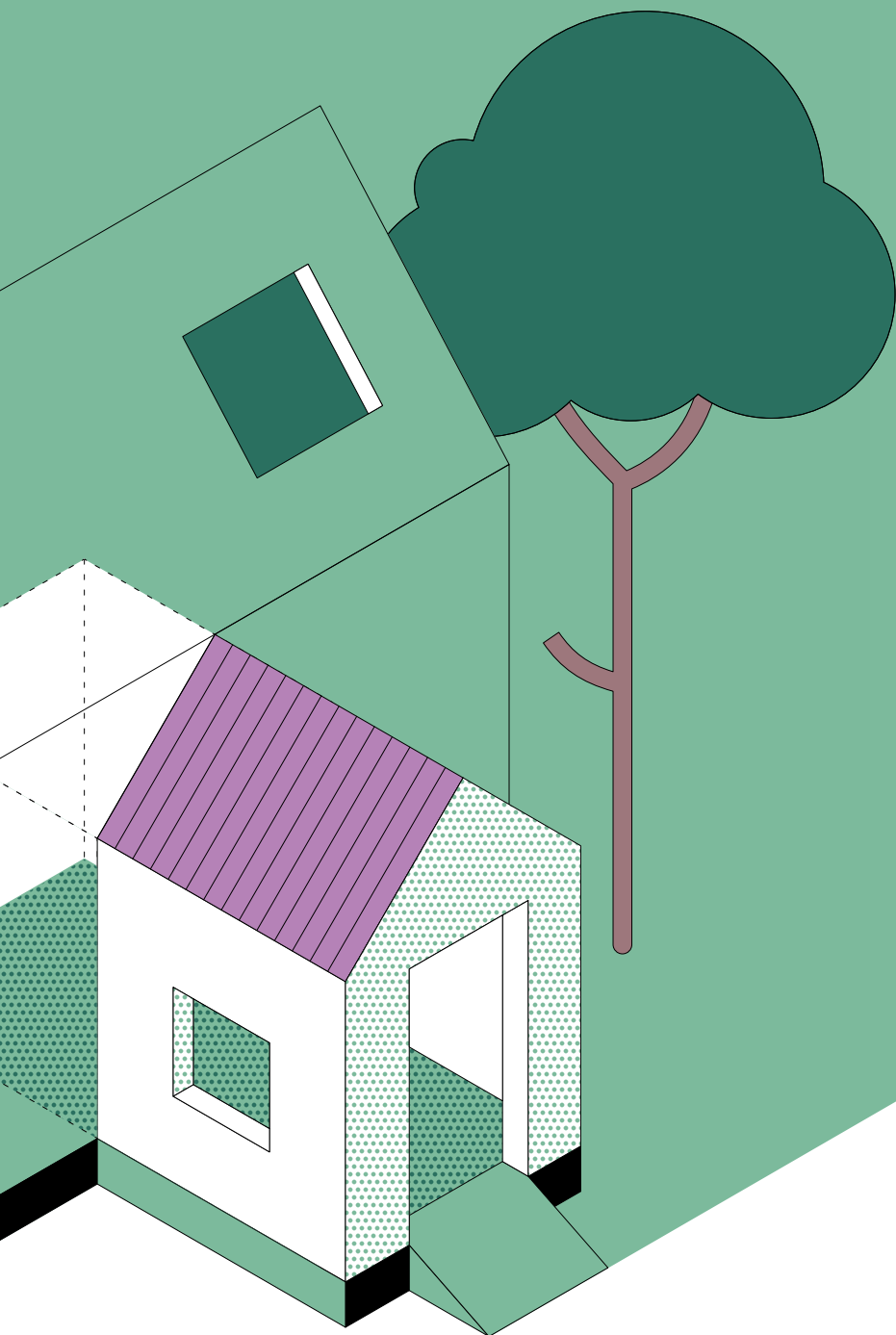
A

Zorgwonen binnen het bestaande bouwwolume van je woning



Wil je een zorgwoning creëren binnen het bestaande bouwwolume van je woning met een melding? Dan zijn dit de voorwaarden:

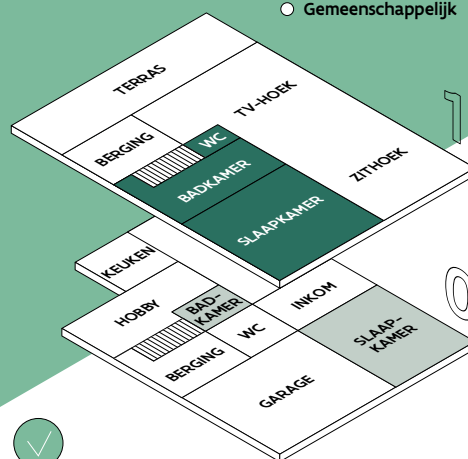
- ① Je woning is vergund.
- ② Er is geen uitbreiding nodig voor de creatie van de zorgwoning.
- ③ De kleinere wooneenheid vormt één geheel met de woning. Het inrichten van een garage, berging of veranda die aan de woning is aangebouwd als wooneenheid is dus ook mogelijk.
- ④ De kleinere wooneenheid is maximaal 1/3e van de brutovloeroppervlakte van de volledige woning. De ruimtes die gemeenschappelijk gebruikt worden, moeten hierbij niet meegerekend worden.
- ④ De kleinere wooneenheid kan niet helemaal op zichzelf staan als een volledig aparte woning. Er moeten voldoende gemeenschappelijke leefruimtes aanwezig zijn, zoals een keuken of badkamer.
- ⑤ Welke ruimtes dit zijn, hangt af van de wensen en behoeften van de bewoners. Het gemeenschappelijk gebruik van enkel circulatieruimtes of technische ruimtes zoals een trappenhal, volstaat niet.



BEREKENING BRUTOVLOEROPPERVLAKTE

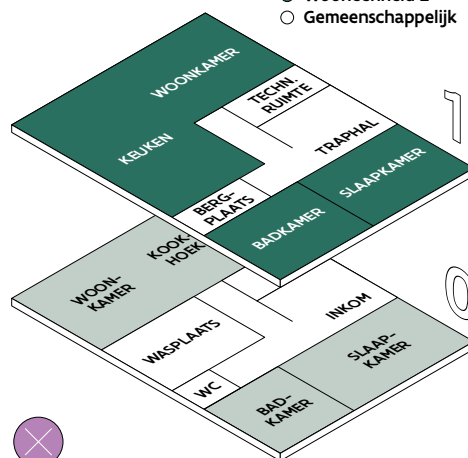
Voor de berekening van de brutovloeroppervlakte neem je de som van de brutovloeroppervlakten van alle verdiepingen binnen het volume van het gebouw. Voor de berekening van de bruto-oppervlakte worden de grondoppervlakten van binnen- en buitenwanden meegerekend. De scheidingsmuur tussen twee wooneenheden wordt met de halve dikte meegerekend.

- Wooneenheid 1
- Wooneenheid 2
- Gemeenschappelijk

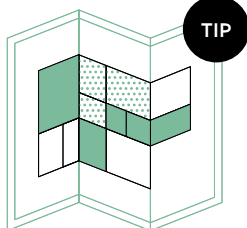


FIGUUR 1 Zorgwoning waarbij naast de circulatie- en technische ruimtes ook de eethoek, keuken en living gedeeld worden. De ondergeschikte wooneenheid beschikt wel over een eigen badkamer.

- Wooneenheid 1
- Wooneenheid 2
- Gemeenschappelijk



FIGUUR 2 Twee wooneenheden met enkel de circulatieruimte en technische ruimte gemeenschappelijk, voldoen strikt genomen niet aan de voorwaarde 'ondergeschikte wooneenheid'.



Duid op de plannen aan welk deel van de woning gebruikt zal worden door de zorgbehoevende, de zorgverlener en welke ruimtes jullie samen zullen gebruiken.

B

Zorgwonen in een bestaand, hoofdzakelijk vergund vrijstaand bijgebouw

Niet iedereen is in de mogelijkheid of heeft voldoende ruimte om in zijn bestaande woning een zorgwoning in te richten. Je kan ook een vergund, vrijstaand bijgebouw in je tuin geschikt maken als zorgwoning.

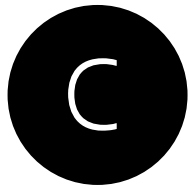


Wil je een zorgwoning creëren in een bestaand vrijstaand bijgebouw met een melding? Dan zijn dit de voorwaarden:

- ① Het bijgebouw bestaat.
- ② Het bijgebouw is vrijstaand.
- ③ Het bijgebouw is vergund.
- ④ De kleinere wooneenheid heeft een brutovloeroppervlakte van maximaal 50m². Het inrichten van een zorgwoning in een bijgebouw dat groter is dan 50m² kan, zolang de oppervlakte van de zorgwoning zelf beperkt is tot 50m².
- ⑤ Behalve de strikt noodzakelijke toegang, leg je geen bijkomende verharding aan.
- ⑥ De nutsvoorzieningen van de zorgwoning sluiten aan op de bestaande nutsvoorzieningen van de hoofdwoning.
- ⑦ De afvoer van het afvalwater van de zorgwoning sluit aan op de bestaande waterafvoer van de hoofdwoning. Het hemelwater moet zoveel mogelijk ter plaatse infiltreren.



Vrijstaande gebouwen of units die vanaf 2 januari 2022 gebruikt worden voor zorgwonen moeten voldoen aan de EPB-eisen.

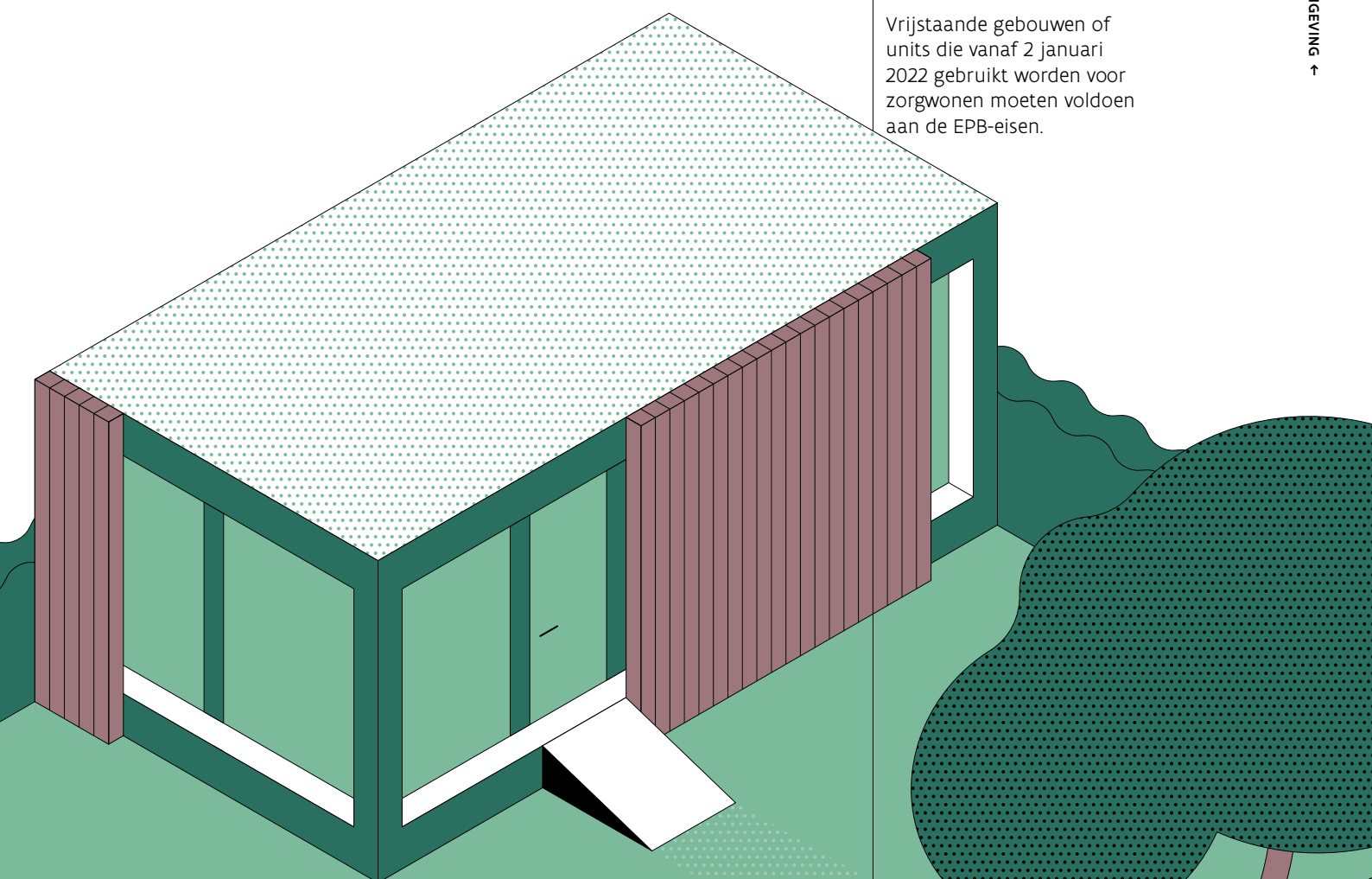


Zorgwonen in een tijdelijke, verplaatsbare constructie (zorgunit) in de nabijheid van de hoofdwoning

Heb je voldoende ruimte in je tuin? Dan kan je een zorgwoning creëren in een tijdelijke, verplaatsbare unit dichtbij de hoofdwoning.

Wil je een zorgwoning creëren in een zorgunit met een melding? Dan zijn dit de voorwaarden:

- ① Je plaatst de zorgunit binnen een straal van 30m van de bestaande, hoofdzakelijk vergunde hoofdwoning. Dit kan op hetzelfde of op een aangrenzend perceel van de hoofdwoning zijn.
- ② Je plaatst de zorgunit op één van de volgende plaatsen:
 - A In de zijtuin tot op 3 meter van de perceelsgrenzen. Dit hoeft niet vrijstaand te zijn.
 - B In de achtertuin tot op 1 meter van de perceelsgrenzen. Dit hoeft niet vrijstaand te zijn.
- Als je de zorgunit tegen een bestaande scheidingsmuur plaatst, en deze hierbij niet wijzigt, mag je de zorgunit ook op of tegen de perceelsgrens plaatsen in de achtertuin.



Vrijstaande gebouwen of units die vanaf 2 januari 2022 gebruikt worden voor zorgwonen moeten voldoen aan de EPB-eisen.

- ③ De zorgunit is maximaal 3,5 meter hoog.
- ④ De zorgunit heeft een maximale brutovloeroppervlakte van 50m².
- ⑤ Behalve de strikt noodzakelijke toegang, leg je geen bijkomende verharding aan.
- ⑥ De nutsvoorzieningen van de zorgunit sluiten aan op de bestaande nutsvoorzieningen van de hoofdwooning.
- ⑦ De afvoer van het afvalwater van de zorgunit sluit aan op de bestaande waterafvoer van de hoofdwooning. Het hemelwater moet zoveel mogelijk ter plaatse infiltreren.
- ⑧ Je voert geen ontbossing of reliëfwijziging uit.
- ⑨ Je plaatst de zorgunit niet in overstromingsgebied.

- ⑩ Je plaatst de zorgunit niet in ruimtelijk kwetsbaar gebied, met uitzondering van agrarisch gebied met ecologische waarde, agrarisch gebied met ecologisch belang en parkgebied.
- ⑪ Je plaatst de zorgunit voor een periode van maximaal 3 jaar. Mits een nieuwe melding kan deze termijn eenmalig verlengd worden met 3 jaar.
- ⑫ Na het beëindigen van de zorgsituatie moeten de zorgunit en de strikt noodzakelijke toegang erheen, binnen 3 maanden verwijderd worden.



De termijn van 3 jaar geldt per hoofdwooning. Plaatste je in het verleden al een zorgunit bij je woning of verwacht je dat de zorgunit langer dan 6 jaar (2 keer 3 jaar) zal blijven staan, dan moet je een omgevingsvergunning aanvragen.

Bijlage II.: Bevraging / gesprek persoon met DS over zelfstandig wonen
Ruben Martens - 3 december 2022

INTERVIEWER (Dina Martens)

GEÏNTERVIEWDE (Ruben Martens)

Wonen hier in de blok allemaal mensen van het Roer (= dagcentrum)?

Alleen uhm die van het Roer wonen is alleen ikke, Bea en dat is het.

De rest heeft dan ook een beperking die hier woont?

Die uhm heel vanonder die hier woont dat is Bjorn, die gaat niet werken, die krijgt wel begeleiding die af en toe komt kijken hoe het met hem is, ja.

Die langs mij heet John, die woont... die huurt het appartement maar die is niet ene van het Roer, niet.

Ahja oke, dus hij hoort niet bij het Roer?

Jaja.

Hoe vaak komt er iemand langs voor jou of komt er niemand langs?

Jawel mijn begeleider komt elke woensdag, dan spreken we af tegen vier uur en kijkt die hoe het bij mij is, wat ik nodig heb of wat ik wil doen. Of eens een 'spelleke' of als het vies weer is blijven we binnen en mooi weer blijven we buiten.

En die begeleider komt dan naar hier (lees: zijn appartement) of?

Ja.

Helpt hij ook met iets als je iets nodig hebt ofzo?

Alleen als ik iets nodig heb, dan wel ja.

Ahja, ma je kan dat gewoon vragen?

Da wel ja.

En wat vraag je dan zoal bijvoorbeeld?

Zoals euh, als ik iets tekort heb gelijk drank dan halen we dat uit.

Ahja, dan gaan jullie samen naar de winkel?

Ja, en ik doe ook hier euh alles proper maken.

Ahja, poetsen zelf?

Zoals mijn eigen afwas, mijn eigen douche afvegen en proper maken en de pompbak, ook stofvegen en stofzuigen en lakens verversen en ook de vuilzakken buiten zetten.

Dat doe je allemaal zelfstandig?

Ja, en plus de karton.

Oke, maar koken doe je hier niet?

Nee, ik krijg warme maaltijden in het dagcentrum, alleen in de avond boterhammen hier, ik haal ook wel in de winkel in de Spar helemaal alleen zowat beleg.

Ahja.

En als het voetbal is dan haal ik wel iets lekkers.

Ooh dan haal je wat chips?

ja.

Dat mag eh, de Spar is hier dichtbij?

Ja, daar aan het plein.

Daar ga je te voet naartoe dan?

Ja, alleen te voet ja.

Hier in je appartement zelf, mis je hier iets van ruimte?

Das goed voor mij, das groot meer als genoeg voor mij. Ik moet gene hele grote hebben, das ideaal.

Kom je je burens vaak tegen hier in de gang bijvoorbeeld?

Meestal buiten, in de gang niet daar moeten we stil zijn, we mogen wel contact hebben maar we moeten daarmee leren omgaan.

En waarom moeten jullie stil zijn, stoort dat voor bepaalde mensen?

We hebben afspraken gemaakt, je mag een beetje doot de dag muziek opzetten, dat mag maar tegen 10 of 11u moet het stiller zijn.

Ja oke.

Omdat als iemand s' nachts lawaai maakt en iemand kan het niet goed verdragen dan beginnen ze te klagen tegen de begeleidingen.

Ahja das waar, das nie fijn eh.

Nu gaat het hier perfect, het is rustig hier.

Goeie buren?

Ja hele lieve, ik kom heel goed overeen met die van beneden

Wat is je favoriete ruimte hier in je appartement?

Meestal de living en de kamer (lees: slaapkamer) en de badkamer ook.

En waarom?

Dat is eigenlijk genoeg voor mij ik heb daar plaats genoeg om dingen te zetten zoals een zetel, kasten, tv, radio en mijn eigen discobar.

Meer heb ik niet nodig, en kapstokken om de handdoeken op te hangen.

Ja, dus je hebt plaats genoeg om alles te zetten?

Ja.

Helpen jullie soms elkaar, zoals mensen die beneden wonen?

Nee, die krijgen ook begeleidingen.

Ahja, dus jullie helpen elkaar niet dat doet de begeleiding?

Ja.

Waar ga je nog zo overal alleen naartoe?

Ik ga ook wel eens, niet alleen, maar met de begeleiding naar Hasselt in de stad ja.

En hoe gaan jullie daar dan naartoe?

Te voet.

En nooit met de bus ofzo?

Nee, als het slecht weer is dan gaan we het uitstellen.

Dan stel je het uit naar een andere dag, ahja oke.

Zoals ik koop daar ofwel iets mooi of een broek of cd's of wij gaan eens naar winterland zoiets ja, en nog zo vanalles ja.

En ga je dan alleen met je begeleider of komen er nog mensen mee?

Aleen ikke en de begeleider.

En is dat dan 1 persoon die begeleider?

1 persoon die hier langskomt, ja.

Ja, jullie met twee gaan dan naar de stad?

Ja.

Je werkt nog steeds in de carrefour in de stad eh?

Ja, nu is da nog.

En daar ga je ook alleen naartoe?

Daar ga ik alleen, te voet ja.

Ah, ook te voet?

Ja, ma als het slecht weer is dan komen ze mij halen.

Ahja, dan brengen ze u?

Ja.

En wanneer ga je daar werken?

Altijd op de voormiddag.

Elke dag?

Aleen vrijdag gho... van, ik vertrek tegen tussen 8u of half 9 dan vertrek ik en dan tegen 9u ben ik daar, en dan alles aandoen en dan ga ik beginnen te werken.

En vind je dat leuk daar werken?

In het begin niet zo leuk maar nu begint het toch wel fijner te worden.

Ahja en nu ken je de mensen daar ook?

Ja en nu heb ik ook een andere werk daar in de carrefour in de achterkant.

Ahhh.

Vroeger was dat bij de kassa bij de chips en toen heb ik gezegd dat vind ik niet zo leuk en nu hebben ze mij vanachter gezet.

Goed eh das leuker dan?

Ja.

Vind je dat te ver dat je helemaal naar de carrefour moet wandelen of zeg je van dat is goed zo?

Ik kan dat wel wandelen heel ver maar als ik dan terugkom dan ben ik moe.

Ja das waar, je wandelt daar wel lang op?

Ja, efkes eh.

Als je niet gaat werken, wat doe je dan door de dag, blijf je hier of ga je naar het dagcentrum?

Dan ga ik naar het dagcentrum.

En wat doen jullie daar zoal?

Werk van citroën, dat zijn zo van die heel klein buisjes van de veringen van de autos.

Oooh, en wat moeten jullie daarmee doen dan?

Plaatje opzetten en zo blok opzetten en dat die helemaal rond is en de begeleiding kijkt dat na of er fouten zijn en als er geen fouten zijn wordt dat geleverd in de garage bij de werkmannen.

Wauw, jullie doen dan goed werk en vind je dat leuk om te doen?

Heel fijn!

En doen jullie dat elke dag of doen jullie ook nog andere dingen?

Meestal, als er ofwel geen werk is doen we iets anders ma als er werk is doen we gewoon voort.

Eet je dan in de avond in het dagcentrum of kom je naar hier (lees: appartement) om te eten?

Ik eet s' middags in het dagcentrum en tegen de avond hier boterhammen.

Dus in de avond kom je altijd naar hier?

Ja.

Je verplaatst je dus eigenlijk altijd te voet?

Altijd te voet ja.

Nooit met de fiets of met de bus?

Das voor mij een beetje te gevaarlijk.

Das ook moeilijk misschien de bus?

Ja de fiets is gevaarlijk ma de bus dat kan ik.

Het station is niet zo ver, eh?

Ik heb ook soms een activiteit dat we met de bus weggaan, samen met een groepje.

Voelt ge u thuis hier in je appartement?

Ja.

Vind je het leuk dat je alleen en zelfstandig kan wonen?

Hier voel ik mij op mijn gemakje, hier doe ik alles op mijn gemak.

Ja, je kan zelf je ritme bepalen?

Jaja en ik zet ook mijn muziek op of tv voetbal eh voor de WK te volgen.

Hoe vind je het om hier zelfstandig te wonen?

Zelfstandig wonen is voor mij fijner omdat wij daar heel veel over bezig zijn en begeleid wonen is hetzelfde ja.

En je vindt het wel goed dat er iemand nog 1 keer in de week langskomt?

Ja, mijn begeleider is Dirk Claes.

Ah, gaan we hem straks ook zien (op het kerstevent in het Roer)?

Ja.

Dirk komt u alleen helpen om activiteiten te doen en als je iets nodig hebt?

Ja, dat ja.

Dus jullie koken hier ook niet?

Nee dat doen we ergens anders als we gaan koken bij de feestdagen.

Ahja, in het dagcentrum dan?

Ja bij de feestdagen wordt toch alles daar gekookt.

En mogen jullie helpen dan?

Meestal dat doen de begeleidingen, wij moeten daar wegblijven.

Das te gevaarlijk?

Zeker met het vuur en je handen dan kan ge u verbranden.

Dirk is de enige persoon die naar hier komt voor u, iedereen krijgt zijn aparte begeleider?

Ja, ieder aparte begeleidingen ik heb Dirk en anderen onder mij hebben iemand anders.

En komen die begeleiders op dezelfde dag of op een andere dag?

Andere dag.

Ahja, dat verschilt.

Die van mij komt altijd op de maandag en op de woensdag, nu is het alleen op de woensdag.

Hoe komt dat het veranderd is?

Die heb uren teveel opstaan.

Ahja, het is te druk. Maar ge vindt het niet erg dat die nu maar 1 dag komt?

Nee, eh.

Das voldoende?

Ja, en de rest kan ik mijn eigen plan trekken in de avond hier.

Voila, de rest van de mensen die hier wonen, kunnen dat ook?

Ja.

Vind je het leuk hier in de buurt?

Hier is het heel fijn, hier in de straat, hier is nie zo druk, geen lawaai alleen efkes maar das door de dag eh da mag wel eh.

Zou je het erg vinden als het hier wel druk is of heb je liever rust?

Liever rust, anders wordt het teveel.

De burens, dat zijn gewone mensen, praten jullie daar veel mee of heb je veel contact?

Da heb ik wel contact.

Ja, en zijn ze lief?

Heel lief.

En helpen zij ook als je soms iets nodig hebt?

Meestal niet, dat doet eigenlijk de begeleider mij helpen, ja.
De mensen die hier wonen hebben weinig tijd om te helpen.

Ja das waar, zij hebben ander werk eh.

Ja.

En zo'n plek waar jullie allemaal samen zouden komen, zou je dat leuk vinden?

Wij spreken dat af.

Met wie spreek je dat af?

Met de begeleidingen, ja.

En zou je dat leuk vinden als je hier aan de burens ook eens makkelijker iets zou kunnen vragen?

Dat doe ik niet, nee.

Das nie nodig.

Ik mag alleen hierblijven.

Ah, je mag niet weggaan?

Jawel alleen als de begeleidingen der zijn dan mag ik weggaan en dan als ik iets nodig heb in de winkel in de Spar dan ga ik wel alleen.

Ahja, en dat moet je niet zeggen tegen de begeleiding?

Nee, alleen als die op dat uur komt dan bellen ze mij op.

Om te vragen waar ge zijt dan?

Ja.

Oké, jullie wonen hier met 4 eh, vind je dat te veel of genoeg?

Ikke Ruben ja, Bea, John en Bjorn, vier.

Hmmm, en je vindt dat goed of te veel mensen of te weinig mensen?

Ik vond dat wel heel goed maar die van de huisbaas heeft eigenlijk alleen mensen uitgenodigd van het Roer om hier te wonen.

Ah zo ja, das niet teveel, had je liever nog mensen?

Nee, das genoeg.

Anders is het te druk?

Niet zo heel druk maar ge moet kijken wie dat wel kan en niet kan, ja.

Wil je zelf nog iets vertellen?

Ik woon nu al korter bij al.

Korter bij het Roer?

Ja, das gemakkelijker voor mij. Toen ik nog ginder woonde (wijst naar de andere kant van het dagcentrum) daar bij dat ander appartement (lees: zijn vorige woning) bij 'cafe de hoek' dat vond ik veel te druk.

Te druk, door dat cafe ook dan daar?

Jaja, dan vind ik hier veel beter waar ik nu woon, ja.

Ja, het is hier rustiger en dichterbij?

Ja.

Das wel echt nodig dan dat je dichtbij het dagcentrum woont?

Ja, ahja.

(Ruben toont zijn appartement nog even aan mij)

Ik heb heel veel schilderijen van vroeger gemaakt in de Berk (zijn school) en op mijn kamer ook nog, ja.

Amai mooi.